

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามหัวข้อต่อไปนี้

1. การรับรู้
2. การรับรู้ภาวะสุขภาพ
3. ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ
4. โรคความดันโลหิตสูง
5. การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

การรับรู้

1. แนวคิด

การรับรู้เป็นปัจจัยทางจิตวิทยาสังคม ที่มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมในเรื่องต่าง ๆ และบุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามการรับรู้และความคิดในเรื่องนั้น ถ้าปราศจากการรับรู้แล้วบุคคลจะไม่มีควมจำ หรือการเรียนรู้ได้เลย (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2527, หน้า 173) การรับรู้เป็นกระบวนการทางความคิดและจิตใจของมนุษย์ ที่แสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจต่อสิ่งเร้าที่ผ่านเข้ามาทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ การได้เห็น การได้ยิน การสัมผัส การลิ้มรส และการได้กลิ่น แล้วมีการแสดงพฤติกรรมออกมาอย่างมีจุดมุ่งหมาย โดยมีแรงผลักดันมาจากความรู้และประสบการณ์เดิม

2. ความหมาย

การรับรู้ หมายถึง กระบวนการทางความคิดและจิตใจของมนุษย์ ที่แสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักในเรื่องต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาทางประสาทสัมผัส (King, 1984, p. 24)

กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล (2528, หน้า 248) กล่าวถึงการรับรู้ว่าเป็นกระบวนการทางด้านความคิดและจิตใจของบุคคล เป็นการแสดงออกอย่างมีจุดมุ่งหมาย และความต้องการในการ

รับรู้ในเรื่องต่าง ๆ ของแต่ละบุคคล กระบวนการรับรู้นี้จะทำหน้าที่รวบรวมและแปลความหมาย จากข้อมูลที่ได้จากภายนอก โดยการสัมผัสและความจำ

จำเนียร โชติช่วงและคณะ (2527, หน้า 86) กล่าวว่า การรับรู้ หมายถึงกระบวนการที่ บุคคลได้นำเอาสิ่งที่ตนเองได้เห็น ได้ยิน ได้สัมผัส ได้รู้สึกจากสิ่งเร้าภายนอกรอบตัวบุคคลเข้ามาจัด ระเบียบ และให้ความหมายเพื่อให้เกิดเป็นความรู้ความเข้าใจขึ้น

ดังนั้นสรุปได้ว่าการรับรู้เป็นกระบวนการทางด้านความคิดและจิตใจของมนุษย์ที่แสดง ออกมาถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจต่อสิ่งเร้าที่ผ่านเข้ามาทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 แล้วมีการ แสดงออกอย่างมีจุดหมาย โดยมีแรงผลักดันจากความรู้และประสบการณ์เดิม

3. ลักษณะของการรับรู้

คิง (King, 1981 อ้างใน กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2528, หน้า 378) ได้สรุป คุณลักษณะของการรับรู้ไว้ 4 ข้อ คือ

3.1 การรับรู้เป็นเอกภาพ (universal) ที่มนุษย์ทุกคนสามารถรับรู้ต่อบุคคลอื่นและ สิ่งแวดล้อมตั้งแต่เกิดจนตาย โดยจัดเรียงลำดับจากรูปธรรม และให้ความหมายต่อสิ่งเร้า หลังจากนั้น จะเก็บไว้ในความทรงจำของแต่ละบุคคล เมื่อต้องเผชิญกับสิ่งเร้าเดิมอีกครั้ง มนุษย์ก็จะดึง ประสบการณ์ในอดีตมาช่วยพิจารณาและให้ความหมายต่อสิ่งเร้าเช่นเดียวกับที่ผ่านมานั้นคือการ รับรู้ของบุคคลนั่นเอง

3.2 การรับรู้เป็นสิ่งที่บุคคลเลือกเฉพาะสำหรับตนเอง (selective and subjective) ถึงแม้ว่าจะเป็น การรับรู้ในเหตุการณ์เดียวกัน แต่เราไม่สามารถสรุปได้ว่าแต่ละบุคคลจะรับรู้ใน เหตุการณ์นั้นเหมือนกัน เนื่องจากบุคคลย่อมมีภูมิหลังและประสบการณ์ที่ต่างกัน

3.3 การรับรู้เป็นสิ่งที่แสดงออกในปัจจุบัน (action oriented in the present) เนื่องจาก ข้อมูลที่มีอยู่ในสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา ทำให้บุคคลต้องมีการรับรู้ในสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และทำ ให้เกิดการเรียนรู้ควบคู่ไปด้วยเสมอ

3.4 การรับรู้เป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีเป้าหมายแน่นอน (transaction) เราสามารถสังเกตถึง การรับรู้ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีการแสดงออกระหว่าง หลายคนหรือภายในกลุ่ม จึงจะทำให้มองเห็นได้ชัดเจนว่าบุคคลนั้นมีการรับรู้ในสถานการณ์นั้น อย่างไร

4. กระบวนการรับรู้

การรับรู้เหตุการณ์ต่าง ๆ เป็นไปตามขั้นตอน โดยเริ่มจากบุคคลรับพลังงานจากสิ่งเร้า ซึ่งจะกระตุ้นประสาทสัมผัส ประสาทสัมผัสจะเข้ารหัสพลังงานนั้นผ่านมาทางเส้นประสาท และ เส้นประสาทจะส่งข้อมูลต่อไปยังสมอง ซึ่งขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการจะเป็นการรับรู้เกี่ยวกับ

การรับรู้ภาวะสุขภาพ

1. ความหมายของสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (WHO cited in Boddy, 1985, pp. 16-17) ได้ให้คำนิยามสุขภาพว่าเป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ รวมถึงความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ ด้วยดีไม่เพียงแต่ปราศจากความเจ็บป่วยหรือความพิการใด ๆ

บลัม (Blum, 1981 อ้างใน จินตนา ยูนิพันธ์, 2532, หน้า 43) ให้ความหมายของสุขภาพว่าเป็นการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้าที่เป็นสิ่งแวดล้อมซึ่งสังเกตได้ หรือการที่บุคคลรายงานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การรับรู้และความคิดเห็นของตนตามเป้าหมายของพฤติกรรมของแต่ละคน เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล

เกษม ดันติผลาชีวะ และกุลยา ดันติผลาชีวะ (2528, หน้า 21) ได้อธิบายคำว่าสุขภาพว่าเป็นภาวะหนึ่งของมนุษย์ที่เกิดจากความสมดุลของร่างกาย จิตใจ และสังคม การรักษาสมดุลจะเกิดขึ้นได้จากการดูแลรักษาร่างกาย จิตใจ และสังคมให้เกิดความสมบูรณ์

โดยทั่วไปการให้ความหมายของสุขภาพสามารถแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะดังนี้ (Pender, 1996, pp. 21-22)

1.1 สุขภาพที่เน้นความคงที่ (health focusing on stability) กล่าวคือ สุขภาพเป็นความสมดุลของระบบย่อย ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

1.2 สุขภาพที่เน้นความสำเร็จสูงสุดในชีวิต (health focusing on actualization) กล่าวคือสุขภาพเป็นภาวะที่บ่งบอกถึงการบรรลุเป้าหมายสูงสุดในชีวิตซึ่งเป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์สูงสุดในภาวะใดภาวะหนึ่ง ที่อยู่บนความต่อเนื่องระหว่างความเจ็บป่วยและสุขภาพดี

1.3 สุขภาพที่เน้นความคงที่และการบรรลุความสำเร็จสูงสุดของชีวิต (health focusing on stability and actualization) กล่าวคือ สุขภาพเป็นผลรวมของความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ มีความยืดหยุ่นในการปรับตัวตามสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง ส่งผลให้บุคคลประสบความสำเร็จสูงสุดในการดำรงชีวิต และสามารถดำรงศักยภาพนั้นไว้ให้ยาวนานที่สุด

ในการให้คำจำกัดความของคำว่าสุขภาพ (health) มีการนำคำว่าภาวะ (state) มาใช้อธิบายร่วมด้วยเสมอ คำว่า “ภาวะ” ตามความหมายของพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2525, หน้า 616) หมายถึง ความมี ความเป็น หรือความปรากฏ

ดังนั้นภาวะสุขภาพ หมายถึง ภาวะที่ร่างกาย จิตใจมีความสมบูรณ์ปราศจากอาการและอาการแสดงของโรคหรือความเจ็บป่วย สามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถดำรง

อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งบุคคลทุกคนย่อมมุ่งหวังให้ตนเองมีความสุขทั้งกายและใจ ไม่ต้องการเผชิญกับอาการเจ็บปวด หรือความทุกข์ใจ สุขภาพจึงเป็นสมบัติประจำตัวของบุคคล ที่จะต้องรับผิดชอบดูแลรักษาให้มีความสุขปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ภาวะสุขภาพจะมีการเปลี่ยนแปลงเป็นกระบวนการพลวัตเกี่ยวข้องกับปฏิกิริยาโต้ตอบของบุคคล ที่มีต่อสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง

2. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ภาวะสุขภาพของบุคคลประกอบด้วยภาวะที่มีสุขภาพดี และภาวะเจ็บป่วยสลับกันไป หรือต่อเนื่องกันไป และเป็นประสบการณ์ชีวิตของบุคคลที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ การรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพของตนนั้นจึงดำเนินไปตามแกนความต่อเนื่องของภาวะสุขภาพดีและการเจ็บป่วย แต่การรับรู้จะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล กล่าวคือ บางคนอาจรับรู้ความเจ็บป่วยเป็นเพียงสิ่งคิดปกติเล็กน้อยและไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต ดังนั้นตามการรับรู้ของคนเหล่านั้น ต่อความเจ็บป่วยจึงเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นในกระบวนการพัฒนาการและความเจริญเติบโต ในขณะที่บางคนอาจรู้สึกว่าการเจ็บป่วยเป็นสิ่งรบกวนและคุกคามต่อชีวิตเป็นอย่างมาก จนทำให้ต้องเสียความเป็นบุคคลไป ผลที่ตามมาคือ ความกลัวและความท้อแท้ทุกครั้งที่เจ็บป่วย การรับรู้ภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันนี้มีอิทธิพลต่อกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาที่เข้ามารบกวนชีวิตของแต่ละบุคคลได้แตกต่างกัน (กอบกุล พันธุ์เจริญกุล, 2528, หน้า 374) ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกันไป คือประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการเข้าใจความหมายของภาวะสุขภาพดีตามทัศนคติของแต่ละบุคคล

3. ความหมายการรับรู้ภาวะสุขภาพ

คอนเนลลี (Connelly et al., 1989 อ้างใน รวีวรรณ ยศวัดน, 2535, หน้า 12) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ภาวะสุขภาพว่าเป็นความเชื่อของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองว่า อยู่ในภาวะสุขภาพดีหรือเจ็บป่วย

จิรารัตน์ จินวัจนะ (2541, หน้า 24) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ภาวะสุขภาพ คือการที่บุคคลประเมินว่าตนมีร่างกาย จิตใจ และความเป็นอยู่ทางสังคมที่สมบูรณ์แบบ หรือเป็นความต่อเนื่องของการมีสุขภาพดีและเจ็บป่วยโดยภาวะสุขภาพดังกล่าวมิได้หมายความว่าจำเป็นต้องปราศจากโรคหรือความพิการ และการรับรู้ภาวะสุขภาพดังกล่าวสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามความเชื่อและแรงจูงใจของบุคคล

สรุปได้ว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นความเชื่อ ความคิด และความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อภาพรวมของสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมในช่วงเวลาหนึ่ง ดังนั้นการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงเป็นการแสดงออกถึงความรู้สึก ความเชื่อ

ความคิดและความเข้าใจของผู้ป่วยในช่วงเวลาหนึ่งต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ และสังคม

