

การประเมินความต้องการจำเป็นทางด้านสุขภาพของชุมชนเคหะคลอง 7

Health Need Assessments: A Case Study on Keha Klong 7 Community

มลฤดี เพ็ชรธมม, นุจรินทร์ โพธารส, อัญชลี เชื้อวโสธร สุวอล, นิดกฤต บุญแก้ว, ศศิกัญจน์ สกุลปัญญวัฒน์, ทิพวัลย์ สุวรรณรักษ์ และสุพินญา คงเจริญ

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการจำเป็นทางด้านสุขภาพของชุมชนเคหะคลอง 7 เทศบาลตำบลธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนของครัวเรือนจำนวน 52 คน มีอายุอยู่ระหว่าง 23-85 ปี (mean = 54.48; SD = 14.81) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับ ปัจจัยส่วนบุคคล และแบบประเมินความต้องการจำเป็นทางด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 51.90 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 55.80 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน ความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย 139.31 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 55.50 มีดัชนีมวลกายมากกว่า 24.90 kg/m² ผลการศึกษาความต้องการจำเป็นทางด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนในด้านที่ได้น้อยที่สุดเมื่อเทียบกับคะแนนเต็มของแต่ละด้าน ซึ่งสามารถนำมาจัดลำดับความต้องการจำเป็นทางด้านสุขภาพได้เป็น 8 ลำดับโดยความต้องการจำเป็นทางด้านสุขภาพ 3 อันดับแรกคือ (1) การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (2) การมีสุขภาพที่แข็งแรง และ (3) การมีสื่อที่เหมาะสม พบว่าทั้ง 3 ลำดับมีความสำคัญต่อการมีสุขภาพส่วนบุคคลที่จำเป็น ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้คือ การจัดโปรแกรมหรือกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งจะนำมาถึงสุขภาพที่แข็งแรง ตลอดจนการให้เจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพมีการใช้สื่อที่เหมาะสมเพื่อกระตุ้นและส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

คำสำคัญ: ภาวะสุขภาพ, ปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม, ความต้องการจำเป็นทางด้านสุขภาพ

Abstract

The purpose of this study was to survey the health need assessments in people who were living in Keha Klong 7 Community of Thanyaburi District, Pathumthani province. The sample was 52 households representatives, participant persons age from 23 to 85 years (mean = 54.48; SD = 14.81). Data were elicited by questionnaires including the personal data and health need assessments questionnaires. The results from descriptive statistic analysis showed that 51.90 percent of the samples has graduated secondary school, 55.80 percent of the samples has average monthly income low than 5,000 baht, the samples has systolic blood pressure average 139.31 mmHg, and 55.50 percent of the samples has BMI more than 24.90 kg/m². The results of health need assessments of the samples showed the lowest scores of full scores in each part there were 8 orders, and the lowest 3 orders which the samples need were (1) appropriate behavior for healthy (2) healthy and (3) good media for life. The recommended of this finding is the health care team to provide the program or strategies to increase appropriate behavior for good health, and use the good media to promote this strategies.

Keywords: healthy, health determinants, health need assessments

ความนำ

ชุมชนเป็นหน่วยทางสังคม ที่มีประชาชนอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีอาณาบริเวณติดต่อกัน มีพฤติกรรมทางสังคม วัฒนธรรมความเป็นอยู่ที่คล้ายคลึงกัน (บำเพ็ญ เขียวหวาน, ม.ป.ป.; อัจฉรา สโรบล, 2551) ซึ่งชุมชนถือเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาสังคม และประเทศชาติ โดยตามแผนยุทธศาสตร์ของกรมการพัฒนาชุมชน ปี พ.ศ. 2555-2559 ได้มีความมุ่งหวังที่จะให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง เศรษฐกิจรากฐานมั่นคง ประชาชนในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสุข มีความสามารถในการบริหารจัดการงานของชุมชน มีการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการสร้างสรรค์ผลงาน ผลิตภัณฑ์ทางการค้า ตลอดจนแก้ไขปัญหาของชุมชนด้วยแหล่งทุนของชุมชนเอง (กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย, 2554) ซึ่งการบรรลุเป้าหมายดังกล่าวได้นั้นประชาชนในชุมชนต้องมีสุขภาพกายและจิตที่ดี จึงจะนำไปสู่การพัฒนาของชุมชนที่เหมาะสม ซึ่งชุมชนที่พัฒนาแล้ว มีความพร้อมนั้นย่อมจะส่งผลให้สังคมและประเทศมีการพัฒนาขึ้นในแนวทางที่ดีและเหมาะสม ในทางกลับกันชุมชนที่เป็นปัญหาก็มักเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาสังคมและประเทศให้เจริญก้าวหน้าได้ ดังนั้นการพัฒนาชุมชนย่อมเป็นสิ่งสำคัญที่นำไปสู่การพัฒนาประเทศชาติ

การพัฒนาชุมชนนั้นเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความร่วมมือของคนในชุมชน ที่ประชาชนอาจเป็นผู้เข้าร่วมหรือริเริ่มโครงการพัฒนาด้วยตนเองได้ ซึ่งกระบวนการหรือขั้นตอนของการพัฒนาชุมชนนั้น ประกอบด้วยการวิเคราะห์ ประเมินความต้องการของชุมชนเพื่อเตรียมความพร้อม โดยการประเมินความต้องการของชุมชนเป็นขั้นตอนแรกเริ่มก่อนที่จะมีการดำเนินการในกระบวนการหรือขั้นตอนอื่น ๆ ของการพัฒนาชุมชน อันเป็นขั้นตอนที่กระทำขึ้นเพื่อให้ได้มาซึ่งประเด็น ปัญหาหรือข้อขัดข้อง ตลอดจนส่วนสนับสนุนปัจจัยอันเป็นประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชน มาวิเคราะห์ วินิจฉัยปัญหาความต้องการชุมชนเพื่อนำไปสู่การ

แก้ปัญหา หรือการพัฒนาชุมชนในทางที่เหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการของชุมชนต่อไป (ไพศาล สรรสวัสดิ์, 2550; สุรพล เศรษฐบุตร, ม.ป.ป.; สำนักพัฒนาสังคม, ม.ป.ป)

