



วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4

Office of Disease Prevention and Control, Region 4 Saraburi

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JMPH4/index>

สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 4 สระบุรี
The Office of Disease Prevention and Control Region 4, Saraburi

การศึกษาเพื่อประเมินสถานการณ์สุขภาพชุมชนโดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ในตำบลสระยายโสม อำเภ่อูทอง จังหวัดสุพรรณบุรี

The study for community health assessment by participatory learning process

in Sa Yai Som subdistrict, U Thong district, Suphan Buri Province

ชิตชัย หานวี*, อลงกต ประสานศรี

Chidchai Hachawi*, Alongkot Prasansri

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

Faculty of Science and Technology, Bansomdejchaopraya Rajabhat University

*Corresponding author: chitchai.ha@bsru.ac.th

Received: January 12, 2024 Revised: May 20, 2024 Accepted: May 29, 2024

บทคัดย่อ

การประเมินสุขภาพชุมชนเป็นกระบวนการที่สมาชิกในชุมชนร่วมกันพัฒนากลยุทธ์เพื่อแก้ปัญหาในชุมชน และร่วมกันขับเคลื่อนชุมชนสู่การเป็นชุมชนสุขภาวะอย่างยั่งยืน การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสถานการณ์และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมใน ตำบลสระยายโสม อำเภ่อูทอง จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนการประเมินสถานการณ์สุขภาพชุมชนคือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 255 คน สุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลครัวเรือน ข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล และแบบคัดลอกข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจาก 3 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 15 คน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน 2 คน ตัวแทนประชากรในแต่ละกลุ่มวัย 4 คน ตัวแทนกลุ่มอาชีพ 4 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 3 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 คน และเจ้าหน้าที่หน่วยงานท้องถิ่น 1 คน เก็บข้อมูลโดยใช้การสนทนากลุ่มและการระดมความคิดเห็น ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพทำการวิเคราะห์เนื้อหา และสรุปสาระสำคัญ ผลการศึกษา พบว่า ชุมชนที่ศึกษาเป็นชุมชนกึ่งเมือง การคมนาคมขนส่งสะดวก การจัดการสาธารณสุข ปลอดภัย ประชากรมีพื้นที่ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างและทำการเกษตร ปัญหาที่สำคัญของชุมชนแบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ ระดับผลลัพธ์สุขภาพ ระดับพฤติกรรมเสี่ยงหรือสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อสุขภาพ และระดับเศรษฐกิจและสังคม โดยปัญหาทุกปัญหามีความสัมพันธ์กันเชิงระบบซึ่งส่งผลต่อสุขภาพของประชากรในชุมชนและจำเป็นต้องได้รับการแก้ไข ผลจากการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา พบว่า โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง เป็นปัญหาที่ประชาชนในชุมชนเห็นร่วมกันว่ามีความจำเป็นเร่งด่วนที่จำเป็นต้องดำเนินการแก้ไขเป็นลำดับแรก ของชุมชนหมู่ 3, 4 และ 5 ตามลำดับ ซึ่งชุมชนหรือองค์กรในระดับท้องถิ่นสามารถทำไปใช้ในการจัดทำแผนงานแก้ปัญหาสุขภาพ โดยบูรณาการกับทุกภาคส่วน เพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาแบบองค์รวมและยั่งยืนต่อไปได้

คำสำคัญ: สุขภาพชุมชน, การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม, การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ

Abstract

Community health assessment is a process in which the active participation of community members develops strategies to solve problems in the community and work together to drive the community towards a sustainable healthy community. This participatory action research is aimed to community health assess and priority setting of community health problem by participatory learning process in Sa Yai Som subdistrict, U Thong district, Suphan Buri province. Subjects in community health assessment process were individuals aged 15 and above, totaling 255 people, randomly selected. Data were collected using household interview questionnaires, personal health information interview questionnaires and a secondary data copy form from the subdistrict health promoting hospital. The subjects in participatory learning process consists of stakeholders from 3 villages, with 15 individuals per village, comprising 2 community leaders, 4 representatives of the population in each age group, 4 representatives from different occupations, 3 village health volunteers, 1 subdistrict health promoting hospital officers, and 1 local government organization officers. Data were collected using focus group discussion and community brainstorming. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics. For qualitative data, content analysis was performed and summarize the main points. The results showed that a semi-urban community was studied, convenient transportation, well-planned infrastructure and the majority of the people in the that area are workers and agriculturalists. Important community issues are classified into three categories; including health outcomes, health risk behavior or environment risk, socioeconomic status which all issue has a systemic link that impacts the health of those who live in the community and must be solved. The results from prioritizing problems found that diabetes, hypertension, and dyslipidemia were the most important concerns in village 3, 4, and 5, respectively. It is a problem that everyone in the community agrees needs to be solved as rapidly as possible, which community members or organizations can utilize to develop plans to solve health problems by collaborating with various sectors to achieve holistic and sustainable solutions.

Keywords: Community Health, Participatory Learning, Health Problems Prioritization

บทนำ

สุขภาพ ตามความหมายขององค์การอนามัยโลก (WHO) กำหนดไว้ว่า “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.” ซึ่งในระยะต่อมาได้เพิ่มคำว่า spiritual ลงไปด้วย⁽¹⁾ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ของประเทศไทย ให้ความหมายของคำว่า สุขภาพ หมายความว่า ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย (Physical Health) ทางจิต (Mental Health) ทางปัญญา (Intellectual health) และทางสังคม (Social Health) เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล⁽²⁾ โดยมีปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health determinants) แบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ คือ สภาพสังคมและเศรษฐกิจ (รายได้ สถานะทางสังคม การศึกษา เครือข่ายและการสนับสนุนทางสังคม ฯลฯ) สภาพแวดล้อมทางกายภาพ (น้ำดื่ม น้ำใช้ สะอาดปลอดภัย

อากาศสะอาด สภาพแวดล้อมการทำงานดี/ปลอดภัย บ้านปลอดภัย สภาพชุมชนดี ฯลฯ) และลักษณะและพฤติกรรมของปัจเจกบุคคล (เพศ พันธุกรรม วิถีชีวิต พฤติกรรมการกิน การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ฯลฯ)⁽³⁾

ด้วยตระหนักว่าประชาชนที่มีสุขภาพดีเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาประเทศให้มั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน ประกอบกับผลการศึกษาวิจัยต่าง ๆ ได้บ่งชี้ปัญหาสุขภาพของคนไทยไว้ชัดเจน เช่น การเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อและโรคติดต่ออุบัติใหม่ การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ เป็นต้น⁽⁴⁻⁸⁾ ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 พ.ศ. 2566 - 2570 จึงมียุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพคนและสังคมไทยตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) ของสหประชาชาติ โดยกำหนดทิศทาง

การพัฒนาที่อยู่บนพื้นฐานของแนวคิด “ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง” มุ่งเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับประชาชนทุกกลุ่ม ทั้งในมิติ ของการมีปัจจัยที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตขั้นพื้นฐานที่เพียงพอ การมีสภาพแวดล้อมที่ดี การมีปัจจัยสนับสนุนให้มีสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ มุ่งการดูแลสุขภาพเชิงป้องกัน การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ เสริมสร้างคนไทยให้มีความมั่นคงทางอาหารและการบริโภคอาหารที่ปลอดภัย ลด ละ เลิกพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ การมีโอกาสที่จะใช้ศักยภาพของตน ในการสร้างความเป็นอยู่ที่ดี และการมุ่งส่งต่อทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่ดีไปยังคนรุ่นต่อไป⁽⁹⁾

อย่างไรก็ตามจากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2562 พบว่าการตายโดยส่วนใหญ่ของประชากรไทยทั้งเพศชายและเพศหญิงเป็นการตายจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยสาเหตุการตายที่พบมากที่สุดคือโรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด มะเร็ง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง⁽¹⁰⁾ มีการศึกษาสาเหตุของปัญหาดังกล่าวเพื่อระบุหรือบ่งชี้ปัจจัยเสี่ยงที่มีอิทธิพลสำคัญต่อ “สุขภาพ” ในแต่ละปัญหา อาทิ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภค การออกกำลังกาย การใช้สารเสพติด โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมทั้งหาแนวทางในการป้องกันและควบคุม^(4, 11-15) สำหรับสถานการณ์ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตพื้นที่ตำบลสระยายโสม อำเภอดู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18.53 ในปี พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 22.28 ในปี พ.ศ. 2564 ความชุกของโรคเบาหวานร้อยละ 8.48 ในปี พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 9.91 ในปี พ.ศ. 2564 และโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน⁽¹⁶⁾ ในการลดอัตราอุบัติการณ์ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการเกิดภาวะแทรกซ้อนจำเป็นต้องเร่งดำเนินการป้องกันการเกิดโรคในประชากรกลุ่มเสี่ยง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มที่เป็นโรคแล้วและมีพฤติกรรมเสี่ยงร่วม ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การขาดกิจกรรมทางการ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ด้วยการสร้างการรับรู้ความรุนแรงและ

โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อน โดยมาตรการป้องกันและควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องดำเนินงานเชิงรุกในระดับชุมชน

เนื่องจากแต่ละชุมชนมีความแตกต่างกันในสาระสำคัญของสภาวะและระบบสุขภาพชุมชนเป็นระบบที่ต้องทำงานแบบบูรณาการไปด้วยกัน ทั้งเศรษฐกิจ ใจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม สุขภาพ การศึกษา ประชาธิปไตย มีความเชื่อมโยงกัน โดยมาตรการป้องกันและควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องดำเนินงานเชิงรุกในระดับชุมชนแบบบูรณาการโดยเอาพื้นที่เป็นตัวตั้ง โดยมีเป้าหมายที่ระบบสุขภาพชุมชนเพื่อคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนจึงเป็นที่มาของการวิจัยนี้ ที่มุ่งการศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ จัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพในตำบลสระยายโสม อำเภอดู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรีและผลลัพธ์สุขภาพของประชากร โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมอันจะนำไปสู่แก้ไขสุขภาพของบุคคล ชุมชน และสังคมอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินภาวะสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพชุมชนในตำบลสระยายโสม อำเภอดู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี
2. เพื่อระบุปัญหาสุขภาพชุมชนในตำบลสระยายโสม อำเภอดู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี
3. เพื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพในตำบลสระยายโสม อำเภอดู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ผสมผสานงานวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ในพื้นที่ชุมชนหมู่ 3, 4 และ 5 ตำบลสระยายโสม อำเภอดู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ระยะเวลาในการศึกษาวิจัยตั้งแต่ เดือนสิงหาคม - ตุลาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาคือ ประชาชนหมู่ 3, 4 และ 5 ตำบลสระยายโสม อำเภอดู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี

กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนการประเมินสถานการณ์สุขภาพชุมชน คำนวณจากสูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนกรณีที่ทำรายงานประชากร ของ Wayne W.D. (1995)⁽¹⁷⁾ ซึ่งจำนวนประชากรในพื้นที่ทำการวิจัยจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ สำนักกนบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง เท่ากับ 3,814 คน⁽¹⁸⁾ โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ระดับความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 และค่าสัดส่วนโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสระยายโสม อ.อุททอง จ.สุพรรณบุรี เท่ากับ 0.23⁽¹⁶⁾ รายละเอียดการคำนวณดังนี้

$$n = \frac{NZ^2 p(1-p)}{d^2 (N-1) + Z^2 p(1-p)}$$

$$= \frac{(3,814)(1.96)^2(0.23)(0.77)}{(0.05)^2(3,813) + (1.96)^2(0.23)(0.77)}$$

$$= 254.07$$

ดังนั้นจึงใช้ขนาดตัวอย่างในขั้นตอนการประเมินสถานการณ์สุขภาพชุมชน จำนวน 255 คน ทำการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบบังเอิญ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)

- 1) ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชน หมู่ที่ 3, 4 และ 5 ต.สระยายโสม อ.อุททอง จ.สุพรรณบุรี เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 3 ปี
- 2) มีสัญชาติไทย
- 3) มีความสนใจและมีความพร้อมในการเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดผู้เข้าร่วมการวิจัยออก (Exclusion criteria)

- 1) ไม่สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้
- 2) ย้ายออกหรือเปลี่ยนที่อยู่อาศัยจากพื้นที่ทำการวิจัยหรือเสียชีวิต
- 3) อึดอัดต่อการให้ข้อมูลหรือให้ข้อมูลเชิงลบต่อชุมชน

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย (Termination criteria)

- 1) เกิดความขัดแย้งเชิงโครงสร้างของสังคม ชุมชน ก่อให้เกิดการพิพาทเชิงความคิด หรือข้อมูลที่ได้รับการมีผลกระทบกับความเป็นอยู่ของประชาชนโดยรวม

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ได้แก่ ตัวแทนระดับชุมชน ชุมชนละ 15 คน คัดเลือกโดยคณะผู้วิจัยประชุมร่วมกับผู้นำในแต่ละชุมชน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน 2 คน ตัวแทนประชากรในแต่ละกลุ่มวัย 4 คน ตัวแทนกลุ่มอาชีพ 4 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 3 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 คน และเจ้าหน้าที่หน่วยงานท้องถิ่น 1 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็น

- 1) ผู้นำชุมชน คือ ผู้ดำรงตำแหน่งเป็นผู้นำหมู่บ้าน และผู้ช่วยผู้นำหมู่บ้าน
- 2) ตัวแทนประชากรในแต่ละกลุ่มวัยและกลุ่มอาชีพ คือ ประธานของกลุ่มหรือเป็นผู้ที่มีภูมิปัญญา มีความสนใจต่อการพัฒนาชุมชน
- 3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือ ตัวแทนของแต่ละตำบลรับผิดชอบในหมู่บ้าน
- 4) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือ ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบในชุมชนนั้น
- 5) เจ้าหน้าที่หน่วยงานท้องถิ่น คือ ผู้ที่ดำรงตำแหน่งเป็นสมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของชุมชนนั้น หรือเจ้าหน้าที่ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบในชุมชนนั้น

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

เนื่องจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผสมผสานงานวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ จึงออกแบบขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเป็น 2 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นเตรียมการวิจัย

1.1 คัดเลือกพื้นที่ ที่ผู้นำชุมชนให้ความสนใจหรือมีความตระหนักในการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน และมีทุนทางสังคม มีความเข้มแข็งของชุมชนเป็นพื้นฐาน

1.2 ค้นหาผู้นำการเปลี่ยนแปลงจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และผู้นำท้องถิ่น

1.3 จัดการประชุมเพื่อชี้แจงสร้างความเข้าใจร่วมกันระหว่างทีมวิจัยกับผู้นำชุมชนและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเจ้าหน้าที่หน่วยงานท้องถิ่น

2. ขั้นตอนการวิจัย

2.1 การศึกษาชุมชน เพื่อสร้างความเข้าใจที่มีต่อชุมชนทั้งทางสภาพทั่วไป ลักษณะทางนิเวศวิทยา สภาพแวดล้อมต่าง ๆ ในเชิงกายภาพ สังคมและวัฒนธรรม และการกำหนดผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) ในชุมชนเพื่อเชิญเข้าสู่กระบวนการเรียนรู้สถานการณ์ด้านสาธารณสุขของชุมชนร่วมกัน ได้แก่ ตัวแทนระดับชุมชน ชุมชนละ 15 คน คัดเลือกโดยคณะผู้วิจัยประชุมร่วมกับผู้นำในแต่ละชุมชน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ตัวแทนประชากรในแต่ละกลุ่มวัย ตัวแทนกลุ่มอาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเจ้าหน้าที่หน่วยงานท้องถิ่น

2.2 การสร้างภาพที่พึงปรารถนาของชุมชนด้านสาธารณสุข การสร้างวิสัยทัศน์ชุมชน และการวิเคราะห์ภาพชุมชนที่พึงปรารถนา เป็นกระบวนการสร้างพันธะสัญญาต่อวิสัยทัศน์ที่ร่วมกันสร้างขึ้น ในขั้นตอนนี้จะให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้สร้างคำขวัญของหมู่บ้านที่รวมเอาองค์ประกอบหลัก ๆ ของภาพชุมชนที่พึงปรารถนาไว้ และทำการสกัดคำหลักซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคำขวัญที่สะท้อนภาพชุมชนที่พึงปรารถนาด้วยกระบวนการประชุมระดมความคิดของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

2.3 ระบุตัวชี้วัดขององค์ประกอบสำคัญของภาพชุมชนที่พึงปรารถนา ขั้นตอนนี้เป็นการแปลงองค์ประกอบหลัก ๆ ออกมาเป็นรายการหรือประเด็นที่สามารถวัดได้ การระบุตัวชี้วัดเป็นขั้นตอนที่สำคัญ เพราะถ้าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของชุมชนได้แสดงความคิดเห็นต่อการระบุตัวชี้วัดเหล่านี้ร่วมกัน การมีส่วนร่วมเช่นนี้จะสร้างความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของ และพร้อมที่จะร่วมกันประเมินสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในชุมชนต่อไป

2.4 การประเมินสถานการณ์ชุมชนที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน จากรายการตัวชี้วัดที่ชุมชนได้ร่วมกันระบุขึ้นด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลครัวเรือน แบบสัมภาษณ์ข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล และแบบคัดลอกข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งจะนำมาสู่ขั้นตอนของการนำเสนอข้อเท็จจริงด้านสถานะทางสุขภาพของชุมชน ซึ่งขั้นตอนนี้เป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างชุมชนกับนักวิจัย

โดยผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและประสบการณ์ที่ได้มาจากขั้นตอนการศึกษาชุมชน เพื่อให้สมาชิกกลุ่มรับทราบและตัดสินใจร่วมกันว่าจะทำการศึกษาข้อมูลอะไรเพื่อเติมอีก แบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบในการเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกัน นำข้อมูลมาวิเคราะห์แจกแจงแบบง่าย ๆ เพื่อสะท้อนสถานการณ์ปัญหาสาธารณสุขของชุมชน

2.5 เปรียบเทียบสถานการณ์ที่เป็นจริงของชุมชนกับสภาพชุมชนที่พึงปรารถนาเพื่อหาช่องว่าง ขั้นตอนนี้เป็นการร่วมเรียนรู้กันเพื่อระบุประเด็นที่เป็นปัญหาของชุมชนโดยการเปรียบเทียบสถานการณ์ปัญหาชุมชนจากการพิจารณาตัวชี้วัดที่มีความแตกต่างอยู่ระหว่างภาพที่พึงปรารถนากับภาพที่เป็นอยู่ และความแตกต่างนั้นกลุ่มมีความรู้สึกว่าเป็นที่จะต้องแก้ไข ประเด็นนั้นก็จะเป็ปัญหาซึ่งควรใช้ปัญหาสุขภาพ (Health Problem) เป็นหลักในการเริ่มต้นกระบวนการแก้ปัญหา ในขั้นตอนนี้ นักวิจัยพยายามใช้โอกาสให้ความรู้ในประเด็นสุขภาพที่ค้นพบนั้นโดยชี้ให้เห็นธรรมชาติของการเกิดโรค เหตุปัจจัยและผลที่ตามมาของการเกิดปัญหานั้น ๆ

2.6 ร่วมกันตัดสินใจเลือกและลำดับความสำคัญของปัญหาที่มีความจำเป็นต้องแก้ไขก่อนหลังบนความจำกัดของเวลาและทรัพยากร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนการประเมินสถานการณ์สุขภาพชุมชน ใช้เครื่องมือมาตรฐานที่สร้างโดยศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ⁽¹⁹⁾ ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา⁽²⁰⁾ กรมอนามัย⁽²¹⁾ กรมสุขภาพจิต⁽²²⁾ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์⁽²³⁾ ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลครัวเรือน แบบสัมภาษณ์ข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล และแบบคัดลอกข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีรายละเอียดดังนี้

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลครัวเรือน ประกอบด้วย บ้านเลขที่ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน รายได้ครัวเรือนหนี้สินครัวเรือน การกระทำรุนแรงในครอบครัว และบ้านสะอาด อนามัยดี ชีวิตสมบูรณ์

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา น้ำหนัก ส่วนสูง ศาสนา

อาชีพ โรคประจำตัว ประวัติการเกิดอุบัติเหตุ สิทธิการรักษา พฤติกรรมสุขภาพ การสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กิจกรรมทางกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และความรู้ทางโภชนาการ สุขภาพจิต และสุขภาพผู้สูงอายุ

แบบคัดลอกข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย ข้อมูลประชากร ข้อมูลสุขภาพประชากร

2. แนวคำถามกระบวนการระดมความคิด ผู้วิจัยมีแนวคำถามในการดำเนินการ เช่น คุณต้องการ(ฝัน)ให้หมู่บ้านของเราเป็นอย่างไรบ้าง คุณคิดว่าปัจจุบันหมู่บ้านของเราเป็นอย่างไรบ้างเมื่อเปรียบเทียบกับภาพฝันของเรา คุณคิดว่าหมู่บ้านของเรามีปัญหาอะไรบ้าง คุณต้องการทราบข้อมูลข้อเท็จจริงอะไรก่อนที่จะพูดถึงประเด็นปัญหาหรือไม่ คุณมีประสบการณ์อย่างไรในการแก้ไขปัญหา จากปัญหาที่ระบุนั้นคุณให้ความตระหนักหรือคิดว่าปัญหาใดควรดำเนินการแก้ไขเป็นอันดับแรก เป็นต้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ประเมินผล (Statistical analysis) จำแนกเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการจัดระเบียบข้อมูล การทำจัดข้อมูลหรือสร้างข้อสรุปเบื้องต้น และสรุปสาระสำคัญ

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ดำเนินการภายหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา ตามเอกสารรับรองเลขที่ BSRU-REC 660701 ลงวันที่ 21 กรกฎาคม 2566 ผู้วิจัยได้มีการชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย วัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยให้กับอาสาสมัคร โดยผลการวิจัยจะเก็บเป็นความลับ มีการเผยแพร่ข้อมูลโดยไม่สามารถระบุตัวตนของกลุ่มตัวอย่างได้ และนำเสนอผลงานวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ทั้งนี้ อาสาสมัครสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยกับผู้วิจัยได้ตลอดระยะเวลาการดำเนินการวิจัย

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาเสนอเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย 1) บริบททั่วไปของชุมชน 2) ภาวะสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพ 3) การระบุปัญหา ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ และผลลัพธ์สุขภาพ และ 4) การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

1) บริบททั่วไปของชุมชน

หมู่ที่ 3 บ้านสระยายโสม หมู่ที่ 4 บ้านโฆ่ง และหมู่ที่ 5 บ้านโป่ง ตั้งอยู่ในตำบลสระยายโสม อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดสุรินทร์ มีลักษณะเป็นพื้นที่กึ่งเมือง (Semi-urban area) แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 2 เขต โดยหมู่ 3 และหมู่ 4 อยู่ในเขตเทศบาลตำบลสระยายโสม ขณะที่หมู่ 5 อยู่ในเขตเทศบาลตำบลขุนพิศเพียง ทั้ง 3 หมู่บ้านอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสระยายโสม จำนวน 1,373 ครัวเรือน ประชากรรวม 3,824 คน มีถนนใหญ่ตัดผ่านหมู่ 3 และ 4 การคมนาคมค่อนข้างสะดวก ทั้งเพื่อการขนส่งสินค้าและการเดินทาง มีคลองชลประทานที่มีน้ำไหลตลอดทั้งปีผ่านทั้ง 3 หมู่บ้าน มีวัดทั้งหมด 2 วัด ตั้งอยู่หมู่ 3 และหมู่ 4 สัดส่วน อสม.ต่อประชากรหมู่ 3 4 และ 5 คิดเป็น 1 ต่อ 34 คน, 1 ต่อ 21 คน และ 1 ต่อ 67 คน ตามลำดับ ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 38.15 และเกษตรกร (ปลูกอ้อยและข้าว) ร้อยละ 6.57 โดยมีรายได้ต่อเดือน 5,001 - 10,000 บาท สมาชิกในครัวเรือนส่วนมากอยู่พร้อมหน้ากัน หรือหากไม่สามารถพบกันได้จะต้องมีการติดต่อสื่อสารกัน ร้อยละ 81.69 อย่างไรก็ตามยังพบการใช้ความรุนแรงในครอบครัว ร้อยละ 1.14 และมีประชากรที่ใช้สารเสพติดในชุมชนอยู่

2) ภาวะสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพ

จากข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนการประเมินสถานการณ์สุขภาพชุมชน จำนวน 255 คน พบว่า ภาวะสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพแตกต่างกันในแต่ละชุมชน ดังนี้

หมู่ที่ 3 การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 7.71) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 2.57) โรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 2.28) โรคหัวใจ (ร้อยละ 0.28) โรคไต (ร้อยละ 0.56) ภาวะสุขภาพจิต ได้แก่ มีความเครียดมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 9.78) มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (ร้อยละ 14.67) ด้านพฤติกรรมเสี่ยง

และตั้งแวดล้อมเสี่ยง ได้แก่ สูบบุหรี่ (ร้อยละ 8.86) ดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 7.14) การบริโภคอาหารไม่ถูกหลักโภชนาการ (ร้อยละ 30.43) ขาดความรู้ด้านโภชนาการ (ร้อยละ 85.87) กิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ (ร้อยละ 5.00) และพักผ่อนไม่เพียงพอ (ร้อยละ 14.12) การจัดการขยะมูลฝอยไม่ถูกหลักสุขาภิบาล (ร้อยละ 13.04) น้ำสะอาดไม่พอใช้ตลอดทั้งปี (ร้อยละ 1.74) การใช้สารเคมีในการเกษตร (ร้อยละ 31.60)

หมู่ที่ 4 การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 15.89) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 12.05) โรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 11.69) โรคเก๊าท์ (ร้อยละ 1.39) โรคไต (ร้อยละ 0.69) ดัชนีมวลกายเกิน (ร้อยละ 34.58) การเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ได้แก่ โรคโควิด 19 (ร้อยละ 1.24) อุจจาระร่วง (ร้อยละ 0.21) ภาวะสุขภาพจิต ได้แก่ มีความเครียดมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 7.20) มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (ร้อยละ 12.40) ด้านพฤติกรรมเสี่ยงและสิ่งแวดล้อมเสี่ยง ได้แก่ สูบบุหรี่ (ร้อยละ 7.66) ดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 12.63) การบริโภคอาหารไม่ถูกหลักโภชนาการ (ร้อยละ 33.60) ขาดความรู้ด้านโภชนาการ (ร้อยละ 80.00) การจัดการขยะมูลฝอยไม่ถูกหลักสุขาภิบาล (ร้อยละ 64.73)

หมู่ที่ 5 การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 15.53) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 7.63) โรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 8.68) หลอด

เลือดสมอง (ร้อยละ 0.79) การเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ได้แก่ โรคโควิด 19 (ร้อยละ 3.68) ไข้หวัด (ร้อยละ 1.58) ภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (ร้อยละ 35.63) ด้านพฤติกรรมเสี่ยงและสิ่งแวดล้อมเสี่ยง ได้แก่ สูบบุหรี่ (ร้อยละ 11.31) ดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 10.78) การบริโภคอาหารไม่ถูกหลักโภชนาการ (ร้อยละ 89.64) ขาดความรู้ด้านโภชนาการ (ร้อยละ 96.25) การจัดการขยะมูลฝอยไม่ถูกหลักสุขาภิบาล (ร้อยละ 43.55) สุขาภิบาลที่อยู่อาศัยไม่ดี (ร้อยละ 83.87) น้ำสะอาดไม่พอใช้ตลอดทั้งปี (ร้อยละ 4.03) มีแมลงและสัตว์นำโรค (ร้อยละ 16.94) และการใช้สารเคมีในการเกษตร (ร้อยละ 1.61)

3) การระบุปัญหาสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ และผลลัพธ์สุขภาพ

หลังจากวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์สุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน เสร็จเรียบร้อยแล้ว หลังจากนั้นผู้วิจัยร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมกันจัดประชาคมระดมความคิด เพื่อรับทราบสถานการณ์สุขภาพของประชากรในชุมชน เปรียบเทียบสถานการณ์ปัญหาชุมชนจากการพิจารณาตัวชี้วัดที่มีความแตกต่างระหว่างภาพที่พึงปรารถนากับภาพที่เป็นอยู่ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านผลลัพธ์สุขภาพ ด้านพฤติกรรมเสี่ยงและสิ่งแวดล้อมเสี่ยง และด้านสังคม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สถานการณ์ปัญหาสุขภาพชุมชน

ชุมชน	ด้านผลลัพธ์สุขภาพ	ด้านพฤติกรรมเสี่ยง และสิ่งแวดล้อมเสี่ยง	ด้านสังคม
หมู่ 3	- การป่วยโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ โรคไต	- การบริโภคอาหารไม่ถูกหลักโภชนาการ - ขาดความรู้ด้านโภชนาการ - น้ำสะอาดไม่พอใช้ตลอดทั้งปี - การใช้สารเคมีในการเกษตร	- ไม่มีเงินออม - ว่างาน - การไม่จบการศึกษา ขั้นพื้นฐาน
หมู่ 4	- การป่วยโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง - การป่วยโรคติดเชื้อ ได้แก่ โควิด 19 - ดัชนีมวลกายเกิน - สุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำกว่าคนทั่วไป ภาวะเครียด	- การสูบบุหรี่ - การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ - การบริโภคอาหารไม่ถูกหลักโภชนาการ - ขาดความรู้ด้านโภชนาการ - การจัดการขยะมูลฝอยไม่ถูกหลักสุขาภิบาล	- มีหนี้สิน

ตารางที่ 1 สถานการณ์ปัญหาสุขภาพชุมชน (ต่อ)

ชุมชน	ด้านผลลัพธ์สุขภาพ	ด้านพฤติกรรมเสี่ยง และสิ่งแวดล้อมเสี่ยง	ด้านสังคม
หมู่ 5	- การป่วยโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ โรค ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรค ไขมันในเลือดสูง - การป่วยโรคติดต่อ ได้แก่ โควิด 19 ดัชนีมวลกายเกิน - สุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำกว่าคน ทั่วไป	- การสูบบุหรี่ - การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ - การบริโภคอาหารไม่ถูกหลักโภชนาการ - ขาดความรู้ด้านโภชนาการ - สุขภาพที่อยู่อาศัยไม่ดี - น้ำสะอาดไม่พอใช้ตลอดทั้งปี - การจัดการขยะมูลฝอยไม่ถูกหลัก สุขาภิบาล - มีแมลงและสัตว์นำโรค - ใช้สารเคมีในการทำเกษตร	- มีหนี้สิน - ไม่มีเงินออม - ว่างงาน - มีการใช้ความรุนแรง ในครอบครัว - ไม่ร่วมพิธีกรรมทาง ศาสนา

4) การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

หลังจากมีการระบุปัญหาเสร็จเรียบร้อยแล้ว
คณะผู้วิจัยร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ร่วมกัน
สังเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัญหา โดยการโยงใยกลุ่ม
อาการปัญหาของชุมชน (Community Syndrome) เพื่อให้
เห็นความสัมพันธ์ของปัญหาต่าง ๆ ในชุมชนที่ส่งผล
ต่อกันและส่งผลให้เกิดผลลัพธ์สุขภาพทั้งสั้น การแก้ปัญหา
ที่เป็นผลลัพธ์สุขภาพเรื่องใดเรื่องหนึ่ง จึงจำเป็นต้อง
ดำเนินการแก้ปัญหาระดับพฤติกรรมเสี่ยง สิ่งแวดล้อมเสี่ยง
หรือบริบทของสังคมที่สัมพันธ์กันด้วย เมื่อปัญหาระดับ
ผลลัพธ์สุขภาพมีหลายปัญหา ในการจัดลำดับความสำคัญ
ของปัญหา ผู้วิจัยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ร่วมประชาคม
โดยใช้เกณฑ์ในการพิจารณา 4 ด้าน⁽²⁴⁾ คือ 1) ขนาดของ
ปัญหา โดยพิจารณาจากอัตราป่วยหรือความชุกที่ได้จาก
การประเมินสถานการณ์สุขภาพ 2) ความรุนแรงของปัญหา

พิจารณาจากผลกระทบที่เกิดจากปัญหานั้น ๆ ทั้งด้าน
ร่างกาย จิตใจ รวมทั้งจากอัตราการตาย พิจารณาป่วยเรื้อรัง
หรือทุพพลภาพจากปัญหานั้น 3) ความยากง่ายในการ
แก้ปัญหา พิจารณาจากความเป็นไปได้ในการแก้ปัญหาจาก
องค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ ความรู้ด้านวิชาการ
การบริหารจัดการ ระยะเวลา ทรัพยากร กฎหมายและ
ศีลธรรม และ 4) ความตระหนักหรือความสนใจของชุมชน
ในการแก้ปัญหา โดยผู้วิจัยได้กระตุ้นให้ผู้ร่วมประชาคม
ตระหนักหรือเห็นว่าปัญหานี้สำคัญหรือต้องการให้ช่วย
แก้ไขโดยรีบด่วน แล้วร่วมกันให้คะแนนความสำคัญ
การรวมคะแนนทั้ง 4 ด้าน ผู้วิจัยใช้เทคนิคการให้คะแนน
แบบถ่วงน้ำหนักและรวมคะแนนโดยวิธีบวกและคูณ ทั้งนี้
การวิจัยนี้พิจารณาคะแนนรวมจากผลคูณเป็นอันดับแรก
ผลการจัดลำดับแสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

ลำดับ	ปัญหาสุขภาพ		
	หมู่ 3	หมู่ 4	หมู่ 5
1	โรคเบาหวาน	โรคไขมันในเลือดสูง	โรคความดันโลหิตสูง
2	โรคความดันโลหิตสูง	โรคเบาหวาน	โรคเบาหวาน
3	โรคไขมันในเลือดสูง	โรคโควิด 19	โรคไขมันในเลือดสูง
4	โรคไต	โรคซึมเศร้า	โรคโควิด 19
5	โรคหัวใจ	โรคความดันโลหิตสูง	

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าภาวะสุขภาพของประชากรมีลักษณะคล้ายกับชุมชนกึ่งเมืองโดยทั่วไป พบปัญหาที่สุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพตั้งแต่ระดับปัจเจกบุคคล สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจและสังคม โดยแต่ละปัญหา มีความสัมพันธ์กัน ส่งผลต่อกัน และส่งผลต่อสถานะทางสุขภาพของประชากรในชุมชน⁽³⁾ ปัญหาระดับผลลัพธ์สุขภาพที่พบในการศึกษานี้ส่วนมากเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง ซึ่งสอดคล้องกับความชุกและภาระโรคในระดับประเทศและของโลก⁽¹⁰⁾ สำหรับปัญหาในระดับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ คือ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารไม่ถูกหลักโภชนาการ และการไม่ออกกำลังกาย ซึ่งไม่แตกต่างจากสถานการณ์ระดับประเทศ ระดับภูมิภาคอาเซียน และระดับโลกโดยเฉพาะกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง^(3, 25-27) ส่วนสุขภาพิบาลที่อยู่อาศัยไม่ดี การจัดการขยะที่ไม่ถูกวิธี มีแมลงและสัตว์นำโรค เป็นปัจจัยเสี่ยงทางด้านสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลต่อการเกิดโรค โดยเฉพาะโรคติดต่อ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกล้าณรงค์ และคณะ⁽²⁸⁾ นอกจากนี้ การขาดความรู้ด้านสุขภาพ อาจเป็นปัจจัยอ้อมที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของคนในชุมชน ซึ่งเป็นผลมาจากพื้นฐานระดับการศึกษาที่ไม่สูงมากนัก ประกอบกับฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี การมีหนี้สินในครัวเรือน การประกอบอาชีพ ทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงไป โดยมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยมากขึ้น⁽³⁾

ผลการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง และโรคความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาที่ประชาชนในชุมชน หมู่ 3 หมู่ 4 และหมู่ 5 ตามลำดับ เห็นร่วมกันว่ามีความจำเป็นเร่งด่วนที่จำเป็นต้องดำเนินการแก้ไขเป็นลำดับแรก ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของกิตติพงษ์ พลเสน และคณะ⁽²⁹⁾ ได้ระบุและสังเคราะห์ปัญหาสุขภาพชุมชนตำบลกุดจิก อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ปัญหาของชุมชนแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มคือ ปัญหาสุขภาพ ปัญหาสิ่งแวดล้อม และปัญหาด้านสังคม⁽²⁹⁾ เนื่องจากเป็นการศึกษาในประเทศไทย

และบริบทของสังคมคล้ายคลึงกัน แต่ถ้าหากพิจารณาโดยละเอียดจะพบประเด็นปัญหาในสังคมที่แตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ อย่างไรก็ตามลักษณะของปัญหาสุขภาพหรือภาวะสุขภาพของประชาชนในชุมชนย่อมแตกต่างกันตามบริบทของพื้นที่ ไม่ว่าจะเป็นปัจเจกบุคคล สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม ตลอดจนภูมิศาสตร์และการเมือง ซึ่งถือเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพของประชากรในพื้นที่หรือประเทศนั้น ๆ ดังเช่นการศึกษาของ Mahadi และคณะ⁽³⁰⁾ ที่ได้จำแนกและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่ชุมชนเมืองแห่งหนึ่งในประเทศอิหร่านซึ่งมีบริบทที่แตกต่างจากประเทศไทย พบว่า โรคซึมเศร้า เป็นปัญหาที่มีความสำคัญเป็นลำดับแรก⁽³⁰⁾

ดังนั้นการประเมินสถานการณ์สุขภาพชุมชน จึงทำให้เห็นโครงสร้างของปัญหาที่มีอยู่ในชุมชนนั้น ๆ ที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของคนในชุมชน เป็นการค้นหาปัญหาที่แท้จริง และทำให้รู้ความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง ผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งจะนำไปสู่การวิเคราะห์สาเหตุ การจัดทำแผนงาน โครงการแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ คือ ชุมชนและหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องควรนำผลการวิจัยนี้ไปวิเคราะห์หาเหตุผลของปัญหาที่ได้จากการจัดลำดับความสำคัญ วางแผนและนำไปเป็นแนวทางการจัดทำแผนหรือนโยบายพัฒนาชุมชน เพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป คือ ควรขยายพื้นที่การศึกษาเป็นระดับตำบลทั้งตำบล หรือระดับอำเภอเพื่อให้เกิดการบูรณาการและขยายผลให้กว้างขึ้น สำหรับข้อเสนอแนะเชิงการพัฒนา คือ ชุมชนหรือองค์กรในระดับท้องถิ่นควรนำผลการวิจัยนี้ไปใช้ในการจัดทำแผนงานแก้ปัญหาสุขภาพ โดยบูรณาการกับทุกภาคส่วน เพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาแบบองค์รวม ตรงจุด มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Constitution of WHO: principles [internet]. [cited 2023 Mar 15]. Available from: <https://www.who.int/about/accountability/governance/constitution>
2. National Health Act, A.C. Thai government gazette; 2007. 124 p.16a. (in Thai)
3. World Health Organization. The determinants of health [internet]. 2017 [cited 2023 Mar 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/determinants-of-health>
4. Ministry of Public Health, Department of Disease Control. Summary of training management plan: Infectious Diseases. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand Under Royal Patronage of His Majesty the King Printing; 2012. (in Thai)
5. Thongrueang J. Factor relating to alcohol consumption behavior in primary grade 6 and junior high school student in Bangyai District, Nonthaburi Province. Journal of Medical and Public Health Region 4 2019; 9(2): 39-49. (in Thai)
6. Ausanangkornchai S, editor. Proceedings. The 9th National Alcohol Conference. National Alcohol Conference; 2016 Nov 24-25; Rama Gardens Hotel. Nonthaburi: Centre for Alcohol Studies; 2017. (in Thai)
7. Sirikulchayanonta C, Pavadhgul P, Chongsuwat R, Srisorrachata S. A preliminary study of hyperlipidemia in Bangkok school children. Asia Pac J Public Health 2006; 18(3):15-9.
8. Sukhonthachit P, Aekplakorn W, Hudthagosol C, Sirikulchayanonta C. The association between obesity and blood pressure in Thai public school children. BMC Public Health 2014; 14(1): 729.
9. Office of the National Economic and Social Development Council. The Thirteenth National Economic and Social Development Plan (B.E. 2023-2027). Thai government gazette. 139, Special part 258; 2022. (in Thai)
10. International Health Policy Program. Thailand Burden of disease and Injury report 2019. Nonthaburi: Handy Press; 2023. (in Thai)
11. Sirikulchayanonta C. Full report of the project to develop model schools for Thai children to look strong and be healthy; 2014. (in Thai)
12. Suriyawongpaisarn P. Complete research report of the Don't Drive Drunk Project towards sustainable traffic accident prevention; 2001. (in Thai)
13. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. Am J Health Promot 1997; 12(1): 38-48.
14. Walton Moss BJ, Manganello J, Frye V, Campbell JC. Risk Factors for Intimate Partner Violence and Associated Injury among Urban Women. J Community Health 2005; 30(5): 377-89.
15. World Health Organization. International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm. Geneva, Switzerland. [publisher unknown]; 2000.
16. Strategy and planning division of Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. ThaiHealthStat [internet]. 2021 [cited 2023 Jun 10]. Available from: <https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/area/index.php?ma=4&pf=01817209&tm=2&tp=3301> (in Thai)
17. Wayne D. Biostatistics: A Foundation of Analysis in the Health Sciences. (6th ed.). John Wiley&Sons,Inc. 1995.

18. The Bureau of Registration Administration. Official statistics registration systems [internet]. 2023 [cited 2023 Jun 10]. Available from: <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/view> (in Thai)
19. Boonserm C, Sutithiwanish P, Rawisanon W. Full report of a survey of smoking behaviors among young people in Chiyaphum province; 2009. (in Thai)
20. Vichitkunakorn P, Ausanangkornchai S, Geater A. Context-specific quantity frequency. Bangkok: Leo Design and Print; 2019. (in Thai)
21. Department of Health. Manual for clean house good hygiene and healthy living project. Nonthaburi: Department of Health; 2020 [cited 2023 Jun 2]. Available from: <https://env.anamai.moph.go.th/cms-of-85/203918> (in Thai)
22. Department of Mental Health. Thai Mental Health Indicator Version 2007. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2007 [cited 2023 Jun 2]. Available from: <https://dmh.go.th/test/thaihapnew/thi54.asp> (in Thai)
23. Institute of Geriatric Medicine. Basic Geriatric Screening. Nonthaburi: Institute of Geriatric Medicine; 2021 [cited 2023 Jun 2]. Available from: http://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2021/02/book-2564-02_2.pdf (in Thai)
24. Khansakorn N. Prioritizing Community Health Problems. Journal of Health Education 2018; 41(2): 1-17. (in Thai)
25. Centre for Alcohol Studies. Provincial alcohol report 2021. Nonthaburi: The graphic systems; 2022. (in Thai)
26. National Statistical office. The smoking and drinking survey 2017 [internet]. Bangkok: Pimdeekarnpim; 2018 [cited 2023 Jun 18]. Available from: https://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/ดาวน์โหลด / ส ำ ก ม / ส ำ ก ำ สุขภาพ/พฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา/2560/2560_Full-Report.pdf (in Thai)
27. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. Thai Health 2023. Nakhon Pathom: Amarin Printing and Publishing Public Company Limited; 2023. (in Thai)
28. Wongpituk K, Saykaew T, Siladlao S, Chankong W. Environmental factors affecting the risk of dengue haemorrhagic fever in villages of Sisaket province. Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University 2020; 5(1): 1-9. (in Thai)
29. Ponsen K, Silawan T, Pacheun O, Khansakorn N. Community Health Problems Identification and Synthesis through Participatory Learning Process. The Public health journal of Burapha University 2016; 11(2): 22-32. (in Thai)
30. Mokhtari M, Banaye Jeddi M, Majidi A, Jafari Khoenagh A, Holakoi Naeeni K. Community assessment for identification and prioritization of problems to establish health promotion operational plans. J Research Health 2013; 3(1): 295-302.