4. องค์ประกอบของการรับรู้ภาวะสุขภาพ

จากการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974, pp. 83-89) พบว่าเป็นแบบแผนความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ และความเชื่อของบุคคลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการดำเนินของโรค กิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน และสามารถนำมาดัดแปลงใช้ให้เหมาะสมกับภาวะความเจ็บป่วยในโรคต่าง ๆ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยที่เกิดจากโรคที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งผลของการนำไปใช้ได้ข้อเสนอว่า บุคคลจะกระทำกิจกรรมใด ๆ ขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งนั้น ๆ องค์ประกอบของการรับรู้ภาวะสุขภาพของเบคเกอร์ ที่ดัดแปลงมาจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่โรเซนสต็อก (Rosenstock, cited in Becker, 1974, p.3) ได้พัฒนาขึ้น มีดังต่อไปนี้ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ ความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและค่าใช้จ่าย การรับรู้ ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม และแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป

ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ

การที่บุคคลจะลงมือกระทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตนั้นเกิดจากอิทธิพลปัจจัย 3 ด้านคือ ปัจจัยด้านความรู้- การรับรู้ของบุคคล (cognitive perceptual factors) ปัจจัยปรับเปลี่ยน (modifying factors) และ ตัวชี้แนะการกระทำ (cues to action) ซึ่งในแต่ละด้าน มีรายละเอียด ดังนี้ (Pender, 1987, pp. 57-60)

1. ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้

ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้นี้ นับว่าเป็นกระบวนการขั้นแรกของการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ซึ่งถือได้ว่าปัจจัยนี้มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2. ปัจจัยปรับเปลี่ยน

ปัจจัยปรับเปลี่ยนจะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านปัจจัยทางด้านความรู้-การรับรู้ของบุคคล ซึ่งหนึ่งในปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ ก็คือการรับภาวะสุขภาพ ดังนั้นปัจจัยปรับเปลี่ยนจึงมีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยปรับเปลี่ยนประกอบด้วยปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

2.1 ปัจจัยทางด้านประชากร (demographic factors) ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา การศึกษาและรายได้ซึ่งตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านกระบวนการของปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ภายในตัวบุคคล เช่น

เพศ เพศแสดงถึงความแตกต่างทางชีวภาพของบุคคล ซึ่งมีผลต่อการแสดงพฤติกรรม และเพศยังมีผลต่อสติปัญญาและการรับรู้ของบุคคล โดยมีแนวโน้มว่าเพศชายมีความสามารถในการเรียนรู้สูงกว่าเพศหญิง ทั้งนี้เนื่องจากความแตกต่างทางโครงสร้างของสมอง ที่มีผลทำให้สติปัญญาและความรู้สึกลึกซึ้งแตกต่างกัน ประกอบกับเพศชายมีบทบาทในสังคมและมีโอกาสศึกษามากกว่าเพศหญิง นอกจากนั้นเพศยังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหา การปรับตัว และเจตคติซึ่งมีผลต่อการรับรู้ของบุคคล

อายุ อายุมีผลต่อการรับรู้เนื่องจากอายุมีความสัมพันธ์กับระดับพัฒนาการ และประสบการณ์ต่าง ๆ ในอดีต เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้นย่อมมีการตัดสินใจหาทางเลือกที่ดี และมี การตัดสินใจที่ถูกต้อง แต่ความสามารถดังกล่าวจะลดลงในวัยสูงอายุ บุคคลที่มีอายุแตกต่างกันจะมีความสามารถในการเรียนรู้แตกต่างกัน ผู้ที่มีอายุมากกว่าจะมีวุฒิภาวะและประสบการณ์เกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย นอกจากนี้อายุจะส่งผลถึงความแตกต่างในการแสดงออกของพฤติกรรมที่เกิดจากการรับรู้ การมองปัญหา ความเข้าใจ การใช้เหตุผล และการตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมของแต่ละบุคคล

ระดับการศึกษา การศึกษาจะเป็นตัวที่ช่วยพัฒนาสติปัญญา การคิดอ่าน ความรู้ ความเข้าใจ ส่งผลให้บุคคลมีความสามารถในการคิด วิเคราะห์ข้อมูลจากสิ่งต่าง ๆ อย่างมีเหตุผล และมีความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมได้อย่างถูกต้องเหมาะสม การศึกษาเป็นสิ่งที่เกื้อหนุนการรับรู้ของบุคคล เพราะการศึกษาจะช่วยให้บุคคลเข้าใจสิ่งต่าง ๆ เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ตนรับรู้ได้ อย่างรวดเร็ว ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมักจะได้เปรียบเรื่องการรับรู้และเกิดการเรียนรู้ได้ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ วิธีการคิด วิเคราะห์ หรือสิ่งที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติแตกต่างจากผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่า นอกจากการศึกษามีผลต่อพฤติกรรมแล้ว ยังมีผลต่อการรับรู้ของบุคคลคือ ช่วยพัฒนาสติปัญญาของบุคคล ในการที่จะเลือกรับรู้ในสิ่งที่ก่อให้เกิดประโยชน์กับตน

2.2 ลักษณะทางชีวภาพ (biological characteristics) พบว่าปัจจัยทางชีวภาพมีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายที่ต่อเนื่อง เช่น น้ำหนักของร่างกายมีผลต่อความตั้งใจในการออกกำลังกายของบุคคล โดยพบว่าบุคคลที่มีน้ำหนักมากจะมีความตั้งใจต่ำในการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

2.3 อิทธิพลระหว่างบุคคล (interpersonal influences) ปัจจัยส่งเสริมระหว่างบุคคล รวมไปถึงความคาดหวังของบุคคลใกล้ชิด แบบแผนการดูแลสุขภาพของครอบครัว และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรทีมสุขภาพ ล้วนมีผลกระทบต่อการศึกษาปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.4 ปัจจัยด้านสถานการณ์ (situational factors) ตัวกำหนดด้านสถานการณ์ หรือสิ่งแวดล้อมที่สำคัญและมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ทางเลือกที่มีอยู่ในการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ และความง่ายที่จะใช้ทางเลือกเหล่านั้นโดยทางเลือกยังมีมากเท่าไร ยิ่งทำให้บุคคลมีโอกาสเลือกกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นเท่านั้น ดังเช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีคลอโรสเตอรอลต่ำ ไขมันพอกดี จำนวนแคลอรีพอเหมาะ มีแนวโน้มเกิดขึ้นได้น้อยในบุคคลที่รับประทานอาหารนอกบ้านเป็นประจำ หรือต้องออกงานสังคมบ่อยครั้ง ซึ่งบุคคลเองอาจต้องการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแต่จำกัดด้วยเรื่องของสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมบังคับ

2.5 ปัจจัยพฤติกรรม (behavior factors) ประสบการณ์ของบุคคลในการกระทำพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ จะส่งผลให้บุคคลกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอื่น ๆ เพื่อนำไปสู่ภาวะปกติสุข การเรียนรู้และทักษะทางปัญญามีความจำเป็นต่อการวางแผนด้านโภชนาการ โปรแกรมการออกกำลังกาย การเผชิญความเครียดด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์เดิม ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมคล้ายคลึงกับที่เคยปฏิบัติมา นั่นคือ ความรู้และทักษะจากประสบการณ์เดิมส่งผลให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้สมบูรณ์ขึ้น

3. ตัวชี้แนะการกระทำ

การทํากิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพนั้นมีความเกี่ยวข้องกับตัวชี้แนะการกระทำภายในและจากสิ่งแวดล้อมภายนอกบุคคล ตัวชี้แนะการกระทำภายในบุคคล ได้แก่ การรับรู้ถึงศักยภาพของตนเองที่มีต่อการพัฒนาการและความรู้สึกสุขสบายที่เพิ่มขึ้นเมื่อบุคคลได้เริ่มต้นกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ความรู้สึกสุขสบายอันเป็นผลจากการออกกำลังกาย เป็นต้น ส่วนการสนทนากับผู้อื่นในเรื่องการออกกำลังกาย ลักษณะของการบริโภคอาหาร การจัดการกับความเครียด และการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคล เปรียบเสมือนตัวชี้แนะการกระทำภายนอกที่ผลักดัน หรือสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974, pp. 21-22) จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้หรือความเชื่อของบุคคล อันจะนำไปสู่การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยด้านความพร้อมที่จะปฏิบัติ ปัจจัยการประเมินคุณค่าพฤติกรรมของบุคคล และปัจจัยที่เอื้ออำนวยให้ปฏิบัติ โดยปัจจัยที่เอื้ออำนวยให้ปฏิบัติสามารถแบ่งได้ออกเป็น 2 ประการคือ สิ่งชักนำภายใน และสิ่งชักนำภายนอก เช่น การได้รับข้อมูลข่าวสาร

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น การมาตรวจตามนัด เป็นต้น โดยมีรายละเอียดดังนี้คือ

การได้รับข้อมูลข่าวสาร เป็นสิ่งชักนำภายนอก และเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคล เพราะข่าวสารเป็นปัจจัยสำคัญที่ใช้ประกอบการตัดสินใจในกิจกรรมต่าง ๆ ของมนุษย์ ความต้องการข่าวสารจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อบุคคลนั้นต้องการข้อมูลในการตัดสินใจ หรือไม่แน่ใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง บุคคลจะไม่รับข่าวสารทุกอย่างที่ผ่านมาสู่ตนทั้งหมด แต่จะเลือกรับรู้เพียงบางส่วนที่คิดว่ามีประโยชน์ต่อตน แรงผลักดันที่ทำให้บุคคลเลือกรับสื่อที่นั้นเกิดจากคุณสมบัติพื้นฐานของผู้รับสารในด้านต่าง ๆ ได้แก่ (จารุณี บุญนิพัทธ์, 2539, หน้า 11-12 อ้างใน เบญจมาศ สุรมิตร ไมตรี, ชาญุทธ บุญประพัฒน์, ดวงนภา ปานเพ็ชร, และยุทธพงษ์ ขวัญชื่น, 2542, หน้า 5)

- องค์ประกอบทางด้านจิตใจ เช่น กระบวนการเลือกรับข่าวสาร การเลือกรับรู้ตามทัศนคติ และประสบการณ์เดิมของตน

- องค์ประกอบทางด้านสังคม สภาพแวดล้อม เช่น ครอบครัว วัฒนธรรม ประเพณี ลักษณะทางประชากร เช่น อายุ เพศ ภูมิฐานะ การศึกษา ตลอดจนสภาพสังคม

จากการศึกษาของเอ็ดมัวร์ กาญจนรังสิขัย (อ้างในแจ่มจรัส วงษ์วิทย์กรณ์, 2541, หน้า 28) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์จากสื่อต่าง ๆ มีความเชื่อด้านสุขภาพดีกว่ากลุ่มที่ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร จากการศึกษาของนริศรา ลีลามานิตย์ (2534, หน้า 119-120) เรื่องความรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของชาวบ้านสันโป่ง ตำบลบ้านภาค กิ่งอำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่: ความรู้และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งศึกษาในผู้สูงอายุจำนวน 90 คน พบว่าผู้ที่ได้รับข้อมูลข่าวสารสุขภาพอนามัยจะมีการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร สอดคล้องกับเพนเดอร์ (Pender, 1987, p. 58) ที่กล่าวว่าสื่อมวลชนที่มีโปรแกรมด้านสุขภาพจะเป็นตัวที่แนะนำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญ

การมาตรวจตามนัด เป็นการแสดงถึงความตั้งใจ สนใจสุขภาพของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมโรคและดำรงไว้ซึ่งสุขภาพอนามัยที่ดี ฟรานซิส คอร์ดและมอริส (Francis, Korch, & Morris, 1969, p. 535) รายงานว่ามารดาที่ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามคำแนะนำในการพาบุตรไปตรวจตามนัด เป็นผู้ที่มีความพอใจในความเป็นกันเองของแพทย์ รู้สึกว่าแพทย์เข้าใจในสิ่งที่เขาไม่สบายใจ และจากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับการรักษาสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเรื้อน จังหวัดขอนแก่น ของเพ็ญศรี จิตรนาททรัพย์ (2528, หน้า 48-53) ในผู้ป่วยโรคเรื้อนจำนวน 930 คน พบว่าอายุ เพศ ชนิดของโรคเรื้อน ประวัติโรคเรื้อนในครอบครัว และวิธีการค้นพบผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยด้านสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ที่อยู่ สถานที่เกิด ระยะเวลา

