

การระบุและสังเคราะห์ปัญหาสุขภาพชุมชนโดยใช้
กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม
**Community Health Problems Identification and
Synthesis through Participatory Learning Process**

กิตติพงษ์ พลเสน*, ทศนีย์ ศิลาวรรณ*, อรุณช ภาชนะ**, ณัชชาภัทร ชันสาคร*

*ภาควิชาอนามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

Kittipong Ponsen*, Tassanee Silawan*, Oranut Pacheun, Nitchaphat Khansakorn***

*Department of Community Health, Faculty of Public Health, Mahidol University

**Faculty of Public Health, Thammasat University

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงประจักษ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อระบุปัญหาและสังเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัญหาสุขภาพในชุมชน โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการหลายขั้นตอน จำนวนตัวอย่าง 408 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ สทนากลุ่ม และการประชุมระดมสมอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป นำเสนอด้วยสถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษา พบว่า ในระดับบุคคล ประชากรมีสุขภาพดี แต่มีแนวโน้มที่ปัญหาด้านพฤติกรรมเสี่ยงและโรคประจำตัวมากขึ้น ในระดับครัวเรือน พบว่า มีปัญหาด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อมในบริเวณบ้าน มีสัตว์ที่เป็นพาหะนำโรค มีหนี้สินครัวเรือน และขาดที่ดินทำกิน ในระดับชุมชน พบว่า ตำบลกุดจิกเป็นชุมชนกึ่งเมือง มีการจัดระบบสาธารณสุขไปโรคและความปลอดภัยค่อนข้างดี แต่เริ่มมีปัญหาอาชญากรรมและแหล่งอบายมุขมากขึ้น สรุปปัญหาที่สำคัญมี 3 กลุ่ม คือ ปัญหาสุขภาพ ปัญหาสิ่งแวดล้อม และปัญหาด้านสังคม ระบุปัญหาย่อยได้ 11 ปัญหา ซึ่งทุกปัญหามีความสัมพันธ์กันในเชิงระบบที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชากร ข้อเสนอแนะ คือ ชุมชนควรพัฒนาโครงการแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชนของตนเองโดยอาศัยผลจากการวิจัย องค์กรในระดับท้องถิ่นควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการจัดทำแผนงานของหน่วยงานโดยการบูรณาการการทำงานกับทุกภาคส่วน เพื่อให้การแก้ปัญหาแบบองค์รวมที่คำนึงถึงความสัมพันธ์ของปัญหาด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อม และด้านสังคม

คำสำคัญ : การระบุปัญหาและสังเคราะห์ความสัมพันธ์ สุขภาพชุมชน การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

Abstract

The objectives of this applied research were to identify and synthesize the relationship of community health problems through participatory learning process. The study enrolled 408 subjects by multi-stage random sampling method. Data were collected using interview questionnaires, focus group discussion, and brain-storming. Data were analyzed by using computer programs and presented in terms of descriptive statistics. The results showed that the health situation at the individual level was generally healthy but the health risk behavior and chronic diseases had an increasing trend. At household level, environmental sanitation problems still occurred such as disease transmitted animals, household debt, and a lack of land for agriculture. At the community level, Kudjick Sub-district was a semi-urban area with good infrastructure and security system. However, an increasing crime rate and venues were reported. Three major groups of problem were identified which included health, environmental, and social problems. There were 11 sub-groups of problem that affected community health. We suggested that the community should employ the study results to solve its own health problems. Local administrative organizations may utilize the study results to make appropriate plans by integration with all relevant sectors to bring about a holistic approach for problem solving based on the relationship of health, environmental, and social aspects.

Keywords: Problems Identification and Synthesis, Community Health, Participatory Action Research, Participatory Learning Process

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (WHO) นิยามความหมายของสุขภาพว่าเป็น “สภาวะของความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และความเป็นอยู่ที่ดีทางสังคม ไม่เพียงแต่ไม่เป็นโรคหรือความพิการเท่านั้น” (Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity)¹ ซึ่งต่อมาในประเทศไทยได้มีการปฏิรูประบบสุขภาพโดยมีหลายภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมจนสามารถผลักดันให้มีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.