การประเมินความต้องการจำเป็นทางด้าน

สุขภาพของชุมชน (community health need assessment--CHNA) เป็นกระบวนการประเมินความต้องการ และจุดแข็งที่มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพของชุมชน เช่น การเงิน รายได้ ฐานะทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม การศึกษา อาชีพ การทำงาน กระบวนการคิดแก้ปัญหาของบุคคล สิ่งแวดล้อมทางสังคม ทางกายภาพ วัฒนธรรม ตลอดจนการให้บริการทางด้านสุขภาพขององค์กร สถาบันของรัฐและเอกชน ซึ่งการประเมินความต้องการจำเป็นทางด้านสุขภาพ เป็นกระบวนการที่ทำให้บุคลากรทางด้านสุขภาพมั่นใจว่าจะทำให้ทราบปัญหาที่แท้จริง ที่จะเป็ข้อมูลพื้นฐาน เข้าใจประเด็นปัญหาที่สำคัญเป็นอันดับแรก ที่จะนำมาสู่การแก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพให้กับประชาชนในชุมชนต่อไป (New Nouveau Brunswick, 2013; Sue, & Keith, 2005; Wright, Williams, & Wilkinson, 1998)

จากการศึกษาวิเคราะห์นโยบายงบประมาณรายจ่ายสาธารณสุขและการกระจายตามพื้นที่จังหวัดในประเทศไทยพบว่า การพัฒนาด้านอุตสาหกรรม การขยายตัวของชุมชนเมือง การขยายตัวของผู้สูงอายุ การสูบบุหรี่ เป็นตัวแปรที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ อันมีส่วนทำให้รายจ่ายด้านสาธารณสุขเพิ่มสูงขึ้น (ดร.ฉวีวรรณ สมใจ, 2552) สอดคล้องกับเอกสารงบประมาณฉบับที่ 3 งบประมาณรายจ่าย ประจำปีงบประมาณ 2556 เล่มที่ 9 พบว่าในปี พ.ศ. 2555 มีการคาดการณ์งบประมาณใช้จ่าย 98,395.7177 ล้านบาท และในปี พ.ศ. 2559 งบประมาณคาดการณ์ล่วงหน้าจะใช้ทั้งสิ้น 113,300.7648 ล้านบาท (สำนักงานงบประมาณ สำนักงานกฤษฎีกา, 2556) ซึ่งจะเห็นได้ว่างบประมาณที่คาดการณ์ไว้ในการใช้จ่ายด้านสาธารณสุขเพิ่มสูงขึ้น และจากรายงานการศึกษาและ

ติดตามการขาดแคลนบุคลากรทางด้านพยาบาลของ คณะกรรมการการสาธารณสุข (2554) ระบุว่าความต้องการบริการสุขภาพของประชาชนเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่มีปัญหาคงอยู่และความสามารถในการเพิ่มบุคลากรมีน้อย ดังนั้นข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการจำเป็นทางด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ สำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ อันจะทำให้การนำงบประมาณทางด้านสาธารณสุขมาใช้ให้เหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของบุคคลมากที่สุด

จากแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วง แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559 ได้ระบุแนวทางในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนโดยมุ่งเน้นให้ประชาชนมีสุขภาพดี พัฒนาศักยภาพด้านพฤติกรรมสุขภาพ ให้ประชาชนมีส่วนร่วมบนพื้นฐานปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ซึ่งมีความเกี่ยวข้องทั้งประชาชน ชุมชน บุคลากรทางการแพทย์ องค์กร และหน่วยงานทางด้านสาธารณสุข ต้องให้ความร่วมมือกันเป็นอย่างดีเพื่อนำมาซึ่งการพัฒนาสุขภาพของประชาชนที่ดี ซึ่งคณะผู้วิจัยเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรที่เกี่ยวข้องทางด้านการศึกษาและมีความรู้เกี่ยวกับทางด้านสุขภาพที่ดี สามารถให้ความช่วยเหลือดูแล สังคม ชุมชน ให้มีความรู้ทางด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เพื่อให้ประชาชนในชุมชนมีสุขภาพดี และเพื่อให้เกิดประโยชน์ดังกล่าว นำมาซึ่งการพัฒนาชุมชนที่เหมาะสม คณะผู้วิจัยจึงเห็นว่า ควรมีการศึกษาความต้องการจำเป็นทางด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชนเคหะคลอง 7 ซึ่งเป็นชุมชนใกล้มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซียที่บุคลากรในคณะพยาบาลศาสตร์ สามารถเข้าไปประเมินปัญหา ความต้องการเพื่อนำไปสู่กระบวนการแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชนเคหะคลอง 7 ไปในแนวทางที่เหมาะสม และตรงกับความต้องการของประชาชนในชุมชนอย่างแท้จริง อันสอดคล้องกับกระบวนการพัฒนาชุมชนและแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความต้องการจำเป็นทางด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

Abraham H. Maslow เป็นบุคคลที่ได้อธิบายเกี่ยวกับ Hierarchy of needs โดย Maslow ได้ศึกษาปัจจัยอันเป็นแรงผลักดันให้บุคคลมีความมุ่งมั่น อธิบายเกี่ยวกับลำดับขั้นของความต้องการ ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม (Huitt, 2007; Redmond, 2015) ดังนี้

1. ความต้องการที่จำเป็นต่อการดำรงชีพที่เป็นความต้องการขั้นพื้นฐาน (deficiency needs or basic needs) เมื่อบุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นนี้แล้ว บุคคลก็จะเลื่อนลำดับความต้องการจำเป็นขึ้นไปอีก สามารถแบ่งออกเป็น 4 ลำดับขั้น คือ (1) ทางร่างกาย (physiological) เช่น ความต้องการการตอบสนองด้านความโกรธ หิว กระหาย ความต้องการทางเพศ ความสุขสบายกาย เป็นต้น (2) ความปลอดภัย (safety & security) การไม่เกิดอันตรายต่อการดำรงชีพ ความอบอุ่นใจ การได้รับการปกป้องอันตราย ความต้องการหลีกเลี่ยงความกังวลใจ (3) ความเป็นเจ้าของ ความรัก (belongingness & love) ทักษะคติ มุมมอง การได้รับการยอมรับ ความต้องการเพื่อน สังคม ครอบครัว และ (4) ความภาคภูมิใจต่อความสำเร็จ (esteems to achieve) มีสมรรถนะแห่งตน การเป็นที่จดจำ กล่าวขวัญของคน มีชื่อเสียง มีหน้ามีตาในสังคม

2. ความต้องการความเจริญ การพัฒนาตน (growth needs or higher order needs) ซึ่งเป็นความต้องการเมื่อบุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานที่จำเป็นจนเพียงพอ โดยอธิบายเกี่ยวกับความต้องการความจริง ความชัดเจนของตน (self actualized) เป็นลักษณะของบุคคลที่สามารถเข้าถึงปัญหา ใส่ใจความเจริญก้าวหน้าของตน ช่วยเหลือคนอื่นอย่างเต็มที่ ได้รับประสบการณ์ชีวิตตามที่ตั้งใจ ซึ่งประกอบด้วย 4 ลำดับ

ขึ้นต่อจากความต้องการที่จำเป็นขั้นพื้นฐาน คือ (1) ความรู้ (cognitive) หรือความต้องการใฝ่เรียนรู้ เข้าใจ อภิปรายสิ่งนั้นๆ ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ (2) สุนทรียภาพ (aesthetic) ความต้องการความเท่าเทียม ต้องการอำนาจสั่งการ ความเป็นระเบียบเรียบร้อย ความดีงาม คุณธรรมจริยธรรม (3) การค้นพบความจริงในตนเอง (self actualization) ความต้องการความสมบูรณ์แบบในชีวิต เป็นบุคคลผู้มีศักยภาพ และ 4) การก้าวข้ามข้อจำกัด (self transcendence) ความต้องการช่วยเหลือผู้อื่น ช่วยให้ผู้อื่นมีศักยภาพ ความต้องการเป็นผู้มีปัญญาหยั่งรู้

ปัจจัยที่มีผลต่อการกำหนดสุขภาพ (health determinants) หมายถึงสิ่งใด ๆ ที่เกิดการเปลี่ยนแปลงทางบวกและทางลบแล้วมีผลต่อสุขภาพ (สามารถ ใจเดีย, 2556) สำหรับปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม (social determinant of health) นั้นอธิบายเกี่ยวกับเงื่อนไขทางสุขภาพของคน เช่น การเกิด การเจริญเติบโต มีดำรงชีพ การงาน ซึ่งได้รับอิทธิพลจากการกระจายของเงิน พลังงานและทรัพยากร และมีความเกี่ยวข้องกับนโยบายระดับท้องถิ่น ประเทศ และระหว่างประเทศ อันส่งผลต่อสุขภาพ จากการศึกษาการตัดสินใจเกี่ยวกับปัญหาทางด้านสุขภาพของ Wenzel Roberts กับประชาชนใน Uganda (Roberts et al., 2009) สามารถแยกออกเป็นประเด็นต่าง ๆ ได้ดังนี้

2.1 เหตุการณ์รุนแรง (traumatic event) พบว่า เหตุการณ์รุนแรงที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ เช่น ภาวะสงคราม การย้ายถิ่นฐาน การถูกทารุณกรรม การฆ่า มีผลต่อความรู้สึก อารมณ์ เกิดปัญหาทางสุขภาพจิต (Roberts et al., 2009)

2.2 ความแออัด (overcrowding) เป็นสิ่งที่นำไปสู่การกระจายหรือการแพร่ของเชื้อโรค โรคระบาด ความสกปรกของน้ำ สถานที่ เกิดโรคหิวอดโรค หัด ชนิดต่างๆ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ท้องเสีย (Roberts et al., 2009)

2.3 ความไม่เสมอภาค (inequality) พบว่าการกระจายตัวอย่างไม่สม่ำเสมอของสถานบริการสุขภาพ ปัญหาความแตกต่างเรื่องสวัสดิการทางสุขภาพ มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน (สามารถ ใจเดีย, 2556) ซึ่งจากข้อมูลด้านระบบบริการสาธารณสุขของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข (2557) พบว่าปัจจุบันมีหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน 10,198 แห่ง จำแนกเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนในเมือง รับผิดชอบประชาชนในเมืองและประชาชนย้ายถิ่น ซึ่งมีภาระงานเกินเกณฑ์ที่กำหนด โดย 1 แห่ง ดูแลประชากรเกิน 30,000 คน ทำให้มีผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุข สำหรับในเขตชนบทมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 9,822 แห่ง เพียงพอต่อความต้องการ คือ 1 แห่ง รับผิดชอบประชากรไม่เกิน 8,000 คน แต่ขาดศักยภาพในการให้บริการ

2.4 ความยากจน (poverty) พบว่าการขาดเงิน รายได้ นำมาสู่การขาดปัจจัยพื้นฐานอื่นๆ ตามมา ซึ่งผลกระทบของความยากจนนั้นนำมาสู่การขาดการดูแลเรื่องสุขภาพของเด็ก ทำให้การจัดหาอาหารในแต่ละมื้อไม่เพียงพอ ร่างกายอ่อนแอ ไม่มีเงินเพียงพอในการเดินทางไปพบแพทย์ คุณภาพชีวิตไม่ดี ซึ่งความยากจนนั้นมีความเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศ (สามารถ ใจเดีย, 2556; Roberts et al., 2009; Robert Wood Johnson Foundation, 2011)

2.5 การขาดการศึกษา (low education) พบว่า การศึกษามีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพโดย ผู้ที่มีการศึกษาย่อมมีความสามารถในการศึกษาหาความรู้ แก้ไขปัญหา หาทางเลือกเพื่อตนเองและครอบครัวได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย การศึกษายังมีอิทธิพลต่อความเชื่อ ซึ่งผู้ที่มีการศึกษานั้นสามารถพัฒนาความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองอันจะนำไปสู่การปรับพฤติกรรมเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ด้วยความเข้าใจ นอกจากนั้นผู้ที่มีการศึกษาสามารถสรรหางานที่เหมาะสมอันนำมาสู่การมี

รายได้ที่เหมาะสมต่อการดำรงชีพ สามารถเลือกและเข้าถึงสถานบริการทางด้านสาธารณสุขได้ดีและง่าย (Robert Wood Jonhson Foundation, 2011)