ตั้งแต่เริ่มมีอาการ การทนต่อยา ระดับการพิจารณา สถานที่รักษา ระยะทางระหว่างบ้านและสถานที่รักษา วิธีการเดินทางมารักษา ระยะเวลาในการรักษา และประเภทของยาที่ใช้รักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ และจากการศึกษาของชนินฐา มณีเรืองเดช (2524, หน้า 51-52) ที่ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการรักษาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในจังหวัดสระบุรี จำนวน 285 ราย พบว่าปัจจัยทางด้านประชากร ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้ของครอบครัวผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค ปัจจัยทางด้านลักษณะการเดินทางมารับการรักษา พบว่าผู้ที่อยู่ใกล้สถานบริการสาธารณสุขมารับการรักษาสม่ำเสมอมากกว่าผู้ที่อยู่ไกล และผู้ที่ใช้เวลาในการเดินทางน้อยกว่า 1 ชั่วโมง มารับการรักษาสม่ำเสมอมากกว่าผู้ที่ใช้เวลาในการเดินทางมากกว่า 1 ชั่วโมง ปัจจัยทางด้านความรู้เรื่องวัณโรคปอดและความรู้ในการปฏิบัติตน พบว่าผู้มีความรู้มากมารับการรักษาสม่ำเสมอมากกว่าผู้ที่ไม่มีความรู้

ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่ยาวนานในการรักษาและผลของความเจ็บป่วยทำให้เกิดความเบื่อหน่าย และขาดความสนใจในสุขภาพของตนและสิ่งแวดล้อม (สุพัตรา สุภาพ , 2526, หน้า 114) จากการศึกษาของสุภาพ ไบแก้ว (2528, หน้า ข-ค) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 100 ราย พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีระยะเวลาการเป็นโรคที่ต่างกัน จะมีความร่วมมือในการรักษาต่างกัน และจากการศึกษาของ เยาวดี สุวรรณนาคะ (2532, หน้า 70) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสบี จำนวน 123 ราย พบว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่นานมากกว่า 2 ปี จะมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 2 ปี แต่จากการศึกษาของคุษฎีบูล บุตรลีทา (2544, หน้า 136) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ จำนวน 112 ราย พบว่าระยะของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ดังที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่ามีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้และนำไปสู่การตัดสินใจของบุคคลเพื่อให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

โรคความดันโลหิตสูง

1. ความหมาย

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของความดันโลหิตสูงว่า เป็นภาวะที่บุคคลมีระดับความดันโลหิตสูงมากกว่า 160/95 มิลลิเมตรปรอท (สมชาติ โลจายะ และอรรพรรณ สุวจิตตานนท์, 2536, หน้า 480)

2. การจำแนกประเภทความดันโลหิตสูง มีการจำแนกออกเป็น 2 ประเภท คือ

2.1 จำแนกตามระดับความดันโลหิต เป็นการจำแนกประเภทของความดันโลหิตสูงโดย The Joint National Committee (JNC) on the Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. (1993) มีการแบ่งระดับความดันโลหิตดังนี้ (อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2537, หน้า 156-157)

การจำแนก	ซิสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)	ไดแอสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)
ปกติ	< 130	< 85
สูงกว่าปกติ	130-139	130-139
ความดันโลหิตสูง		
- ระดับหนึ่ง (เล็กน้อย)	140-159	90-99
- ระดับสอง (ปานกลาง)	160-179	100-109
- ระดับสาม (รุนแรง)	180-209	110-119
- ระดับสี่ (รุนแรงมาก)	>210	>120

2.2 การจำแนกโดยอาศัยความเสื่อมสภาพของอวัยวะต่าง ๆ องค์การอนามัยโลก ได้จำแนกความเสื่อมสภาพออกเป็น 3 ระดับ คือ (สมชาติ โลจายะ และอรรพรรณ สุวจิตตานนท์, 2536, หน้า 481)

2.2.1 ระดับหนึ่ง มีความดันโลหิตสูงแต่ตรวจไม่พบความเสื่อมสภาพของอวัยวะต่าง ๆ

2.2.2 ระดับสอง มีความดันโลหิตสูงและตรวจพบความเสื่อมสภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง คือมีเวนทริเคิลซ้ายโตจากการตรวจร่างกายหรือเอ็กซเรย์ทรวงอกหรือคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หลอดเลือดแดงเรติน่า (fundoscopic) มีการตีบทั่วไปหมดหรือเฉพาะส่วน และพบไข่ขาวในปัสสาวะ หรือซีรัมครีเอตินินสูงกว่าปกติ

2.2.3 ระดับสาม ความดันโลหิตสูงที่มีข้อบ่งชี้ว่าอวัยวะต่าง ๆ เสื่อมสภาพอันเป็นผลมาจากความดันโลหิตสูง ได้แก่ ภาวะหัวใจวาย อัมพาตอันเกิดจากหลอดเลือดในสมองหรือภาวะสมองบวม (hypertensive encephalopathy) เรตินาผิดปกติจากความดันโลหิตสูง (hypertensive retinopathy) ที่มีเลือดออก หรือประสาทตาบวม (papilledema)

2.3 การจำแนกตามสาเหตุ(ขงยุทธ สหสกุล, 2528, หน้า 4-7)

2.3.1 โรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ (primary hypertension or essential hypertension) พบได้มากถึงร้อยละ 90-95 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด ในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง แต่เชื่อว่ามีสาเหตุมาจากการไหลเวียนของเลือด ซึ่งมีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่าง ๆ หลายประการ

2.3.2 โรคความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ (secondary hypertension) พบได้ประมาณร้อยละ 5-10 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากโรคไต โรคซึ่งเกิดจากความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ ระบบประสาทส่วนกลาง หรือหลอดเลือดแดงใหญ่ โรคพิษแห่งครรภ์ หรือการได้รับยาบางอย่าง เป็นต้น

