

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 เป็นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับแรกที่ใช้แนวคิดคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา โดยมีการกำหนดให้คนเป็นปัจจัยชี้วัดความสำเร็จของการพัฒนาในทุกด้าน การพัฒนาสุขภาพของคนจึงนับเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของคน การพัฒนาสาธารณสุขจึงมีบทบาทอย่างยิ่งในการพัฒนาคน (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2545) จากนั้นได้มีการปรับปรุงแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 และ 10 ตามลำดับ โดยในปัจจุบันแผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (2550 - 2554) ซึ่งได้มีการน้อมนำแนวคิดเศรษฐกิจแบบพอเพียงที่ได้ต่อเนื่องมาจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 โดยยังคงเน้นการพัฒนาคนเป็นศูนย์กลาง อีกทั้งยังเน้นงานทางสาธารณสุขแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อให้องค์กรชุมชนสามารถดูแลและรับผิดชอบอนามัยของคนในชุมชนได้อย่างเข้มแข็งและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งให้ประชาชนมีความรู้ ทักษะที่ดีเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและมีพฤติกรรมอนามัยที่เหมาะสมสำหรับตนเองและครอบครัว ป้องกันมิให้เกิดการเจ็บป่วยของประชาชนและส่งเสริมสุขภาพให้คงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี

สถิติสาเหตุการตายและการเจ็บป่วยที่สำคัญอันดับแรกในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2552) พบว่าโรคที่เป็นสาเหตุการตายและการป่วยนั้นล้วนแต่มีสาเหตุการเกิดโรคจากพฤติกรรมสุขภาพเป็นสาเหตุหลัก จากสถิติ 5 ปีย้อนหลังของสาเหตุการตาย 3 อันดับแรกคือ มะเร็ง อุบัติเหตุ และ โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง ตามลำดับ โดยในปี 2550 พบว่าสถิติการตายด้วยโรคมะเร็งเท่ากับ 84.9 ต่อแสนประชากร การตายด้วยอุบัติเหตุเท่ากับ 56.7 ต่อแสนประชากรและการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดสมองเท่ากับ 24.3 ต่อแสนประชากรซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในแต่ละปี สำหรับสถิติการป่วย 5 ปีย้อนหลังพบว่าโรคที่เป็นสาเหตุการป่วยอันดับหนึ่งได้แก่ โรคระบบทางเดินหายใจ รองลงมาได้แก่ โรคระบบไหลเวียนโลหิต ส่วนสาเหตุการป่วยอันดับสามได้แก่โรคเกี่ยวกับระบบต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึม โดยในปี 2550 จะมีสถิติการป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจเท่ากับ 444.1 ต่อพันประชากร โรคระบบไหลเวียนโลหิตเท่ากับ 255.8 ต่อพันประชากรและโรคระบบต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึมเท่ากับ 188.6 ต่อพันประชากร

จากข้อมูลสถิติการเจ็บป่วยของประชากรในเขตจังหวัดจันทบุรี 5 ปีย้อนหลัง โรคที่เป็นสาเหตุการป่วย 3 อันดับแรกได้แก่ โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบไหลเวียนโลหิตและระบบต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึม จากสถิติปี 2550 พบว่าเป็นโรคระบบไหลเวียนโลหิต 342.58 ต่อพันประชากร ซึ่งอัตราป่วยด้วยโรคระบบไหลเวียนโลหิตเพิ่มขึ้นจากปี 2548 ซึ่งมีอัตราป่วยเท่ากับ 279.67 ต่อพันประชากรและ ปี 2549 ที่มีอัตราป่วยเท่ากับ 341.83 ต่อพันประชากรซึ่งเป็นอัตราที่สูงกว่าอัตราป่วยของประเทศ สำหรับโรคระบบต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึม ในปี 2550 มีอัตราป่วย 233.17 ต่อพันประชากร ซึ่งเป็นการป่วยอันดับที่ 2 และ 3 ตามลำดับต่อจากระบบทางเดินหายใจ ซึ่งพบว่าจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคระบบต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึมเพิ่มขึ้นจากปี 2548 ถึง 2549 โดยมีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นจาก 182.9 เป็น 230.52 อีกทั้งอัตราป่วยด้วยโรคระบบต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึมยังสูงกว่าอัตราป่วยของประเทศส่วนจำนวนผู้ป่วยสาเหตุการตายด้วยอุบัติเหตุทั้งสิ้น 181 รายคิดเป็น 35.89 ต่อแสนประชากร โรคหลอดเลือดสมอง 79 รายคิดเป็น 15.67 ต่อแสนประชากร ซึ่งอยู่ในลำดับที่ 3 และ 7 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี, 2552) สถิติที่กล่าวมาข้างต้นสะท้อนให้เห็นได้ว่าจากสาเหตุการตายและสาเหตุการเจ็บป่วยนั้น ส่วนใหญ่เป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของประชาชนทั้งสิ้น

การเกิดปัญหาภาวะสุขภาพดังกล่าวจะก่อให้เกิดผลกระทบอื่นตามมาอีกมากมาย เช่น ผลกระทบด้านเศรษฐกิจของครอบครัวทั้งทางตรง เช่น ค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทางมารับการรักษาพยาบาล ทางอ้อมได้แก่ การที่ต้องสูญเสียรายได้จากการทำงาน ภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปมีผลทำให้บทบาททางด้านสังคมเปลี่ยนแปลงไป บทบาทของคนในครอบครัวจะเปลี่ยนแปลงไป (วนิชย์ ปรีชาอนันต์, 2550) เมื่อประชาชนในชุมชนมีสุขภาพไม่แข็งแรง จะทำให้ชุมชนต้องเสียงบประมาณ หรือทรัพยากรในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ เพื่อฟื้นฟูหรือรักษาผู้ป่วย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากพฤติกรรมไม่เหมาะสมอีกทั้งส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิต หากไม่สามารถปรับตัวกับปัญหาภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้นเหล่านี้ได้ จะทำให้เกิดอาการเศร้า หวาดระแวง ท้อแท้และผิดหวัง นำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตได้ (อานนท์ อาภาภิรมย์, 2525) รวมทั้งผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจของประเทศ จากการที่ต้องสูญเสียค่ายาในการรักษาผู้ป่วย อีกทั้งยังต้องเพิ่มบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้เหมาะสมกับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น กล่าวสรุปคือ พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมส่งผลกระทบต่อระบบมากมาย ทั้งทางด้านสังคม เศรษฐกิจ ทรัพยากรด้านสุขภาพ รวมถึงรายได้ที่ประเทศจะต้องสูญเสียไปในการดูแล ฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วย ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพเป็นส่วนสำคัญที่ควรได้รับการดูแลและส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดี โดยภายใต้ยุทธศาสตร์ร่วมพลังสร้างสุขภาพ ได้มีการประกาศนโยบายการรณรงค์การสร้างสุขภาพ โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้ประชาชน องค์กร

หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนได้มีการตระหนักในการใส่ใจคุณภาพ ดังนั้นในปี 2545 กองสุกศึกษา กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีการปรับปรุงเนื้อหา คัดสรร เกณฑ์และแนวปฏิบัติสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ (กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2546) โดยมีข้อกำหนดที่เด็กและเยาวชน ตลอดจนประชาชนทั่วไปพึงปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอจนเป็นสุขนิสัย

ระบบการบริการสุขภาพภาคประชาชนเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนการบริการทางด้านสาธารณสุขในภาวะที่มีการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ โดยมีหลักการที่สำคัญคือการเปลี่ยนจากการที่รัฐเป็นผู้ให้และประชาชนเป็นผู้รับ กลายเป็นรัฐเป็นฝ่ายสนับสนุนทางด้านวิชาการและบริการ เพื่อให้ประชาชนเป็นผู้มีบทบาทในการดูแลแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนด้วยตนเอง (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2550 ข) โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของหน่วยงานทุกภาคส่วนที่นอกเหนือจากหน่วยงานด้านสาธารณสุข เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพของประชาชน แนวคิดของระบบการบริการสุขภาพภาคประชาชนจะยึดหลักการอาศัยทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนหรือทุนทางสังคมซึ่งได้แก่ ภูมิปัญญาท้องถิ่น สภาพแวดล้อม ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม ฯลฯ ทุนทางสังคมที่สำคัญของชุมชนที่นับได้ว่าเป็นหัวใจหลักในการทำงานทางด้านสาธารณสุขคือประชาชนในพื้นที่ หากพื้นที่ใดมีประชาชนที่มีความสามัคคี มีจิตใจที่เสียสละหรือจิตอาสาที่จะเป็นผู้ดูแลสุขภาพของตนเอง คนในครอบครัวและขยายสู่คนในชุมชน โยงใยเป็นเครือข่ายกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ จะทำให้สุขภาพของประชาชนในชุมชนได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง จึงเป็นที่มาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้ซึ่งคอยดูแลสุขภาพของคนในชุมชนของตนเอง