๒๕๕๐ และได้นิยามความหมายของสุขภาพว่าเป็น “ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล”^{๒-๔} ดังนั้น การทำงานเพื่อเสริมสร้างสุขภาพจึงต้องทำงานในหลายมิติแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งการจัดระบบบริการสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health determinants) ที่สอดคล้องกับกระบวนการพัฒนาสาธารณสุขใหม่ จากเดิมที่นักวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุขเป็นศูนย์กลางของการแก้ปัญหาสุขภาพที่มุ่งการลดอัตราการเกิดโรค เป็นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค หนึ่งใน

กลยุทธ์สำคัญ คือ กระบวนการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน เสริมสร้างขีดความสามารถ (Capability building) ของประชาชน ครอบครัว และชุมชน ให้มีวิถีชีวิต (Lifestyle) และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี บนพื้นฐานของการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น (Local wisdom) รวมถึงวัฒนธรรมของตนในการแก้ปัญหา เพื่อสนองต่อการแก้ปัญหาและความจำเป็นที่แท้จริงของคนในชุมชน^{5,6} การวิจัยนี้จึงมุ่งประยุกต์การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR)^{7,8} ร่วมกับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อการพัฒนาสุขภาพ (Participatory Learning for Health Development: PLD)⁵ ในการระบุปัญหาและความจำเป็นของสุขภาพชุมชน ตลอดจนสังเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงระบบของปัญหาที่พบในชุมชนทั้งปัญหาในระดับบุคคล ครัวเรือน และชุมชน เพื่อการวางแผนป้องกันและแก้ปัญหาครอบคลุมในทุกมิติ รวมทั้งมุ่งหวังให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมขับเคลื่อนการแก้ปัญหาของชุมชนด้วยตัวเอง อันจะนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพที่ยั่งยืนต่อไป ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกพื้นที่ดำเนินการวิจัยในตำบลกุดจิก อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา ทั้งนี้เพราะพื้นที่มีลักษณะกึ่งเมือง (Semi-urban area) มีเขตการปกครองทั้งเทศบาลตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ซึ่งสามารถร่วมกันจัดสรรทรัพยากรต่างๆ เพื่อการพัฒนาได้มากขึ้น รวมถึงมีการขยายตัวของภาคอุตสาหกรรมในพื้นที่ ทำให้มีแรงงานอพยพมาจากพื้นที่อื่นรวมถึงประเทศเพื่อนบ้านมากขึ้น เกิดปัญหาที่มีความซับซ้อน จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาที่จะเกิดขึ้นจากสถานการณ์ดังกล่าว

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยคณะผู้วิจัยทำหน้าที่เอื้ออำนวยให้เกิดกระบวนการวิจัย ใน 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การระบุตัวแทนผู้มีส่วนร่วมจากชุมชน ซึ่งคณะผู้วิจัยได้ร่วมประชุมหารือกับผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. ตัวแทนชุมชน อสม. ผู้แทนประชากรในแต่ละกลุ่มวัย และผู้แทนจาก อบต. เพื่อกำหนดกรอบของการคัดเลือกผู้แทนในชุมชนเข้ามาร่วมในกระบวนการวิจัย

ขั้นที่ 2 การกำหนดกรอบแนวคิด และเครื่องมือในการเก็บข้อมูลร่วมกับตัวแทนแต่ละชุมชน โดยการประชุมระดมสมองร่วมกันของคณะผู้วิจัยกับผู้แทนจากชุมชน เพื่อกำหนดกรอบ ออกแบบเครื่องมือและวิธีการเก็บข้อมูลร่วมกัน

ขั้นที่ 3 การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลเชิงปริมาณเก็บโดยตัวแทนชุมชนเป็นหลักโดยที่นักวิจัยเป็นผู้สังเกต ในขณะที่ข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บข้อมูลร่วมกัน

ขั้นที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลที่ไม่ซับซ้อนมาก เช่น จำนวน ร้อยละ วิเคราะห์โดยตัวแทนชุมชน ในขณะที่ข้อมูลที่ซับซ้อนขึ้น ทีมนักวิจัยจะวิเคราะห์เป็นหลักและนักวิจัยชุมชนเข้ามาเรียนรู้ด้วย