2.6 ความแตกต่างทางด้านเชื้อชาติ

เศรษฐกิจทางสังคม (race and socioeconomic) พบว่าเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดความแตกต่างทางด้านสุขภาพของบุคคลตั้งแต่วัยทารกจนกระทั่งสูงอายุ (Robert Wood Jonhson Foundation, 2011)

2.7 ค่านิยมทางสังคม (social norms)

พบว่าการเปลี่ยนแปลงทางสังคม วัฒนธรรม ค่านิยม มาตรฐานสังคม มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ เช่น การมีเพศสัมพันธ์กับหญิงหรือชายอื่นที่ไม่ใช่สามี (adultery) การมีพฤติกรรมเสื่อมเสีย การดื่มสุรามึนเมา ล้วนมีผลให้การดำเนินชีวิตไม่ปกติสุข (Roberts et al., 2009) นอกจากนั้นแล้ว การเปลี่ยนแปลงทางด้านวัตถุ วัฒนธรรม มีผลต่อจริยธรรม การเลียนแบบ ทำให้เกิดพฤติกรรมของคนรุ่นใหม่ที่แตกต่างกันไป เช่น การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสม การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การใช้เวลาว่าง งานอดิเรก ไม่ได้ส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีผลต่อสุขภาพของบุคคล (สามารถ ใจเดียว, 2556)

2.8 การเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยี

พบว่ามีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลหลายด้าน โดยเฉพาะ information technology ทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การนั่งนอน การดู วิชาการทำ พฤติกรรมสุขภาพด้านอื่นๆ และการถูกรอรับโดยสื่อ ซึ่งส่งผลให้การรับรู้ทางด้านสุขภาพเปลี่ยนแปลงได้ (สามารถ ใจเดียว, 2556)

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาข้อมูลที่มีความเกี่ยวข้องกับความต้องการจำเป็นทางด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน โดยผู้วิจัยได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับทฤษฎีความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล ตลอดจน

ปัจจัยที่อิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล ประกอบเป็นประเด็นหลักในการประเมินความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพ คือ (1) การมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง (2) การมีสุขภาพจิตดีและมีความพึงพอใจในชีวิต (3) การมีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสม (4) การมีความยึดมั่นในหลักคุณธรรม หรือศาสนา (5) การมีโอกาสการศึกษาเรียนรู้ (6) การมีปัจจัยการดำรงชีวิตเพียงพอและมั่นคง (7) การมีครอบครัวอบอุ่น (8) การมีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม (9) การมีสื่อเหมาะสม และ (10) การมีบริการสุขภาพเพียงพอเหมาะสม ซึ่งเป็นการประเมินภาวะสุขภาพ และปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพด้วยตัวของประชาชน โดยเป็นการใช้ความรู้สึกรู้สึกนึกคิด หรือการรับรู้ประเมินความคาดหวังหรือสิ่งที่ควรจะเป็นเปรียบเทียบกับสภาพที่เป็นอยู่จริง

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนเคหะคลอง 7 เขตเทศบาลตำบลชัยบุรี จังหวัดปทุมธานี โดยเป็นตัวแทนของแต่ละครัวเรือนที่เข้าร่วมกิจกรรม ในวันศุกร์ที่ 29 สิงหาคม 2557 ณ ศาลาเอนกประสงค์ชุมชนเคหะคลอง 7 ที่เทศบาลตำบลชัยบุรี ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ร่วมกันจัดโครงการ “ห่วงใยสัญญา” จากการศึกษาประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 52 คน โดยวิธีการดำเนินวิจัยได้กำหนดขนาดตัวอย่างจำนวน 60 คน จากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์ จากจำนวนครัวเรือนทั้งสิ้น 200 ครัวเรือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับความดันโลหิต ส่วนสูง น้ำหนัก ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติโรคประจำตัว

ประวัติการรับประทานยา และประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว และอาการผิดปกติที่สังเกตพบในตนเอง

2. แบบประเมินความต้องการจำเป็นทางด้านสุขภาพ ซึ่งแบ่งออกเป็นประเด็นย่อยๆ 10 ประเด็น คือ (1) การมีสุขภาพแข็งแรง (2) การมีสุขภาพจิตดี และมีความพึงพอใจในชีวิต (3) การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (4) การมีความเชื่อมั่นในหลักคุณธรรมหรือศาสนา (5) การมีโอกาสศึกษาหรือเรียนรู้ (6) การมีปัจจัยในการดำรงชีวิตเพียงพอและมั่นคง (7) การมีครอบครัวอบอุ่น (8) มีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม (9) การมีสื่อที่เหมาะสม และ (10) การบริการสุขภาพที่เพียงพอและเหมาะสม

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้เป็นเครื่องมือที่ได้มาจาก สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ (Health Information System Development Office--HISO) ตามแผนงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ และผู้วิจัยได้นำมาปรับ เพื่อให้ง่ายและเหมาะสมกับลักษณะการใช้งาน โดยภายหลังการปรับเครื่องมือและนำไปทดลองใช้ หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือทั้งฉบับได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.78

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจะประสานงานกับเจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี เพื่อดำเนินการในการตรวจและให้คำแนะนำด้านสุขภาพเบื้องต้น พร้อมกับการจัดโครงการบริการวิชาการภายใต้ความร่วมมือระหว่างคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเซี่ย และเทศบาลตำบลธัญบุรี และขอความร่วมมือจากตัวแทนครัวเรือนที่มีความสมัครใจในการให้ข้อมูลการประเมินความต้องการจำเป็นทางด้านสุขภาพ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับความดันโลหิต ส่วนสูง น้ำหนัก ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการรับประทานยา และประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว อาการผิดปกติที่สังเกตพบในตนเอง และข้อมูลการประเมินความต้องการจำเป็นทางด้านสุขภาพ ด้วยสถิติบรรยาย โดยการแสดงค่าความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

