บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของสตรีไทยมุสลิมกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นความดันโลหิตสูง โดยผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร ทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แนวคิดพฤติกรรมป้องกันโรค
2. ภาวะความดันโลหิตสูง
3. พฤติกรรมป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของสตรีไทยมุสลิมกลุ่มเสี่ยง
4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของสตรีไทยมุสลิมกลุ่มเสี่ยง

แนวคิดพฤติกรรมป้องกันโรค

พฤติกรรมป้องกันโรค (preventive health behavior) เป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมสุขภาพ (health behaviors) จากความหมายพฤติกรรมสุขภาพที่นักวิชาการหลายท่านได้ให้คำจำกัดความไว้ หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย เช่น การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ การออกกำลังกายในปริมาณที่เหมาะสม การนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ การไม่เสพสิ่งเสพติดต่างๆ และไม่สำส่อนทางเพศ พฤติกรรมสุขภาพยังรวมถึงพฤติกรรมเชิงป้องกันในชีวิตประจำวัน และการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอย่างสม่ำเสมอในขณะที่บุคคลยังมีสุขภาพดี ไม่มีอาการแสดงของการเจ็บป่วย (เฉลิมพล, 2541; ประภาเพ็ญ, 2534 และ Kasl & Cobb, 1966)

นักสังคมศาสตร์และนักพฤติกรรมศาสตร์ ได้พัฒนาทฤษฎีและรูปแบบทางพฤติกรรมที่ใช้สำหรับอธิบายและทำนายพฤติกรรมของแต่ละบุคคล และกลุ่มบุคคลไว้มากมาย โดยมีเป้าหมายเพื่อเป็นกรอบแนวคิดที่ช่วยให้เข้าใจถึงพฤติกรรมของบุคคล และเอื้อต่อการนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล ทฤษฎีหรือรูปแบบที่ได้ถูกนำมาใช้ในงานวิจัยเพื่ออธิบายพฤติกรรมของบุคคลบ่อยที่สุด ได้แก่ แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล ((Theory of Reasoned Action) ทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self- Efficacy Theory) และรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) ซึ่งในการศึกษา

ครั้งนี้ได้เลือกใช้แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแบบจำลองทางพฤติกรรมที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีจิตวิทยาสังคมของเลวิน ได้รับการปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพที่ได้รับการพัฒนาโดยแจนซ์และเบคเกอร์ (Janz & Becker, 1984) มีแนวคิดภายใต้ความเชื่อว่าการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วยหรือเพื่อป้องกันโรคโดยที่บุคคลนั้นจะต้องเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตของเขาพอสมควร การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันจะก่อให้เกิดประโยชน์โดยช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือช่วยลดความรุนแรงหากเกิดการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นแบบจำลองที่ใช้อธิบายและทำนายการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะการป้องกันโรค

องค์ประกอบของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบาย และทำนายพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคล ประกอบด้วย การรับรู้ของบุคคล ปัจจัยร่วม และปัจจัยที่มีผลต่อความเป็นไปได้ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน กล่าวคือ การรับรู้ของบุคคล ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค จะส่งผลต่อความพร้อมของบุคคลที่จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค ส่วนปัจจัยร่วม ได้แก่ ตัวแปรด้านประชากร ตัวแปรด้านจิตสังคม ตัวแปรด้านโครงสร้าง รวมถึงสิ่งกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน และปัจจัยที่มีผลต่อความเป็นไปได้ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค จะส่งผลทางอ้อมต่อแนวโน้มของบุคคลที่จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค ดังภาพ 2

1. การรับรู้ของบุคคล (individual perception) การรับรู้และความเชื่อของบุคคลเป็นแรงจูงใจให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยอธิบายว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับการเห็นคุณค่าของสิ่งที่ตนได้รับ และผลที่เกิดจากการกระทำของตนเองที่จะส่งผลโดยตรงต่อความพร้อมของบุคคลที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ได้แก่ (Janz, Champion, and Strecher, 2002)

1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived susceptibility) หมายถึง การรับรู้ความเสี่ยงของบุคคลต่อการเกิดโรคหรือการคาดการณ์ความน่าจะเป็นของการที่ตนจะเกิดโรค บุคคลสามารถคาดการณ์ได้ว่าตนเสี่ยงต่อการเป็นโรคมากน้อยเพียงใด ถ้าคาดการณ์ว่าเสี่ยงมากก็จะ

มีแนวโน้มในการแสดงพฤติกรรมการป้องกันมากขึ้น การรับรู้นี้แตกต่างไปในแต่ละบุคคล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคล

1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคว่าเป็นความยากลำบากเมื่อตนเองต้องประสบ หรือต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพนั้นๆ เป็นการประเมินความรุนแรงของโรค และความเจ็บป่วยที่ส่งผลกระทบด้านร่างกาย เช่น เจ็บปวด พิการ และเสียชีวิต ผลกระทบด้านสังคม เช่น ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ชีวิตครอบครัว หน้าที่การงาน สัมพันธภาพทางสังคม หรือความมุ่งมั่นส่วนตน โดยบุคคลนั้นเป็นผู้ประเมินเอง

1.3 การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค (perceived threat) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลว่าตนเองมีโอกาสป่วยเป็นโรคนั้นได้ และเชื่อว่าโรคนั้นมีความรุนแรงขึ้นถ้าหากมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์จนเกิดความรู้สึกกลัวต่อการเป็นโรค (ประภาเพ็ญ, 2534) เป็นแรงกระตุ้นให้เกิดการหลีกเลี่ยงซึ่งจะเป็นตัวกำหนดการรับรู้การคุกคามของโรค ซึ่งการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคจะก่อให้เกิดเป็นการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค

2. ปัจจัยร่วม (modifying factors) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณลักษณะของบุคคลที่มีส่วนร่วมในการส่งเสริม หรือขัดขวางต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค ได้แก่ปัจจัยต่างๆ ดังนี้

2.1 ปัจจัยด้านประชากร (demographic variables) เป็นปัจจัยหนึ่งในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันของบุคคลเช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา เชื้อชาติ ตัวแปรนี้เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพดี จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพในทางที่ดี เห็นความสำคัญของภาวะสุขภาพ และมีความสามารถในการรับรู้ที่ดีด้วยซึ่งความรู้ และความสามารถในการรับรู้นี้ขึ้นอยู่กับ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ เชื้อชาติ และประสบการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพ (ดารุณี, 2546) ตัวแปรเหล่านี้ต้องการการศึกษาเพื่อบ่งบอก ให้แน่ชัดในความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน

2.2 ปัจจัยด้านจิตสังคม (sociopsychological variables) เป็นการรวมระหว่างลักษณะทางสังคม และเศรษฐกิจที่แสดงถึงความสัมพันธ์ของบุคคลถึงบุคคลอื่นในชุมชนซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม (norms) ค่านิยมทางวัฒนธรรม และจะเป็นพื้นฐานทำให้บุคคลมีการปฏิบัติด้านป้องกันสุขภาพที่แตกต่างกัน (เฉลิมพล, 2541) เป็นตัวแปรหนึ่งที่เป็นแนวทางในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันของบุคคล เช่น บุคลิกภาพ ระดับชั้นในสังคม กลุ่มเพื่อน กลุ่มอ้างอิง หรืออิทธิพลทางสังคม เป็นตัวแปรสำคัญในการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์ อิทธิพลจากตัวแปรนี้มีความสำคัญมากต่อความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลยิ่งบุคคลมีความตั้งใจมากเท่าไรก็จะมีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมมากเท่านั้น (ศิริวรรณ, 2546)