ขั้นที่ 5 การระบุปัญหาสุขภาพชุมชนและสังเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัญหาดังกล่าว โดยการประชุมระดมสมอง ทั้งนี้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัญหามุ่งเน้นให้ชุมชนได้เรียนรู้ถึงความสัมพันธ์ของปัญหาต่างๆ โดยใช้เครื่องมือการโยงโยความสัมพันธ์ของกลุ่มอาการชุมชน (Community Syndrome)⁹ ซึ่งเป็นเครื่องมืออย่างง่าย ไม่ซับซ้อน ไม่ต้องอาศัยโมเดลที่ต้องวิเคราะห์เชิงตัวเลข ซึ่งยากต่อความเข้าใจของชุมชน แต่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริง

ประชากรในการวิจัยนี้คือ ประชาชนตำบลกุดจิก อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 6 หมู่บ้าน (แบ่งเป็น 4 หมู่บ้านในเขต อบต. และ 4 ชุมชนในเขตเทศบาล) 1,072 ครัวเรือน ประชากร 4,955 คน⁹ สุ่มตัวอย่างชุมชนตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive random sampling) โดยการประชุมคัดเลือกร่วม

กับผู้นำชุมชน ได้ชุมชนตัวอย่าง 5 ชุมชน ประกอบด้วย 1 หมู่บ้าน ในเขตปกครองขององค์การบริหารส่วนตำบลกุดจิก และ 4 ชุมชน ในเขตปกครองของเทศบาลตำบลกุดจิก ตัวอย่างในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ (1) ตัวแทนระดับชุมชน ชุมชนละ 10 คน คัดเลือกโดยคณะผู้วิจัยประชุมร่วมกับผู้นำในแต่ละชุมชน ประกอบด้วย กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มวัยแรงงาน กลุ่มวัยรุ่น และตัวแทนกลุ่มอาชีพ รวมทั้ง 5 ชุมชน เป็นจำนวน 50 คน และ (2) ตัวแทนระดับครัวเรือนจาก 5 ชุมชน รวมทั้งสิ้นจำนวน 408 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนโดยรวม¹⁰ และสุ่มตัวอย่างครัวเรือนด้วยการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) จำนวนครัวเรือนในแต่ละชุมชนเป็นสัดส่วนกับจำนวนครัวเรือนทั้งหมดในแต่ละชุมชน จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลจากตัวแทนครัวเรือน

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด ได้แก่ แบบสัมภาษณ์บุคคลที่คณะผู้วิจัยร่วมกับตัวแทนชุมชนร่วมกันพัฒนาขึ้น และเครื่องชี้วัดชุมชนสุขภาพดี โดยใช้ชุดแบบสอบถามจากโครงการวิจัยเรื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดี¹¹ หลังจากตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้ว ได้ทดลองใช้เครื่องมือ (Try out) จำนวน 20 ชุด และวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability) โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha coefficient) ได้ค่าแอลฟาเท่ากับ 0.83 จากนั้นปรับปรุงเครื่องมือก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่วิจัย

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตามเอกสารรับรองเลขที่ MUPH2010-179 เมื่อวันที่ 24 กันยายน 2553

ผลการศึกษา

ผลการศึกษานำเสนอเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย (1) คุณลักษณะทั่วไปของชุมชนตำบลกุดจิกและ

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง (2) ภาวะสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพ (3) การระบุปัญหา ปัจจัยกำหนดสุขภาพ และผลลัพธ์สุขภาพ และ (4) การสังเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัญหาสุขภาพในชุมชน

1. คุณลักษณะทั่วไปของพื้นที่ชุมชนตำบลกุดจิกและประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ตำบลกุดจิกมีพื้นที่ติดกับเขตอำเภอสูงเนิน ซึ่งเป็นศูนย์กลางของอำเภอ จึงมีลักษณะเป็นชุมชนกึ่งเมือง (Semi-urban area) แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 2 เขต คือ เขตเทศบาลตำบลกุดจิก ครอบคลุมพื้นที่ 4 ชุมชน และเขตองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กุดจิก พื้นที่รับผิดชอบ 4 หมู่บ้าน มีจำนวนครัวเรือน 1,072 ครัวเรือน ประชากรรวม 4,955 คน มีผู้พิการจำนวน 57 คน (ร้อยละ 1.2) มีสัดส่วนอสม. 1 คน ต่อประชากร 51.6 คน อาชีพดั้งเดิม คือ เกษตรกรรม อย่างไรก็ตามประชากรวัยแรงงานมีแนวโน้มเข้าสู่การประกอบอาชีพในโรงงานอุตสาหกรรมมากขึ้น เพราะอยู่ใกล้เขตนิคมอุตสาหกรรมนวนคร 2 นอกจากนี้ ตำบลกุดจิกมีสถานีรถไฟตั้งอยู่ในพื้นที่และถนนหลวงสายมิตรภาพตัดผ่าน นับว่ามีการคมนาคมค่อนข้างสะดวก ทั้งเพื่อการขนส่งสินค้า และการเดินทาง ตำบลกุดจิกมีสถานที่สำคัญประกอบด้วย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก่อนวัยเรียน 2 แห่ง โรงเรียนระดับประถมศึกษา 2 แห่ง และโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา 1 แห่ง มีวัดทั้งหมด 3 วัด มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 แห่ง ตลาดสด 1 แห่ง สวนสาธารณะ/สนามกีฬา 1 แห่ง สำนักงานไปรษณีย์ 1 แห่ง ที่พักสายตรวจ 1 แห่ง และศูนย์บริการแพทย์แผนไทยกุดจิก (ดำเนินงานโดยกลุ่ม อสม.กุดจิก ตั้งอยู่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดจิก) 1 แห่ง

สำหรับลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 408 คน พบว่า มากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.0) เกือบครึ่งหนึ่งมีอายุระหว่าง 31 – 50 ปี (ร้อยละ 41.0) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 42.7 และประกอบอาชีพหลักเป็นแรงงานในสถานประกอบการ ร้อยละ 46.0 โดยมีรายได้ต่อ

เดือน 2,001 – 6,000 บาท ร้อยละ 41.0 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 59.3 และมีจำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ด้วยกันในครัวเรือน 4 – 6 คน ร้อยละ 47.0

2. ภาวะสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพ

ในระดับบุคคล พบว่า ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา มีประชากรเคยเจ็บป่วย ร้อยละ 44.0 โดยโรคที่ป่วยมากที่สุด คือ ไข้หวัด (ร้อยละ 79.6) และประชากรเคยประสบอุบัติเหตุในช่วงเวลาดังกล่าว ร้อยละ 8.0 ในขณะที่ประชากรไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 22.0 ในด้านพฤติกรรมเสี่ยง พบว่า ร้อยละ 21.9 ยังคงสูบบุหรี่ ในขณะที่ประมาณหนึ่งในสี่มีพฤติกรรมการดื่มสุรา (ร้อยละ 25.0) ในด้านพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคด้วยการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า ร้อยละ 34.0 ไม่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี และร้อยละ 33.0 ไม่ได้เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคเฝ้าระวังตามช่วงวัย ในขณะที่คนที่เข้ารับการตรวจจะตรวจคัดกรอง จะตรวจโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 74.5 รองลงมาคือ เบาหวาน และมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 54.5 และ 49.1 ตามลำดับ ทั้งนี้พบว่า มีประชากรเป็นโรคประจำตัวร้อยละ 29.0 ซึ่งโรคที่เป็นมากที่สุด คือ เบาหวาน ร้อยละ 17.2 รองลงมา คือ ความดันโลหิตสูง ภูมิแพ้ และหอบหืด ร้อยละ 13.8 เท่ากัน

ในระดับครัวเรือน พบว่า ด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภค ประชากรดื่มน้ำฝน ร้อยละ 59.0 ตามมาด้วยน้ำดื่มบรรจุขวดและน้ำประปา ร้อยละ 20.0 และ 15.0 ตามลำดับ ทั้งนี้ประมาณสองในสามไม่มีการปรับปรุงคุณภาพน้ำก่อนดื่ม (ร้อยละ 36.0) และมากกว่าร้อยละ 91.0 ของครัวเรือนทั้งหมดใช้เกลือไอโอดีนในการปรุงอาหาร แต่ในขณะที่เดียวกันก็พบว่ากว่าร้อยละ 83.0 ยังใช้ผงชูรสในการปรุงอาหารเช่นกัน สำหรับพฤติกรรมสุขภาพระดับครัวเรือนพบว่าส่วนใหญ่มีอาสาสมัครประจำบ้านติดอยู่ที่บ้าน (ร้อยละ 84.0) โดยส่วนใหญ่เป็นญาติใกล้ชิด (ร้อยละ 81.0) รองลงมา คือ ยาแก้แพ้ อุปกรณ์ทำแผล และผงเกลือแร่ ร้อยละ 64.0, 38.0 และ 38.0 ตามลำดับ ทั้งนี้ หากสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยเล็กๆ