ในช่วงแรกของการจัดตั้งผู้สื่อข่าวสาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุขนั้น จัดตั้งขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ในการดูแลรักษาพยาบาลเป็นหลัก โดยเป็นจุดชี้้นำให้เข้าถึงชาวบ้านเรื่องการรักษาพยาบาลมากกว่าเรื่องการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2550 ก) โดยจะเน้นให้อาสาสมัครสาธารณสุขกระจายเต็มพื้นที่เพื่อให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นภายในชุมชนได้ ภายใต้ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ในพื้นที่หลังจากที่งานสาธารณสุขเดินรุดหน้าไป โครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขปรับเปลี่ยนดีขึ้นจนกระทั่ง สถานีอนามัยครบเต็มทุกพื้นที่ มีเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้นกระจายไปทุกตำบลทั่วประเทศ การรักษาพยาบาลเบื้องต้นจึงถูกยกระดับจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแทน ซึ่งทำให้บทบาทในด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้นของอาสาสมัครสาธารณสุขจึงลดลง แต่เมื่อประเทศไทยประกาศใช้นโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for All) ปี 2543 ได้มีการเน้นให้มีการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาพยาบาล

อาสาสมัครสาธารณสุขจึงเข้ามามีบทบาทมากในระบบสาธารณสุขอีกครั้งโดยได้ปรับเปลี่ยนบทบาทการทำงาน ในการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพของประชาชน เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญภายในชุมชน มีความคุ้นเคยกับประชาชนในพื้นที่มากกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อีกทั้งยังมีเครือข่ายโยงใยมากมายภายในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขจึงมีหน้าที่สำคัญในงานด้านการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มุ่งเน้นในการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีประสิทธิภาพในการจัดการปัญหาที่สำคัญและเร่งด่วนในพื้นที่ของตนเองได้ อีกทั้งยังได้รับการพัฒนาองค์ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง จนมีความรู้ความสามารถที่จะดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และทำหน้าที่เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) พฤติกรรมสุขภาพ (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2550 ค)

บทบาทที่สำคัญอีกประการหนึ่งของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคือการดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดีทางด้านสุขภาพ ให้เพื่อนบ้านได้รู้ได้เห็นและกระทำตามเป็นแบบอย่าง รวมทั้งถ่ายทอดความรู้ชักนำเพื่อนบ้านให้ปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสม (อาทร อุคคิต, วันชัย ธรรมสังการ และสุเมธ พรหมอินทร์, 2550) เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุดจึงมีบทบาทและอิทธิพลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ตลอดจนสามารถเป็นที่ปรึกษาในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้

จากการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัด พบว่า พฤติกรรมสุขภาพส่วนใหญ่ยังไม่เหมาะสม เช่น พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ โดยจากการศึกษาของสุธารดี รักพงษ์ (2549) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตชนบท อำเภอเมือง จังหวัดนครนายกพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 62.19 และอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 21.51 ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่อยู่ในระดับต่ำได้แก่พฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการตรวจสุขภาพประจำปี สอดคล้องกับการศึกษาของอาทร อุคคิต, วันชัย ธรรมสังการและสุเมธ พรหมอินทร์ (2550) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรีพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับกลางร้อยละ 53.1 ซึ่งได้แก่พฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จะเห็นได้ว่าจากผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ เพศ

สถานภาพสมรส ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม บุคคลใกล้ชิดและทีมสุขภาพ (สุธารดี รักพงษ์, 2549; จิรยุทธ์ คงนุ่น และนุชนัดดา แสงสินธร, 2550) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (จิรยุทธ์ คงนุ่น และนุชนัดดา แสงสินธร, 2550)

ถึงแม้จะมีผลการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่บ้าง แต่ยังมีข้อจำกัดบางประการ กล่าวคือการศึกษาในประเด็นดังกล่าวมีจำนวนน้อย และส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เช่น การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของ นงคันทน์ มิควาฬ (2542), คนู สุภศรี (2542) และลัญจิกา ทองสวัสดิ์วงศ์ (2542) สำหรับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีการวัดพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน อาทิเช่น การศึกษาของสุธารดี รักพงษ์ (2549) ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ส่วนการศึกษาของสมบุญ อินสุพรรณ (2551) ศึกษาพฤติกรรมการจัดการความเครียดและการศึกษาของจิรยุทธ์ คงนุ่นและนุชนัดดา แสงสินธร (2550) ได้มีการศึกษาด้านพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เกี่ยวกับ พฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเท่านั้น ส่วนปัจจัยต้นที่นำมาศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญที่ปัจจัยภายในตนเอง ได้แก่ การรับรู้หรือความรู้สึกลึกซึ้งของบุคคล เช่น การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของพฤติกรรม บุคลิกลักษณะของบุคคลเป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมิได้ขึ้นอยู่กับตนเองเท่านั้น หากยังขึ้นอยู่กับปัจจัยสิ่งแวดล้อมบุคคลด้วย อาทิเช่น การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การมีสถานบริการสุขภาพ การมีนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงทำให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังมีข้อจำกัดอยู่มาก

สำหรับจังหวัดจันทบุรีได้ทำการสำรวจเบื้องต้น (Pilot Study) พฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาลสูงทั้งสิ้น 50 คนในเดือนพฤศจิกายน ปี 2552 พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง และจากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่ตระหนักถึงการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้ความสำคัญกับการออกกำลังกายน้อย โดยให้เหตุผลว่าไม่มีเวลาในการออกกำลังกายและส่วนใหญ่อุดมคติว่าการทำงานประจำเพียงพอที่จะทำให้สุขภาพแข็งแรง มีการบริโภคอาหารประเภทที่ให้พลังงานสูง เนื่องจากให้ความสำคัญในรสชาติของอาหารและความสะดวก รวดเร็วในการบริโภค และพบว่า ส่วนใหญ่ยัง

ไม่ตระหนักในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้เข็มขัดนิรภัยและหมวกนิรภัย โดยให้เหตุผลว่า ระยะทางในการเดินทางไม่ไกลมาก ไม่จำเป็นที่จะต้องสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอุบัติเหตุ อีกทั้งความเร็วในการขับขี่โดยสารไม่มากจึงทำให้ไม่มีความจำเป็นในการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันภัย

การศึกษาในครั้งนี้จึงทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดจันทบุรี โดยนำแนวคิดทฤษฎี PRECEDE PROCEED MODEL มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ซึ่งจะทำให้มีความครอบคลุมตัวแปรต้นทั้งในระดับบุคคลและชุมชน ซึ่งวัดพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรม 10 ด้านซึ่งทำให้ครอบคลุมทั้งการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ 1) การดูแลร่างกายและของใช้ให้สะอาด 2) รักษาฟันให้แข็งแรงและแปรงฟันทุกวันอย่างถูกต้อง 3) ล้างมือให้สะอาดก่อนกินอาหารและหลังขับถ่าย 4) กินอาหารสุก สะอาด ปราศจากสารอันตรายและหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด สีสันฉูดฉาด 5) งดบุหรี่ สุรา สารเสพติด การพนัน และการสำส่อนทางเพศ 6) สร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้อบอุ่น 7) ป้องกันอุบัติเหตุด้วยความไม่ประมาท 8) ออกกำลังกายสม่ำเสมอและตรวจสุขภาพประจำปี 9) ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ 10) มีสำนึกต่อส่วนรวม ร่วมสร้างสรรค์สังคม ผลของการศึกษาจะทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ชัดเจนมากขึ้น อันนำไปสู่แนวทางการส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสุขภาพที่ดีและเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชนต่อไป

คำถามของการวิจัย

พฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดจันทบุรีเป็นอย่างไร และปัจจัยใดบ้างที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดจันทบุรี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดจันทบุรี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยนำเข้า ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ภาวะสุขภาพ ทักษะคิดต่อสุขภาพ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดจันทบุรี

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยเอื้อได้แก่ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร
 สาธารณสุข การเข้าร่วมประชุมประจำเดือนกับเจ้าหน้าที่ การได้รับการอบรมเพิ่มเติม การศึกษา
 งานด้านสาธารณสุขกับพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัด
 จันทบุรี

4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยเสริมได้แก่ การรับรู้แรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่
 กับต่อพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดจันทบุรี

5. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนาย ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัย
 เสริมต่อพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดจันทบุรี

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
 หมู่บ้าน

1.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่า
 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพศชาย

1.2 อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข
 ประจำหมู่บ้าน

1.3 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระดับการศึกษาสูงมีพฤติกรรมสุขภาพ
 ดีกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระดับการศึกษาต่ำ

1.4 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีสถานภาพสมรสมีพฤติกรรมสุขภาพ
 ดีกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีสถานภาพสมรสโสดและหม้าย

1.5 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะสุขภาพดีมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่า
 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะสุขภาพไม่ดี

1.6 ทักษะติดต่อสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัคร
 สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1.7 การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ
 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1.8 การรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ
 พฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. ปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.1 ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.2 การเข้าร่วมประชุมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.3 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการอบรมเพิ่มเติมมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ไม่ได้รับการอบรมเพิ่มเติม

2.4 การศึกษาดูงานด้านสาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3. ปัจจัยเสริม ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การรับรู้แรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดจันทบุรี

4. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตจังหวัดจันทบุรี โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี PRECEDE PROCEED MODEL ศึกษาตัวแปรปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ

คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง บุคคลที่อาสาสมัครเข้ามาทำงานด้านสาธารณสุข ซึ่งผ่านการได้รับความรู้ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด มีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานช่วยเหลืองานด้านสาธารณสุข

2. พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการปฏิบัติที่เป็นกิจวัตรประจำวันตามสุขบัญญัติแห่งชาติ ได้แก่ การดูแลร่างกายและของใช้ให้สะอาด การรักษาฟันให้แข็งแรงและแปรงฟันทุกวันอย่างถูกวิธี การล้างมือให้สะอาด ก่อนกินอาหารและหลังขับถ่าย การกินอาหารสุก สะอาดปราศจากอันตรายและหลีกเลี่ยงอาหาร

รสดัด สีสันงดงาม การงดบุนหรี สุรา สารเสพติด การพนันและการสำส่อนทางเพศ การสร้าง ความสัมพันธ์ในครอบครัวให้อบอุ่น การป้องกันอุบัติเหตุด้วยความไม่ประมาท การออกกำลังกาย อย่างสม่ำเสมอและตรวจสุขภาพประจำปี การทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอและการมีสำนึกต่อ ส่วนรวม ร่วมสร้างสรรค์สังคม เพื่อการดำรงรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ การป้องกันโรคและ การส่งเสริมสุขภาพ โดยวัดได้จากแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบสอบถามของจิรยุทธ คงนุ่น และนุชนันดา แสงสินธร (2550) โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 การดูแลร่างกายและของใช้ให้สะอาด หมายถึง การตัดเล็บมือเล็บเท้าให้ สั้นอยู่เสมอ และการใส่เสื้อผ้าไม่อับชื้น

2.2 การรักษาฟันให้แข็งแรงและแปรงฟันทุกวันอย่างถูกวิธี หมายถึง การบ้วน ปากหลังทานอาหาร การตรวจสุขภาพฟันอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

2.3 การล้างมือให้สะอาดก่อนกินอาหารและหลังขับถ่าย หมายถึง การล้างมือ ก่อนกินอาหารและหลังขับถ่ายทุกครั้ง

2.4 การกินอาหารสุก สะอาดปราศจากอันตรายและหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด สี อนุญาต หมายถึง การเลือกซื้ออาหารที่ปรุงเสร็จใหม่ และการดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว

2.5 การงดบุนหรี สุรา สารเสพติด การพนันและการสำส่อนทางเพศ หมายถึง การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้สารเสพติด และการสร้างค่านิยมรักเดียวใจเดียว

2.6 การสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้อบอุ่น หมายถึง การที่สมาชิกใน ครอบครัวร่วมแสดงความคิดเห็น และการมีกิจกรรมรื่นเริงสร้างสรรค์และพักผ่อนในครอบครัว

2.7 การป้องกันอุบัติเหตุด้วยความไม่ประมาท หมายถึง การป้องกันอุบัติเหตุ ภายในบ้านและการป้องกันอุบัติเหตุในที่สาธารณะ

2.8 การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและตรวจสุขภาพประจำปี หมายถึง การออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันและการตรวจสุขภาพโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

2.9 การทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ หมายถึง การพักผ่อนให้เพียงพอ และการผ่อนคลายความเครียด

2.10 การมีสำนึกต่อส่วนรวม ร่วมสร้างสรรค์สังคม หมายถึง การอนุรักษ์และ พัฒนาสิ่งแวดล้อม การหลีกเลี่ยงวัสดุที่ก่อให้เกิดมลพิษ

3. ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง จำนวนปีเต็มนับ หลังจากที่ได้รับการขึ้นทะเบียนการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

4. การเข้าร่วมประชุม หมายถึง จำนวนครั้งที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้าร่วมประชุมประจำเดือนโดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าประชุมร่วมด้วย

5. การได้รับการอบรมเพิ่มเติม หมายถึง การที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญหรือการอบรมฟื้นฟูความรู้ด้านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

6. การศึกษาดูงานด้านสาธารณสุข หมายถึง จำนวนครั้งที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านศึกษาดูงานเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับงานด้านสาธารณสุขจากหน่วยงานหรือชุมชน

7. การรับรู้แรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่ หมายถึง การรับรู้บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานในฐานะที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข รวมทั้งการรับรู้ประโยชน์ หรือการลงโทษเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข วัดโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากสุริรัตน์ รุ่งเรือง (2547)

8. ภาวะสุขภาพ หมายถึง การมีหรือไม่มีโรคเรื้อรังประจำตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยผู้ที่มีโรคประจำตัวหมายถึงผู้ที่ต้องได้รับการรักษาและรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเป็นประจำเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วย

9. ทศนคติต่อสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีต่อสุขภาพ โดยวัดได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามแนวคิดของ Weber(cited in Homsin, Srisupab, Pohl, & Tiansawad 2006) แบ่งเป็น 3 ด้าน ดังต่อไปนี้

9.1 ด้านความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive Dimension) หมายถึง ความคิดเห็นหรือความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

9.2 ด้านอารมณ์ (Affective Dimension) หมายถึง ความรู้สึกเกี่ยวกับการพฤติกรรมสุขภาพ