จากการศึกษาเก็บข้อมูลจากตัวอย่างประชากรทั้งหมด 52 คน โดยเป็นประชากรตัวแทนของแต่ละครัวเรือนครัวเรือนละ 1 คน จากชุมชนเคหะคลอง 7 ประกอบด้วยประชากรชายจำนวน 9 คน (ร้อยละ 17.30) ประชากรหญิงจำนวน 43 คน (ร้อยละ 82.70) อายุระหว่าง 23-85 ปี อายุเฉลี่ย 54.48 ปี ($SD = 14.81$) จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ประชากรส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 51.90 รองลงมามีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นคิดเป็นร้อยละ 23.10 ประชากรส่วนใหญ่เป็นแม่บ้านคิดเป็นร้อยละ 48.10 กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ย 8,892.71 บาทต่อเดือน จากข้อมูลทางสุขภาพพบว่า ระดับความดันซิสโตลิก (systolic blood pressure: sBP) อยู่ระหว่าง 106-191 มิลลิเมตรปรอท เฉลี่ย 139.31 มิลลิเมตรปรอท ($SD = 20.46$) ระดับของความดันไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure: dBP) อยู่ระหว่าง 57-110 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 55.00 มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับสูง รองลงมาอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 50.00 ปฏิเสธประวัติการมีโรคประจำตัว ร้อยละ 53.80 ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ร้อยละ 12.20 มีประวัติภาวะความดันโลหิตสูงของบุคคลในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 57.10 ไม่มีการรับประทานยาประจำ และร้อยละ 13.50 รับประทานยาความดันโลหิตสูง

ตาราง 1

การประเมินความต้องการจำเป็นทางสุขภาพ ประกอบด้วยประเด็นต่างๆ 10 ประเด็น

ตารางแสดงคะแนนความต้องการจำเป็นทางสุขภาพ (N=52)

การรับรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง	ระดับ คะแนนจริง	คะแนนที่ ได้	Mean $\pm$ SD	ร้อยละของ คะแนนเต็ม
1) ด้านการมีสุขภาพแข็งแรง	0-3	1-3	2.15 $\pm$ 0.77	72.33
2) ด้านการมีสุขภาพจิตดีและความพึงพอใจในชีวิต	0-3	0-3	2.82 $\pm$ 0.55	94.00
3) ด้านการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม	0-6	1-6	4.27 $\pm$ 1.35	71.16
4) ด้านการมีความยึดมั่นในหลักคุณธรรมหรือศาสนา	0-2	0-2	1.80 $\pm$ 0.49	90.00
5) ด้านการมีโอกาสการศึกษาหรือเรียนรู้	0-1	0-1	0.94 $\pm$ 0.23	94.00
6) ด้านการมีปัจจัยในการดำรงชีวิตเพียงพอและมั่นคง	0-2	0-2	1.88 $\pm$ 0.38	94.00
7) ด้านการมีครอบครัวอบอุ่น	0-3	0-3	2.67 $\pm$ 0.79	89.00
8) ด้านการมีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม	0-5	2-5	4.71 $\pm$ 0.67	94.20
9) ด้านการมีสื่อที่เหมาะสม	0-3	0-3	2.52 $\pm$ 0.67	84.00
10) ด้านการมีบริการสุขภาพที่เพียงพอและเหมาะสม	0-5	0-5	4.56 $\pm$ 0.99	91.20

การอภิปรายผล

จากการเก็บข้อมูลจากตัวแทนครัวเรือนจำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 86.66 ของจำนวนที่กำหนด อาจเกิดจากการจัดกิจกรรมบริการวิชาการไม่ได้จัดในวันหยุด ซึ่งอาจทำให้ประชากรตัวอย่างที่ต้องทำงานไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ จากข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่หรือร้อยละ 51.90 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 48.10 มีอาชีพเป็นแม่บ้าน ซึ่งเกินกว่ากึ่งหนึ่งหรือร้อยละ 55.80 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ซึ่งเป็นรายได้ที่น้อยกว่ารายได้เฉลี่ยของคนไทยในปี ค.ศ. 2012 ที่เท่ากับ 5,480 เหรียญสหรัฐต่อคนต่อปี หรือประมาณ 12,000-20,000 บาทต่อคนต่อเดือน (ธนาคารแห่งประเทศไทย, 2557)

จากการประเมินข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพของประชากรโดยส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงร้อยละ 82.70 พบว่ามีระดับความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ยอยู่ที่ 139.31 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งถือว่าเป็นเกณฑ์ของผู้ที่มี

ความดันโลหิตสูง คือมีค่า systolic blood pressure มากกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท จากข้อมูลกลุ่มตัวอย่างพบว่าผู้ที่ระดับความดันโลหิตตัวบนที่ถือว่าอยู่ในเกณฑ์สูงคิดเป็นร้อยละ 57.70 โดยมีถึงร้อยละ 5.80 ที่มีระดับความดันโลหิตตัวบนอยู่ในเกณฑ์สูงมาก อันมีผลทำให้เกิดอันตรายหรือปัญหาสุขภาพตามมาได้หลายประการ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555) สำหรับระดับความดันโลหิตตัวล่างของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีเพียงร้อยละ 2.80 ที่มีระดับความดันโลหิตตัวล่างอยู่ในเกณฑ์สูง สำหรับดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างซึ่งมากกว่าครึ่งหนึ่ง หรือคิดเป็นร้อยละ 55.00 มีระดับของดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์กลุ่มตัวอย่าง มีปัญหาสุขภาพโดยเป็นเบาหวาน ร้อยละ 3.80 ความดันโลหิตสูงร้อยละ 15.40 มีภาวะเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงร้อยละ 11.50 มีภาวะเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และกล้ามเนื้อหัวใจร้อยละ 5.70 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ถาวร มาตัน (2553) เกี่ยวกับโรคอ้วนที่เป็นภัยคุกคามของคนไทย โดยแนวโน้มของ

ความอ้วนจะสูงขึ้นในคนเขตเมือง อันมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคไขมันในเลือดสูง นอกจากนั้นจากการประเมินเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่สังเกตพบในกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีอาการผิดปกติที่สังเกตพบ 2-3 อาการคิดเป็นร้อยละ 45.95 และพบว่ามีอาการผิดปกติเรื่องการดื่มน้ำบ่อย มีปัสสาวะกลางคืนมากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป ซึ่งถือว่าเป็นอาการ อาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Suzanne, Brenda, Janice, & Kerry, 2008)

จากข้อมูลพื้นฐานทางด้านสุขภาพดังกล่าวมีความสอดคล้องกับข้อมูลสถานการณ์ความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป อันเป็นผลมาจากขาดการเอาใจใส่ดูแลควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ สภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย การบริโภคอาหารเค็ม ผักน้อย สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ขาดการออกกำลังกาย ความเครียด ทำให้เกิดปัญหาอ้วนลงพุง

น้ำหนักเกินเกณฑ์ ความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง ภาวะ metabolic syndromes อันเป็นปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุหลักของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งจากการสำรวจข้อมูลประชากร 15 ปีขึ้นไป ในปี 2551-2552 พบว่าความชุกของภาวะน้ำหนักเกิน อ้วน ไขมันในเลือดสูง น้ำตาลในเลือดสูง เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเมเร็ง เบาหวาน หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ ความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้น 1.2-1.6 เท่า ต่อประชากรแสนคน (คณะกรรมการอำนวยการ จัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

จากการประเมินความต้องการจำเป็นทางด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ใน 10 ประเด็น ซึ่งลำดับคะแนนจากน้อยไปมากเป็นร้อยละของคะแนนที่ได้เทียบกับคะแนนเต็มในแต่ละประเด็นได้ 8 ลำดับ โดยมีลำดับที่มีคะแนนเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละของคะแนนเต็มเท่ากันมีอยู่ 3 ประเด็น ซึ่งสามารถจัดลำดับได้ดังนี้

1. การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม	คิดเป็นร้อยละ 71.16 ของคะแนนเต็ม
2. การมีสุขภาพแข็งแรง	คิดเป็นร้อยละ 72.33 ของคะแนนเต็ม
3. การมีสื่อที่เหมาะสม	คิดเป็นร้อยละ 84.00 ของคะแนนเต็ม
4. การมีครอบครัวที่อบอุ่น	คิดเป็นร้อยละ 89.00 ของคะแนนเต็ม
5. การมีความเชื่อมั่นในหลักคุณธรรมหรือศาสนา	คิดเป็นร้อยละ 90.00 ของคะแนนเต็ม
6. การมีบริการสุขภาพที่เพียงพอและเหมาะสม	คิดเป็นร้อยละ 91.20 ของคะแนนเต็ม
7. การมีโอกาสดูแลศึกษาหรือเรียนรู้ การมีปัจจัยในการดำรงชีพที่เพียงพอและมั่นคง และการมีสุขภาพจิตดีและความพึงพอใจในชีวิต	คิดเป็นร้อยละ 94.00 ของคะแนนเต็ม
8. การมีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม	คิดเป็นร้อยละ 94.20 ของคะแนนเต็ม

ซึ่งจะเห็นได้จากการจัดลำดับการประเมินความต้องการจำเป็นทางด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนน้อยที่สุดในประเด็น การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม มีคะแนนเฉลี่ย 4.27 คะแนน (SD = 1.35) ซึ่งการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมหมายถึงการมีกิจกรรมใดๆ หรือการกระทำใดๆ ที่ทำเพื่อเป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพ ซึ่งมี

ความสอดคล้องกับข้อมูลส่วนบุคคลที่สำรวจได้คือ การมีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์เกิดจากการพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การรับประทานอาหารเกินความต้องการ อาหารที่ไม่เหมาะสมแก่การรักษาสุขภาพ การขาดการออกกำลังกาย ปัญหาจากพันธุกรรม การรับประทานยาที่มีผลต่อการเผาผลาญของร่างกาย ซึ่งจะส่งผลให้เกิด

ปัญหาสุขภาพต่างๆตามมา (ถาวร มาตัน, 2553; Suzanne, Brenda, Janice, & Kerry, 2008)

นอกจากนั้นจากข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 32.70 มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ร้อยละ 42.30 ไม่ได้ใช้ช้อนกลางในการรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น และสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 17.30 ไม่ได้รักษาสุขอนามัยอย่างเคร่งครัดตลอดเวลา ร้อยละ 29.40 ไม่ได้ป้องกันการบาดเจ็บในการขับขี่รถยนต์โดยการรัดเข็มขัดหรือสวมหมวกนิรภัยทุกครั้ง ร้อยละ 30.80 ไม่ได้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง สอดคล้องกับข้อมูลสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคตามรายงานประจำปี 2556 ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข ที่พบว่าในปี 2550 กลุ่มคนอายุ 15-74 ปี ออกกำลังกายร้อยละ 37.50 และในปี 2553 ออกกำลังกายลดลงเหลือเพียงร้อยละ 34.30 และร้อยละ 17.30 ไม่ได้รับประทานผักและผลไม้หลากหลายในปริมาณที่เพียงพอ และสอดคล้องกับข้อมูลของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2557) จากการสำรวจข้อมูลในปี 2552-2556 ของกลุ่มคนอายุ 15-59 ปี พบว่าอัตราการตายของผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อและอุบัติเหตุเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงมาจากการดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ ไม่สวมหมวกนิรภัย ความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้นในขณะที่มีการออกกำลังกายน้อยลง

ประเด็นรองลงมาที่กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนน้อย คือ การมีสุขภาพแข็งแรง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 2.15 คะแนน (SD = 0.77) มีความสอดคล้องกับข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 56.76 มีอาการผิดปกติที่สังเกตพบมากกว่า 2 อาการ โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 38.5 ให้ข้อมูลว่าทำงานที่ใช้กำลังมาก ๆ หรือออกกำลังกายหนัก ๆ จะรู้สึกเหนื่อย ร้อยละ 42.30 มีปัญหาเกี่ยวกับโรคเรื้อรังเช่นความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ ร้อยละ 3.80 ให้ข้อมูลว่าไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันของตนด้วยตนเองได้ทั้งหมด ซึ่ง

สอดคล้องกับข้อมูลการรายงานประจำปี 2556 ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ความชุกของภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มสูงขึ้น โดยมีอัตราการตายของประชากรต่อแสนคนเพิ่มขึ้นสูงขึ้น เป็น 5.7 12.1 และ 23.5 ตามลำดับ (โชติรส กงหอม, 2557)

