

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต ความพิการและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2008 มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1 พันล้านคน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี ค.ศ. 1980 จำนวน 600 ล้านคน (World Health Organization [WHO], 2014) และมีการคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2025 ทั่วโลกจะมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 29 หรือประมาณ 1.15 พันล้านคน โดยร้อยละ 35 เป็นชนชาติลาตินอเมริกา ร้อยละ 20-30 เป็นประชากรในประเทศจีนและอินเดีย ร้อยละ 14 เป็นชนชาติแอฟริกัน (Mittal & Singh, 2010) ประเทศสหรัฐอเมริกาพบอัตราการตายเนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น จากปี ค.ศ. 2000 ถึง ค.ศ. 2010 ร้อยละ 16 และปี ค.ศ. 2006 พบจำนวนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 36.3 (Go, et al., 2014) สำหรับทวีปเอเชียจากการศึกษาในประเทศไต้หวัน ในประชากรวัยกลางคนและสูงอายุ พบว่าในระยะเวลา 5 ปีพบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจะพัฒนาไปเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 31 (Liu, et al., 2010) และจากการศึกษาในประชากรกลุ่มอายุ 15-64 ปี ในแคว้นทมิฬ ประเทศอินเดีย พบว่ากลุ่มเสี่ยงมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มปกติ 4 เท่าในระยะเวลา 7 ปี (Sathish, Kannon, Sarma, Razum, & Thankappan, 2012) การศึกษาในจังหวัดเลียวหนิง ประเทศจีน ในประชาชนชนบท อายุ 35 ปี ขึ้นไป ระยะเวลา 28 เดือน พบว่ากลุ่มเสี่ยงมีโอกาสพัฒนาเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพศชายและเพศหญิง อัตรา ร้อยละ 13 และ 11 ต่อร้อยประชากรตามลำดับ (Sun, et al., 2010)

ประเทศไทย พบจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น คือจากปี พ.ศ.2552 คิดเป็น อัตรา 24.7 ต่อแสนประชากร และพ.ศ. 2555 คิดเป็นอัตรา 37.4 ต่อแสนประชากร และจากข้อมูลการเจ็บป่วยของประเทศ พบจำนวนผู้ป่วยที่เข้าพักรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจากสาเหตุการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น คือ จากปี พ.ศ. 2552 และพ.ศ. 2553 คิดเป็นอัตรา 1,205 และ 1,325 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2555ก) และผลการคัดกรองประชากรอายุ 15-34 ปี และอายุ 35 ปีขึ้นไป ระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2554-มีนาคม พ.ศ. 2555 พบกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มดังกล่าว คิดเป็นอัตรา 5,571 และ 9,193 คนต่อแสนประชากรตามลำดับ ภาคกลางพบจำนวนของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงมากที่สุด โดยกลุ่ม

ประชากรอายุ 15-34 ปี และอายุ 35 ปีขึ้นไป คิดเป็นอัตรา 1,580 และ 2,545 คนต่อแสนประชากรตามลำดับ และภาคเหนือเป็นภาคที่พบจำนวนของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงเป็นจำนวนมากเช่นกันในกลุ่มประชากรอายุ 15-34 ปี และอายุ 35 ปีขึ้นไป คิดเป็นอัตรา 1,430 และ 2,284 คนต่อแสนประชากรตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2555ข) ซึ่งจะเห็นได้ว่ากลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงมีจำนวนมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น จากการศึกษาพบว่าประชากรที่อายุมากกว่า 35 ปี มีจำนวนกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มประชากรที่อายุน้อยกว่า 35 ปีเกือบ 3 เท่า จากข้อมูลทางสถิติดังกล่าวทั้งในระดับภาค และภาพรวมในประเทศไทยจะเห็นได้ว่ามีจำนวนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นในกลุ่มที่มีอายุมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของลิวและคณะ (Liu, et al., 2010) และซาติช และคณะ (Sathish, et al., 2012)