3. อุบัติการณ์

อุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยเพศชายจะพบเมื่อมีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป ส่วนเพศหญิงจะพบเมื่อมีอายุมากกว่า 45 ปี ขึ้นไป แต่ส่วนใหญ่มักพบในคนที่มียุตั้งตั้งแต่ 50 ปี ขึ้นไป มักเกิดในคนผิวดำมากกว่าคนผิวขาว และมีหลักฐานที่ค่อนข้างแน่ชัดว่าการที่บุคคลในครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง บุตรและญาติพี่น้องในตระกูลเดียวกันจะมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้นด้วย (Marcinek, 1980, p. 928) นอกจากนี้ในบุคคลที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต โรคเบาหวาน มีภาวะอ้วน ชอบรับประทานอาหารเค็มจัด ชอบดื่มสุราหรือสูบบุหรี่จัด มีภาวะเครียดสูง และบุคคลที่มีระดับโคเลสเตอรอลในกระแสเลือดสูง จะมีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้มากกว่าคนปกติ (Feury & Nash, 1990, p. 56)

4. ปัจจัยที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมีหลายปัจจัยด้วยกัน ได้แก่ พันธุกรรม ความอ้วน การรับประทานอาหารเกลือโซเดียมมาก ความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และคาเฟอีน การขาดการออกกำลังกาย

5. อาการ อาการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ ในกลุ่มที่มีความรุนแรงน้อยหรือปานกลางมักจะไม่มีแสดงอาการ แต่ในกลุ่มที่มีความรุนแรงโรคมักจะมีอาการ ดังนี้คือ (สมชาติ โลจายะ และอรวรรณ สุวจิตตานนท์, 2536, หน้า 480-481) ปวดศีรษะ โดยทั่วไปจะปวดบริเวณท้ายทอยหลังตื่นนอนตอนเช้า และมีอาการคลื่นไส้ ตาพร่ามัวร่วมด้วย หรืออาจปวดศีรษะแบบไมเกรน นอกจากนี้ก็ยังพบว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจะมีเลือดกำเดาออกได้

6. ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง จะเกิดขึ้นกับอวัยวะที่สำคัญ ๆ ได้แก่ หัวใจและหลอดเลือด สมอง คือ เกิดโรคหลอดเลือดในสมองแตก สำหรับภาวะแทรกซ้อนที่ไต ก็อาจทำให้เกิดภาวะโลหิตเป็นพิษ ไตวาย หมกสติและเสียชีวิต ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่จอภาพนัยน์ตา คือ ทำให้เกิดอาการตามัว และอาจถึงตาบอดได้

7. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิต การควบคุมความดันโลหิตสูงแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะใหญ่ ๆ คือ การควบคุมโดยไม่ใช้ยาและการควบคุมด้วยยาหรือใช้ร่วมกัน ซึ่งการรักษาโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การลดน้ำหนักตัว การลดอาหารที่มีเกลือ โซเดียม การออกกำลังกาย งดการสูบบุหรี่ งดการดื่มสุรา หลีกเลี่ยงภาวะเครียด และการรักษาด้วยยา สำหรับยารักษาโรคความดันโลหิตสูงแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ ๆ ด้วยกัน ได้แก่ ยาขับปัสสาวะซึ่งออกฤทธิ์ที่ไต ช่วยลดเกลือและของเหลวในระบบหมุนเวียนโลหิต ยาจำพวกเบตาบล็อคเกอร์ ยาขยายหลอดเลือดช่วยทำให้เส้นเลือดคลายตัว และยาจำพวกออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท ในการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอาจใช้ยาอย่างเดี่ยวหรือหลายอย่างร่วมกันได้

จะเห็นได้ว่าการควบคุมความดันโลหิตสูงนั้น ผู้ป่วยจะเป็นผู้มีความหนักหนากที่สุดในการปฏิบัติพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้อง การจะปฏิบัติพฤติกรรมอนามัยให้ถูกต้องนั้นผู้ป่วยต้องมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้อง เพื่อควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงให้อยู่ในระดับปกติหรือมิให้มีความรุนแรงมากขึ้น หากมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ถูกต้องแล้วอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งเป็นอันตรายต่อชีวิตอย่างยิ่ง

การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

การรับรู้เป็นตัวแปรหรือปัจจัยหนึ่งทางจิตวิทยาสังคม ที่มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมในเรื่องต่าง ๆ และบุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามการรับรู้และความคิดในเรื่องนั้น (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2527, หน้า 173) การรับรู้ภาวะสุขภาพในขณะที่เจ็บป่วยนับว่าเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคล ทั้งนี้เนื่องจากการเจ็บป่วยหรือการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นสิ่งเร้าตรงที่มีผลกระทบต่อบุคคลมากที่สุด ดังนั้นการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ผิดหรือเบี่ยงเบนไปจากความเป็นจริง จะมีผลทำให้บุคคลไม่ให้ความร่วมมือในการส่งเสริมสุขภาพ ไม่พอใจกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไปและไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ในที่สุด จะเห็นได้ว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อ ที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การที่บุคคลเป็นโรคความดันโลหิตสูงจะได้รับฟังข่าวสาร เรื่องราวต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคจากบุคลากรทางสุขภาพเมื่อไปรับการตรวจรักษา หรือจากการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร

เกี่ยวกับโรคจากสื่อประชาสัมพันธ์ต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือ แผ่นพับ เป็นต้น หรือแม้แต่อาการแสดงของโรคที่เป็นอยู่ขณะนั้น ส่วนถือว่าเป็นสิ่งเร้าที่มากกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตน โดยผ่านกระบวนการทางด้าน ความคิด จิตใจ โดยที่สมองตีความ หรือแปลความจากข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ตลอดจนอาศัยประสบการณ์เดิม ค่านิยม เจตคติ ความคาดหวัง และแรงจูงใจ ออกมาเป็นการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนที่เป็นโรคมี่ 2 ลักษณะ คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพในทางที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยตามการรับรู้ นั้น ๆ กล่าวคือ การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้องจะช่วยให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ถูกต้องเหมาะสม ในทางตรงกันข้ามถ้ามีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ถูกต้องตรงตามความเป็นจริงก็จะมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ไม่ดีเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง โรคไต โรคตา ดังที่ นิพนธ์ แจ่มเยี่ยม (2524, หน้า 60) ได้กล่าวว่า การรับรู้มีความสำคัญมาก ในการกำหนดหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล เพราะถ้าการรับรู้คลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริงบุคคลจะแสดงพฤติกรรมแบบผิด ๆ ซึ่งทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพของตนเองได้ สำหรับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีรายละเอียดดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน (perceived susceptibility) เป็นความรู้สึก ความนึกคิด ความเชื่อ ของบุคคลว่าตนเองมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน การที่จะหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนจึงจำเป็นต้องมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค และรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือเสี่ยงต่อการเป็นโรคอื่น ๆ ได้ ดังที่โรเซนสต็อก (Rosenstock, cited in Becker, 1974, p. 3) กล่าวว่า บุคคลที่จะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการเกิดโรคต่อเมื่อบุคคลนั้นรับรู้ว่าจะตนมีโอกาสเกิดโรคนั้น เบคเกอร์และไมแมน (Becker and Maiman, 1975, pp. 17-18) กล่าวว่าเมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วยและทราบการวินิจฉัยของตนเองแล้วการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงจะมีการเปลี่ยนแปลงดังนี้

1.1 ผู้ป่วยอาจไม่เชื่อต่อการวินิจฉัยโรคของแพทย์ ซึ่งจะมีผลให้การคาดคะเนเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนผิดไป

1.2 ส่วนบุคคลที่เคยเจ็บป่วยและมีอาการรุนแรงมาก่อน จะมีการคาดคะเนว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคซ้ำได้อีก

1.3 ถ้าบุคคลนั้นกำลังเจ็บป่วยจะมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสูง ทำให้มีความรู้สึกที่ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น

ดังเช่นการศึกษาของ นิตยา ภาสุนันท์ (2529, หน้า ค) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจ

ขาดเลือด จำนวน 100 ราย พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในหอผู้ป่วยโรคหอบหืดของสมใจ ยี่มิวิไล (2531, หน้า 96-97) ในผู้ป่วยโรคหอบหืด จำนวน 100 ราย พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของนิตยา ไทยาภิรมย์ (2532, หน้า 55) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมอนามัยในเด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในเด็กนักเรียนอายุ 7-13 ปี ที่เป็นโรคเรื้อรังต่อไปนี้ โรคกลุ่มอาการเนฟโรติก โรคหัวใจ โรคธาลัสซีเมีย จำนวน 161 ราย พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมอนามัย โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ผิดในเรื่องเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยการกลับเป็นซ้ำ และการเกิดภาวะแทรกซ้อน จะทำให้เด็กไม่ระมัดระวังตนเองในการที่จะหลีกเลี่ยงสิ่งที่จะทำให้โรคที่ตนเป็นอยู่มีอาการมากขึ้น หรือทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน

สำหรับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มีอาการของโรคไม่รุนแรง เมื่อทราบการวินิจฉัยของแพทย์ในระยะแรก ผู้ป่วยอาจจะไม่เชื่อในการวินิจฉัยของแพทย์ เนื่องจากรู้สึกว่าตนเองสบายดี ไม่พบอาการผิดปกติใด ๆ ของโรคปรากฏให้เห็นเลย ส่วนในรายที่มีอาการรุนแรงจะมีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคสูง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนมีโอกาสจะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น หัวใจขาดเลือด เส้นเลือดแตกเป็นอัมพาต ไตวาย หรืออาจตาบอดได้ เป็นต้น

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อน (perceived severity) เบคเกอร์ (Becker, 1974, p. 99) กล่าวว่า แมื่บุคคลมีการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่พฤติกรรมอนามัยจะไม่เกิดขึ้น จนกว่าบุคคลนั้นจะมีความเชื่อว่าโรคที่เกิดขึ้น จะก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย เช่น ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต และมีความยากลำบาก หรือต้องใช้เวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน รวมทั้งผลกระทบที่มีต่อบทบาททางสังคม อย่างไรก็ตามการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค มิได้หมายถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริง แต่เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรค ดังนั้น ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงอาจให้ความร่วมมือน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงได้ จากการศึกษานี้ของเบคเกอร์และคณะ (Becker et al., 1974, p. 205) พบว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือของผู้ป่วยทั้งในด้านการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด สำหรับผลการวิจัยในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เนลสันและคณะ (Nelson et al., 1978, p. 903) พบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่ามีโรคความดันโลหิตสูงเป็นภาวะที่มีอันตรายรุนแรง จะให้ความร่วมมือในการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงได้ดีกว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่ามีโรคความดันโลหิตสูงไม่มีอันตรายรุนแรง นอกจากนี้ นิตยา ไทยาภิรมย์ (2532, หน้า 55) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้

ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมอนามัยในเด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำนวน 161 ราย พบว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคคิดในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยถ้าเข้าใจว่ามีผลกระทบที่รุนแรงต่อร่างกายน้อยกว่าที่เป็นจริงจะทำให้เด็กขาดแรงผลักดันที่จะปฏิบัติตนให้ถูกต้องตามแผนการรักษาพยาบาล แต่ถ้าเข้าใจว่าผลกระทบมีความรุนแรงมากกว่าที่เป็นจริงจะทำให้เด็กแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมกับวัย เช่น งดทำกิจกรรมที่สามารถทำเองได้ และจากการศึกษาของ เคิร์ชท์ (Kirscht, 1974 อ้างใน ปริศนา นวลบุญเรือง, 2535, หน้า 34) พบว่าในกรณีที่ถูกเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยจะเป็นตัวกระตุ้นให้เขาตัดสินใจไปใช้บริการสุขภาพ นอกจากนี้ การศึกษาของศิริวรรณ แสงอินทร์ (2536, หน้า 79) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ สัมพันธภาพของกลุ่มสมรสกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของสตรีที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในสตรีที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มารับการตรวจรักษาที่หน่วยโรคติดต่อทางนรีเวชและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สตรี โรงพยาบาลศิริราช และคลินิกหญิงโรงพยาบาลบางรักจำนวน 200 ราย พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .176$) แสดงว่าสตรีที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ดีจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ที่ดีด้วย ทั้งนี้เพราะการรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์เป็นปัจจัยที่ทำให้สตรีที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชื่อว่าโรคเอดส์ เป็นโรคที่มีอันตรายเมื่อเป็นแล้วรักษาไม่หายและต้องเสียชีวิต เป็นโรคที่สังคมรังเกียจก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจเป็นอย่างมาก การรับรู้ผลกระทบดังกล่าวจะเป็นสิ่งส่งเสริมให้สตรีที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พยายามปฏิบัติตนในการป้องกันมิให้ตนเองติดเชื้อเอดส์