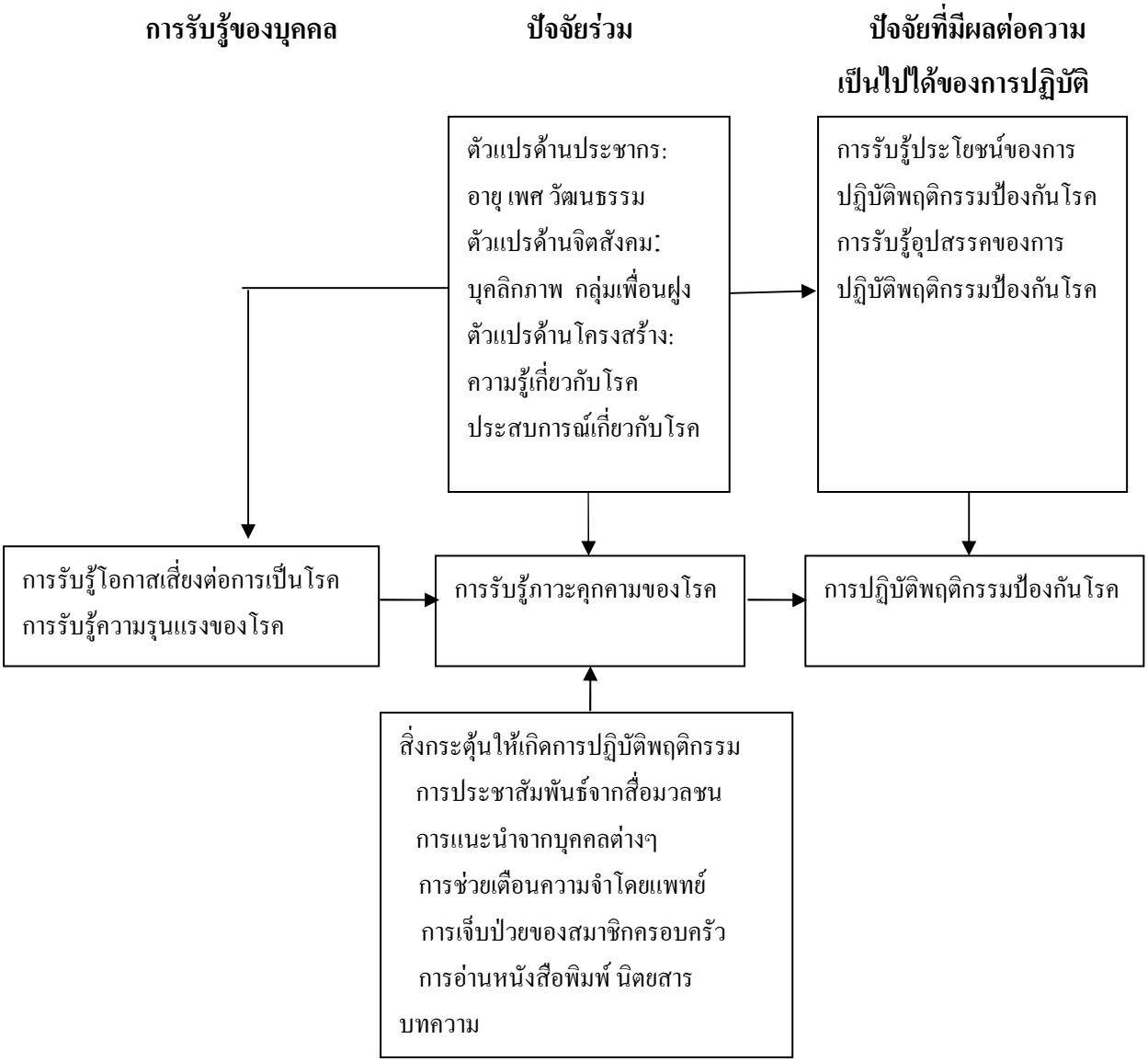
2.3 ปัจจัยด้านโครงสร้าง (structural variables) เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันตามระดับความรู้เดิมเกี่ยวกับโรคที่แต่ละบุคคลที่มีอยู่ในขณะนั้น รวมถึงการติดต่อพบปะกับบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน ประสบการณ์การเจ็บป่วย เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค และการเจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกันนี้ในอดีต การแสดงพฤติกรรมของบุคคลจะมีความเกี่ยวข้องกับลักษณะส่วนบุคคล ธรรมชาติของสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย และปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับแรงผลักดันทางสังคม (เฉลิมพล, 2541)

2.4 สิ่งกระตุ้นหรือตัวชี้แนะให้เกิดการปฏิบัติ (cues to action) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันซึ่งจะส่งผลในทางอ้อมให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันในลักษณะที่แตกต่างกัน หรือเป็นตัวกระตุ้นหรือชักนำให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมกับสถานการณ์ในขณะนั้นอาจเป็นสิ่งกระตุ้นมาจากภายใน เช่น การรับรู้สุขภาพของตนเอง หรือสิ่งกระตุ้นจากภายนอก เช่น การประชาสัมพันธ์ทางสื่อมวลชน การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพ ความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อน ปัจจัยกระตุ้นจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ผลักดันให้บุคคลนั้นผ่านระยะการตัดสินใจเข้าสู่ระยะของการปฏิบัติ ดังนั้นข้อมูล ข่าวสาร การให้คำปรึกษา แนะนำ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติกิจกรรมหรือพฤติกรรมต่างๆได้ถูกต้อง (ดารุณี, 2546)

3. ปัจจัยที่มีผลต่อความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ (likelihood of action) เป็นปัจจัยที่แสดงถึงความตั้งใจของบุคคลที่จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเมื่อได้รับทราบถึงผลดี และสิ่งไม่พึงประสงค์ที่จะได้รับหลังจากการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค ได้แก่ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ (perceived benefits) ลบด้วยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ (perceived barrier) โดยที่การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติต้องมีน้ำหนักมากกว่าการรับรู้ถึงอุปสรรคซึ่งถ้าบุคคลเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันสามารถลดความไวของตนเองต่อการเกิดโรคหรือลดความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นบุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมมากขึ้น เป็นปัจจัยที่สำคัญมากต่อการตัดสินใจในการปฏิบัติของบุคคลนั้น ในขณะเดียวกันหากความต้องการที่จะปฏิบัติในตัวบุคคลนั้นมีน้อยและมีความรู้สึกเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติมีมากทำให้บุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเมื่อรับรู้ว่ามีอุปสรรค เช่น ทำให้เกิดความไม่สะดวก ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม เกิดความไม่สุขสบาย ความเจ็บปวด หรือความอาย

ปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีและการสื่อสารได้เข้ามามีบทบาทต่อสังคมไทยอย่างกว้างขวางและรวดเร็ว ทำให้มีการรับเอาวัฒนธรรมตะวันตกเข้ามาใช้โดยขาดการไตร่ตรองจนเกิดผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพของประชาชน ดังจะเห็นได้จากรูปแบบการเจ็บป่วยของคนไทยเปลี่ยนแปลงไป อัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด

และโรคหลอดเลือดสมอง นับวันจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากการใช้ชีวิตที่ฟุ่มเฟือยขาดความยั้งคิดเป็นวิถีชีวิตที่พบได้บ่อยในปัจจุบัน ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อรัง สตรีไทยมุสลิมส่วนใหญ่มีหน้าที่จะต้องรับผิดชอบดูแลความเป็นอยู่ของสมาชิกภายในครอบครัวทำให้โอกาสที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมภายนอกค่อนข้างน้อย ส่งผลให้ขาดโอกาสในการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ และประสบการณ์ใหม่ๆ อีกทั้งแนวคิดของการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคยังเข้าไปไม่ถึงชุมชน ทำให้ขาดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคซึ่งสอดคล้องกับแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพที่กล่าวว่าบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้ทั้งสองนี้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค ส่งผลให้มีการตัดสินใจเลือกที่จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคที่คิดว่าเป็นทางเลือกที่ดีที่สุดเพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี



ภาพ 2 องค์ประกอบแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของแจนซ์และเบคเกอร์ (Janz & Becker, 1984)

ภาวะความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิต หมายถึง แรงดันหรือความดันของเลือดต่อผนังหลอดเลือดแดง ความดันโลหิตสูงเป็นภาวะที่มีการเบี่ยงเบนของความดันโลหิตจากปกติซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดสภาวะหลอดเลือดแข็ง (atherosclerosis) มีความสำคัญเป็นอันดับต้นๆของปัญหาสาธารณสุขในประชากรทุกเชื้อชาติ เนื่องจากสาเหตุสำคัญ 2 ประการ คือ 1) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความชุกสูง 2) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถหลีกเลี่ยงและควบคุมได้ (ปิยะมิตร และคณะ, 2544)

ความหมาย

ความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง แรงดันเลือดที่เกิดจากหัวใจห้องล่างซ้ายบีบเลือดผ่านหลอดเลือดแดงที่แข็ง และแคบลง ทำให้เลือดไปเลี้ยงร่างกายน้อยลง หัวใจต้องสูบฉีดเลือดแรงขึ้น และปริมาณมากขึ้นเพื่อที่จะได้มีเลือดไปเลี้ยงร่างกายได้เพียงพอ โดยการวัดความดันโลหิตอย่างน้อย 3 ครั้งในขณะพักห่างกันอย่างน้อย 20 นาที พบมีค่าความดันโลหิตตัวบน หรือความดันซีสโตลิคซึ่งเกี่ยวข้องกับปริมาณเลือดในหัวใจมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตตัวล่างหรือความดันไดแอสโตลิคซึ่งเกี่ยวข้องกับความต้านทานของหลอดเลือดมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท และคงสูงอยู่ตลอดเวลาในผู้ที่ไม่ได้ใช้ยาลดความดันโลหิตจึงตัดสินว่าเป็นความดันโลหิตสูง (ศรีวัฒนา, สุรัตน์ และอรวรรณ, 2547 ; อภิรักษ์, 2542)

สถานการณ์ความดันโลหิตสูง

จากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-2540 พบว่าความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงอยู่ในผู้ใหญ่วัยทำงานและผู้สูงอายุ (ระดับความดันโลหิตตัวบนมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอทและความดันโลหิตตัวล่างมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท) จำนวน 6.4 ล้านคน เป็นประชาชนวัยทำงานจำนวน 4.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 71.14 เป็นประชาชนวัยสูงอายุจำนวน 1.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 26.67 และเป็นประชาชนวัยเด็กน้อยที่สุดจำนวน 1.4 แสนคน คิดเป็นร้อยละ 2.17 ส่วนในการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ.2547 พบว่าประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีความดันโลหิตสูง จำนวน 17.64 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 35.82 ในกลุ่มนี้เป็นประชาชนที่รู้ว่าตนเองมีความดันโลหิตสูงร้อยละ 44.69 และได้รับการรักษาร้อยละ 32.64 (กลุ่มส่งเสริมสนับสนุนวิชาการ สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2548)

นอกจากนี้จากรายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2539-2546 พบว่าอัตราตายต่อประชากรแสนคนด้วยภาวะความดันโลหิตสูงมีอัตราสูงที่สุดในปี พ.ศ. 2544 เท่ากับ 6.3 และ มีแนวโน้มลดลงในปี 2545 เท่ากับ 5.1 แต่กลับสูงขึ้นอีกในปี 2546 เท่ากับ 5.4 ซึ่งยังถือว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับสถิติ และความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุหลักของการตายและการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคไต (กลุ่มส่งเสริมสนับสนุนวิชาการ สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2548)

การจำแนกภาวะความดันโลหิตสูง

การจำแนกภาวะความดันโลหิตสูง มีหลายประเภทที่นิยมได้แก่

1. การจำแนกความดันโลหิตสูงตามระดับความดันโลหิต

คณะกรรมการร่วมแห่งชาติสหรัฐอเมริกา [The Joint National Committee (JNC) on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure] องค์การอนามัยโลกและสมาคมโรคความดันโลหิตสูง (WHO-ISH) ได้จำแนกความดันโลหิตสูงตามระดับความดันโลหิตในผู้ใหญ่ที่อายุมากกว่า 18 ปี ไว้ดังนี้ (WHO, 1999)

ตาราง 1

แสดงระดับความดันโลหิตสูงในระดับต่างๆซึ่งแบ่งตามความรุนแรงในผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่18 ปีขึ้นไป

ประเภท	ค่าความดันโลหิตตัวบน (มิลลิเมตรปรอท)	ค่าความดันโลหิตตัวล่าง (มิลลิเมตรปรอท)
ดีที่สุด (optimal)	<120	<80
ปกติ (normal)	<130 หรือ 120-129	<85 หรือ 80-84
ค่อนข้างสูง (high-normal)	130-139	85-89
ความดันโลหิตสูง		
ขั้น (Grade) 1 (“เล็กน้อย”)	140-159	90-99
กลุ่มย่อย: ก้ำกึ่ง	140-149	90-94
ขั้น (Grade) 2 (“ปานกลาง”)	160-179	100-109
ขั้น (Grade) 3 (“รุนแรง”)	≥180	≥110
กลุ่มย่อย: ก้ำกึ่ง	≥140	<90
Isolate Systolic Hypertension	140-149	<90

ที่มา The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. JAMA 2003

2. การจำแนกความดันโลหิตสูงตามระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด

ในปัจจุบันการจำแนกความดันโลหิตสูงได้มีการพิจารณาปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ และโรคที่เป็นร่วม เช่น เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือดหรือโรคไต การเสื่อมทำลายของอวัยวะเป้าหมาย ได้แก่ หัวใจ ไต และสมอง รวมทั้งมีการพิจารณาลักษณะเฉพาะตัว สถานภาพทางสังคมของแต่ละบุคคล ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 4 กลุ่ม คือ (WHO, 1999)

2.1 กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดต่ำ (low risk group) ได้แก่ ผู้ชายอายุ 55 ปี และผู้หญิงอายุต่ำกว่า 65 ปี ที่มีความดันโลหิตสูงขั้น 1 และไม่มีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ คนกลุ่มนี้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้าน้อยกว่าร้อยละ 15 และความเสี่ยงจะต่ำกว่านี้ในประชาชนกลุ่มที่มีความดันโลหิตสูงก้ำกึ่ง (borderline hypertension)

2.2 กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดปานกลาง (medium risk group) ได้แก่ บุคคลที่มีความดันโลหิตในช่วงกว้างมาก และมีปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัย คนกลุ่มนี้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้าประมาณร้อยละ 15-20 โดยความเสี่ยงจะมีค่าใกล้ร้อยละ 15 ในคนกลุ่มที่มีความดันโลหิตสูงขั้น 1 (เล็กน้อย) และมีความเสี่ยงอื่นอีกเพียง 1 ปัจจัย

2.3 กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูง (high risk group) ได้แก่ บุคคลที่มีความดันโลหิตสูงขั้น 1 หรือ 2 และมีปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 3 ปัจจัยขึ้นไป หรือเป็นโรคเบาหวาน หรือมีการเสื่อมทำลายของอวัยวะเป้าหมาย และกลุ่มคนที่มีความดันโลหิตสูงขั้น 3 (รุนแรง) ที่ไม่มีความเสี่ยงอื่นๆ คนกลุ่มนี้มี ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้าประมาณร้อยละ 20-30

2.4 กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดสูงมาก (very high risk group) ได้แก่ คนที่มีความดันโลหิตสูงขั้น 3 ที่มีปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 1 ปัจจัยขึ้นไป คนกลุ่มนี้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้ามากกว่าร้อยละ 30 ดังนั้นกลุ่มนี้จึงต้องการการรักษาทันที และควรติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด

อาการแสดงของภาวะความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูงเป็นภาวะที่มักไม่มีอาการแสดงแต่อย่างใด และไม่มีอาการเด่นเฉพาะการวินิจฉัยส่วนใหญ่จะพบได้จากกระบวนการตรวจสุขภาพ หรือในขณะบุคคลมาพบแพทย์ด้วยอาการหรือสาเหตุอื่น อาการแสดงที่มักมาพบแพทย์ คือ ปวดศีรษะซึ่งมักจะเป็นอาการแสดงแรกเริ่มของการมีภาวะความดันโลหิตสูงระดับ 3 ส่วนใหญ่จะปวดศีรษะบริเวณท้ายทอยซึ่งเป็นผลมาจากหลอดเลือดในสมองมีการขยายตัวมาก มักจะเป็นเวลาตื่นนอนใหม่ๆ อาการอย่างอื่นที่อาจพบได้ เช่น

เวียนศีรษะ หน้ามืด ตาลาย อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ใจสั่น เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ถ้าเป็นความดันโลหิตสูงนานๆ และปล่อยไว้ไม่รักษาจะพบว่ามีภาวะแทรกซ้อนซึ่งมีอาการบวม หอบเหนื่อย เจ็บหน้าอก แขนขาเป็นอัมพาต จึงมีผู้ที่ไม่ทราบว่าตนเองมีความดันโลหิตสูงอยู่เป็นจำนวนมากกว่าจะรู้ตัวก็มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆของอวัยวะในร่างกายเกิดขึ้นแล้ว (ศรีวัฒนา, สุรัตน์ และอรวรรณ, 2547)

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นความดันโลหิตสูง

ปัจจัยเสี่ยง (Risk factor) หมายถึง สถานะทางสังคม เศรษฐกิจ ชีววิทยา ตลอดจนพฤติกรรม หรือ สิ่งแวดล้อมต่างๆที่สัมพันธ์กับสาเหตุ หรือเป็นสาเหตุของการเพิ่มโอกาสที่จะป่วยจากภาวะความดันโลหิตสูง เช่น การเสื่อมสุขภาพ หรือการได้รับบาดเจ็บมากขึ้น และเมื่อค้นพบปัจจัยเสี่ยงได้แล้วจะนำไปเป็นหลักฐานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกัน (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541) ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นความดันโลหิตสูง แบ่งเป็น 2 ปัจจัยใหญ่ๆ ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมไม่ได้ (non modifiable risk factors) และ ปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมได้ (modifiable risk factors)

1.ปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมไม่ได้ เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลซึ่งไม่สามารถควบคุมได้ ปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ ประกอบด้วย

1.1 กรรมพันธุ์ จากหลักฐานทางระบาดวิทยาพบว่าผู้ที่มีบิดาหรือมารดาเป็นความดันโลหิตสูงมีโอกาสเป็นความดันโลหิตสูงได้มากกว่าผู้ที่บิดามารดาไม่เป็นความดันโลหิตสูง ยิ่งกว่านั้นผู้ที่มีทั้งบิดาและมารดาเป็นความดันโลหิตสูง จะมีความเสี่ยงที่จะเป็นมากที่สุด

1.2 อายุ พบว่าความดันโลหิตจะสูงขึ้นตามอายุ ในเด็กแรกเกิดจะพบว่าความดันโลหิตประมาณ 50/40 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตตัวบน (systolic blood pressure) เพิ่มเป็น 78 มิลลิเมตรปรอทเมื่ออายุ 10วัน และเพิ่มเป็น 120 มิลลิเมตรปรอทเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ และจะค่อยๆ สูงขึ้น โดยทั่วไปถือว่าความดันโลหิตปกติจะมีค่าประมาณ “100 + อายุ” ในผู้สูงอายุมักมีค่าความดันโลหิตตัวบนสูงกว่าปกติในขณะที่ความดันตัวล่างไม่สูงเรียกว่าภาวะความดันโลหิตสูงเฉพาะซีสโตลิค (isolated systolic hypertension)

1.3 เพศ พบว่าเพศชายมีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศหญิง แต่เพศหญิงที่มีอายุเกิน 65 ปี มีโอกาสเกิดโรคนี้เท่ากัน

1.4. เชื้อชาติ พบว่าคนผิวดำมีโอกาสเกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้มากกว่าคนผิวขาวทั้งในเพศชาย และเพศหญิง

2. ปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมได้ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากพฤติกรรมในชีวิตประจำวันสามารถแก้ไขได้โดยวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หลีกเลี่ยง ดูแลรักษา และปฏิบัติตามคำแนะนำที่ถูกต้องจะช่วยสามารถป้องกันได้ ประกอบด้วย

2.1 น้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน น้ำหนักตัวที่มากเกินไปมีผลต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง กล่าวคือทุกๆ 5 กิโลกรัมของน้ำหนักตัวก็คือความดันโลหิตที่สูงขึ้น 5 มิลลิเมตรปรอท จากการศึกษาพบว่าในคนที่มีอายุระหว่าง 20-39 ปี ถ้ามีน้ำหนักตัวเกินจะมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าคนน้ำหนักปกติถึง 2 เท่า คนกลุ่มนี้มักรับประทานอาหารเกินความต้องการของร่างกาย ทำให้มีระดับอินซูลินในเลือดสูง (hyperinsulinemia) ตามมาซึ่งภาวะนี้จะทำให้การขับถ่ายโซเดียมออกจากร่างกายลดลง และยังทำให้การทำหน้าที่ของระบบประสาทซิมพาเทติกผิดปกติไปด้วย ซึ่งเป็นเหตุให้เกิดความดันโลหิตสูงได้ การรักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ทำได้โดยการรับประทานอาหารให้เหมาะสมควบคู่ไปกับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจึงเป็นสิ่งจำเป็น การประเมินว่าน้ำหนักตัวเหมาะสมตามเกณฑ์สำหรับผู้ใหญ่ใช้ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index, BMI) เป็นเกณฑ์ดังนี้ (กองโภชนาการ, 2545) ดัชนีมวลกาย (BMI) = น้ำหนัก (กิโลกรัม) /ส่วนสูง (เมตร)^2 เกณฑ์ในการตัดสินค่าดัชนีมวลกายคือ

BMI น้อยกว่า 18.5	ผอมหรือน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์
BMI เท่ากับ 18.5-24.9	น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ
BMI มากกว่าหรือเท่ากับ 25-29.9	น้ำหนักเกิน
BMI มากกว่าหรือเท่ากับ 30	โรคอ้วน

2.2 พฤติกรรมการรับประทานอาหารรสจัด การรับประทานอาหารรสจัดมากจนเป็นนิสัยทำให้เกิดโทษแก่ร่างกายได้ การรับประทานอาหารรสเค็มจัดทำให้เสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะการรับประทานเกลือแกงเกินวันละ 6 กรัม หรือมากกว่า 1 ช้อนชาจะเสี่ยงต่อการเป็นความดันโลหิตสูง กลไกยังไม่ชัดเจน แต่เชื่อว่าเกลือมีผลทำให้เพิ่มปริมาตรเลือดในร่างกาย และทำให้กลไกการตอบสนองของระบบหัวใจ และหลอดเลือด หรือกลไกของไตต่อระบบประสาทซิมพาเทติคสูงขึ้น รวมทั้งกลไกทางฮอร์โมนและสารเคมี (hormonal mechanisms) ด้วยการรับประทานอาหารรสหวานจัดทำให้ได้รับพลังงานเพิ่ม และทำให้อ้วนโดยพบว่าน้ำตาลทำให้หลอดเลือดมีความเสื่อมเร็วขึ้น การรับประทานอาหารไขมันที่เป็นกรดไขมันอิ่มตัวซึ่งพบได้มากในอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ไขมันสัตว์ กะทิ น้ำมันปาล์ม ถ้ารับประทานจำนวนมากจะถูกเปลี่ยนเป็นคลอเลสเตอรอล ควรรับประทานอาหารไขมันในปริมาณที่จำกัดคือไม่เกิน ร้อยละ 30 ของพลังงานที่ได้จากอาหารทั้งหมด เนื่องจากไขมันให้พลังงานและช่วยในการดูดซึมวิตามินที่ละลายในไขมัน เช่น วิตามินดี, วิตามินอี และวิตามินเค

2.3 ขาดการออกกำลังกาย การขาดการออกกำลังกายทำให้ร่างกายมีการเผาผลาญสารอาหารที่รับประทานเข้าไปน้อยลง ส่งผลให้เป็นการเพิ่มการสะสมไขมันเกิดเป็นไขมันไปฉาบเคลือบผนังด้านในของหลอดเลือด ทำให้ขนาดของหลอดเลือดแคบ และหนาตัว ขาดความยืดหยุ่น ส่งผลให้หัวใจต้องใช้แรงดันในการบีบเลือดเพื่อไปเลี้ยงส่วนต่างของร่างกายเพิ่มมากขึ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงตามมา การออกกำลังกายเป็นประจำจะสามารถละลายไขมันที่อยู่ในเส้นเลือด ทำให้โอกาสที่ไขมันจะไปจับเกาะที่เส้นเลือดเกิดได้น้อยลง ร่างกายได้ใช้พลังงานที่สะสมไว้ในรูปไขมันได้ดีขึ้น หัวใจสามารถบีบเลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนต่างๆในร่างกายโดยใช้แรงดันปกติ ความดันโลหิตต่ำลง และอัตราการเต้นของหัวใจช้าลง หัวใจมีการใช้ออกซิเจนน้อยลง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนโลหิตโดยเพิ่มขนาด และความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือด โอกาสที่จะเกิดการอุดตันน้อยลง เพิ่มระดับไขมันคลอเลสเตอรอลชนิดความหนาแน่นสูง (high-density lipoprotein -cholesterol; HDL-C) ลดระดับไขมันคลอเลสเตอรอลชนิดความหนาแน่นต่ำ (low-density lipoprotein - cholesterol; LDL-C) และไขมันไตรกลีเซอไรด์ จะทำให้ความดันโลหิตชนิดไม่ทราบสาเหตุลดลง (ปิยะนุช, ภัทราวุธ, และวิศาล, 2544) การออกกำลังกายสม่ำเสมอติดต่อกันเช่น การเดินเร็วอย่างน้อยวันละ 30 นาที มีหลักฐานว่าช่วยในการควบคุมความดันโลหิตได้ โดยการออกกำลังกายนี้ควรเป็นแบบต่อเนื่องที่เน้นการเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้ออกซิเจนจึงสามารถลดระดับความดันโลหิตได้ 10 มิลลิเมตรปรอท ได้แก่ การออกกำลังกาย 5 ประเภท คือ เดินเร็ว วิ่งอยู่กับที่ ขี่จักรยาน วิ่ง ว่ายน้ำ ทำติดต่อกันไม่น้อยกว่า 20 นาที ความถี่ของการออกกำลังกายควรเป็นทุกวัน หรือวันเว้นวัน หรือสัปดาห์ละ 3 วัน จึงจะเริ่มเข้าสภาพที่เรียกว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิค (aerobic exercise)

2.4 การดื่มสุราเป็นประจำ การดื่มสุราที่เข้มข้นในปริมาณที่มากกว่า 1-2 ออนซ์ต่อวัน พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูง และการดื่มสุรานั้นจะมีผลต่อระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้นทันที เนื่องจากแอลกอฮอล์จะเป็นตัวกระตุ้นให้มีการหลั่งของแคทีโคลามีนในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น ทำให้มีการหดรัดตัวของหลอดเลือด หัวใจต้องบีบตัวแรงขึ้น เลือดที่ออกจากหัวใจมีแรงดันสูงระดับความดันโลหิตจึงสูงขึ้นตามมา

2.5 การสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่มีผลต่อการทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้จากผลของนิโคตินที่มีอยู่ในบุหรี่ ทำให้ร่างกายมีการหลั่งแคทีโคลามีนภายหลังจากการสูบบุหรี่แต่ละครั้งส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว แต่ยังไม่ทราบการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดตีบตัน และโรคหัวใจ ทำให้มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เนื่องจากในบุหรี่มีสารนิโคตินทำให้เกิดการหลั่งของสารแคทีโคลามีนออกมา มีผลทำให้หัวใจเต้นเร็ว และความดันโลหิตสูง (วิมลรัตน์, 2544)

2.6 ภาวะเครียด ความเครียด และความวิตกกังวลทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ มีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นเชื่อว่าความเครียดมีผลต่อระบบประสาทซิมพาเทติคโดยไปกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติให้หลั่งสารนอร์อิพิเนฟรินจากปลายประสาท และอิพิเนฟรินจากต่อมหมวกไต ทำให้มีการบีบของหลอดเลือดแดง และความดันโลหิตสูงขึ้นเป็นครั้งคราว และกลับสู่ระดับปกติได้ แต่ถ้าร่างกายมีการตอบสนองต่อภาวะเครียดเป็นเวลานานก็ทำให้ความดันโลหิตสูงอย่างถาวรได้

จากปัจจัยเสี่ยงที่กล่าวมาข้างต้น ล้วนเป็นพฤติกรรมในชีวิตประจำวันของบุคคลที่จะนำไปสู่การเป็นความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงซึ่งมีโอกาสที่จะเป็นความดันโลหิตสูงมากกว่าบุคคลอื่น ดังนั้นการป้องกันการเป็นความดันโลหิตสูงจึงควรที่จะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน เพื่อลดอัตราป่วยจากภาวะความดันโลหิตสูงในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของประชาชนสูงขึ้น และลดการใช้จ่ายงบประมาณเพื่อการรักษาโรคที่สามารถป้องกันได้

การประเมินกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูง

กลุ่มเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูง หมายถึง คนที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปที่มีความดันโลหิตซีสโตลิคมากกว่าหรือเท่ากับ 130-139 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตไดแอสโตลิคมากกว่าหรือเท่ากับ 80-89 มิลิเมตรปรอทซึ่งถือเป็นระดับความดันโลหิตค่อนข้างสูงที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงใน 10 ปี และเริ่มมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะเมื่อมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆร่วมด้วย (กลุ่มส่งเสริมสนับสนุนวิชาการ สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2548)

การประเมินกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูง ดำเนินการโดยใช้มาตรฐานการคัดกรองความดันโลหิต (กลุ่มส่งเสริมสนับสนุนวิชาการ สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2548) ประกอบด้วย

1. บริการตรวจวัดระดับความดันโลหิตโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้วยเครื่องมือ และการวัดที่ได้มาตรฐานตามแนวเวชปฏิบัติฯเพื่อการคัดกรอง

1.1. เครื่องมือวัดความดันโลหิตที่มีมาตรฐานเพื่อการคัดกรอง ได้แก่

ก.) เครื่องมือวัดความดันโลหิตชนิดปรอท ที่มีการสอบเทียบค่าเป็นระยะ

ข.) เครื่องมือวัดความดันโลหิตชนิดดิจิตอลที่ผ้าพันรอบแขน(cuff) มีขนาดเหมาะสมกับผู้ที่ถูกคัดกรอง

1.2. การวัดที่ได้มาตรฐานตามแนวเวชปฏิบัติ โดยเฉพาะ

ก.) ให้นั่งพักก่อนอย่างน้อย 5 นาที

ข.) วัดอย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกัน 3-5 นาที

2. บริการแจ้งค่า และอธิบายความหมายระดับความดันโลหิตที่วัดได้ให้แก่ผู้ที่มารับการคัดกรอง และอธิบายความหมายระดับความดันโลหิตต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ และหลอดเลือดอื่นๆ

3. บริการแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับระดับความดันโลหิต และโอกาสเสี่ยงของผู้ถูกคัดกรองทั้งนี้สามารถแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่ม 1 กลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตซีสโตลิคน้อยกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท ถือว่ายังไม่เป็นโรค และโอกาสเสี่ยงน้อย อย่างไรก็ตามให้ระมัดระวังการมีน้ำหนักตัวเกิน และการขาดการออกกำลังกาย โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในเขตเมือง ชุมชนแออัด และมีวิถีชีวิตนั่งๆ นอนๆ

กลุ่ม 2 กลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตซีสโตลิคมากกว่าหรือเท่ากับ 130-139 มิลลิเมตรปรอท และ ความดันโลหิตไดแอสโตลิค มากกว่าหรือเท่ากับ 80-89 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป เป็นระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงในสิบปี และเริ่มมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะเมื่อมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆร่วมด้วย แนะนำการปฏิบัติตัวลดการรับประทานอาหารเค็ม เพิ่มการรับประทานอาหารประเภทผัก การออกกำลังกาย ลดน้ำหนักในกรณีที่มีน้ำหนักตัวเกิน

กลุ่ม 3 กลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตซีสโตลิคมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตไดแอสโตลิคมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งสงสัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง แนะนำให้ส่งต่อไปรับการวินิจฉัยโดยแพทย์

กลุ่ม 4 กลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตซีสโตลิคมากกว่าหรือเท่ากับ 180 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตไดแอสโตลิค มากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท ถือเป็นความดันโลหิตสูงที่อันตราย แนะนำให้ตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำอีกครั้ง ถ้าระดับความดันโลหิตยังสูงอยู่ให้ส่งต่อทันทีเพื่อการวินิจฉัยและรักษา

พฤติกรรมป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของสตรีไทยมุสลิมกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นความดันโลหิตสูง

ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นภาวะที่สามารถป้องกันได้ โดยการหลีกเลี่ยงจากปัจจัยเสี่ยง รวมถึงการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสม จากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะความดันโลหิตสูงพบว่าพฤติกรรมป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงประกอบด้วย การควบคุมน้ำหนักตัว จำกัดการรับประทานอาหารรสเค็มจัด การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การผ่อนคลายความเครียด การลดพฤติกรรมเสี่ยง ที่ประกอบด้วยการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มี

ส่วนผสมของแอลกอฮอล์ โดยมีรากฐานมาจากวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นความดันโลหิตสูงในสตรีไทยมุสลิมกลุ่มเสี่ยงสามารถทำได้ดังนี้ (Beare & Mayers, 1994 อ้างในอุไร, 2542)

1. การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ในคนที่มีน้ำหนักเกิน หรือมีค่าดัชนีมวลกายมากว่า 24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร มีความจำเป็นจะต้องลดน้ำหนักลง เพื่อลดการทำงานของหัวใจเมื่อหัวใจทำงานลดลงความดันโลหิตจะลดลงตามมา การลดน้ำหนักในคนที่มีระดับความดันโลหิตสูงก้ำกึ่งได้มากกว่าหรือเท่ากับ 4.5 กิโลกรัม หรือร้อยละ 15 ของน้ำหนักมาตรฐานมีผลทำให้ความดันโลหิตซีสโตลิคลดลง 5 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิคลดลง 3 มิลลิเมตรปรอทโดยหลักการลดน้ำหนักที่ถูกต้องจะต้องเริ่มจากการปรับเปลี่ยนแบบแผนการรับประทานอาหาร ตั้งแต่การเลือกรับประทานอาหาร แคลอรี่ของอาหาร โดยเฉพาะการรับประทานอาหารที่มีแคลอรี่ต่ำ อาหารที่มีไขมันอิ่มตัวต่ำ และเพิ่มการรับประทานผัก ผลไม้สดให้มากขึ้น 1/2 จานต่อมื้อเป็นประจำทุกวันควบคู่กับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

ในศาสนาอิสลามได้กำหนดให้บ่าวของพระเจ้า (พระอัลลอฮฺ) ให้มีการดูแลเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง และเห็นด้วยกับความจริงที่กล่าวว่าเมื่อบุคคลอายุสี่สิบปีขึ้นไป ย่อมจะมีภาวะอ้วน ในขณะที่บางคนยังมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องคิดว่าความอ้วนคือสัญลักษณ์แห่งสุขภาพที่ดี แต่ความเป็นจริงการมีน้ำหนักเกิน หรือภาวะอ้วนจะมีผลเสียต่อสุขภาพอย่างร้ายแรง ทำให้เกิดปัญหาโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไต โรคหัวใจ เป็นต้น ในศาสนาอิสลามกำหนดให้รับประทานอาหารแต่พออิ่ม ท่านศาสดาสั่งให้รับประทานอาหารค่ำแม้เพียงเล็กน้อยก็ตาม แต่ห้ามงดอาหารมื้อค่ำ และห้ามไม่ให้นอนทันทีหลังรับประทานอาหาร ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักขึ้นเป็นอันตรายต่อหัวใจ แพทย์มุสลิมมีคำแนะนำให้บุคคลที่ต้องการมีสุขภาพที่ดีว่าควรมีการออกกำลังกายเบาๆหลังรับประทานอาหารค่ำ เช่นการเดินไปละหมาดหลังรับประทานอาหารค่ำเพื่อให้อาหารย่อยได้ง่ายขึ้น (กษิดิษ, 2548) ซึ่งเป็นผลดีต่อการที่จะควบคุมน้ำหนักควบคู่ไปกับการออกกำลังกายในขนาดปานกลางอย่างสม่ำเสมอ

2. พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ลดการบริโภคเกลือแกงโดยควบคุมการบริโภคเกลือไม่ให้เกิน1 ช้อนชาต่อวัน และหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มจัด เช่น ปลาเค็ม เนื้อเค็ม กุ้งแห้ง เต้าหู้ยี้ ไข่เค็ม ซอสปรุงรสชนิดต่างๆ อาหารหมักดอง และผงชูรส หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารกระป๋องสำเร็จรูป ควรหันมารับประทานอาหารที่มีแคลเซียม และโพแทสเซียมจากอาหารที่สด เช่น รับประทานผักสด ผลไม้สดให้ได้ตามหลักสากลคือวันละ 400 กรัมต่อวัน หรือรับประทานอาหารที่มีกากใยสูงหลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง รับประทานอาหารที่มีไขมันพอสมควรเนื่องจากไขมันเป็นอาหารที่จำเป็นต่อสุขภาพให้พลังงาน และความอบอุ่นแก่ร่างกายช่วยในการดูดซึมวิตามินที่ละลาย

ในไขมัน เช่น วิตามินดี, วิตามินอี และวิตามินเค หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูง ได้แก่อาหารประเภทเนื้อสัตว์ กะทิ น้ำมันปาล์ม ถ้ารับประทานจำนวนมากจะถูกเปลี่ยนเป็นคลอเลสเตอรอล ควรรับประทานอาหารที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวชนิดโมโนพบมากในน้ำมันมะกอก น้ำมันถั่วเหลือง และน้ำมันข้าวโพด และกรดไขมันไม่อิ่มตัวชนิดโพลี พบมากในน้ำมันข้าวโพด เมล็ดฝ้าย เมล็ดทานตะวัน น้ำมันงา และน้ำมันถั่วเหลือง ซึ่งเป็นไขมันที่ช่วยลดระดับคลอเลสเตอรอลในเลือด หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารจานด่วน จากการทบทวนงานวิจัยของจิรวรรณ (2547) ที่ศึกษาแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงพบว่าด้านการรับประทานอาหารกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนชีวิตในเรื่องการไม่เติมเครื่องปรุงรสเพิ่มขณะรับประทานอาหารอยู่ในระดับสูง แต่ควรปรับปรุงในเรื่องการรับประทานอาหารประเภทรสเค็มประเภทส้มตำปลาร้า ปลาจ่อม แจ่วบอง อาหารตากแห้งแดดเดียว รวมถึงการใช้น้ำมันพืชประกอบอาหาร การใส่เครื่องปรุงรสโดยเฉพาะผงชูรส การรับประทานอาหารที่มีกากใยสูงอยู่ในระดับปานกลาง

ในศาสนาอิสลาม การรับประทานอาหารตามแนวทางของท่านศาสดานั้น ท่านจะไม่รับประทานอาหารชนิดใดชนิดหนึ่งเพียงอย่างเดียว แต่ให้รับประทานอาหารหลายชนิดหมุนเวียนกันไป (กษิดิษ, 2548) การรับประทานอาหารตามหลักศาสนาอิสลามได้เป็นการชี้ให้บ่าวของพระองค์เห็นความสำคัญในการนำเอาสิ่งหนึ่งสิ่งใดเข้าไปในร่างกายอย่าให้เกินไปกว่าที่ร่างกายจะย่อยสลายได้ ดังที่อัลลอฮฺ (ซบ). ได้ทรงกล่าวว่า “ จงกินและจงดื่มแต่จงอย่าสุรุ่ยสุร่าย” นั่นคือให้รับประทานอาหารในปริมาณที่พอดีเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย ความสุรุ่ยสุร่ายจะไม่ทำให้สุขภาพดีขึ้นแต่จะทำให้เกิดโรค (กษิดิษ, 2548) ซึ่งสอดคล้องกับข้อปฏิบัติแนวทางการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทยโดยกินอาหารครบ 5 หมู่แต่ละหมู่ให้หลากหลายและหมั่นดูแลน้ำหนักตัว กินพืชผักให้มากและกินผลไม้เป็นประจำ หลีกเลี่ยงการกินอาหารรสหวานจัด และเค็มจัด (เบญจพร, 2541) และศาสนาอิสลามมีกระบวนการอดอาหารเพื่อรักษาสุขภาพปีละ 1 ครั้งเป็นเวลา 1 เดือน (การถือศีลอดในเดือนรอมฎอน)

3. การออกกำลังกาย การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนโลหิต เช่น อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง กล้ามเนื้อหัวใจมีขนาดโตขึ้น หัวใจสามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายได้มากขึ้น ลดการเกิดความดันโลหิตสูง มีการเพิ่มขนาดและความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือด ช่วยลดการเกิดภาวะหลอดเลือดแข็งและอุดตันได้ เพิ่มระดับไขมันคลอเลสเตอรอลชนิดความแน่นสูง (high density lipoprotein -cholesterol; HDL-C) แต่ลดระดับไขมันคลอเลสเตอรอลชนิดความหนาแน่นต่ำ(low density lipoprotein -cholesterol; LDL-C) และไขมันไตรกลีเซอไรด์ ซึ่งจะเป็นผลดีต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และระบบต่างๆของร่างกายทำงานได้ดีขึ้น เช่น ระบบทางเดินหายใจ การออกกำลังกายทำให้ปอดขยายใหญ่เพิ่มความ

แข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ ระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจะช่วยเพิ่มความทนทานให้กับกล้ามเนื้อขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อมีขนาดใหญ่ขึ้น ส่วนการเปลี่ยนแปลงในระบบกระดูกพบว่าการลงน้ำหนักของกระดูกโดยการออกกำลังกาย เช่น การเดิน การบริหารร่างกาย ทำให้กระดูกทุกชิ้นได้รับแรงถ่วงน้ำหนักร่วมกับการเกร็งกล้ามเนื้อเป็นระยะๆ จะเพิ่มการไหลเวียนโลหิตไปเลี้ยงส่วนของกระดูกและกล้ามเนื้อนั้นๆ (ปิยะนุช, ภัทราวุธ, และวิศาล, 2544) เช่น การเดินเร็ววันละ 20-30 นาที การวิ่งเหยาะๆ เพื่อให้ได้ร้อยละ 75 ของอัตราการเต้นของหัวใจที่ต้องการ การวิ่งอยู่กับที่ การขี่จักรยานการว่ายน้ำ เป็นต้น การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพจะต้องมีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำทำติดต่อกันไม่น้อยกว่า 20 นาที ความถี่ของการออกกำลังกายควรเป็นทุกวัน หรือ วันเว้นวันหรือสัปดาห์ละ 3 วัน จึงจะเรียกว่าการออกกำลังกายชนิดแอโรบิคที่ได้ประโยชน์เต็มที่ จากการทบทวนงานวิจัยของจิรวรรณ (2547) ที่ศึกษาแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีวิธีออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง เช่น การเดิน วิ่งเหยาะๆ แต่ควรปรับปรุงในเรื่องขั้นตอน และระยะเวลาในการออกกำลังกาย เพื่อให้มีความปลอดภัย และเกิดประสิทธิผลในการช่วยลดความดันโลหิต

ในศาสนาอิสลามสนับสนุนให้มีการออกกำลังกายเพื่อเป็นการเคลื่อนไหวอวัยวะต่างๆของร่างกายทำให้สิ่งที่เหลือหลังจากร่างกายได้ผ่านกระบวนย่อยอาหารแล้วได้ถูกขจัดออกไปไม่ให้เกิดการอุดตันอยู่ตามส่วนต่างๆของร่างกาย เช่น การเดินไปมัสยิดเพื่อละหมาดอย่างเคร่งครัดทุกวันๆ ละ 5 ครั้ง (กษิดิษ, 2548) รวมถึงท่าทางในการละหมาดจะต้องมีการยืน ก้ม เงย หันซ้าย หันขวา (มานี, 2544) เป็นการออกกำลังกายแบบอิสลามอย่างเบาๆ นอกจากนี้การถือศีลอดเดือนรอมฎอน เป็นการออกกำลังกายของร่างกายและจิตใจที่ไม่มีใครสามารถปฏิเสธได้ และจากการออกกำลังกายแบบอิสลามเป็นการทำให้เกิดการรักษาสุขภาพที่ดีเป็นการขจัดของเสียออกจากร่างกาย

4. การผ่อนคลายความเครียด หลีกเลี่ยงความเครียด และสิ่งที่ทำให้หงุดหงิด โมโห ตื่นเต้น ควรทำจิตใจให้แจ่มใส โดยฝึกสร้างความทนทานต่อความเครียดด้วยการออกกำลังกายเบาๆ การได้หยุดพักระหว่างทำงาน การได้พักผ่อนในวันหยุด รวมถึงการหากิจกรรมเบาๆทำตามที่ตนเองถนัดและพึงพอใจ นอนหลับให้เพียงพอประมาณ 7-8 ชั่วโมง ฝึกลดความเครียดวันละ 20 นาทีโดยวิธีโยคะ ทำสมาธิ ออกกำลังกาย ระบายความรู้สึกหรือปรับทุกข์กับบุคคลที่เข้าใจจะช่วยป้องกันการเป็นความดันโลหิตสูงได้.

ในศาสนาอิสลามมีแนวคิดว่าชีวิตมนุษย์ประกอบด้วยส่วนที่เป็นวัตถุและจิตวิญญาณ ศาสนาอิสลามต้องการให้องค์ประกอบของชีวิตทั้งสองดำรงอยู่ด้วยกันอย่างมีดุลยภาพ จึงมีหลักคำสอนที่ไม่ใช่เพียงแต่ความเชื่อทางศาสนา (การศรัทธา)เท่านั้น แต่มีหลักคำสอนที่เป็นหลักปฏิบัติเพื่อให้มนุษย์สามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างสมดุล ความศรัทธาต่ออัลลอฮฺเท่านั้นที่จะทำให้มนุษย์มีความ

สงบสุข ศาสนาสอนให้ผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามมีความศรัทธาต่อกฎกำหนดสภาวการณ์ที่พระผู้เป็นเจ้าได้กำหนดไว้แก่มนุษย์โลกซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งที่เราสามารถหลีกเลี่ยงได้ และหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยที่มนุษย์ทุกคนจะได้รับการทดสอบจากพระเจ้าทั้งในรูปแบบของความสุขและความทุกข์เพื่อต้องการให้มนุษย์ได้ใช้สติปัญญาที่พระองค์ได้ประทานมาให้ในการแก้ปัญหาและมีการระลึกถึงพระองค์ในยามทุกข์ ส่วนหลักปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการทำจิตใจให้สงบได้มีโองการไว้ในอัล-กุรอ่าน ความว่า “โอ้บรรดาผู้ศรัทธาทั้งหลาย หากเจ้ามีความทุกข์ยากเจ้าจงขอความช่วยเหลือด้วยความอดทนและการละหมาดเถิด” ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าการกำหนดให้มีการปฏิบัติศาสนกิจ (ละหมาด) เพื่อเข้าเฝ้าพระเจ้าทุกวันๆละ 5 เวลานั้นเป็นวิธีการผ่อนคลายความเครียดได้วิธีหนึ่งซึ่งในกระบวนการ และขั้นตอนของการปฏิบัติศาสนกิจ ผู้ปฏิบัติจะต้องมีการชำระร่างกาย จิตใจให้สะอาด สงบ ทำการอธิษฐานเพื่อเข้าเฝ้าพระองค์ขอความเมตตาจากพระองค์ในการให้สติเพื่อเป็นหนทางในการผ่อนคลายความเครียด จากการทบทวนงานวิจัยของสินีนาฏ (2544) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าการทำจิตใจให้สบาย ไม่หงุดหงิด โมโหง่าย จะสามารถช่วยทำให้ความดันโลหิตลดลง

5. การลดพฤติกรรมเสี่ยงเปลี่ยนนิสัย หลีกเลี่ยงกาแฟที่มีคาเฟอีนไม่เกิน 2 ถ้วยต่อวัน หลีกเลี่ยงน้ำอัดลมไม่ควรเกินกว่า 1 ครั้งต่อวัน เลิกบุหรี่อย่างเด็ดขาด ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (เบียร์เกิน 720 ซีซีต่อวัน, ไวน์ 240 ซีซีต่อวัน)

ในศาสนาอิสลามมีข้อกำหนดห้ามบริโภคสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์อย่างเด็ดขาด และหากผู้ใดละเมิดถือว่าเป็นบาปอย่างรุนแรง สุราหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ในที่นี้หมายถึงสิ่งที่เมื่อบริโภคแล้วทำให้เกิดความมึนเมาจนขาดสติสัมปชัญญะ ทำลายสุขภาพของตนเอง และสร้างความเดือดร้อนของบุคคลรอบข้าง การสูบบุหรี่ทำให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพ และเป็นการรบกวนบุคคลอื่นที่อยู่รอบข้าง โดยเฉพาะในสตรีไทยมุสลิมถือว่าการปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงข้างต้นเป็นการแสดงพฤติกรรมที่เสื่อมเสีย และร้ายแรงซึ่งถือเป็นการกระทำผิดบรรทัดฐานทางสังคม และจารีตประเพณีเป็นอย่างยิ่ง จากการทบทวนงานวิจัยของ
จิรวรรณ (2547) ที่ศึกษาแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนชีวิตด้านการไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อยู่ในระดับสูงแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีแบบแผนชีวิตด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพที่เหมาะสมต่อการควบคุมโรค

จะเห็นได้ว่าการป้องกันการเป็นความดันโลหิตสูง ควรเน้นไปที่การลดพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวันที่เป็นปัจจัยเสี่ยง โดยการควบคุมน้ำหนักตัวให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน ลดปริมาณการบริโภคเกลือหรือโซเดียม ลดการบริโภคอาหารที่มีรสเค็มจัด เพิ่มการบริโภคผัก และผลไม้สดมากขึ้น ควบคู่กับการมีกิจกรรมเคลื่อนไหว ออกกำลังกายที่เหมาะสมสม่ำเสมอ และมี

การผ่อนคลายความเครียดให้กับตนเอง ซึ่งแนวทางในการดำเนินชีวิตตามหลักศาสนาอิสลามสอดคล้องกับหลักฐานทางการแพทย์เพื่อให้บุคคลสามารถอยู่ในโลกนี้ได้อย่างมีความสุข สามารถป้องกันการเป็นความดันโลหิตสูง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปในอนาคต

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันของสตรีไทยมุสลิมกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นความดันโลหิตสูง

พฤติกรรมป้องกันโรค จะขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการคือ การรับรู้ของบุคคล ปัจจัยร่วมและปัจจัยที่มีผลต่อความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ (Becker, 1974)

1. การรับรู้ของบุคคล เป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมโดยบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหรือเข้าใกล้สิ่งที่ตนพอใจก็ต่อเมื่อมีความเชื่อว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตน ส่งผลโดยตรงถึงความพร้อม และการตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคนำมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล ประกอบด้วย

1.1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived susceptibility) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จะมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคดี จากการทบทวนงานวิจัยของนิตยา (2535) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ของบุคลากรชายในโรงพยาบาลพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อการงดสูบบุหรี่ นั่นคือถ้ามีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคดี จะมีการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ดีด้วย และการศึกษาของบุปผา (2544) ที่ศึกษาตัวกำหนดความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคกระดูกพรุนของสตรีวัยหมดประจำเดือนพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคกระดูกพรุนสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคกระดูกพรุนของสตรีวัยหมดประจำเดือน รวมถึงการศึกษาของสุรีวัลย์ (2547) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ของผู้ใหญ่ตอนต้นในเขตเทศบาลนครยะลาพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ของผู้ใหญ่ตอนต้นในเขตเทศบาลนครยะลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามมีงานวิจัยที่ไม่สนับสนุนตัวแปรข้างต้นโดยที่การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรค ดังผลการศึกษาของนิศานาถ (2545) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราของผู้ที่ติดสุราในโรงพยาบาลลำพูนพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการดื่มสุราไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุรา และการศึกษาของสุจิตรา (2549) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกัน

โรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนได้เนื่องจากไม่มีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดจึงไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

1.2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าโรคที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบรุนแรงต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัว รวมถึงความสามารถในการทำงาน เช่น ก่อให้ความพิการ เสียชีวิต ความสามารถในการทำงานลดลง จากการทบทวนงานวิจัยของนิศานาถ (2545) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการดื่มสุรามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญ และงานวิจัยของสุรีวัลย์ (2547) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ของผู้ใหญ่ตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเข้าใจ และคาดการณ์ว่าการเกิดอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์จะมีผลกระทบต่อตนเองคือบาดเจ็บ พิการ ทำให้สูญเสียทรัพย์สิน เสียเวลาจากการขาดเรียน และเป็นภาระของครอบครัว ตลอดจนครอบครัวมีความวิตกกังวลสูง

1.3. การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค (perceived threat) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่าตนเองมีโอกาสป่วยเป็นโรคนั้นได้และเชื่อว่าโรคนั้นมีความรุนแรงขึ้นถ้าหากมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์จนเกิดความรู้สึกกลัวต่อการเป็นโรค (ประภาเพ็ญ, 2534) เป็นแรงกระตุ้นให้เกิดการหลีกเลี่ยงซึ่งจะเป็นตัวกำหนดการรับรู้การคุกคามของโรค ซึ่งการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคจะก่อให้เกิดเป็นการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค จากการศึกษาของเวสเฟลด์และคณะ (1990) เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคความดันโลหิตสูงต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง โดยใช้แบบสอบถามในกลุ่มประชาชนทั่วไปรัฐมิชิแกน ประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า การรับรู้ต่อภาวะคุกคามของโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง กล่าวคือ เพศหญิงรับรู้ภาวะคุกคามโรคความดันโลหิตสูงกว่าเพศชายและมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงกว่าเพศชาย และงานวิจัยของสุรีวัลย์ (2547) พบว่าการรับรู้ภาวะคุกคามของอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ของผู้ใหญ่ตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ปัจจัยร่วม เป็นปัจจัยต่างๆตามสภาพความเป็นจริงที่จะส่งเสริมหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคซึ่งจะมีผลโดยอ้อมต่อแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค ประกอบด้วย

2.1 ปัจจัยด้านประชากร เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จากการทบทวนงานวิจัยของสุวิมล (2534) ที่ศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และ พฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคในคู่สมรสของผู้โรคตับอักเสบไวรัสบี พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบไวรัสบี และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพโดยเฉพาะการป้องกันโรคในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบไวรัสบีได้ และงานวิจัยของสุรีวัลย์ (2547) พบว่าอาชีพ การให้คุณค่าของบุคคลใกล้ชิดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ของผู้ใหญ่ตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2 ปัจจัยด้านจิตสังคม เช่น บุคลิกภาพ ฐานะทางสังคม สถานภาพของกลุ่มความรู้สึกของบุคคลต่อเพื่อน/บุคคลใกล้ชิดกลุ่มเพื่อนฝูงที่มีอิทธิพล ซึ่งจากการศึกษาทางจิตวิทยาสังคมพบว่าการตัดสินใจของบุคคลส่วนใหญ่มักขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคลอื่นโดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว และเพื่อนผู้ใกล้ชิดจะมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของตนเอง และความต้องการของสังคมได้ จากการทบทวนงานวิจัยของสุวิมล (2534) พบว่าระยะเวลาที่รับรู้การเป็นโรคของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบไวรัสบี และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพโดยเฉพาะการป้องกันโรคในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบไวรัสบีได้ และงานวิจัยของสุรีวัลย์ (2547) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีการรับรู้ถึงการให้คุณค่าของบุคคลใกล้ชิดในระดับสูงเนื่องจากบุคคลที่อยู่ในวัยนี้จะมีการคบหาสมาคมกับเพื่อนฝูงและมีการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิดที่ตนเองสนิทสนมซึ่งมีความคิด ความเชื่อ ค่านิยมที่คล้ายกัน การตัดสินใจในกิจกรรมต่างๆจึงขึ้นอยู่กับกลุ่มเพื่อนฝูง (เฉลิมพล, 2541)

2.3 ปัจจัยด้านโครงสร้าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค จากงานวิจัยของสุวิมล (2534) พบว่า ความรู้เรื่องโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบไวรัสบี และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพโดยเฉพาะการป้องกันโรคในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบไวรัสบีได้ และงานวิจัยของสุรีวัลย์ (2547) พบว่าประสบการณ์การขับขี่รถจักยานยนต์ ประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุรถจักยานยนต์ของผู้ใหญ่ตอนต้น

2.4 สิ่งกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน เช่น ข้อมูลข่าวสารจากสื่อมวลชน คำแนะนำเจ้าหน้าที่ การเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว หรือเพื่อนบ้านเป็นต้น จากการทบทวนการวิจัยของอรพิน (2542) ที่ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีนของประชาชนอำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการบริโภคเกลือ

เสริมไอโอดีนมีความสัมพันธ์กับการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และงานวิจัยของสุรีวัลย์ (2547) พบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุรถจักยานยนต์ของผู้ใหญ่ตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยการได้รับข่าวสารเป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุที่ดีและถูกต้อง

3. ปัจจัยที่มีผลต่อความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ เป็นปัจจัยที่สำคัญมากต่อการตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลถ้าบุคคลนั้นมีความเชื่อว่าสิ่งที่ปฏิบัติสามารถลดความไวของตนเองต่อการเกิดโรค บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกัน ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค (perceived benefit) ลบด้วยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค (perceived barrier) โดยที่รับรู้ว่าพฤติกรรมสุขภาพนั้นก่อให้เกิดประโยชน์ในการป้องกันหรือลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รวมทั้งลดความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่และไม่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคทำให้บุคคลมีการตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคได้โดยง่าย การศึกษาของอรพิน (2542) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโดยการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีน และการรับประทานอาหารทะเลมีประโยชน์ในการป้องกันภาวะขาดสารอาหารไอโอดีนได้ในทุกกลุ่มอายุโดยที่การปฏิบัติดังกล่าวไม่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะขาดสารอาหารไอโอดีนของประชาชนเนื่องจากมีความสะดวกในการซื้อหาได้ง่ายในชีวิตประจำวัน และราคาไม่แพง และงานวิจัยของสินีนาฏ (2544) พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ประโยชน์ของการมารับยาสม่ำเสมอ การมาตรวจตามนัด จะสามารถควบคุมความดันโลหิตสูงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันเพราะทำให้สุขภาพดีขึ้น และไม่มีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายเนื่องจากสามารถเบิกจากส่วนราชการต้นสังกัด บัตรประกันได้ถึงร้อยละ 13.5 และ 84.5 ตามลำดับ อีกทั้งยังอยู่ในวัยที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ การเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาลก็มีความสะดวกมีรถโดยสารรับ-ส่งตลอด มีความต้องการทราบความเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับอาการป่วยของตนเองจึงเต็มใจที่มารับการตรวจตามนัด การมาตรวจรักษาไม่ได้ส่งผลกระทบทำให้ขาดรายได้ ซึ่งเหตุผลที่กล่าวมาทั้งหมดไม่ได้เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน และงานวิจัยของสุรีวัลย์ (2547) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ในการสวมหมวกนิรภัยที่ได้มาตรฐานช่วยลดการบาดเจ็บที่รุนแรงได้รวมถึงการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันต่ำจะทำให้พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุรถจักยานยนต์ของผู้ใหญ่ตอนต้นในเขตเทศบาลเมืองเป็นไปในทางที่ถูกต้องได้มาก

จากการศึกษา และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงจะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่ผลการศึกษาจะพบว่ามีความสอดคล้องกันโดยที่ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค (ชนิดา, 2543; นิศานาถ, 2545;

สุรีวัลย์, 2547 และอรพิน, 2542) โดยพบว่าการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค (ชนิดา, 2543; นิศานาถ, 2545 และอรพิน, 2542) และปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อาชีพ การรับรู้ถึงการให้คุณค่าของบุคคลใกล้ชิด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุ (สุรีวัลย์, 2547) การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเป็นปัจจัยทำนายที่มีค่าอำนาจจำแนกมากที่สุดถึงน้อยที่สุดตามลำดับ (บุปผา, 2544) ซึ่งสอดคล้องกับแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพที่กล่าวว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลได้ และพบว่าการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันสามารถใช้อธิบายถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคได้มากที่สุด การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสามารถใช้อธิบายถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคได้มากกว่าการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ความรุนแรงใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้น้อยที่สุด (Janz & Becker, 1984) ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของสตรีไทยมุสลิมกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นความดันโลหิตสูงเพื่อนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคของประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อไป