ประเด็นที่ 3 ที่กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนน้อยเป็นลำดับถัดมาคือ การมีสื่อที่เหมาะสม โดยมีคะแนนเฉลี่ย 2.52 คะแนน (SD = 0.67) โดยร้อยละ 90.40 ให้ข้อมูลว่าไม่ได้รับสื่อที่แนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งอาจมีความเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ยังไม่เหมาะสม อันทำให้สุขภาพไม่แข็งแรงเท่าที่ควร ร้อยละ 31.40 ได้รับสื่อที่ส่งเสริมการบริโภคที่ฟุ่มเฟือย การใช้ความรุนแรงในการแก้ปัญหา การผลิตเพื่อกับอบายมุข สอดคล้องกับการศึกษาของรัตติยา บัวสอน และเชษฐ รัชดาพรณาริกุล (2555) ซึ่งพบว่า พฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์ของนักศึกษามีความสัมพันธ์กับสื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และยังคงสอดคล้องกับการศึกษาของ อารยา ทิพย์วงศ์ และ จารุณี นุ่มพูล (2557) พบว่าความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วน จัดการตนเอง และทักษะการรู้เท่าทันสื่อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายในเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ นอกจากนี้ร้อยละ 92.20 สามารถตัดสินใจเลือกบริโภคสื่อได้อย่างอิสระ รวมทั้งคัดกรองสำหรับสมาชิกในครอบครัวได้

สำหรับการประเมินความต้องการจำเป็นทางด้านสุขภาพในประเด็นการมีครอบครัวที่อบอุ่นมีคะแนนเฉลี่ย 2.67 คะแนน (SD = 0.79) โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 86.30 มีความเห็นว่าตนเองและสมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธ์ภาพที่ดี มีการแสดงความรัก และเอาใจใส่กันสม่ำเสมอ ร้อยละ 88.20 มีความเห็นว่าเมื่อสมาชิกในครอบครัวมีปัญหา สมาชิกคนอื่นๆ จะให้ความร่วมมือเอาใจใส่ หาทางออกที่ดีที่สุด และร้อยละ 92.30 มี

ความเห็นว่สมาชิกในครอบครัวช่วยกันดูแลเอาใจใส่สมาชิกที่เป็นผู้สูงอายุและเด็กอย่างสม่ำเสมอ

การยึดมั่นในหลักคุณธรรมหรือศาสนา มีคะแนนเฉลี่ย 1.80 คะแนน (SD = 0.49) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 96.10 ได้ถือปฏิบัติกรให้ทาน ให้อภัย สุจริตใจ และสำนึกรับผิดชอบในการกระทำของตนตลอดเวลา และร้อยละ 84.30 ไม่รู้สึกว่วัตถุนอกมีความสำคัญมากกว่าความสำนึกเชิงจริยธรรมในจิตใจ

การมีบริการสุขภาพที่เพียงพอและเหมาะสม มีคะแนนเฉลี่ย 4.56 คะแนน (SD = 0.99) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 82.20 ที่ได้รับบริการสุขภาพได้ทุกครั้งที่ต้องการ โดยไม่มีจำกัดทางการเงิน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 90.00 ได้รับการฉีดวัคซีน การวางแผนครอบครัว และการดูแลสุขภาพในภาวะต่างๆ อย่างเหมาะสม ร้อยละ 92.20 เข้าใจและสามารถเลือกใช้บริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสมตามความรุนแรงของอาการจากสถานบริการใกล้บ้าน ร้อยละ 92.30 ได้รับข้อมูลที่เหมาะสมและเพียงพอต่อการตัดสินใจในการรับบริการสุขภาพ โดยสม่ำเสมอ และมีเพียงร้อยละ 5.90 เท่านั้นที่ไม่เห็นด้วยว่ตนเองและสมาชิกในครอบครัว มีแบบแผนการดำรงชีวิตเพื่อการมีสุขภาพดี เช่นการลดพฤติกรรมเสี่ยง การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสุขภาพ การฝึกสมาธิ และการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ

การมีโอกาสการศึกษาเรียนรู้ มีคะแนนเฉลี่ย 0.94 คะแนน (SD = 0.23) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 94.10 มีทักษะในการแสวงหาความรู้เพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหาชีวิตอย่างมีเหตุผล การมีปัจจัยในการดำรงชีพที่เพียงพอและมั่นคง มีคะแนนเฉลี่ย 1.88 คะแนน (SD = 0.38) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 94.10 เห็นด้วยว่มีอาหารและน้ำเพียงพอแก่การบริโภคตามความต้องการ มีบ้านพักอาศัยที่ปลอดภัย มั่นคงแข็งแรง ถูกสุขลักษณะ และมีพื้นที่เพียงพอต่อความต้องการ และการมีสุขภาพจิตดี และพึงพอใจในชีวิตมีคะแนนเฉลี่ย 2.82 คะแนน (SD = 0.55) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 92.20 ที่มีความสุขและพึง

พอใจในชีวิต ไม่ต้องการสิ่งใดมากไปกว่าที่เป็นอยู่ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 96.20 สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยการประคองสติและคิดอย่างมีเหตุผล และมีเพียงกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5.90 ที่ยังรู้สึกไม่มีความภาคภูมิใจในตนเองเกี่ยวกับความสำเร็จในชีวิตครอบครัว การงานและภูมิปัญญา

ด้านสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม มีคะแนนเฉลี่ย 4.71 คะแนน (SD = 0.67) เป็นคะแนนด้านที่สูงที่สุดเมื่อเทียบกับด้านอื่นๆ จากการประเมิน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 90.40 รู้สึกว่บ้านตนเองมีสิ่งแวดล้อมที่ดี อากาศบริสุทธิ์ ร้อยละ 96.20 ของกลุ่มตัวอย่างได้รับการจัดการขยะและสิ่งปฏิกูลของครัวเรือนอย่างถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล ร้อยละ 94.20 ของกลุ่มตัวอย่างเห็นว่าชุมชนได้รับการจัดการกับขยะและสิ่งปฏิกูลอย่างเหมาะสม ไม่มีสิ่งรบกวน หรือเป็นแหล่งแพร่เชื้อ ร้อยละ 96.20 ของกลุ่มตัวอย่างเห็นว่ามีสถานที่ออกกำลังกาย เรียนรู้และทำกิจกรรมกันระหว่างสมาชิก และร้อยละ 92.20 ของกลุ่มตัวอย่างเห็นว่าชุมชนอยู่ห่างไกลจากสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่นสถานบริการทางเพศ สถานบริการที่เอื้อต่อพฤติกรรมผิดกฎหมายและอารมณ์รุนแรง

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาการประเมินความต้องการจำเป็นทางด้านสุขภาพซึ่งพบประเด็นที่ประชาชน มีความต้องการจำเป็นเร่งด่วนที่ควรได้รับการแก้ปัญหา เป็นลำดับต้นๆ อันเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ปัญหาสุขภาพ ซึ่งหน่วยงานทางด้านสาธารณสุข ตลอดจนบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ ควรมีการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม และจัดหาแนวทางในการดูแลแก้ไขปัญหา ดังกล่าว เช่น

1. ศึกษาเกี่ยวกับแนวทางในการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต หรือระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อนำความรู้ที่นำมาประยุกต์ ปรับใช้ให้เหมาะสม

กับสภาพสังคม ความเป็นอยู่ ซึ่งทำให้ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง และผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง สามารถควบคุมโรคได้อย่างเหมาะสม

ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนในชุมชนมากที่สุด เพื่อนำมาต่อยอด สร้างสื่อการปรับพฤติกรรมด้านสุขภาพของคนในชุมชน

2. ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับสื่อโฆษณาการใช้สื่อโฆษณา ลักษณะของสื่อ โฆษณาของชุมชน สื่อ

เอกสารอ้างอิง

- กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย. (2554). *แผนยุทธศาสตร์กรมการพัฒนาชุมชน พ.ศ. 2555-2559*. ค้นจาก http://www.cdd.go.th/download/540914_SCDD.pdf
- คณะกรรมการอำนวยการ จัดทำแผนสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระราชูปถัมภ์.
- โชติรส คงหอม. (2557). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 8(2), 248-258.
- ดรณวรรณ สมใจ. (2552). *วิเคราะห์นโยบายงบประมาณรายจ่ายสาธารณสุขและการกระจายตามพื้นที่จังหวัดในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ถาวร มด้น. (2553). โรคอ้วน: ภัยคุกคามสุขภาพคนไทย. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 40(3), 356-365.
- ธนาคารแห่งประเทศไทย. (2557). *ภาวะเศรษฐกิจไทย*. ค้นจาก <http://www.1213.or.th/th/aboutfcc/Documents>
- บำเพ็ญ เทียวหวาน. (ม.ป.ป). *การศึกษาวิเคราะห์ชุมชนเพื่อการพัฒนา*. ค้นจาก <http://agri.stou.ac.th/UploadedFile/91720-3.pdf>
- ไพศาล สรรสวัสดิสุทธิ์. (2550). การพัฒนาชุมชน. *รัฐศาสตร์สาส์น*, 1(1), 11-14.
- รัตติยา บัวสอน และเชษฐ รัชดาพรณาทิกุล. (2555). พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยระดับปริญญาตรีในเขตกรุงเทพมหานคร. *Rama Nurse Journal*, 18(2), 259-271.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2555). *แนวทางการรักษาความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป*. ค้นจาก <http://kalasin.moph.go.th/ssh/file/1348752183.pdf>
- สามารถ ใจเดี้ย. (2556). ปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 9(1), 9-20.
- สุรพล เศรษฐบุตร. (ม.ป.ป). *การพัฒนาชุมชน*. ค้นจาก http://www.agecon-extens.agri.cmu.ac.th/Course.../353323_บทที่%203.pptx
- สำนักงานประมาณ สำนักงานกฤษฎีกา. (2556). *เอกสารงบประมาณฉบับที่ ๓ งบประมาณรายจ่าย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๕ เล่มที่ ๑*. ค้นจาก <http://www.senate.go.th/w3c/senate/pictures/comm/1825/3.1.pdf>
- สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร. (2557). *การจัดการความรู้: แบบประเมินสุขภาพและปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ*. ค้นจาก www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/SelfEvaluationHealth.doc

- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข*. ค้นจาก http://203.157.181.5/yasopho/plan58/kpi_update_30sep2014.pdf
- สำนักพัฒนาสังคม. (ม.ป.ป.). *กระบวนการงานพัฒนาสังคม 7 ขั้นตอน*. ค้นจาก <http://www.bsd.dsdw.go.th/bsd-4.html>
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *รายงานประจำปี 2556*. ค้นจาก <http://www.thaincd.com/document/file/download/paper-manual/NCDannualReport2013.pdf>
- อัญรา สโรบล. (2551). *ชุมชนกับการพัฒนา*. ค้นจาก <http://www.human.cmu.ac.th/home/hc/ebook/006103/pdf/006103-10.pdf>
- อารยา ทิพย์วงศ์ และจารุณี นุ่มพูล. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางด้านสุขภาวะเกี่ยวกับโรคอ้วนกับ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินในกรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 28(2), 1-11.
- Huitt, W. (2007). *Maslow's hierarchy of needs*. Retrieved from <http://www.edpsycinteractive.org/topics/regsys/maslow.html>
- New Nouveau Brunswick. (2013). *Community health needs assessment guideline for New Brunswick*. Retrieved from <https://www.gnb.ca/0053/phc/pdf/2013/CHNA%20Guide%2013-05-13%20-.pdf>
- Redmond, B. F. (2015). *Need Theories*. Retrieved from <https://wikispaces.psu.edu/display/psych484/2.+need+theories>
- Roberts, B., Norah, O. V., Browne, J., Felix, O. K., Geissler, W., & Sondorp, E. (2009). An exploration of social determinants of health amongst internally displaced persons in northern Uganda. *Conflict and Health*, 3(10), 1-11.
- Robert Wood Jonhson Foundation. (2011). *Exploring the social determinants of health*. Retrieved from www.rwjf.org
- Sue, C., and Keith, C. (2005). *Summary: Health needs assessment at a glance*. Retrieved from https://www.urbanreproductivehealth.org/sites/mle/files/Health_Needs_Assessment_A_Practical_Guide.pdf
- Suzanne, C. S., Brenda, G. B., Janice, L. H., & Kerry, H. C. (2008). *Textbook of Medical-Surgical Nursing volume 2* (11th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Wright, J., Williams. R. & Wilkinson. J. R. (1998). Development and importance of health needs assessment. *BMJ*, 136(1), 1310-1313.

