

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาสาธารณสุขซึ่งกำลังคุกคามโลก และเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดของการเกิดโรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบว่าในแต่ละปีประชากรวัยผู้ใหญ่เสียชีวิตจากความดันโลหิตสูงเกือบ 8 ล้านคน ทั้งนี้มีการคาดการณ์ว่า ผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.5 พันล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 (ชาริณี พงษ์นันท์ และนิตยา พันธุเวทย์, 2556; WHO, 2013) สอดคล้องกับสถานการณ์การเกิดโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยการตรวจวัดความดันโลหิตประชาชนไทยอายุ 35 ปีขึ้นไปพร้อมกันทั่วประเทศ พบว่าคนที่มีความดันโลหิตสูงกว่าครึ่งไม่รู้ว่าคุณเองมีความดันโลหิตสูง (วัลลภ ไทยเหนือ, 2550; อดุลย์ บัณฑิตกุล, 2552; สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) และเช่นเดียวกับกรุงเทพมหานครที่พบว่า มีประชาชนถึงร้อยละ 10 หรือประมาณ 425,055 คน เป็นความดันโลหิตสูง (กระทรวงสาธารณสุข, 2552) อย่างไรก็ตาม อัตราการตายจากโรคความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดสมองกลับลดลง เนื่องจากความก้าวหน้าทางการแพทย์ และการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของประชาชน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551) ทำให้ต้องดูแลรักษาระยะยาว เสียค่าใช้จ่ายมาก และเกิดภาวะฟุ้งฟิง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว ประเทศชาติ และเศรษฐกิจ ทำให้ผู้ป่วยทุพพลภาพเพิ่มขึ้นจากโรคแทรกซ้อนต่างๆ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2547; Victor et al., 2009; WHO, 2013) โดยพบคนไทยป่วยด้วยโรคหัวใจ และเป็นอัมพาต อัมพฤกษ์ปีละกว่า 150,000 ราย ต้องกลายเป็นคนพิการเพิ่มขึ้นปีละ 84,000 ราย เสียชีวิตจากโรคหัวใจปีละกว่า 11,000 ราย และจากสาเหตุเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงทั้งหัวใจและสมองตีบตันหรือแตกกว่า 45,000 ราย นอกจากนั้นยังทำให้เป็นภาระครอบครัว สังคม ประเทศต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายสูงถึงปีละ 15,000 ล้านบาท (วัลลภ ไทยเหนือ, 2550; ธวัชชัย ภาสุรกุล, 2552; วิไล พัววิไล, 2552; สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2552)

ความดันโลหิตสูง แบ่งตามสาเหตุของการเกิดโรคเป็น 2 ชนิด คือ ความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุและชนิดไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด ซึ่งพบมากกว่า ร้อยละ 90 ของความดันโลหิตสูงทั้งหมด (สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ, 2544) โดยมีปัจจัยที่เชื่อมโยงให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง

ที่เปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ อ้วน รับประทานอาหารเค็มมาก ขาดการออกกำลังกาย ในกรุงเทพมหานคร มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง 6 ปัจจัย ได้แก่ 1. ภาวะน้ำหนักเกิน 2. การบริโภคอาหารรสจัด 3. การบริโภคผักและผลไม้ 4. กิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย 5. การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และ 6. การบริโภคยาสูบ (กระทรวงสาธารณสุข, 2552) โดยปัจจัยเสี่ยงทั้ง 6 ข้อนั้น ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมส่วนบุคคลซึ่งสามารถปรับเปลี่ยน และแก้ไขให้เหมาะสมได้ และปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ ได้แก่ กรรมพันธุ์ อายุ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544; จริยา วิรุพราช, 2551) สำหรับอายุพบได้ตั้งแต่วัยเด็กแต่จะพบมากขึ้นในช่วง 35 ปีขึ้นไปและความเสี่ยงเพิ่มขึ้นถึง 90 เปอร์เซ็นต์ เมื่อมีอายุ 55 ปีขึ้นไป โดยในกลุ่มเสี่ยงหรือมีภาวะความดันโลหิตเกือบสูง (Pre-Hypertension) คือมี Systolic Blood Pressure (SBP) 120-139 mmHg หรือ Diastolic Blood Pressure (DBP) 80-89 mmHg เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง แต่ยังไม่เป็นโรค (วัลลภ ไทยเหนือ, 2550; Chobanian et al, 2003) ซึ่งจากการศึกษาของวสันต์ และคณะ (Vasan et al, 2001) ในผู้ที่มีความดันโลหิตเกือบสูง อายุ 35-64 ปี พบว่า จะพัฒนาไปสู่ความดันโลหิตสูงระยะที่ 1 และ 2 คิดเป็น ร้อยละ 17.6 และร้อยละ 17 ตามลำดับ ทำให้ประชากรในวัยทำงานและวัยสูงอายุมีแนวโน้มปัญหาภาวะสุขภาพที่กำลังเปลี่ยนแปลงไปสู่การเกิดโรคความดันโลหิตสูง (อดุลย์ บัณฑุกุล, 2552) โดยคนกลุ่มนี้มักไม่รู้ตัวเองว่ามีความเสี่ยงเนื่องจากไม่มีอาการจึงไม่ได้สนใจป้องกัน (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548; พิระ นูระกิจเจริญ, 2549) ร่วมกับปรากฏการณ์ยุคโลกาภิวัตน์ ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงของวัฒนธรรมและอื่นๆ อย่างรวดเร็วสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงจากความเป็นชนบท มาสู่ความเป็นเมืองใหญ่ รูปแบบการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไปจากการรับประทานอาหารพื้นบ้าน มาเป็นรับประทานอาหารไขมันอิ่มตัวสูง น้ำตาล อาหารหวานและอาหารกึ่งสำเร็จรูป (Pan American Health Organization, 2007) รวมถึงภาวะความเจริญทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ทำให้คนไทยเกิดความเครียดส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น และมีสถิติการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น (พิระ นูระกิจเจริญ, 2552)

การควบคุมความดันโลหิตให้ลงสู่ระดับปกติและป้องกันปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลตนเองของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง (อาภาพร เผ่าวัฒนา, ภูษิตา อินทรประสงค์, วันเพ็ญ แก้วปาน และปาหนัน พิษยภิญโญ, 2552) โดยปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงที่พบมากที่สุด คือ พฤติกรรมในด้าน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด (ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์และดวงกมล จันทรมิถิต, 2542) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงด้านอื่นๆ ดังนั้นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงจึงควรได้รับการส่งเสริม เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทุกๆ ด้าน ได้แก่ การบริโภคอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงการดื่ม

แอลกอฮอล์ การเลิกบุหรี่ และการตรวจวัดความดันโลหิต เพื่อให้กลุ่มเสี่ยง เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ถูกต้อง นำไปสู่ความสามารถในการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น

ศูนย์บริการสาธารณสุข 55 เตชะสัมพันธ์ เป็นหน่วยงานหนึ่งของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ที่ให้บริการด้านสุขภาพในพื้นที่แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา สถิติโรค 5 อันดับแรกของผู้ป่วยที่มารับการรักษาในแผนกตรวจผู้ป่วยของศูนย์ฯ 55 ตั้งแต่ปี 2550 - 2552 พบโรคความดันโลหิตสูงมากเป็นอันดับที่ 2 รองจากโรคเบาหวาน ในขณะที่เวกงานด้านอนามัยชุมชน พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบมากเป็นอันดับ 1 สำหรับการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ผ่านมา เช่น โครงการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (ศูนย์บริการสาธารณสุข 55, 2551, 2552; 2553) ซึ่งจัดบริการในชุมชนโดยไม่มีค่าใช้จ่าย แต่ประชาชนมารับบริการไม่ครบตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ทั้งนี้เนื่องจากเป็นประชาชนกลุ่มที่ยังไม่ป่วย (สุเมธทา สิทธิพงษ์ และชื่นชม เจริญยุทธ, 2539) อาศัยในชุมชนเมือง มีรายได้น้อย และมีวิถีชีวิตแบบต่างคนต่างอยู่ จึงไม่เห็นความสำคัญ และไม่มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินงาน (อาภา ยังประดิษฐ์ และกาญจนา อนุตริยะ, 2552) โดยจากข้อมูลศูนย์บริการสาธารณสุข 55 ปีพ.ศ. 2552 ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปที่มารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ จำนวน 2,134 คน พบประชาชนกลุ่มเสี่ยง 587 คน (ร้อยละ 27.5) คือมี ระดับความดันซิสโตลิก 120-139 mmHg หรือระดับความดันไดแอสโตลิก 80-89 mmHg นอกจากนี้ ในกลุ่มประชาชนอายุ 20-34 ปี ที่มารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ จำนวน 1,976 คน พบเป็นกลุ่มเสี่ยง 47 คน (ร้อยละ 2.4) ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเกิดโรคความดันโลหิตสูงในอนาคต ร่วมกับสถานการณ์การทำงานของศูนย์บริการสาธารณสุข 55 เตชะสัมพันธ์ ซึ่งทำงานตามนโยบายของสำนักอนามัย เน้นการเรียกประชุม และสั่งการ เพื่อความรวดเร็ว ทำให้การประเมินผลที่ผ่านมา พบว่ายังมีการทำงานที่ขาดความต่อเนื่องครบวงจร ไม่สนองต่อระดับของปัญหาในพื้นที่รับผิดชอบอย่างชัดเจน ประกอบกับในด้านแนวทางการทำงานป้องกันโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ศูนย์บริการสาธารณสุข 55 เตชะสัมพันธ์ มีคู่มือแนวทางในการปฏิบัติงานป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2550) แต่ไม่ได้นำมาใช้เป็นแนวทางอย่างครบวงจร ทำให้รูปแบบการทำงานด้านนี้ยังไม่ชัดเจน โปรแกรมสำเร็จรูปที่เจ้าหน้าที่กำหนดให้ประชาชนในชุมชนปฏิบัติเมื่อสิ้นสุดโครงการ ผลการประเมินพบว่า กิจกรรมเหล่านั้นส่งผลดีต่อพฤติกรรมของประชาชนที่เข้าร่วมกิจกรรมแต่เมื่อติดตามในระยะต่อมาพบว่า กิจกรรมก็ไม่ได้ดำเนินการต่อ ชุมชน และประชาชนไม่รู้สึกรถึงการมีส่วนร่วม หรือเป็นเจ้าของกิจกรรม เมื่อไม่มีเจ้าหน้าที่ กิจกรรมต่างๆจึงหยุดลง และปัญหาสถานการณ์ที่เป็นปัจจัยกำหนดพฤติกรรมสุขภาพไม่ได้รับการแก้ไขโดยตรง เกิดปัญหาโรคความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้น จากนั้น

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลและสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการในช่วงเดือนเมษายน-พฤษภาคม พ.ศ. 2553 เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดของประชาชนอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปจำนวน 154 คนในพื้นที่ของศูนย์ฯ 55 พบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง คิดเป็น ร้อยละ 48.70 มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหลายด้านที่ยังไม่เหมาะสม ร่วมกับการพูดคุยกับอาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.) ในลักษณะการสนทนากลุ่มในประเด็นโรคความดันโลหิตสูงและการมีส่วนร่วมของชุมชนพบว่า ออส.ส่วนใหญ่ระบุว่ามีความรู้ในเรื่องโรคความดันโลหิตสูง ทุกคนมีความเห็นว่ามีคนในชุมชนเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น โดยพบแทบจะทุกหลังคาเรือน และมีหลายบ้านที่เป็นมากกว่า 1 คน ออส.ทุกคนระบุว่าคนที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมักมีพฤติกรรมด้านสุขภาพไม่เหมาะสม ได้แก่ ขาดการออกกำลังกาย ไม่ควบคุมอาหาร ส่วนด้านการจัดการอารมณ์คิดว่าคนป่วยและคนไม่ป่วยมีความใกล้เคียงกัน แต่ถ้าเครียด การสูบบุหรี่หรือดื่มสุราจะมีผลต่อความดันโลหิตสูง ทุกคนรับรู้ว่าโรคนี้อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นอัมพาต อัมพฤกษ์ได้ เนื่องจากมีคนในชุมชนที่เป็นประมาณ 5-6 คน พบว่าส่วนใหญ่ของ ออส. เป็นโรคความดันโลหิตสูง ด้านบทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ออส.ส่วนใหญ่ระบุว่ายังทำได้น้อย เนื่องจากข้อจำกัดเรื่องเวลา และการประกอบอาชีพ สำหรับการมีส่วนร่วมของชุมชนพบว่า ชุมชนมองเห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วม โดยเฉพาะในด้านการรวมตัวกันเพื่อเรียกร้องเรื่องที่อยู่อาศัย แต่ในส่วนของ การดูแลสุขภาพ และการป้องกันโรคไม่ติดต่อ โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่ค่อยให้ความสำคัญ

เมื่อทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พบว่ามีการนำแนวคิดทฤษฎีต่างๆ มาประยุกต์ใช้อย่างกว้างขวาง เช่น แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (บุญชู เหลิมทอง, 2553; นทีชา พินยะกุล, 2003) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (สุชัญญา วงษ์เพ็ง, 2541) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (อุดมลักษณ์ จำสัดย, 2550 Lee; Arthu; Avis, 2007) ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง(ดวงเดือน เทียงสันเทียะ, 2543; Bosworth et al., 2008) และแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม (อนุชา นิลอยู่, 2542; วิภาวรรณ จรรย์สุกรินทร์, 2544; เพ็ญศรี สุพิมล, 2552; อรณุช พงษ์สมบูรณ์, 2552) หรือการใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (สุวรรษา ลิ้มปีสไต, 2548; สุภาภรณ์ นิยมสรวณ, 2551; ฐิติมา อินทร์เนตร, 2553) โดยส่วนใหญ่เป็นการประยุกต์ใช้ในรูปแบบของโปรแกรม แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแม้โปรแกรมต่างๆ ที่นำมาใช้กับผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงที่ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีต่างๆ นั้นมีอยู่ไม่น้อยและผลการศึกษาของการใช้โปรแกรมเป็นไปในทางที่น่าพึงพอใจ เช่น พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้น

(สุชัยญา วงษ์เพ็ญ, 2541) ในกลุ่มทดลองมีการเดินออกกำลังกายสม่ำเสมอเพิ่มมากกว่า ระดับความดันโลหิตลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม และมีคะแนนการรับรู้ความสามารถสูงกว่ากลุ่มควบคุม (Lee, Arthur, Avis, 2007) หลังการทดลองการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังโรคดีกว่าก่อนการทดลอง (สุภาภรณ์ นิยมสรวย, 2551) แต่พบว่า จำนวนกลุ่มเสี่ยง และผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงก็ยิ่งเพิ่มจำนวนมากขึ้น และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เพิ่มขึ้นตามระยะเวลาของการเจ็บป่วย ดังนั้นการดูแลโรคความดันโลหิตสูงอย่างบูรณาการทั้งด้านการป้องกันและการควบคุมโรคจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น เนื่องจากระบบสาธารณสุขทั่วโลกยังมีการจัดการที่ไม่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา (Epping-Jordan, 2005) ซึ่งรวมถึงประเทศไทย การป้องกันการเกิดโรคในระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention) จึงเป็นแนวทางที่ดี ในการป้องกันการเกิดโรค หรือความเจ็บป่วย โดยเน้นให้ประชาชนและชุมชนเป็นศูนย์กลางในการดูแลส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นพยาบาลสาธารณสุขที่มีบทบาทในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนใน 4 มิติ คือการส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟูและรักษา ปฏิบัติงานในพื้นที่แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นเขตเมือง จึงมีแนวคิด และสนใจที่จะส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ใช้ แนวคิดขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (Innovative Care for Chronic Conditions: ICC: WHO, 2002) ประกอบด้วยระบบ 3 ส่วน คือ ระบบเล็ก (Micro system) ระบบกลาง (Meso system) และระบบใหญ่ (Macro system) ในการศึกษาครั้งนี้จะมุ่งเน้นใน ระบบย่อยเพียงส่วนเดียว คือ ระบบเล็ก เนื่องจากเป็นการวิจัยที่มุ่งเน้นในระดับชุมชนโดยไม่ได้ต่อเนื่องถึงนโยบายขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นได้แก่ กรุงเทพมหานคร และนโยบายระดับประเทศ ซึ่งในการวิจัยนี้จะครอบคลุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการเข้าร่วมกิจกรรม ภายใต้เป้าหมายเดียวกันคือ สุขภาพและคุณภาพชีวิตของกลุ่มเสี่ยง และครอบครัว จึงต้องมีการเชื่อมโยงและสนับสนุนซึ่งกันและกัน ซึ่งสอดคล้องกับกฎบัตรออตตาวา (Ottawa charter: WHO, 1986) ที่กล่าวถึงกลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพให้สำเร็จ 5 กลยุทธ์ ได้แก่ การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ การสร้างพลังอำนาจให้ชุมชน การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการ (สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ, 2541; สุเทพ เพชรมาก, 2553; สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร, 2547) เพื่อให้ชุมชน เกิดความตระหนัก ตื่นตัว รับรู้ความรุนแรง รับรู้โอกาสเสี่ยง รับรู้ถึงความสามารถในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มองเห็นประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจนเกิดการปฏิบัติร่วมกับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง และเกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ครอบครัว ชุมชน และหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ในการ

ป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เพื่อลดการเกิดผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ลดผลกระทบต่างๆจากโรคที่จะตามมา เช่น ค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการดูแลรักษา ภาระของครอบครัว ความพิการและการเสียชีวิต รวมถึงลดผลกระทบด้านจิตใจ ด้วยการสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

1.2 คำถามในการวิจัย

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับโปรแกรมการประยุกต์ใช้แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังจากทดลองแตกต่างจากก่อนการทดลองและแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบหรือไม่อย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

1.4 วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบในเรื่อง

1. การรับรู้ของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงในด้าน โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง
2. การรับรู้ของกลุ่มเสี่ยงต่อการมีส่วนร่วมของตนเอง ครอบครัว แกนนำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง
3. พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด
4. การเปลี่ยนแปลงในด้าน ดัชนีมวลกาย รอบเอว และระดับความดันโลหิต

1.5 สมมุติฐานการวิจัย

1. ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ต่อโรคความดันโลหิตสูงในด้านโอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
2. ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ต่อการมีส่วนร่วมของตนเอง ครอบครัว เพื่อนำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
3. ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
4. ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงในด้าน คำนีวมวลกาย รอบเอว และระดับความดันโลหิต ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

1.6 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ถึงทดลอง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีสุขภาพในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

1.7 ตัวแปรในการวิจัย

ตัวแปรต้น

โปรแกรมการประยุกต์ใช้แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

ตัวแปรตาม

1. การรับรู้ของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงในด้านโอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

2. การรับรู้ของกลุ่มเสี่ยงต่อการมีส่วนร่วมของตนเอง ครอบครัว แกนนำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง
3. พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง ในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด
4. ดัชนีมวลกาย
5. รอบเอว
6. ระดับความดันโลหิต

1.8 คำจำกัดความในการวิจัย

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชาชนเพศชายและเพศหญิง มีอายุ 35 ปีขึ้นไป มีประวัติ พ่อ แม่ ญาติพี่น้องสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ m^2 หรือมีรอบเอว โดย ในผู้ชายวัดรอบเอวได้มากกว่า 90 ซม.ขึ้นไป และผู้หญิงวัดรอบเอวได้มากกว่า 80 ซม.ขึ้นไป และมีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (SBP) 120-139 mm Hg และ/หรือระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (DBP) 80-89 mm Hg (กระทรวงสาธารณสุข, 2550; Chobanian et al, 2003)

ในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง ประชาชนเพศชายและเพศหญิง อายุ 35 - 59 ปี อาศัยอยู่ในแขวงชองนนทรี เขต ยานนาวา กรุงเทพมหานคร ร่วมกับมีปัจจัยเสี่ยง คือ มีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (SBP) 120-139 mm Hg และ/หรือระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (DBP) 80-89 mm Hg

โปรแกรมการประยุกต์ใช้นวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง กรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมระหว่างกลุ่มเสี่ยง ครอบครัว แกนนำ และทีมสุขภาพในการดูแลกลุ่มเสี่ยงในชุมชน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับย่อย (micro level) ระดับกลาง (meso level) และระดับใหญ่ (macro level) (WHO, 2002)

ในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง รูปแบบการจัดกิจกรรม ตามที่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ครอบครัว แกนนำ อาสาสมัครสาธารณสุข และทีมสุขภาพร่วมตัดสินใจเลือก เพื่อพัฒนาการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัว ทักษะ และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง โดยการประยุกต์กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ในระดับย่อย (micro level) ในการ (1) เตรียมทีมสุขภาพ กำหนดแนวทางการกระตุ้นให้กลุ่มเสี่ยง และชุมชนตระหนักถึงประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

และเตรียมกลุ่มเสี่ยงและครอบครัว แก่นนำชุมชนในด้านการมีส่วนร่วม กำหนดแนวทางสร้างเสริมสุขภาพ และการติดตามเยี่ยม ให้กำลังใจ และกระตุ้นให้ปฏิบัติต่อเนื่อง (2) จัดกิจกรรมเพื่อสร้างการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (3) ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่กลุ่มตัดสินใจเลือกเอง (4) การติดตามเยี่ยม ให้กำลังใจ และกระตุ้นให้ปฏิบัติต่อเนื่องจากครอบครัว แก่นนำ และทีมสุขภาพ

การรับรู้ของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงในด้าน โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ความเชื่อ หรือการรับรู้ของกลุ่มเสี่ยงถึงโอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง รับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง มีความเชื่อถึงประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (Becker et al., 1974)

ในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง ความคิดเห็นของกลุ่มเสี่ยงว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยง เช่น อายุ ประวัติครอบครัว และเสี่ยงเพิ่มขึ้นถ้ามีพฤติกรรมในการป้องกันโรคไม่ถูกต้อง เช่น การรับประทานอาหารรสเค็ม ขาดการออกกำลังกาย และการไม่รู้วิธีการจัดการความเครียด รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค มีความรู้สึก หรือเชื่อว่าโรคความดันโลหิตสูงอาจทำให้เกิดการเจ็บป่วยเกิดเป็นโรคเรื้อรัง และเกิดภาวะแทรกซ้อนถึงขั้นพิการ หรือเสียชีวิต ถ้าไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อป้องกันโรคได้ เช่น เส้นเลือดสมองตีบ แดก หัวใจวาย รับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงหรือเชื่อว่าการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของตน ช่วยลดภาวะเสี่ยงต่อโอกาสเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ รับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เช่น ความไม่คุ้นเคย ไม่สุขสบาย และเสียค่าใช้จ่าย โดยประเมินจากคะแนนรวมแบบสัมพัทธ์เกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 20 ข้อ

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ในการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย การบริโภคนิสัย การพัฒนาทางจิตวิญญาณ การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการจัดการกับความเครียด (Pender, 1996) เพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

ในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง ความถี่ในการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ประเมินโดยใช้แบบสัมพัทธ์เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 12 ข้อ

การรับรู้ของกลุ่มเสี่ยงต่อการมีส่วนร่วม ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การรับรู้ของกลุ่มเสี่ยงต่อพฤติกรรมที่กลุ่มเสี่ยง ครอบครัว เพื่อนำชุมชน และทีมสุขภาพเข้ามามี ส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพตามบทบาทหน้าที่ของตน (WHO, 2002)

ในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง กลุ่มเสี่ยงมีความคิดเห็นว่าตนเอง ครอบครัว เพื่อนำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ประเมินโดยแบบ สัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ต่อการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิต สูง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 16 ข้อ

ความดันโลหิต หมายถึง ค่าความดันในหลอดเลือดแดง เมื่อมีการบีบและคลายตัวของ หัวใจ ซึ่งสามารถวัดโดยใช้เครื่องวัดความดัน วัดที่แขน (อาภาพร เผ่าวัฒนา และคณะ, 2552) มี หน่วยวัดเป็นมิลลิเมตรปรอท ได้แก่ ค่าความดันโลหิตตัวบน หรือซิสโตลิก มีค่าปกติน้อยกว่า 120 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตตัวล่างหรือไดแอสโตลิก มีค่าปกติน้อยกว่า 80 มิลลิเมตร ปรอท (Chobanian et al, 2003) โดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดปรอทตั้งโต๊ะ (mercury sphygmomanometer) ที่ได้รับการตรวจสอบและ calibrate

เส้นรอบเอว หมายถึง เส้นรอบเอวที่ใช้ประเมินไขมันหน้าท้อง (Abdominal fat) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพ มีความเกี่ยวข้องกับ Metabolism (Tan et al., 2004) มาตรฐานที่ระบุ หน่วยเป็นเซนติเมตร วัดรอบเอวเหนือสะดือ หรือวัดผ่านสะดือ ขณะที่หายใจออกเต็มที่ ไม่ให้สาย รัดแน่นเกินไป และบันทึกค่าที่วัดได้

ดัชนีมวลกาย หมายถึง การวัดค่าไขมันร่างกายโดยใช้ค่าความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนัก กับส่วนสูงของบุคคลวัยผู้ใหญ่ (กรมอนามัย, 2556) ดัชนีมวลกายสำหรับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการ เกิดโรคที่เกี่ยวกับเมตาบอลิกในร่างกายเพิ่มเมื่อ BMI = 23.0-24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร มีภาวะ เสี่ยงต่อการเกิดโรคเพิ่มมากขึ้นเมื่อ BMI = 25.0-29.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และภาวะเสี่ยงต่อการเกิด โรคอยู่ในช่วงอันตรายเมื่อ BMI \geq 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร โดยใช้เครื่องชั่งน้ำหนักแบบเข็ม ยี่ห้อ CAMRY รุ่น BR9807 ระบุหน่วยเป็นกิโลกรัม เพื่อวัดน้ำหนักตัว และวัดส่วนสูงเป็นเซนติเมตร และ คำนวณค่าที่วัดได้ตามสูตร (กระทรวงสาธารณสุข, 2553)