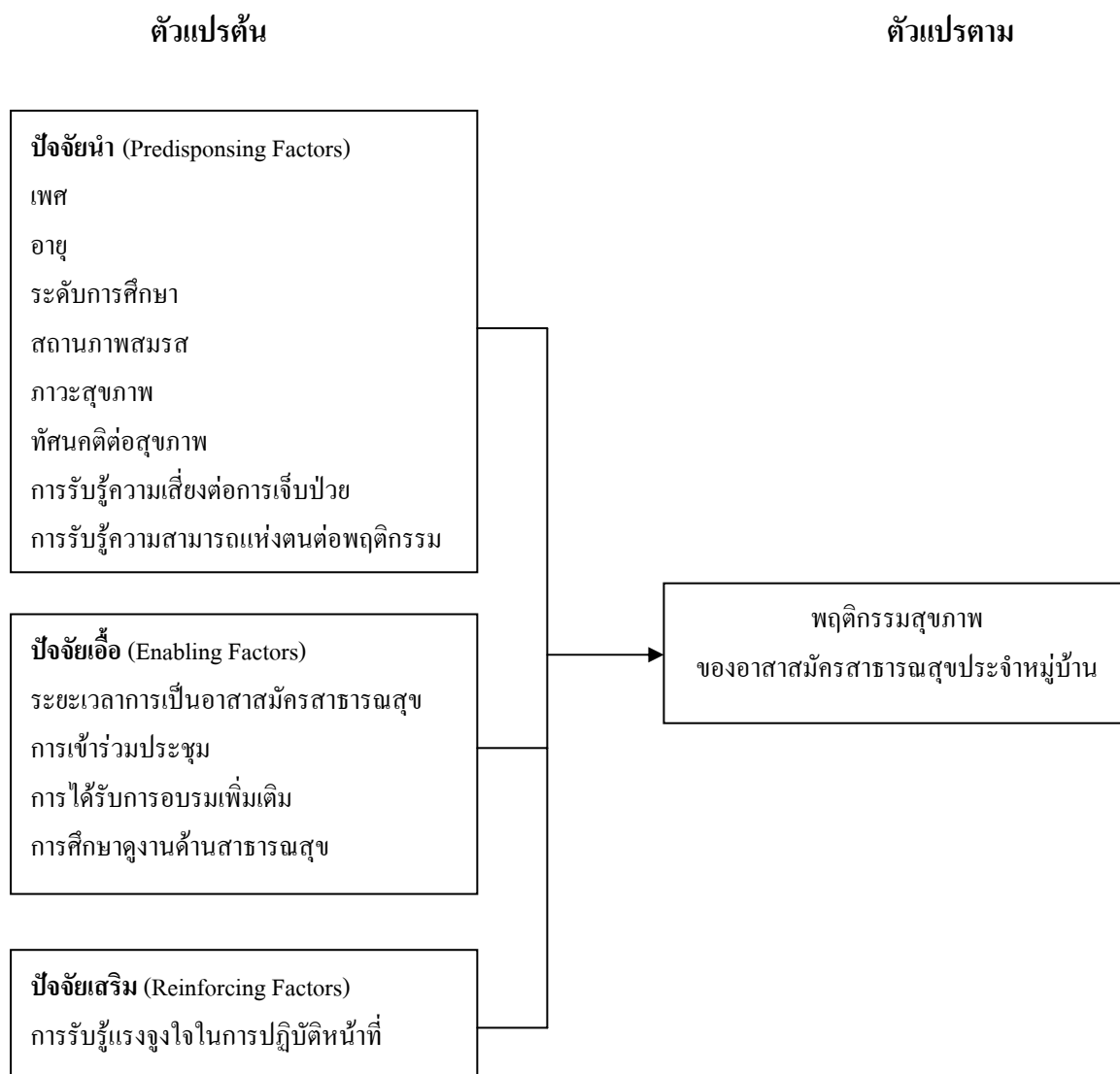
9.3 ด้านพฤติกรรม (Behavior Dimension) หมายถึง ความรู้สึกเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

10. การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อโอกาสการเกิดโรคเรื้อรังของตนเองได้แก่ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ โดยวัดได้จากแบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

11. การรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขมีต่อความสามารถของตนเองที่จะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติ 10 ประการ วัดจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดทฤษฎี PRECEDE PROCEED MODEL เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยศึกษาเฉพาะระยะที่ 3 ของทฤษฎี PRECEDE PROCEED MODEL ได้แก่ระยะการวิเคราะห์ทางการศึกษาและปัจจัยสิ่งแวดล้อม (Educational & Ecological Assessment) ซึ่งมีความครอบคลุมทั้งปัจจัยที่มาจากภายในตัวบุคคลเองและปัจจัยที่มาจากภายนอกหรือสิ่งแวดล้อม สามารถแบ่งปัจจัยออกได้เป็น 3 กลุ่มคือ ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ภาวะสุขภาพ ทักษะคิดต่อสุขภาพ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การเข้าร่วมประชุม การได้รับการอบรมเพิ่มเติมและการศึกษาดูงานด้านสาธารณสุข ปัจจัยเสริม ได้แก่ การรับรู้แรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่ ปัจจัยดังกล่าวย่อมส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรม ได้แก่ การดูแลสุขภาพและของใช้ให้สะอาด การรักษาฟันให้แข็งแรง การล้างมือให้สะอาด การรับประทานอาหารที่สุกสะอาด ปราศจากสารพิษ การงดสารเสพติด การพนันและการสำส่อนทางเพศ การป้องกันอุบัติเหตุ การออกกำลังกาย การทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใส และการมีสำนึกต่อส่วนรวม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย