



การวินิจฉัยและแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชนโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน
ตำบลนางแล จังหวัดเชียงราย

Community Health Diagnosis and Problem Solving Using Community
Participation in Nang Lae Sub-District, Chiang Rai Province

มณูเชษฐ์ มะโนธรรม*, พัชรา ก้อยชูสกุล, จุฑามาศ เมืองมูล

สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย จังหวัดเชียงราย 57100

Manuchet Manotham*, Patchara Koychusakun, Jutamas Muangmool

Division of Public Health, School of Health Science,

Chiang Rai Rajabhat University, Chiang Rai Province 57100

*Email : manuchetocmed@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ วินิจฉัยและแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชนโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนางแล จังหวัดเชียงราย มีวิธีการเก็บข้อมูล 2 วิธี ได้แก่ 1) การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชน จำนวน 400 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ เฉพาะผู้มีอายุ 15-90 ปี เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ 2) การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีการจัดเวทีประชาคมและการสนทนากลุ่ม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยพิจารณาจากความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยได้เป็นอย่างดีและยินดีให้ความร่วมมือ ประกอบการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 20 คน โดยใช้แบบฟอร์มการจดบันทึกข้อมูล และเครื่องบันทึกเทปการสนทนา วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า ปัญหาสุขภาพชุมชนในระดับบุคคล พบ 3 ปัญหา ได้แก่ 1) ปัญหาประชาชนเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 2) ปัญหาประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ 3) ปัญหาประชาชนมีความเครียดทำให้ซึมเศร้า ในระดับครอบครัว พบ 2 ปัญหา ได้แก่ 1) ปัญหาครอบครัวที่ไม่มีผู้ดูแล 2) ปัญหาที่มีสิ่งรบกวนในครัวเรือน และในระดับชุมชนพบ 1 ปัญหา ได้แก่ ปัญหาประชาชนขาดการดูแลสุขภาพ ผลการวิจัยข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ชุมชนให้ความสำคัญกับปัญหาที่ต้องร่วมกันแก้ไขเป็นลำดับแรก คือ ปัญหาประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ซึ่งทุกปัญหามีความสัมพันธ์กันในเชิงระบบที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ดังนั้นการมีส่วนร่วมของชุมชนจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการจัดทำแผนงานของหน่วยงานโดยบูรณาการการทำงานกับทุกภาคส่วน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อพัฒนาโครงการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนแบบองค์รวมที่คำนึงถึงความสัมพันธ์ของปัญหาในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี ลดการเจ็บป่วย การตาย ความพิการจากโรคหรือปัญหาสุขภาพที่มีวิธีป้องกันได้

คำสำคัญ : การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพชุมชน การแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชน



Abstract

This participatory action research was aimed to health status, diagnosing and solutions of community health problems by using community participation process in Nang Lae sub-district, Chiang Rai province. There were two techniques applied for data collection. Firstly, quantitative data collection method was used to conduct data from 400 people living in the community. Systematic sampling was used to recruit participants, aged 15-90 year olds. The research instrument was a self-administered questionnaire. Descriptive statistics such as frequency, percentage, mean and standard deviation. Secondly, qualitative data collection method was used to assess community health problems through community forum and focus group discussion. Purposive sampling was used to recruit 20 villagers who voluntarily participated in the study. Research data collection methods were written notes and a tape recorder. Data were analyzed using content analysis techniques. The research revealed in the quantitative data that community health problems were divided into three levels: individual, family and community. There were three problems found at the individual level: chronic illness, health risk behaviors and suffering from stress that causes depression. In addition, there were two problems found at family level: lack of caregivers in family and disturbance from environmental factors. Lastly, a lack of community care system was found at the level of community problem. Furthermore, this research revealed in the qualitative data that the health risk behavior problem was the first priority concerned among villagers. Since all community health problems were related and affects people's health, the community participation would be one of the suggested ways to solve those problems. Research suggests that the local administrative organization should concern with health problems found in this community by planning health promotional activities, as well as integrating collaboration solutions with other sectors, such as a local health promoting hospital for developing holistic health promotional projects in order to improve the quality of life for the people in the community.

Keywords : Community health diagnosis, Community health solve problem, Community participation

บทนำ

ภาวะสุขภาพของประชาชนในจังหวัดเชียงราย จากข้อมูลสถิติปี พ.ศ. 2555 – 2559 พบว่า มีอัตราป่วยต่อแสนประชากรด้วยโรคความดันโลหิตสูง ไตวาย เบาหวาน ปอดบวม มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2559 ปัญหาสุขภาพของประชาชนที่สำคัญ 3 อันดับแรก ได้แก่ ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิกอื่นๆ ความดันโลหิตสูง และไตวาย นอกจากนี้พบว่า สถิติของโรคที่มารับบริการผู้ป่วยนอกในปี พ.ศ. 2559 คือ โรคระบบไหลเวียนเลือด โรคระบบกล้ามเนื้อ และโรคระบบหายใจ⁽¹⁾ ซึ่งล้วนเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของประชาชน ทั้งนี้สามารถป้องกันได้ตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน จากการสนทนากลุ่มเพื่อทบทวนสถานการณ์สุขภาพของประชาชนในชุมชนตำบลนางแล จังหวัดเชียงรายร่วมกับแกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและคนในชุมชน พบว่า ภาวะสุขภาพชุมชนในระดับบุคคลที่สำคัญ คือ พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของประชาชน ได้แก่ ขาดการออกกำลังกายทำให้ร่างกายมีน้ำหนักตัวเกิน การดื่มสุราทำให้เกิดผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง การสูบบุหรี่ทำให้ร่างกายและสมองได้รับออกซิเจนลดลง ความเครียดส่งผลร้ายต่อสุขภาพจิตใจทำให้



ซึมเศร้า การไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคตามช่วงวัย เป็นต้น ทั้งนี้พบว่า คนในชุมชนมีโรคประจำตัว โดยโรคที่พบบ่อยที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเส้นเลือดสูง ตามลำดับ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดตามมา ภาวะสุขภาพชุมชนในระดับครอบครัวที่สำคัญ คือ ครอบครัวของคนในชุมชนมีแนวโน้มขนาดเล็กกว่าในอดีต จำนวนสมาชิกในครอบครัว และความผูกพันได้เปลี่ยนผ่านเข้าสู่การเป็นชุมชนเมือง (urban community) มากยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นลักษณะทั่วไปตามแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงขนาดของครอบครัวไทยที่มีปัจจัยทั้งจากภาวะการเจริญพันธุ์ที่ลดลง และภาวะทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อวิถีการดำรงชีวิตของประชากรที่ไม่เอื้อต่อการแต่งงานและการมีบุตรเหมือนในอดีต⁽²⁾ ภาวะสุขภาพชุมชนในระดับชุมชนที่สำคัญ คือ สิ่งแวดล้อมในชุมชนมีมลพิษ เช่น หมอกควันปกคลุม ผลมาจากการเผาป่าและไฟป่าทำให้สมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เกษตรกรในชุมชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำนา ทำสวน ทำไร่ และปลูกสับปะรด นิยมใช้สารเคมีทางการเกษตรเพื่อเพิ่มผลผลิต ทำให้สารเคมีกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและกลุ่มคาร์บาเมตตกค้างในพื้นที่ทำการเกษตร ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใช้กระบวนการวินิจฉัยปัญหาสุขภาพชุมชน และจัดลำดับความจำเป็นก่อนว่าปัญหาใดเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ต้องเร่งแก้ไขทันที ปัญหาไหนที่สามารถชะลอไว้แก้ไขทีหลังได้ ตลอดจนสังเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงระบบของปัญหาที่พบในชุมชน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชนในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนให้ครอบคลุมในทุกมิติแบบองค์รวม (holistic approach) รวมทั้งมุ่งเน้นให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมขับเคลื่อนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชนด้วยตนเอง

ในปัจจุบันปัญหาสุขภาพชุมชนมีหลากหลายปัญหา โดยการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชนนั้น ไม่สามารถแก้ไขได้ทุกๆ ปัญหาไปพร้อมกัน เนื่องจากแต่ละปัญหามีสาเหตุและความสลับซับซ้อนแตกต่างกัน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องจัดลำดับความสำคัญของปัญหาตามความจำเป็นก่อนหลังและแก้ไขไปตามความจำเป็นเหล่านั้น⁽³⁾ ซึ่งในแต่ละชุมชนปัญหาสุขภาพไม่ได้มีเพียงปัญหาเดียว บางชุมชนอาจมีปัญหาถึง 10 ปัญหา แต่ปัญหาเหล่านั้นไม่สามารถแก้ไขให้สำเร็จได้ในเวลาเดียวกัน เนื่องจากมีข้อจำกัดทางด้านทรัพยากร ดังนั้น ปัญหาเหล่านี้จึงต้องมีการจัดลำดับความจำเป็นก่อนว่าปัญหาใดเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ต้องเร่งแก้ไขทันที ปัญหาไหนที่สามารถชะลอไว้แก้ไขทีหลังได้ การจัดลำดับความจำเป็นก่อนหลังนี้เรียกว่า การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา⁽⁴⁾ ซึ่งทักษะที่สำคัญที่ขาดไม่ได้ นั่นคือ กระบวนการดำเนินงานอนามัยชุมชน และขั้นตอนกระบวนการดำเนินงานอนามัยชุมชนนั้นมีหลายขั้นตอน มีลักษณะเป็นพลวัตรประกอบด้วย การประเมินสุขภาพชุมชน การวินิจฉัยและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพชุมชน การวางแผนดำเนินงาน การดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้ และการประเมินผลการดำเนินงาน ในขั้นตอนที่สำคัญและมักมีปัญหาในการนำไปปฏิบัติจริงในชุมชน คือ ขั้นตอนการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพชุมชน⁽⁵⁾ ดังนั้นการวินิจฉัยปัญหาสุขภาพชุมชนจึงเป็นหัวใจสำคัญของการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน โดยต้องมีการระบุปัญหาและการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ตลอดจนการศึกษาสาเหตุของปัญหาสุขภาพชุมชนทั้งปัญหาในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อการวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาให้ครอบคลุมในทุกมิติแบบองค์รวม (holistic approach) รวมทั้งมุ่งหวังให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมขับเคลื่อนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชนด้วยตนเอง อันจะนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพที่ยั่งยืนต่อไป⁽⁶⁾

จากการที่ผู้วิจัยได้สำรวจคุณลักษณะทั่วไปของชุมชนในตำบลนางแล จังหวัดเชียงราย พบว่า พื้นที่ชุมชนมีลักษณะเป็นกึ่งเมือง (semi-urban community) มีลักษณะภูมิประเทศเป็นที่ราบลุ่มระหว่างภูเขา มีพื้นที่ป่าสวน และได้มีการแบ่งพื้นที่ไว้ใช้เป็นที่เพาะปลูกพืชไร่ ใช้เป็นที่ตั้งของชุมชนและพื้นที่ในการทำเกษตรกรรม รวมถึงมีที่ตั้งของชุมชนกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ และอาข่ารวมอยู่ด้วยซึ่งได้อาศัยอยู่บนพื้นที่ราบสูง จึงทำให้ประชาชนในพื้นที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ซึ่งมีลักษณะความเป็นอยู่และความเชื่อที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังพบว่า ประชาชนในชุมชนมีปัญหาสุขภาพที่หลากหลาย ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาภาวะสุขภาพ วินิจฉัยและแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชนในตำบลนางแล จังหวัดเชียงราย โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ต้องผ่านแกนนำชุมชน และ



อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการจัดการกับปัญหาสุขภาพชุมชน โดยเริ่มตั้งแต่การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจจนถึงการประเมินผลโครงการ ซึ่งความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชนนั้นจะขึ้นอยู่กับระดับการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน⁽⁷⁾ การวิจัยนี้จึงประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research: PAR) โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของประชาชนตำบลนางแล จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อวินิจฉัยปัญหาสุขภาพชุมชนโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลนางแล จังหวัดเชียงราย
3. เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชนโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลนางแล จังหวัดเชียงราย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research: PAR) โดยผู้วิจัยได้แบ่งวิธีดำเนินการวิจัยออกเป็น 7 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การระบุตัวแทนผู้มีส่วนร่วมจากชุมชน โดยผู้วิจัยได้ร่วมประชุมปรึกษาหารือกับแกนนำชุมชน เจ้าหน้าที่จากสำนักงานเทศบาลตำบลนางแล เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนางแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และตัวแทนประชาชนในแต่ละกลุ่มวัยของตำบลนางแล เพื่อคัดเลือกตัวแทนผู้มีส่วนร่วมจากชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยและกำหนดชุมชนตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย โดยผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยร่วมกับแกนนำชุมชน โดยการประชุมระดมสมองร่วมกันของผู้วิจัยกับแกนนำชุมชน เพื่อกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยและออกแบบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขั้นตอนที่ 3 การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลเชิงปริมาณเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยนำแบบสอบถามเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มไว้ โดยสอบถามความยินดีให้ความร่วมมือและให้เซ็นชื่อในใบยินยอม และ 2) ข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยร่วมกับตัวแทนผู้มีส่วนร่วมจากชุมชน

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูล โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป นำเสนอด้วยสถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ 2) ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) และนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลไปตรวจสอบในลักษณะของการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) กับบุคคลที่สาม คือ ตัวแทนผู้มีส่วนร่วมจากชุมชนซึ่งเป็นแหล่งข้อมูล เพื่อให้ข้อมูลมีความชัดเจนและมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 5 การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพชุมชน ผู้วิจัยใช้วิธีการวินิจฉัยปัญหาสุขภาพชุมชน โดยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การระบุปัญหาสุขภาพชุมชน 2) การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพชุมชน และ 3) การศึกษาสาเหตุของปัญหาสุขภาพชุมชน

ขั้นตอนที่ 6 การหาแนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน หลังจากการศึกษาสาเหตุของปัญหาสุขภาพชุมชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยดำเนินการหาแนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน โดยใช้กระบวนการกลุ่ม (appreciation influence control: AIC) ซึ่งผู้วิจัยจะเชิญประชาชนที่ทำงานร่วมกันเข้ามาประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยผู้วิจัยจะแบ่งกลุ่มออกเป็น 4 กลุ่มตามกลุ่มวัยๆ ละ 5 คน รวมจำนวน 20 คน และดำเนินการสนทนากลุ่มเพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน



ขั้นตอนที่ 7 การสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน โดยใช้การสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม (holistic health promotion) ตามหลัก 3 อ. 2 ส. ได้แก่ อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย ไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มสุรา เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน โดยผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมกับประชาชนในตำบลนางแลทุกกลุ่มวัยจำนวน 100 คน เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดของ Pender⁽⁸⁾ ที่มุ่งเน้นให้ประชาชนมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ซึ่งการมีสุขภาพดีมาประยุกต์ใช้ตามบริบทของชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่อาศัยอยู่ในตำบลนางแล จังหวัดเชียงราย จำนวน 11,390 คน โดยแบ่งเป็นเพศชาย 5,503 คน และเพศหญิง 5,887 คน⁽¹⁾ ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณขนาดตัวอย่างของ Yamane⁽⁹⁾ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 389 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเป็น 400 คน เนื่องจากป้องกันการสูญหายของข้อมูลและเพื่อให้ข้อมูลมีความสมบูรณ์มากขึ้น

การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง คือ 1) ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (systematic sampling) เฉพาะผู้ที่มีอายุ 15-90 ปี จำนวน 400 คน ที่ยินยอมให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งพิจารณาจากความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยได้เป็นอย่างดีและยินดีให้ความร่วมมือประกอบการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 20 คน โดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มตามกลุ่มวัยๆ ละ 5 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1) ข้อมูลเชิงปริมาณ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ 1) ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 16 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ 2) ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย จำนวน 15 ข้อ⁽¹⁰⁾ เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ วิเคราะห์โดยพิจารณาจากคะแนนรวม และแปลผลโดยนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด ได้แก่ สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (43 คะแนน หรือน้อยกว่า) สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (44 - 50 คะแนน) และสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (51 - 60 คะแนน) 3) ระบบสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน จำนวน 9 ข้อ วิเคราะห์โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลผลโดยใช้ระดับการวัดข้อมูลประเภทอันตรภาคชั้น (interval scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ⁽¹¹⁾ ได้แก่ ควรปรับปรุงเร่งด่วน (0.00 - 1.00 คะแนน) ควรปรับปรุง (1.01 - 2.00 คะแนน) พอใช้ (2.01 - 3.00 คะแนน) ดี (3.01 - 4.00 คะแนน) และดีมาก (4.01 - 5.00 คะแนน) 4) สุขภาพทางจิตวิญญาณและปัญญา จำนวน 9 ข้อ วิเคราะห์โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลผลโดยใช้ระดับการวัดข้อมูลประเภทอันตรภาคชั้น (interval scale) แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ควรปรับปรุง (1.00 - 1.67 คะแนน) พอใช้ (1.68 - 2.35 คะแนน) และดี (2.36 - 3.00 คะแนน) 5) พฤติกรรมสุขภาพตามหลักการ 3 อ. 2 ส. จำนวน 21 ข้อ วิเคราะห์โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลผลโดยใช้ระดับการวัดข้อมูลประเภทอันตรภาคชั้น (interval scale) แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ควรปรับปรุง (1.00 - 1.67 คะแนน) พอใช้ (1.68 - 2.35 คะแนน) และดี (2.36 - 3.00 คะแนน) และ 2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบฟอร์มการจดบันทึกข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลการวินิจฉัยปัญหาสุขภาพชุมชน ข้อมูลการหาแนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน และเครื่องบันทึกเทปการสนทนา

การหาคุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามได้ผ่านการวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา โดยวิธีหาค่าดัชนีความสอดคล้องจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้เท่ากับ .99. และผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างในตำบลบ้านดู่ จังหวัดเชียงราย จำนวน 30 ชุด ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยวิธีการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .86.

จริยธรรมในการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย รหัสโครงการ ETH.CRRU 008/61 วันที่ 17 มกราคม พ.ศ. 2561



ผลการวิจัย

1) **คุณลักษณะทั่วไปและภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง** จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.00) หนึ่งในสี่มีอายุระหว่าง 46-60 ปี อายุเฉลี่ย ($\bar{X} \pm S.D. = 49.46 \pm 17.21$) ปี สถานภาพสมรส (ร้อยละ 69.00) ระดับการศึกษาประถมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 27.00) มีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 31.75) รายได้พอเพียง (ร้อยละ 67.30) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 63.75) ลักษณะความเป็นอยู่ของครอบครัวอยู่กับคู่สมรสและลูกหลาน (ร้อยละ 35.80) สวัสดิการในการรักษาพยาบาลใช้บัตรทอง 30 บาท (ร้อยละ 76.80) เป็นสมาชิกในชุมชน (ร้อยละ 90.50) และเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนทุกครั้ง (ร้อยละ 47.00) ทั้งนี้ จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลภาวะสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 69.30) ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (ร้อยละ 96.75) มีช่วงค่าความดันโลหิตค่าบน (systolic blood pressure: SBP) อยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 48.25) และช่วงค่าความดันโลหิตค่าล่าง (diastolic blood pressure: DBP) อยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 61.75) มีอัตราการเต้นของหัวใจ (ชีพจร) อยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 99.00) และค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในช่วงปกติ (ร้อยละ 41.50) มีภาวะสุขภาพทางจิตเท่ากับคนทั่วไป (ร้อยละ 50.50) ภาวะสุขภาพทางสังคม (สาธารณูปโภค) อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 47.30) ภาวะสุขภาพทางจิตวิญญาณหรือปัญญาอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 90.75) และมีพฤติกรรมสุขภาพตามหลักการ 3 อ. 2 ส. อยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 56.00)

2) **การระบุปัญหาสุขภาพชุมชน** โดยนำผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปและภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมาระบุปัญหาสุขภาพชุมชน ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยพบว่า ปัญหาสุขภาพชุมชนในระดับบุคคล พบ 3 ปัญหา ได้แก่ 1) ปัญหาประชาชนเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่า ประชาชนเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (ร้อยละ 30.80) โดยโรคที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 56.90) รองลงมา คือ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 17.07) และโรคไขมันในเส้นเลือดสูง (ร้อยละ 11.38) 2) ปัญหาประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ พบว่า มีพฤติกรรมสุขภาพตามหลักการ 3 อ. 2 ส. อยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 56.00) โดยมีการออกกำลังกาย อยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} \pm S.D. = 2.03 \pm 0.70$) มีน้ำหนักตัวเกิน (ร้อยละ 24.30) รองลงมา โรคอ้วนระดับที่ 1 (ร้อยละ 17.30) และโรคอ้วนระดับที่ 2 (ร้อยละ 3.10) รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง อยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} \pm S.D. = 2.25 \pm 0.62$) การดื่มสุรา อยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} \pm S.D. = 2.24 \pm 0.73$) การสูบบุหรี่ อยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} \pm S.D. = 2.35 \pm 0.81$) 3) ปัญหาประชาชนมีความเครียดทำให้ซึมเศร้า พบว่า ภาวะสุขภาพทางจิตโดยรวม พบว่า อยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} \pm S.D. = 2.98 \pm 0.50$) และมีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (poor) (ร้อยละ 3.20) ปัญหาสุขภาพชุมชนในระดับครอบครัว พบ 2 ปัญหา ได้แก่ 1) ปัญหาครอบครัวที่ไม่มีผู้ดูแล พบว่า มีผู้ที่อาศัยอยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 30.33) และมีผู้ที่อาศัยอยู่ตามลำพัง (ร้อยละ 11.00) 2) ปัญหาสิ่งรบกวนในครัวเรือน เช่น เสียงดัง มลพิษทางอากาศ น้ำเสีย ขยะ/ของเสีย แผลง/สัตว์นำโรค อยู่ในระดับควรปรับปรุง ($\bar{X} \pm S.D. = 3.05 \pm 0.87$) และปัญหาสุขภาพชุมชนในระดับชุมชน พบ 1 ปัญหา ได้แก่ ปัญหาประชาชนขาดการดูแลสุขภาพ พบว่า ภาวะสุขภาพทางจิตวิญญาณหรือปัญหาด้านการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} \pm S.D. = 2.27 \pm 0.66$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า การมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของชุมชน อยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} \pm S.D. = 2.31 \pm 0.62$) การมีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนาชุมชน อยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} \pm S.D. = 2.31 \pm 0.62$)

3) **การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพชุมชน** โดยนำข้อมูลจากการระบุปัญหาสุขภาพชุมชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนมาจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพชุมชน โดยผู้วิจัยร่วมกับตัวแทนผู้มีส่วนร่วมจากชุมชน จำนวน 50 คน ได้จัดเวทีประชาคมเพื่อร่วมกันพิจารณาจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพชุมชน ซึ่งผลการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพชุมชน ดังแสดงในตารางที่ 1

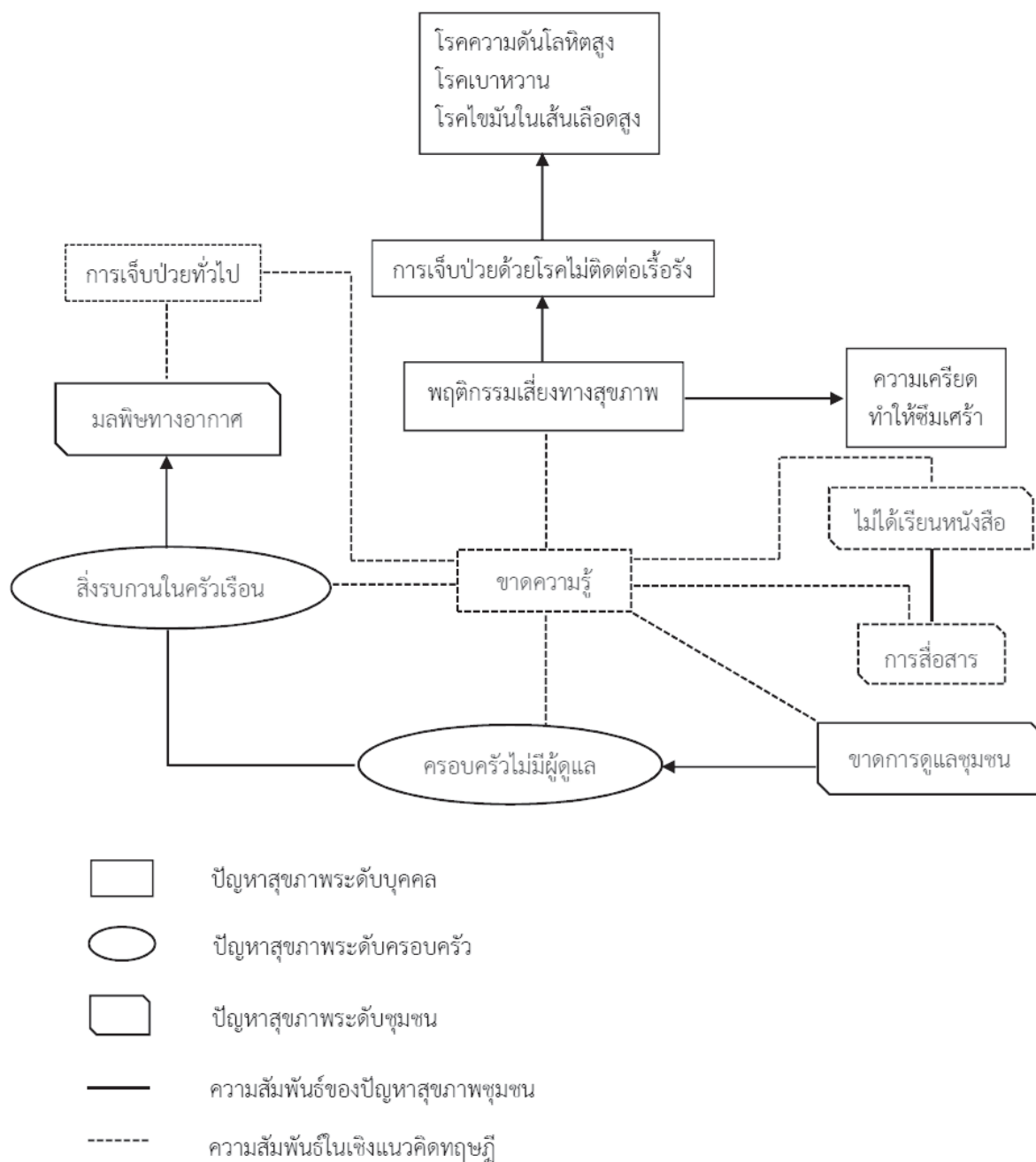


ตารางที่ 1 ผลการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพชุมชน

ปัญหาสุขภาพชุมชน	การศึกษาภาวะสุขภาพ			เวที ประชาคม	หลักการ พิจารณาปัญหา	
	ขนาดของ ปัญหา	ความ รุนแรง	ความ ยากง่าย	ความ สนใจ	ผลรวม วิธีบวก	ผลรวม วิธีคูณ
1. ปัญหาประชาชนเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	2	2	2	1	7	8
2. ปัญหาประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ	3	2	2	3	10	36
3. ปัญหาประชาชนมีความเครียดทำให้ซึมเศร้า	2	2	2	2	9	16
4. ปัญหาครอบครัวที่ไม่มีผู้ดูแล	2	2	2	3	8	24
5. ปัญหาที่มีสิ่งรบกวนในครัวเรือน	3	2	2	1	8	12
6. ปัญหาประชาชนขาดการดูแลสุขภาพ	2	2	2	1	7	8

จากตารางที่ 1 พบว่า เมื่อพิจารณาค่าคะแนนจากวิธีบวกและวิธีคูณที่มีสูงสุด ประชาชนให้ความสำคัญกับปัญหาที่ต้องร่วมกันแก้ไขเป็นลำดับแรก คือ ปัญหาประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ เป็นมติที่ยอมรับร่วมกัน

4) การศึกษาสาเหตุของปัญหาสุขภาพชุมชน โดยนำผลการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพชุมชน คือ ปัญหาที่ต้องร่วมกันแก้ไขเป็นลำดับแรกมาศึกษาสาเหตุของปัญหาสุขภาพชุมชน ซึ่งพบว่า ปัญหาประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพนำมาศึกษาสาเหตุของปัญหาสุขภาพชุมชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยมีตัวแทนผู้มีส่วนร่วมจากชุมชน จำนวน 20 คน ทั้งนี้ได้มุ่งเน้นให้เรียนรู้ถึงความสัมพันธ์ของสาเหตุของปัญหาต่างๆ และเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาสาเหตุของปัญหาสุขภาพของประชาชน คือ โยงใยความสัมพันธ์ของกลุ่มอาการชุมชน (community syndrome)⁽¹²⁾ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ง่าย ไม่ซับซ้อน ไม่ต้องอาศัยโมเดลที่ต้องวิเคราะห์เชิงตัวเลข ซึ่งยากต่อความเข้าใจของประชาชนในชุมชน ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 การศึกษาสาเหตุของปัญหาสุขภาพชุมชน

5) การสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชนกับประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยใช้การสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม (holistic health promotion) ตามหลักการ 3 อ. 2 ส. ได้แก่ อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย ไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มสุรา เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน โดยผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมกับประชาชนในตำบลนางแลทุกกลุ่มวัย จำนวน 100 คน เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดของ Pender⁽⁸⁾ ที่มุ่งเน้นให้ประชาชนมีพฤติกรรมที่คงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีมาประยุกต์ใช้ตามบริบทของชุมชน ดังต่อไปนี้



1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โดยมีการกระตุ้นให้หน่วยงานที่มีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของประชาชน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมตามหลักการ 3 อ. 2 ส.
2. การส่งเสริมภาวะโภชนาการ ประชาชนได้เข้าร่วมโครงการอบรมเกี่ยวกับภาวะโภชนาการในทุกกลุ่มวัย
3. การจัดการกับความเครียด แนะนำการจัดการกับความเครียด เช่น ฟังเพลง พูดคุยกับเพื่อนวัยเดียวกัน ฝึกปฏิบัติตามหลักศาสนา การหลีกเลี่ยงสิ่งแวดล้อมที่ผลกระทบท่อจิตใจ เป็นต้น
4. กิจกรรมทางกาย โดยส่งเสริมให้ประชาชนมีกิจกรรมทางกายที่ควรปฏิบัติอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ได้แก่ การขี่จักรยาน การเดินแอโรบิก และการเดินเร็ว เป็นต้น และประชาชนทุกกลุ่มวัยควรออกกำลังกายอย่างน้อย 20 นาทีต่อครั้ง เพื่อลดพฤติกรรมเนือยนิ่งของประชาชนซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคเมะเร็ง และโรคปอดเรื้อรัง
5. การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด มุ่งเน้นให้ประชาชนหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดทุกชนิด เช่น บุหรี่ สุรา เป็นต้น
6. การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มุ่งเน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างชุมชน เพื่อสร้างความมั่นคงทางสังคมให้แก่ชุมชน โดยเน้นการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน และเน้นกิจกรรมที่เสริมสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว
7. การพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ มุ่งเน้นให้ประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมตามความเชื่อในศาสนาของตนเอง

อภิปรายผล

ปัญหาสุขภาพชุมชนตำบลนางแล จังหวัดเชียงราย ผู้วิจัยได้แบ่งปัญหาออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล พบว่า ข้อมูลภาวะสุขภาพของประชาชนมีลักษณะคล้ายคลึงกับชุมชนกึ่งเมือง (semi-urban community) โดยทั่วไป คือ ประชาชนมีแนวโน้มเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 56.90) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 17.07) โรคไขมันในเส้นเลือดสูง (ร้อยละ 11.38) โดยพบว่า มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งอาจนำมาสู่ปัญหาอื่นๆ ตามมา เช่น การเจ็บป่วย การตาย หรือความพิการจากโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเรมวอล นันท์ศุภวัฒน์ และคณะ⁽¹³⁾ ที่ได้ศึกษาการพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน : กรณีศึกษาชุมชนตำบลไชยสถาน ผลการวิจัยปัญหาและความต้องการของชุมชน พบปัญหาสุขภาพในเรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง) ทั้งนี้ ปัจจัยกำหนดสุขภาพระดับบุคคลที่สำคัญ คือ พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ได้แก่ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และการไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคตามช่วงวัย ซึ่งมีแนวโน้มคล้ายกันทั้งระดับประเทศและในประเทศที่กำลังพัฒนา นอกจากนี้ยังมีปัจจัยทางอ้อมที่อาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพของประชาชนตำบลนางแล คือ การขาดความรู้ ความเข้าใจ ในด้านพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นผลมาจากพื้นฐานของระดับการศึกษาที่ยังไม่สูงมากนัก ประกอบกับผลจากการที่มีวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากอดีตที่ประชากรมีแนวโน้มที่จะเข้าทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมมากขึ้น ทำให้พฤติกรรมการใช้ชีวิตเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยมากขึ้น เช่น การขาดการออกกำลังกาย การพักผ่อนไม่เพียงพอและไม่เป็นเวลา และการรับประทานอาหารที่มีความเสี่ยง เป็นต้น ซึ่งไม่ต่างจากสถานการณ์ทั้งในระดับประเทศและนานาชาติ ในแถบภูมิภาคอาเซียนที่มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่คล้ายคลึงกับประเทศไทย โดยในระยะยาวจะส่งผลให้ประชาชนมีโรคประจำตัวมากยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับหนึ่งของประเทศไทย และเป็นปัญหาที่มีแนวโน้มในลักษณะเดียวกันในระดับโลกด้วยเช่นกัน⁽¹⁴⁾

ระดับครอบครัว พบว่า ครอบครัวของประชาชนตำบลนางแล จังหวัดเชียงราย มีแนวโน้มขนาดเล็กลงกว่าในอดีต ทั้งจำนวนสมาชิกในครอบครัว และความผูกพันได้เปลี่ยนผ่านเข้าสู่การเป็นสังคมเมือง ซึ่งเป็นลักษณะทั่วไปตามแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงขนาดของครอบครัวไทยที่มีปัจจัยทั้งจากภาวะการเจริญพันธุ์ที่ลดลง และภาวะทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อวิถีการดำรงชีวิตของประชากรที่ไม่เอื้อต่อการแต่งงานและการมีบุตรเหมือนในอดีต⁽²⁾ แต่อย่างไรก็ตามประเด็นด้านเศรษฐกิจครัวเรือน นับว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี เพราะสมาชิกใน



ครอบครัวโดยเฉพาะในวัยแรงงานมีรายได้ต่อเดือนสม่ำเสมอ สูงกว่าดัชนีชี้วัดตามเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานด้านรายได้⁽¹⁵⁾ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะมีการเข้าทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม ทำให้มีรายได้เป็นเงินเดือนประจำซึ่งแตกต่างจากการทำการเกษตรกรรมที่มีรายได้ไม่แน่นอน เพราะต้องอาศัยสภาพดินฟ้าอากาศซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อผลผลิตในแต่ละปี สภาพดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าชุมชนในตำบลนางแล จังหวัดเชียงราย อยู่ในช่วงของการเปลี่ยนผ่านจากชนบทสู่ความเป็นชุมชนเมืองอย่างชัดเจน

ระดับชุมชน พบว่า สถานการณ์หลายอย่างชี้ให้เห็นว่าชุมชนในตำบลนางแล จังหวัดเชียงราย มีลักษณะค่อนข้างเป็นชุมชนกึ่งเมือง (semi-urban community) ทั้งที่เป็นปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสี่ยงต่อการมีสุขภาวะ เช่น การขยายโอกาสในทางเศรษฐกิจ การจัดให้มีระบบความปลอดภัยของชุมชน การเข้าถึงสาธารณูปโภค การจัดเก็บขยะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการคมนาคมขนส่งที่ค่อนข้างสะดวกสบาย เป็นต้น แต่ในขณะเดียวกันก็เริ่มมีปัญหาด้านสังคมอื่นๆ ตามสภาพของการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ความเป็นชุมชนเมืองมากขึ้น เช่น เริ่มมีอาชญากรรมมากขึ้น โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับเรื่องยาเสพติด และการมีสถานประกอบกิจการที่ก่อให้เกิดมลพิษทางอากาศมากขึ้น รวมทั้งการมีสถานบันเทิง เช่น ร้านคาราโอเกะ โต๊ะสน็อกเกอร์ ซึ่งเป็นแหล่งที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาด้านสังคมอื่นๆ เพิ่มขึ้น ซึ่งลักษณะเช่นนี้มีความคล้ายคลึงกับสถานการณ์ชุมชนทั่วไปทั้งในประเทศและต่างประเทศที่มีการเปลี่ยนผ่านจากชนบทสู่ความเป็นเมือง ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องมีแผนการรองรับ และปรับเปลี่ยนกระบวนการพัฒนาในทุกมิติของการเปลี่ยนผ่านจากชนบทสู่เมืองที่ชัดเจน⁽¹⁶⁾

โดยสรุปผลการวิจัยข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า ปัญหาในระดับบุคคล 3 ปัญหา ได้แก่ 1) ปัญหาประชาชนเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 2) ปัญหาประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ 3) ปัญหาประชาชนมีความเครียดทำให้ซึมเศร้า ในระดับครอบครัว พบ 2 ปัญหา ได้แก่ 1) ปัญหาครอบครัวที่ไม่มีผู้ดูแล 2) ปัญหาที่มีสิ่งรบกวนในครัวเรือน เช่น เสียงดัง มลพิษทางอากาศ น้ำเสีย ขยะ/ของเสีย แมลง/สัตว์นำโรค เป็นต้น และในระดับชุมชนพบ 1 ปัญหา ได้แก่ ปัญหาประชาชนขาดการดูแลชุมชน ผลการวิจัยข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ชุมชนให้ความสำคัญกับปัญหาที่ต้องร่วมกันแก้ไขเป็นลำดับแรก คือ ปัญหาประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ โดยทุกปัญหามีความสัมพันธ์กันในเชิงระบบที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ซึ่งต่างส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ดังนั้นการป้องกันและแก้ปัญหาต้องทำอย่างรอบด้านเป็นองค์รวม บูรณาการการดำเนินงานของทุกภาคส่วนขับเคลื่อนไปพร้อมๆ กัน ทั้งในแง่ของการระดมทรัพยากร การร่วมมือระหว่างหน่วยงาน โดยใช้ฐานของชุมชนเป็นตัวขับเคลื่อน จึงจะสามารถป้องกันและแก้ปัญหาได้อย่างยั่งยืนสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญจันทร์ สิทธิปริชาชาญ และพนัดดา ปริยพฤษ⁽¹⁷⁾ ได้ศึกษาเรื่อง กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพชุมชน : 14 กรณีศึกษาในชุมชนพื้นที่ภาคกลาง ผลการวิจัย พบว่า ระบบและกลไกการทำงานที่สำคัญในการดูแลสุขภาพชุมชน เกิดจากนโยบายของรัฐและความต้องการการแก้ปัญหาของคนในพื้นที่โดยให้ทุนคนเป็นหลักในการดำเนินงาน มีทุนเงินและทุนสิ่งแวดล้อมเป็นตัวขับเคลื่อนกระบวนการทำงาน การออกแบบกิจกรรมหรือวิธีการทำงาน โดยใช้การดูแลตามธรรมชาติสอดคล้องกับวิถีชีวิตที่สามารถแก้ไขปัญหพื้นที่ได้ และใช้ศักยภาพและประสบการณ์ของคนทำงาน โดยผ่านการประเมินความต้องการของชุมชน และมีการบรรจุโครงการดูแลสุขภาพชุมชนลงในแผนพัฒนาชุมชนเป็นลายลักษณ์อักษร และใช้การสื่อสารให้คนในชุมชนรับรู้เป็นการสร้างนโยบายสาธารณสุขของชุมชน การพัฒนาการดูแลชุมชนให้เกิดความยั่งยืนเกิดจากการมีทุนคนในพื้นที่ที่มีจิตอาสาทำงาน การปรับรูปแบบการทำงานให้ตอบสนองความต้องการของชุมชนและมีระบบสนับสนุนที่เอื้อต่อการทำงานที่เกิดจากนโยบายระดับพื้นที่

จากการระบุปัญหา การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และการศึกษาสาเหตุของปัญหาสุขภาพชุมชนตำบลนางแล จังหวัดเชียงราย ผลการวิจัยครั้งนี้ยังส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของตัวแทนผู้มีส่วนร่วมจากชุมชนได้มาเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของทีมวิจัย ทำให้ตัวแทนผู้มีส่วนร่วมจากชุมชนได้ทราบถึงปัญหาสุขภาพชุมชนที่ค้นพบ อีกทั้งได้รับองค์ความรู้เรื่องปัจจัยกำหนดสุขภาพและความสัมพันธ์ของปัญหาสุขภาพต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชน ซึ่งเห็น



ได้จากความสนใจในกระบวนการวิจัย มีการซักถาม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ค่อนข้างดี จนทำให้ตกผลึกเป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน และได้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน โดยใช้การสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งทำให้เห็นได้ว่ากระบวนการทั้ง 7 ขั้นตอน มีผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน รวมถึงมีการตอบรับผลของการวิจัยในครั้งนี้จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จะนำไปบรรจุในแผนระดับตำบลต่อไป การวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามแนวคิดในเรื่องการเสริมพลังชุมชนจากกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน และการใช้ชุมชนเป็นฐานของการเรียนรู้เป็นอย่างดี⁽¹²⁾

สรุปผลการวิจัย

การวินิจฉัยและแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชนโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนางแล จังหวัดเชียงราย ผลการวิจัยข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า ปัญหาในระดับบุคคล 3 ปัญหา ได้แก่ 1) ปัญหาประชาชนเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 2) ปัญหาประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ 3) ปัญหาประชาชนมีความเครียดทำให้ซึมเศร้า ในระดับครอบครัว พบ 2 ปัญหา ได้แก่ 1) ปัญหาครอบครัวที่ไม่มีผู้ดูแล 2) ปัญหาสิ่งรบกวนในครัวเรือน และในระดับชุมชนพบ 1 ปัญหา ได้แก่ ปัญหาประชาชนขาดการดูแลสุขภาพ ผลการวิจัยข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ชุมชนให้ความสำคัญกับปัญหาที่ต้องร่วมกันแก้ไขเป็นลำดับแรก คือ ปัญหาประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ โดยทุกปัญหามีความสัมพันธ์กันในเชิงระบบที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ซึ่งต่างส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

ข้อเสนอแนะ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรนำผลการวิจัยในครั้งนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการจัดทำแผนงานของหน่วยงาน โดยบูรณาการการทำงานกับทุกภาคส่วน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อพัฒนาโครงการแก้ไขสุขภาพของประชาชนให้ครอบคลุมในทุกมิติแบบองค์รวมที่คำนึงถึงความสัมพันธ์ของปัญหาในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี ลดการเจ็บป่วย การตาย ความพิการจากโรคหรือปัญหาสุขภาพที่มีวิธีป้องกันได้ รวมทั้งมุ่งเน้นให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมขับเคลื่อนในการแก้ไขสุขภาพของประชาชนด้วยตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพที่ยั่งยืนต่อไป



เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติจังหวัดเชียงราย. รายงานสถิติจังหวัดเชียงราย พ.ศ. 2561. เชียงราย: สำนักงาน; 2562.
2. ชาย โพธิ์สีดา. บทที่ 2 การเปลี่ยนแปลงครอบครัวและครัวเรือนไทย: เรา (ไม่) รู้อะไร?. ใน: สุรีย์พร พันพื้ง, มาลี สันสุวรรณ, บรรณาธิการ. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554.
3. สุขศิริ ประสมสุข. กระบวนการอนามัยชุมชน. ใน: จริยาวัตร คมพยัคฆ์, วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย. การพยาบาลอนามัยชุมชน: แนวคิดหลักการและการปฏิบัติการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราสถาบันอุดมศึกษาเอกชน สาขาพยาบาลศาสตร์; 2554.
4. เดชา ทำดี, วิลาวัลย์ เตือนราษฎร์. การวินิจฉัยชุมชนและการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา. ใน: ศิวพร อึ้งวัฒนา, พรพรรณ ทรัพย์ไพบูลย์กิจ. การพยาบาลชุมชน. เชียงใหม่: ครองช่างพริ้นท์ติ้งจำกัด; 2555.
5. พรศิริ พันธสี. กระบวนการพยาบาล&แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์อักษร; 2552.
6. กิตติพงศ์ พลเสน, ทศนีย์ ศิลาวรรณ, อรุณ ภาชื่น, ณิชาภัทร ชันสาคร. การระบุและสังเคราะห์ปัญหาสุขภาพชุมชนโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 2559;11(2):22-32.
7. ทศนีย์ ลักษณะานิช. การบริหารสังคมเพื่อสร้างความเข้มแข็งของชุมชนเมือง [อินเทอร์เน็ต]. 2551 [เข้าถึงเมื่อ 5 ตุลาคม 2562]. เข้าถึงจาก: <http://www.thaingo.org/writer/view.php?id=656>
8. Pender NJ. Health Promotion in nursing practice. 2nd ed. Connecticut: Appleton & Lange; 1987.
9. Yamane T. Statistics: An Introductory Analysis. 3rd ed. Harper and New York Row; 1973.
10. กรมสุขภาพจิต. ดัชนีชี้วัดความสุขคนไทยฉบับสั้นใหม่ ปี 2550 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 15 มีนาคม 2561]. เข้าถึงจาก: <https://www.dmh.go.th/test/>
11. ธาณินทร์ ศิลป์จารุ. การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพมหานคร: บิสิเนสอาร์แอนด์ดี; 2552.
12. ชนิษฐ์ เจริญกุล. การพัฒนามาตรฐานชนบทเบ็ดเสร็จ. นครราชสีมา: โคราซไทยรุ่งเรืองกิจการพิมพ์; 2551.
13. เรมวอล นันทศุภวัฒน์, สุนีย์ จันทรมหเสถียร, ลดาวัลย์ ภูมิวิเศษเวช, อำไพ จารุวัชรพาณิชกุล, จันทรัตน์ เจริญสันติ, ผ่องศรี เกียรติเลิศสนา และคณะ. การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน: กรณีศึกษาชุมชนตำบลไชยสถาน. พยาบาลสาร. 2555;39(2):144-54.
14. สำนักโรคไม่ติดต่อ. ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 6 ตุลาคม 2562]. เข้าถึงจาก: <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicabledisease-data.php>
15. วาทกานต์ ช่อแก้ว. การประกอบอาชีพและการมีรายได้ของชาวชนบทไทย. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ข้อมูลเพื่อการพัฒนาชนบท กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย; 2555.
16. Epstein TS, Jezeph D. Development -there is another way: A rural – urban partnership development paradigm. World Development. 2001;29(11):43-54.
17. เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ, ปนัดดา ปรียทณ. กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพชุมชน: 14 กรณีศึกษาในชุมชนพื้นที่ภาคกลาง. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2557;28(1):1-15.