

บทที่ 1 : บทนำ

1 ความสำคัญ และที่มาของปัญหาการวิจัย

สถานการณ์ปัจจุบัน พบว่าปัญหาด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ๕ โรคสำคัญ หรือเรียกว่าโรควิถีชีวิตที่สามารถป้องกันได้ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง ได้ทวีความรุนแรงมากขึ้นอันเนื่องมาจากพฤติกรรมของประชาชน การขาดความรู้และความตระหนักในโรคดังกล่าว และปัจจัยแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปจนส่งผลกระทบต่อสุขภาพ อันได้แก่ ภาวะเศรษฐกิจสังคม การศึกษา วัฒนธรรม การเมือง สิ่งแวดล้อมและการดำเนินวิถีชีวิตที่ไม่ถูกต้อง จนส่งผลให้เกิดปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามมา “โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” (Non-communicable diseases) หรือ ที่รู้จักกันในนาม NCDs โรคยอดฮิตที่แต่ละประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย มีจำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตมากขึ้นทุกปีอย่างน่าเป็นห่วง โดยข้อมูลจากแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ.2554-2563 และกลไกการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทยระดับชาติ ระบุว่า สถานการณ์ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีระดับความรุนแรงในประเทศยากจน รวมถึงประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง สูงถึงร้อยละ ๘๐ ของการตายทั้งหมด สะท้อนภาพกลับมาที่ประเทศไทย ก็พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อาทิ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ หลอดเลือดสมอง มะเร็ง ปอดอุดกั้น ฯลฯ เพิ่มขึ้นทุกปีเช่นกัน ปัจจุบันจะเห็นได้ว่าในทุกหมู่บ้านทุกตำบล จำนวนผู้ป่วยเรื้อรังได้กระจายไปเกือบครอบคลุมทุกพื้นที่ ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขรายงานว่า สถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานในไทยเพิ่มจำนวนผู้ป่วยขึ้นเป็น 3.5 ล้านคนในปี 2556 ส่งผลให้มีมูลค่าการรักษาโรคเบาหวานสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี ขณะเดียวกัน โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของคนไทยมาตลอด 13 ปีซ้อน โดยที่ปัจจุบันพบว่า คนไทยอ้วน และมีน้ำหนักเกินมาตรฐานเป็นอันดับ 5 ของเอเชีย-แปซิฟิก (ข้อมูลจากเว็บไซต์ สสส. หัวข้อ : โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง “ผล” ของพฤติกรรมการใช้ชีวิต [URL http://www.thaihealth.or.th/Content/24176](http://www.thaihealth.or.th/Content/24176)) นอกจากนี้ ข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าผู้ป่วยที่นอนติดบ้านและติดเตียงที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสุขภาพ ส่วนใหญ่เกิดมาจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย ลดภัยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังขึ้น (ปี ๒๕๕๔ - ๒๕๖๓) ภายใต้ หลักการ 3 อ. 2 ส. การลดเสี่ยง ลดโรค ๕ โรคสำคัญ โดยเน้นการสร้างกระแสในวงกว้างเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนได้หันมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การส่งเสริมกระบวนการตำบลจัดการสุขภาพวิถีชีวิตไทย ที่เน้นให้เกิดตำบลต้นแบบที่นำไปสู่การจัดการโรคเรื้อรัง และการลดปัจจัยเสี่ยงได้

การสาธารณสุขมูลฐาน เริ่มต้นขึ้นจากองค์การอนามัยโลกได้เสนอความคิดขึ้นมาว่า หากจะให้ประชากรทุกคนในโลกหรือประชากรในประเทศมีสุขภาพอนามัยที่ดีขึ้นแล้ว งานสาธารณสุขจะต้องได้รับการส่งเสริม ให้ชาวบ้านได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ซึ่งในขณะนั้นก็ได้มีประเทศต่าง ๆ ได้เริ่มดำเนินการทำนองนี้แล้ว รวมทั้งประเทศไทยด้วย พร้อมกันนั้นประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลกได้มีมติให้ถือว่า ปี ค.ศ. 2000 หรือ พ.ศ. 2543 เป็นเป้าหมายที่ประชากรทุกคนของประเทศสมาชิกจะมีสุขภาพอนามัยดีอย่างทั่วถึง ซึ่ง

ประเทศสมาชิกทุกประเทศรวมทั้งประเทศไทย ได้ยอมรับเป้าหมายดำเนินงาน เมื่อเดือนกันยายน 2521 ได้มีการประชุมเรื่องการสาธารณสุขมูลฐานขึ้น ที่เมืองอัลมาอตา ประเทศรัสเซีย ที่ประชุมยอมรับหลักการว่า สาธารณสุขมูลฐาน เป็นกลวิธีที่เหมาะสมที่จะทำให้ประชากรทุกคนมีสุขภาพอนามัยได้อย่างทั่วถึงได้ นับจากนั้นมา ประเทศไทยก็เริ่มนำนโยบายและกลวิธีงานสาธารณสุขมูลฐานเข้ามาเป็นกลไกที่สำคัญในการจัดระบบการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน อสม. ถือเป็นประชาชนผู้มีจิตอาสาที่ได้รับการคัดเลือกจากหมู่บ้านหรือชุมชน ถือเป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง/ครอบครัวและชุมชน อสม. มีบทบาทเป็นผู้นำการพัฒนาสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง(Change Agents)พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน และมีหน้าที่สำคัญ คือ “ แก่ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ซึ่บริการประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดีของชุมชน ” ดังนั้น อสม. จึงมีบทบาทสำคัญในการสร้างกระบวนการที่ทำให้เกิดปัจจัยที่เหมาะสมที่ทำให้คนไทยลุกขึ้นมาแสดงบทบาทในเรื่องสุขภาพ ทั้งการดูแลสุขภาพของตนเอง และการจัดการสิ่งแวดล้อมให้อึดต่อสุขภาพได้ เนื่องจากหัวใจสำคัญของการสร้างสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรคสำคัญ คือ การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของประชาชน อย่างไรก็ตาม อสม. ต้องเป็นต้นแบบด้านสุขภาพให้กับประชาชนได้

ดังนั้นสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ เขต 7 จังหวัดขอนแก่น กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จึงได้จัดทำโครงการวิจัยที่เน้นให้ความสำคัญการเสริมศักยภาพ อสม. ให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และที่สำคัญคือ การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการจัดกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้แนวคิดและวิธีการจัดการความรู้ (knowledge management) และการเสริมสร้างสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา (OTTAWA CHARTER) เพื่อพัฒนา อสม. ให้เป็นต้นแบบในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ได้อย่างเป็นจริง

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป (General Objective)

เพื่อพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้เป็นต้นแบบในการจัดการสุขภาพตนเอง เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง

2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ (Specific Objective)

2.1 เพื่อให้ อสม. สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคที่ไม่เหมาะสมและการใช้ร่างกายน้อย รวมทั้งแก้ไขปัญหาวัยอ่อน อ้วนลงพุง และความดันโลหิตสูง ได้ด้วยตนเอง

2.2 เพื่อพัฒนารูปแบบกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง

3. ขอบเขตของการวิจัย

เป็นการวิจัยประเภท วิจัยประยุกต์ (Applied research)

การคัดเลือกพื้นที่วิจัย : ใช้วิธีแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive) คัดเลือกจากพื้นที่ตำบลจัดการสุขภาพ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 4 จังหวัด ได้แก่ ขอนแก่น มหาสารคาม กาฬสินธุ์ และร้อยเอ็ด

จังหวัดละ 2 ตำบล รวม 8 ตำบล ประชากรศึกษา คือ อสม. ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน และ ความดันโลหิตสูง ตำบลละ 30 คน รวม 240 คน

รายชื่อพื้นที่ศึกษา ได้แก่

1. รพ.สต. หนองกุงชนสาร อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น
2. รพ.สต. คูคำ อำเภอซำสูง จังหวัดขอนแก่น
3. รพ.สต. หนองตาไก้ อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด
4. รพ.สต. จังหาร อำเภอจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด
5. รพ.สต. ยางใหญ่ อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม
6. รพ.สต. ศรีสุข อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม
7. รพ.สต. ร่องคำ อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์
8. รพ.สต. หนองอีบุตร อำเภอ.ห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์

4. คำจำกัดความ

1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ คือ การประยุกต์หลักการเรียนรู้ เพื่อเปลี่ยนแปลงแก้ไขพฤติกรรม โดยที่เน้นพฤติกรรมที่สามารถสังเกตเห็นได้ หรือวัดได้เป็นสำคัญ ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้วัดจากพฤติกรรม 3 ด้าน คือ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง (Selfefficacy) การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง (Self-regulation) และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care)

2. ตัวชี้วัดความเสี่ยงพฤติกรรมต่อการเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง หมายถึง อสม. ที่เข้าเกณฑ์ความเสี่ยงตามข้อ 1 ถึง ข้อ 4 อย่างน้อย 2 ข้อ ได้แก่

- 1) ดัชนีมวลกาย (BMI) ≥ 23
- 2) เส้นรอบเอว ชาย ≥ 90 ซม. หญิง ≥ 80 ซม.
- 3) ความดันโลหิต $\geq 140/90$ มิลลิเมตรปรอท
- 4) ค่าน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร (DTX หรือ FBS) 100-125 mg%

5. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. มี อสม. ที่เป็นนักจัดการสุขภาพต้นแบบ ในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่สามารถเป็นแบบอย่างให้คนในชุมชน
2. มีพื้นที่ที่สามารถขับเคลื่อนระบบสุขภาพภาคประชาชนให้เกิดขึ้นในชุมชนได้อย่างเป็นจริง

6. กรอบแนวคิดการวิจัย