จากการศึกษาดังกล่าว พบว่าถ้าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคว่าจะก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อน และยังผลักดันให้เอาใจใส่ ดูแลตนเองมากขึ้น

3. การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการปฏิบัติตัว (perceived benefits) เป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่งที่มีผลต่อการร่วมมือในการรักษาและปฏิบัติตนของผู้ป่วย แม้ว่าผู้ป่วยจะรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคเป็นอย่างดี แต่การจะให้ความร่วมมือในการรักษาหรือไม่นั้น ยังขึ้นอยู่กับความรู้ของผู้ป่วยต่อการรักษาว่าสามารถลดความรุนแรงของโรคที่มีต่อภาวะสุขภาพของเขาได้จริงและได้รับประโยชน์คุ้มค่างกับเวลาที่เสียไปในการตรวจ หรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตลอดจนคุ้มค่าใช้จ่ายในการรักษา ความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายจากการรักษา การได้รับคำแนะนำที่ไม่ชัดเจน จึงเป็นอุปสรรคขัดขวางความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างยิ่ง จากการศึกษาของเบคเกอร์ และคณะ (Becker et al., 1974, pp. 205-216)

พบว่าผู้ที่รับประทานยาสมุนไพรมีความเชื่อว่ายาที่ได้รับจากแพทย์มีประสิทธิภาพในการรักษาและการรักษาที่ได้รับอยู่มีประโยชน์ ผู้ป่วยที่เชื่อในความสามารถของแพทย์ว่ารักษาความเจ็บป่วยให้หายได้จะไปพบแพทย์ตามนัด นิตยา อังกาบธนะ (2527, หน้า 83) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 100 ราย พบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษามากกว่า จะสามารถปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาน้อยกว่า และจากการศึกษาของนิตยา ภาสุนันท์ (2529, หน้า 82) ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 100 ราย พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรักษาภาวะความดันโลหิตสูงต้องเสียเวลาในการมาตรวจตามนัดบ่อยครั้ง หรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก ต้องลงงานในอาชีพ ทำให้ขาดรายได้ในครอบครัว ถ้าผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงประโยชน์ของการรักษาก็จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความขัดแย้งภายในจิตใจ เพราะไม่อาจกระทำในสิ่งที่ตนเองต้องกระทำได้ทั้งหมดในเวลาเดียวกัน การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษามีผลต่อการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยอย่างมาก

4. การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตัว (perceived barriers) เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับปัจจัยหรือกิจกรรมต่าง ๆ ตามสภาพเป็นจริงที่ขัดขวางการมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัย ได้แก่ ค่าใช้จ่าย เวลาในการรับบริการสุขภาพ ความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ ผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างหรือการรับบริการทางสุขภาพ ทำให้ขาดรายได้จากการประกอบอาชีพต่าง ๆ เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมอนามัย บุคคลจะประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับกับอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจ จากการศึกษาของคลิงเกอร์ (Klinger, 1984, pp. 32-37) พบว่าการปฏิบัติตัวที่ต้องใช้ระยะเวลา ความไม่สะดวกที่จะปฏิบัติ ความไม่สุขสบายจากการรักษาและการได้รับคำแนะนำที่ไม่ชัดเจนเพียงพอเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา ภาสุนันท์ (2529, หน้า 2) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 100 ราย พบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนน้อยจะให้ความร่วมมือในการรักษาดี เช่นเดียวกันถ้าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ได้แก่ ฐานะทางการเงิน เวลาในการปฏิบัติ ความสะดวกในการมารับบริการ ความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ ความเบื่อหน่ายที่ต้องมารอพบแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ยอมมาตรวจตามนัด ทำให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ สิ่งเหล่านี้จะทำให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมอนามัย ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้ถูกต้อง

ถึงแม้จะรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมก็ตาม ก็จะมีปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพอนามัยอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป (health motivation) หมายถึง ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ตลอดจนความตั้งใจที่จะยอมรับการรักษาและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติ ซึ่งเป็นแรงกระตุ้นภายในและเป็นพื้นฐานส่วนตัวของแต่ละบุคคล บุคคลที่มีความสนใจในสุขภาพของตนจะไปรับการตรวจสุขภาพประจำปี และเมื่อมีอาการผิดปกติก็พร้อมที่จะไปพบแพทย์ และรับการรักษา จึงอาจกล่าวได้ว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีการปฏิบัติตามแผนการรักษา จากการศึกษาของ โอจิโอโว (Ogionwo, 1973 อ้างใน Rosenstock, 1974, p. 43) พบว่าบุคคลที่มีการรับรู้อันตรายจากอหิวาตกโรคและมีความรู้เกี่ยวกับโรค จะมีแรงจูงใจในการมารับวัคซีนป้องกันโรค และเข้าร่วมโครงการสุขศึกษามากกว่าบุคคลที่ไม่มีการรับรู้และขาดความรู้เกี่ยวกับโรค จากการศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคในคัมภีร์สมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบไวรัสบี จำนวน 100 ราย ของสุวิมล ฤทธิมนตรี (2534, หน้า 87) พบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคตับอักเสบไวรัสบี แสดงว่าคัมภีร์สมรสที่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพสูงจะส่งผลถึงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีด้วย และจากการศึกษาของสุภาพ ไบแก้ว (2528, หน้า 19) พบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จากการศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี ของจารุณี ลีธีระกุล จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน (2541, หน้า 59-60) พบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี

กรอบแนวคิดในการศึกษา จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า มีปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลเพื่อให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่หลายประการ เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการมาตรวจตามนัด ซึ่งปัจจัยที่มีผู้ศึกษาแล้วได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ส่วนปัจจัยที่ยังไม่มีผู้ศึกษาได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการมาตรวจตามนัด ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วย การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการมาตรวจตามนัด มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างไร ทั้งนี้ผู้ศึกษาเชื่อว่าปัจจัยทั้ง 3 น่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตามกรอบแนวคิดที่แสดงในแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษา