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่สามารถป้องกัน และควบคุมได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การผ่อนคลายความเครียด การลดหรืองดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ (กระทรวงสาธารณสุข, 2553; Chobanian, et al., 2011; Hackam, et al, 2010; Pacini, et al, 2008; [WHO], 2012a; Zhang & Li, 2011) ซึ่งจากการสำรวจพบว่าปัจจัยจากการเสียชีวิตเนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมประมาณ 35 ล้านคน (ร้อยละ 60) ของผู้ที่เสียชีวิตทั้งหมด 58 ล้านคนทั่วโลก และหากปัญหายังไม่ได้รับการแก้ไข ในปีพ.ศ. 2558 คาดว่าทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นประมาณ 41 ล้านคน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, กระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัยมหิดล, 2554) จากการสำรวจด้านพฤติกรรมสุขภาพในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ามีประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมทำให้มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน จำนวน 122 ล้านคน โดยมีการบริโภคโซเดียมเกินทั้งเพศชาย และหญิงจำนวน 4,100 และ 2,750 มิลลิกรัม/วันตามลำดับ บริโภคอาหารสำเร็จรูปร้อยละ 75 ในขณะที่การรับประทานผักและผลไม้พบเพียงร้อยละ 25 และออกกำลังกายพบน้อยกว่าร้อยละ 20 (Chobanian, et al., 2011) และจากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของคนไทย พบว่ามีพฤติกรรมบริโภคไม่เหมาะสม กล่าวคือบริโภคหวานมันเค็มมากเกินไป ประุงอาหารโดยการผัดทอด ปิ้ง/ย่าง ร้อยละ 24.9, 10.5, และ 3.1 ตามลำดับ และรับประทานผักผลไม้ทุกวันเพียงร้อยละ 58 รวมทั้งพบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายไม่เพียงพอ กล่าวคือ ประชาชนอายุ 25-59 ปี มีการออกกำลังกายเพียงร้อยละ 19 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554ก) และพบว่ามีภาวะอ้วนลงพุงเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2551 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 26 เป็นร้อยละ 32.1 ตามลำดับ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, กระทรวงสาธารณสุขและมหาวิทยาลัยมหิดล, 2554) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการมีพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสมตามแนวทางอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง (Dietary Approaches to Stop Hypertension [DASH]) ออกกำลังกาย

ที่เพียงพอ และควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติจะสามารถป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ (Chobanian, et al., 2011; Hacham, et al., 2010; Neter, et al., 2003; Pacini, et al., 2008; Pang, et al., 2008; Sales, et al., 2012; Yang, et al., 2007; Zhang & Li, 2011) และหากเกิดโรคความดันโลหิตสูงแล้วจะส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ

หากปัญหานี้ไม่ได้รับการแก้ไข ผลกระทบที่ตามมาคือกลุ่มเสี่ยงจะพัฒนาไปเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ ความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ ความดันโลหิตสูงทุติยภูมิ และเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อรังอื่นๆ ด้วย เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดในสมอง โรคไต เป็นต้น แต่หากสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 30-40 โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 20-25 โรคหัวใจวายเฉียบพลัน มากกว่าร้อยละ 50 (Chobanian, et al., 2011) ผลต่อหัวใจและหลอดเลือดจะทำให้ผนังหลอดเลือดแดงแข็งและหนาตัว หลอดเลือดขาดความยืดหยุ่นส่งผลให้เกิดหัวใจห้องล่างซ้ายโต โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (coronary heart disease) กล้ามเนื้อหัวใจตาย (acute myocardial infarction) และภาวะหัวใจล้มเหลว ผลต่อสมองจะทำให้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองแตกหรืออุดตันได้ ผลต่อไตจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่ไต ทำให้เลือดไปเลี้ยงที่ไตน้อยลงจนในที่สุดจะเกิดภาวะไตวาย ผลต่อตาจะทำให้หลอดเลือดแดงที่เรตินามีการตีบตัวลง หากรุนแรงจะทำให้การมองเห็นเสียไป (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, จันทนา รณฤทธิวิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, วินัส ลิฬหกุล และพัสมณีย์ คุ่มทวีพร, 2552; สมจิต หนูเจริญกุล และพรทิพย์ มาลาธรรม, 2552; สุรเกียรติ อาษานานุภาพ, 2551; Kanno, et al., 2012; Swales, 2003; Yano, 2012) และยังส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูงวิกฤต (hypertensive crisis) หรือหากมีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดร้ายแรง (malignant hypertension) จะส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะไตล้มเหลว และภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างฉับพลัน (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555; Lee, et al., 2011) นอกจากจะส่งผลกระทบและเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อด้านร่างกาย ยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจและเศรษฐกิจ กล่าวคือ ด้านจิตใจทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าจากการที่ต้องไปรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง (วิมลทิพย์ แก้วตา, 2546; สุขุมล ด้อยแก้ว, 2540; Theodorou, et al., 2011; Theofilou & Panagiotaki, 2012) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน และเศรษฐกิจของประเทศด้วย (สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, 2553) ในปี พ.ศ.2551 กระทรวงสาธารณสุขได้รายงานว่ ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกโรคความดันโลหิตสูง เฉลี่ย 831 บาทต่อราย ผู้ป่วยในค่ารักษาเฉลี่ย 4,586 บาทต่อราย ค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด 2,465 ล้านบาทต่อปี (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, กระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัยมหิดล, 2554) มีการรายงานเกี่ยวกับรายจ่ายสุขภาพรวม (total health expenditure) ในปี พ.ศ.2553 เป็นเงินจำนวน 392,368

ล้านบาท ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปีพ.ศ.2545 เกือบ 2 เท่า (คณะทำงานจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ, 2555) ดังนั้นควรมีนโยบายในการลดผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

การลดภาวะความรุนแรงของปัญหาโรคความดันโลหิตสูงต้องมุ่งเน้นที่การป้องกันระดับปฐมภูมิ (primary prevention) โดยเน้นดำเนินการเชิงรุกเพื่อป้องกันไม่ให้กลุ่มเสี่ยงพัฒนาไปสู่กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งนโยบายของประเทศกำหนดไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559 เน้นการส่งเสริมลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2555) เช่นเดียวกับ โครงการสนองพระราชหฤทัยในหลวง ทรงห่วงใยสุขภาพประชาชน และแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีไทย พ.ศ. 2554-2563 ที่มีเป้าหมายลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคที่สามารถป้องกันได้ที่สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง ใน 5 ด้าน คือ การเกิดโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การพิการ การตาย และการค่าใช้จ่าย โดยมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, กระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัยมหิดล, 2554) และผลจากการดำเนินงานของโครงการสนองพระราชหฤทัยในหลวง ทรงห่วงใยสุขภาพประชาชน พบว่ามีชุมชนลดเสี่ยง โดยมีการจัดกิจกรรมรวมพลคนรักสุขภาพ ทำความดีเข้าพรรษา (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2555ค) อย่างไรก็ตามพบว่าจำนวนกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังคงเพิ่มขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2555ก) ซึ่งอาจเนื่องจากเป็นโครงการที่เกิดจากนโยบายของภาครัฐ ไม่ได้เกิดจากความต้องการของประชาชนทำให้ประชาชนไม่เห็นความสำคัญ (วชิระ บลพิบูลย์ และสุเทพ เพชรมาศ, 2550) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวคนธ์ ผุดผ่อง และเพชรไสว ลี้มตระกูล (2555) ที่ให้ข้อเสนอแนะว่าการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคให้ได้ประสิทธิภาพต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชน และการแก้ปัญหาเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดโรคความดันโลหิตสูงต้องผลักดันให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไข (เพชรฤกษ์ แทนสวัสดิ์, 2551)

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับอุบัติการณ์ ความชุกของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง (พัชรี รัชมิแจ่ม ปริศนา อัครชนพล และวนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, 2556, Agyemang, 2008; Jones, et al., 2008; Liu, et al., 2010; Mittal & Singh, 2010; Sathish, et al., 2012; Sun, et al., 2007; Sun, et al., 2008; Sun, et al., 2010) และพบว่าการศึกษเกี่ยวกับการจัดการด้านการป้องกันโรคความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงยังมีน้อย และเป็นการศึกษาที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การควบคุมการบริโภคตามแนวทาง DASH และการออกกำลังกาย (Blumenthal, et al., 2010, Elmer,

2006; Sales, 2012) ยังขาดการศึกษาที่นำเอาการมีส่วนร่วมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและชุมชนมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่วนการศึกษาในประเทศไทยที่พบเป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และการศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยการนำแนวคิดและทฤษฎีมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของกฎบัตรออกดาดา (สารทิ แสงเดช และ เพชรไสว ลี้มตระกูล, 2555) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) (กฤษณาพร ทิพย์กาญจน์เรขา, 2549) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับทฤษฎีความสามารถของตนเอง (self efficacy) (จินดาพร ศิลาทอง, 2553) ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (protective motivation theory) (อุไรพร คล้าณิม, 2554) และทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) (เพ็ญศรี สุพิมล, 2552; อรุณ พงษ์สมบุญ, 2552) ซึ่งลักษณะของโปรแกรมจะเน้นการให้ความรู้พัฒนาทักษะส่วนบุคคลด้านการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 5 ด้าน คือ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการงดการสูบบุหรี่ ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวได้สรุปว่าการให้ความรู้โดยใช้เทคนิคการบรรยาย และกระบวนการกลุ่ม การสาธิตร่วมกับใช้สื่อประกอบ และมีการนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในบางขั้นตอนของการดำเนินงาน เช่น การเยี่ยมบ้าน การให้ความรู้ผ่านหอกระจายเสียง กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ พฤติกรรมการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่เพิ่มขึ้น และพบว่า การนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมบางส่วนจะกระตุ้นให้กลุ่มเสี่ยงมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่ต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามเพื่อให้เกิดความยั่งยืนของพฤติกรรม ต้องนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม โดยควรเริ่มตั้งแต่ขั้นตอนการประเมินสถานการณ์ รับทราบปัญหาร่วมกัน จากนั้นให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการวางแผนและแก้ไขปัญหา (สารทิ แสงเดช และเพชรไสว ลี้มตระกูล, 2555) นอกจากนั้นยังต้องคำนึงถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย ได้แก่ ปัจจัยนำด้านความรู้ ปัจจัยเสริมด้านการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และปัจจัยเอื้อด้านการเข้าถึงสถาน บริการสุขภาพ (ขวัญใจ ผลศิริปฐม, 2554) ซึ่งกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนดังกล่าวข้างต้นสอดคล้องกับแนวคิดพรีซีด-โพรซีด โมเดล

แนวคิดหลักของพรีซีด-โพรซีด (PRECEDE-PROCEED Framework) เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากพหุปัจจัย (multiple factors) ดังนั้นจะต้องมีการวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้นเพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนและกำหนดกลวิธีในการดำเนินงานเกี่ยวกับการศึกษาเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไป (สุรินทร์ กลัมพากร, 2555) พรีซีด-โพรซีดโมเดลเป็นกระบวนการวิเคราะห์เพื่อวางแผนการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่มีขั้นตอนชัดเจนตั้งแต่การประเมินสถานการณ์สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพจนถึงขั้นตอนการประเมินผลมีการ

ประเมินครอบคลุมทั้งด้านการบริหารจัดการ และนโยบาย โดยฟรีซิด-โพรซิดโมเดล แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะฟรีซิด เป็นการประเมินสถานการณ์ปัจจัยของพฤติกรรมที่นำไปสู่ปัญหาสุขภาพและส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ในขณะที่ระยะโพรซิด เป็นขั้นตอนของการประเมินด้านการบริหารจัดการ นโยบาย และการออกแบบกิจกรรม ตลอดจนการประเมินผลลัพธ์ ซึ่งฟรีซิด-โพรซิดโมเดล เป็นการวิเคราะห์แบบย้อนกลับ โดยเริ่มจากผลลัพธ์ที่ต้องการหรือคุณภาพชีวิตที่พึงประสงค์แล้วพิจารณาถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะสาเหตุที่เนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคล การนำสาเหตุเหล่านั้นมาวางแผนแก้ไขปัญหาดำเนินงาน และประเมินผล (สุรินทร กลัมพากร, 2554; Green & Kreuter, 2005) พบว่าแนวคิดนี้สามารถช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ดังเห็นจากการศึกษาของ ซาลินโรฟอร์ท และคณะ (Salinero-Fort, et al., 2011) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการให้สุขศึกษาต่อการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาล ความดันโลหิต ไขมัน และดัชนีมวลกายในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่สอง พบว่าการให้สุขศึกษาโดยใช้แนวคิดฟรีซิดเป็นกรอบการศึกษามีประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานส่งผลให้ระดับน้ำตาลและความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ แนวคิดนี้ยังได้มีการนำมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โดยใช้ ฟรีซิด-โพรซิดโมเดล ซึ่งผลการศึกษาพบว่าการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นสามารถเพิ่มความรู้และทักษะการปฏิเสธเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ (ทัพพชัญ ศรีรัตยาวงศ์, 2554; สุภาภรณ์ ปวนสุรินทร์, 2555) นอกจากนี้แนวคิดฟรีซิด-โพรซิดโมเดล ยังใช้ในการศึกษาภาวะน้ำหนักเกินในนักเรียน ผลการศึกษาพบว่าการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคและการออกกำลังกายของนักเรียนได้อย่างมีนัยสำคัญ (รัชนก ใจเชิดชู, 2555) จะเห็นได้ว่าจากการศึกษาที่ผ่านมาการนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมทุกขั้นตอนตามฟรีซิด-โพรซิด โมเดล สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้

ภาคเหนือเป็นภาคที่พบจำนวนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเป็นอันดับต้นๆ ของประเทศ และพบว่าจังหวัดเชียงรายมีจำนวนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมากหนึ่งในสามของภาคเหนือ และมีอัตราการพบเพิ่มสูงขึ้นของกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง จากการคัดกรองตามโครงการสนองพระราชหฤทัยในหลวง ทรงห่วงใยสุขภาพประชาชน ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2554 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2555 ในกลุ่มประชากรอายุ 15-34 ปี และอายุ 35 ปีขึ้นไป พบกลุ่มเสี่ยง จำนวน 48.54 และ 158.4 คน ต่อแสนประชากรตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2555ข) ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้น จึงสนใจศึกษาการพัฒนาโปรแกรม

ป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยศึกษาปัจจัยด้านความรู้ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านการออกกำลังกายและการบริโภคอาหาร ระดับความดันโลหิต และดัชนีมวลกายในประชาชนที่มีภาวะเสี่ยง และนำการมีส่วนร่วมของชุมชนมาร่วมพัฒนาโปรแกรมเพื่อให้ชุมชนรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของปัญหา ส่งผลให้เกิดความยั่งยืนของการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดฟรีชีด-โพรชีดโมเดล ของกรีน และครูเตอร์ (Green & Kreuter, 2005) มาเป็นกรอบแนวคิดของการศึกษาวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดย
 - 2.1 เปรียบเทียบจำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงในแต่ละระดับความรู้ก่อนและหลังหลังเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
 - 2.2 เปรียบเทียบจำนวนประชาชนกลุ่มเสี่ยงในแต่ละระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงด้านการออกกำลังกายก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
 - 2.3 เปรียบเทียบจำนวนประชาชนกลุ่มเสี่ยงในแต่ละระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงด้านการบริโภคอาหารก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
 - 2.4 เปรียบเทียบจำนวนประชาชนกลุ่มเสี่ยงในแต่ละระดับความดันโลหิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
 - 2.5 เปรียบเทียบจำนวนประชาชนกลุ่มเสี่ยงในแต่ละระดับดัชนีมวลกายก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

คำถามการวิจัย

1. โปรแกรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นอย่างไร
2. ผลของโปรแกรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นอย่างไร

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Research & Development) เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งศึกษาในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย โดยทำการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2556 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2557

นิยามศัพท์

การพัฒนาโปรแกรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การร่วมคิด ร่วมวางแผนของผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ นายกเทศมนตรี สมาชิกสภาเทศบาล ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับผลกระทบจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูงและผู้ดูแล เพื่อให้ได้กิจกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงตามขั้นตอนของแนวคิดฟรีชีด-โพรชีดโมเดล ของกรีน และครูเตอร์ (Green & Kreuter, 2005) แบ่งเป็น 2 ระยะ ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน คือ ระยะที่ 1 เป็นการประเมินและวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 เป็นการปฏิบัติและการประเมินผล

ประชาชนกลุ่มเสี่ยง หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 35-55 ปี ได้รับการวัดความดันโลหิตแล้วพบว่ามีความดันโลหิตซิสโตลิก อยู่ในช่วง 120-139 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก อยู่ในช่วง 80-89 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งก่อนวัดความดันโลหิตต้องงดการออกกำลังกายหรือทำงานหนักมาก 1 ชั่วโมง และนั่งพักอย่างน้อย 5 นาที (กระทรวงสาธารณสุข, 2553) และดัชนีมวลกายมากกว่า 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (Chobanian, et al., 2011; WHO, 2012b)

ผลของโปรแกรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง สิ่งที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับโปรแกรม ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ระดับความดันโลหิต และดัชนีมวลกายซึ่งวัดประเมินได้ ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การรับรู้ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง อาการ ผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง การรักษา และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรม

พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย และบริโภคอาหาร โดยพฤติกรรมการออกกำลังกาย ประเมินโดยผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของจินดา ม่วงแก่น (2551) และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ประเมินโดยผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของเพ็ญศรี สุพิมล (2552)

ระดับความดันโลหิต หมายถึง แรงดันเลือดที่กระทบผนังหลอดเลือด มี 2 ค่า คือ แรงดันขณะหัวใจบีบตัว เรียกว่า ความดันซิสโตลิก แรงดันขณะหัวใจคลายตัว เรียกว่า ความดันไดแอสโตลิก มีหน่วยคือมิลลิเมตรปรอท (WHO, 2012a) ประเมินโดยเครื่องวัดความดันโลหิตมาตรฐานชนิดปรอท

ดัชนีมวลกาย หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักตัวและส่วนสูง (กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ, 2550; WHO, 2012b) ประเมินโดยเครื่องชั่งน้ำหนัก และเครื่องวัดส่วนสูง แล้วนำมาคำนวณโดยสูตรน้ำหนัก (หน่วยเป็นกิโลกรัม) หารด้วย ส่วนสูง (หน่วยเป็นเมตรกำลังสอง)