น้อยๆ ส่วนใหญ่สมาชิกในครอบครัวสามารถดูแลตนเองในเบื้องต้นได้ (ร้อยละ 91.0) สำหรับด้านสุขภาพในครัวเรือน พบว่า ครัวเรือนส่วนใหญ่ยังคงพบส่วนสัตว์และแมลงพาหะนำโรค ที่พบมากที่สุดคือ ยุง (ร้อยละ 92.0) รองลงมา คือ แมลงวัน หนู และแมลงสาบ ร้อยละ 71.0, 64.0 และ 57.0 ตามลำดับ ส่วนในด้านเศรษฐกิจของครัวเรือน พบว่า ครัวเรือนกว่าครึ่งหนึ่งยังคงมีหนี้สิน (ร้อยละ 55.0) โดยประมาณสองในสามของแหล่งเงินกู้ คือ ธนาคารหรือกองทุนหมู่บ้าน (ร้อยละ 61.8) ในขณะที่มีเพียงหนึ่งในสามของครัวเรือนทั้งหมดที่มีเงินออม (ร้อยละ 36.0) โดยออมเฉลี่ยต่อเดือน 2,737.5 บาท ในขณะที่ร้อยละ 41.7 มีเงินออมต่อเดือน 1,001 – 3,000 บาท ส่วนในด้านที่ดินทำกินนั้นพบว่า มากกว่าครึ่งของครัวเรือนที่ไม่มีที่ดินทำกินเป็นของตนเอง (ร้อยละ 52.0) ในระดับชุมชน พบว่า ประชาชนเคยรับรู้ว่ามีกรจับกุมผู้ค้ายาเสพติดในชุมชน มากถึงร้อยละ 40.0 และเคยรับรู้ว่ามีชุมชนมีการก่ออาชญากรรม เช่น การปล้นทรัพย์ ร้อยละ 36.0 มีสถานประกอบการที่ก่อให้เกิดความรำคาญในชุมชน เช่น อู่ซ่อมรถ ร้อยละ 26.0 ประชาชนประมาณหนึ่งในสี่รับรู้ว่ามีชุมชนยังไม่มีความร่วมมือกันในการป้องกันการลักขโมย (ร้อยละ 24.0) และรับรู้ว่ามีสถานประกอบการที่เสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัยในชุมชน ร้อยละ 22.0 และในชุมชนมีสถานบริการที่เป็นแหล่งมั่วสุม เช่น ร้านอาหารที่มีการบริการทางเพศแอบแฝง โต๊ะสนุกเกอร์ ร้อยละ 16.0

3. การระบุปัญหา ปัจจัยกำหนดสุขภาพ และผลลัพธ์สุขภาพ

หลังจากวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์สุขภาพและปัจจัยกำหนด ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน เสร็จเรียบร้อยแล้ว คณะผู้วิจัยร่วมกับตัวแทนของแต่ละชุมชนได้จัดเวทีสาธารณะ เพื่อนำเสนอผลการศึกษาดังกล่าวต่อผู้แทนจากองค์การบริหารส่วนตำบลกุดจิก เทศบาลตำบลกุดจิก ตัวแทนจากแต่ละชุมชน รวมถึงผู้สนใจทั่วไป เพื่อร่วมกันรับทราบสถานการณ์สุขภาพของประชากรและชุมชน และร่วมกัน

ระบุปัญหา มีเกณฑ์ในการพิจารณา 4 ข้อ คือ (1) ขนาดของปัญหา (2) ความรุนแรงของปัญหา (3) ความเป็นไปได้ในการแก้ปัญหา และ (4) ความพร้อมในการแก้ปัญหาของชุมชนและหน่วยงานในพื้นที่ ผลสรุปจากกระบวนการระบุปัญหา พบว่า ชุมชน กุดจิกยังคงมีปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน อยู่ 3 กลุ่มปัญหาหลัก 11 ปัญหาย่อย ได้แก่

กลุ่มปัญหาที่ 1 ด้านสุขภาพ พบ 4 ปัญหา ได้แก่ (1) พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรค เช่น การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (2) กลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (3) กลุ่มโรคมะเร็ง ได้แก่ โรคมะเร็งปากมดลูก และ (4) การเจ็บป่วยทั่วไป ได้แก่ ไข้หวัด อุจจาระร่วง

กลุ่มปัญหาที่ 2 ด้านสิ่งแวดล้อม พบ 3 ปัญหา ได้แก่ (1) สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในบริเวณบ้านไม่ดี ไม่ดูแลรักษาความสะอาดและสภาพสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน (2) ปัญหาการจัดการขยะในชุมชน เช่น ยังไม่มีการคัดแยกขยะและการกำจัดขยะ และ (3) มีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายและสัตว์นำโรคอื่น ๆ ในชุมชน

กลุ่มปัญหาที่ 3 ด้านสังคม พบ 4 ปัญหา คือ (1) มีคนเข้าเรียนต่อที่ศูนย์การศึกษาออกโรงเรียน (กศน.) ของตำบลค่อนข้างน้อย (2) นักเรียนในพื้นที่ที่เรียนต่อในระดับสูงๆ เช่น มหาวิทยาลัย ยังไม่มากนัก (3) ประชาชนมีส่วนร่วมกิจกรรมของชุมชน เช่น การประชามหมู่บ้าน ค่อนข้างน้อย และ (4) คนในชุมชนให้ความร่วมมือในงานประเพณีของชุมชน เช่น งานปีใหม่ งานสงกรานต์ ค่อนข้างน้อย

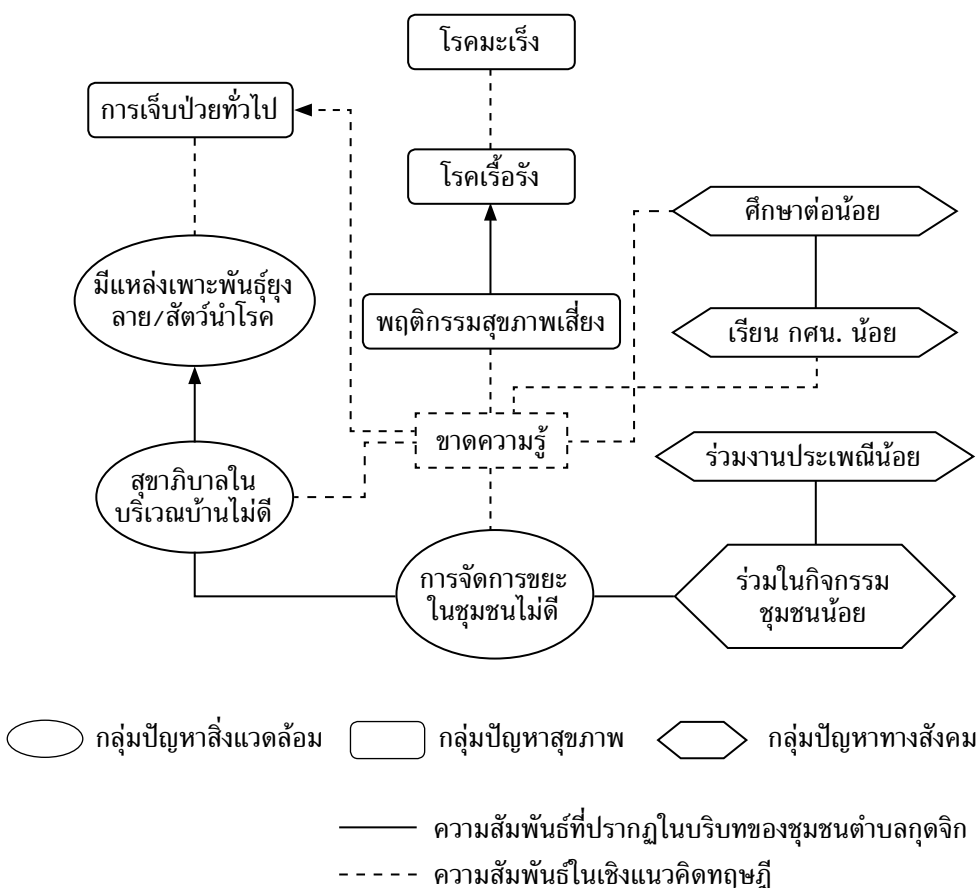
4. การสังเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัญหาสุขภาพในชุมชน

แผนภาพที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ของปัญหาสุขภาพชุมชน ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ที่ได้จากกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งมีผู้เข้าร่วมในการเรียนรู้จำนวน 65 คน ประกอบด้วยตัวแทนชุมชน ผู้แทนจาก อบต.กุดจิก เทศบาลตำบล

กุดจิก รพ.สต.กุดจิก และนักวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการสังเคราะห์ความสัมพันธ์ คือ โยงใยกลุ่มอาการปัญหาของชุมชน (Community Syndrome)⁵ โดยในกระบวนการสังเคราะห์ความสัมพันธ์ได้แบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมเรียนรู้ออกเป็น 3 กลุ่มเพื่อให้ร่วมกันวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัญหาสุขภาพชุมชนที่ค้นพบ พร้อมทั้งอธิบายความสัมพันธ์กันของแต่ละปัญหา ซึ่งในแต่ละกลุ่มจะมีนักวิจัยร่วมแลกเปลี่ยนเพื่อให้เติมเต็มมุมมองเชิงวิชาการที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนตำบลกุดจิกในเวลาเดียวกัน ทั้งนี้เพราะปัญหาสุขภาพชุมชนบางปัญหาสามารถชี้ให้เห็นสาเหตุที่เกิดขึ้นในชุมชนเองอย่างชัดเจน ในขณะที่บางปัญหาต้องอาศัยการอธิบายสาเหตุในเชิงแนวคิดทฤษฎีเพื่อเติมเพื่อให้ชุมชนได้เรียนรู้ถึงความสัมพันธ์ของปัญหาต่างๆ เหล่านั้น^{5, 6} หลังจากนั้นแต่ละกลุ่มจะนำเสนอแลกเปลี่ยนกันเพื่อหาข้อสรุปร่วมในภาพของชุมชนตำบลกุดจิก ซึ่งผลการสังเคราะห์พบว่าสามารถแบ่งปัญหาสุขภาพชุมชนออกเป็น 3 กลุ่มปัญหาหลัก ได้แก่ ปัญหาด้านสุขภาพ ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านสังคม โดยมีปัญหาย่อยรวมทั้งหมด 11 ปัญหา ในบริบทของตำบลกุดจิกมีปัญหาสุขภาพในระดับบุคคลที่สำคัญ คือ พฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การไม่ออกกำลังกาย ซึ่งส่งผลต่อการเจ็บป่วยโดยตรง ทั้งในระยะสั้น คือ การเจ็บป่วยทั่วไป และในระยะยาว คือ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคมะเร็ง นอกจากนี้ พฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้ยังสัมพันธ์กับปัญหาด้านสังคมในระดับชุมชน ได้แก่ การขาดความรู้ความเข้าใจอันเนื่องมาจากการศึกษาที่น้อย และการมีการศึกษาต่อที่ศูนย์การศึกษาออกโรงเรียนไม่มากนัก ส่วนปัญหาหลักที่พบในระดับครัวเรือน คือ ปัญหาในด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในบริเวณบ้านไม่ดี ส่งผลให้เกิดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายและสัตว์นำโรคอื่น ๆ ในบริเวณบ้าน เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยโดยตรง ซึ่งสัมพันธ์กับปัญหาในระดับชุมชนที่พบว่าในชุมชนไม่มีการจัดการขยะที่เป็นระบบ ปัญหา

เหล่านี้เชื่อมโยงกับสถานการณ์ปัญหาด้านสังคมที่เกิดขึ้นในตำบลกุดจิก ได้แก่ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนน้อย เช่น การร่วมเวทีประชาคมหมู่บ้าน และการร่วมกิจกรรมทางประเพณีวัฒนธรรมของชุมชนที่มี

การเข้าร่วมกิจกรรมน้อยเช่นกัน อย่างไรก็ตาม ปัญหาต่างๆ เหล่านี้ส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของประชาชน จากสังคมชนบทดั้งเดิมสู่สังคมเมืองสมัยใหม่ ซึ่งนำไปสู่ปัญหาที่ซับซ้อนมากยิ่งขึ้น



แผนภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ของปัญหาสุขภาพชุมชนตำบลกุดจิก

อภิปรายผล

ภาวะสุขภาพของประชาชนตำบลกุดจิกมีลักษณะคล้ายกับชุมชนลักษณะกึ่งเมืองโดยทั่วๆ คือ มีแนวโน้มเป็นโรคเรื้อรัง การเกิดอุบัติเหตุเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งนำมาสู่ปัญหาอื่น ๆ เช่น ความพิการเป็นต้น^{12, 13} ทั้งนี้ ปัจจัยกำหนดสุขภาพระดับบุคคลที่สำคัญ คือ พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ได้แก่ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคตามช่วงวัย ซึ่งมี

แนวโน้มคล้ายกันทั้งระดับประเทศและในประเทศที่กำลังพัฒนา^{14, 15} นอกจากนั้น ปัจจัยทางอ้อมที่อาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพของประชาชนในตำบลกุดจิก คือ ความรู้ ความเข้าใจ ในด้านพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นผลมาจากพื้นฐานระดับการศึกษาที่ยังไม่สูงมากนัก ประกอบกับผลจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากอดีตที่ประชากรมีแนวโน้มที่จะเข้าทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมมากขึ้น ทำให้พฤติกรรมการใช้ชีวิต

เปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยมากขึ้น เช่น การขาดการออกกำลังกาย การพักผ่อนไม่เพียงพอและไม่เป็นเวลา และการรับประทานอาหารที่มีความเสี่ยง¹⁶ เป็นต้น ซึ่งไม่ต่างจากสถานการณ์ทั้งในระดับประเทศและนานาชาติ ในแถบภูมิภาคอาเซียนที่มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่คล้ายคลึงกับประเทศไทย^{14, 16, 17} ในระยะยาวจะส่งผลให้ประชาชนมีโรคประจำตัวมากยิ่งขึ้น ซึ่งในตำบลกุดจิกมีแนวโน้มที่ประชาชนจะมีโรคประจำตัวเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน โดยโรคที่พบมากที่สุดคือ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับหนึ่งของประเทศไทย และเป็นปัญหาที่มีแนวโน้มในลักษณะเดียวกันในระดับโลกด้วยเช่นกัน^{12, 18}

ส่วนพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคด้วยการตรวจสุขภาพ และตรวจคัดกรองโรคตามช่วงวัยนั้น ประชาชนตำบลกุดจิกเพียงร้อยละ 74.5 ที่เข้ารับการคัดกรองความดันโลหิตสูง ร้อยละ 54.5 ได้รับการคัดกรองเบาหวาน ร้อยละ 49.1 เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และเพียงร้อยละ 32.7 เท่านั้นที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ลักษณะดังกล่าวเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับปัญหาในระดับประเทศและประชากรทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา ที่ยังคงมีอัตราการตรวจคัดกรองค่อนข้างต่ำ^{12, 19} ซึ่งสาเหตุที่เป็นลักษณะเฉพาะในตำบลกุดจิกคือ ความอาย แต่อย่างไรก็ตาม ในช่วง 2 – 3 ปีที่ผ่านมา พบว่า มีแนวโน้มเข้ารับการตรวจเพิ่มสูงขึ้น เพราะมีนโยบายที่ชัดเจนจากส่วนกลาง ส่งผลให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดจิกทำงานในเชิงรุกมากขึ้น เช่น การประชาสัมพันธ์ การเข้าไปตรวจในชุมชน เป็นต้น

สำหรับปัจจัยกำหนดสุขภาพในด้านสถานพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดจิก มีความสำคัญต่อการให้บริการสุขภาพประชาชนเป็นอย่างมาก เพราะเป็นสถานพยาบาลด่านแรก que ประชาชนเข้าถึงง่าย สะดวก และไม่มีค่าใช้จ่าย

ตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งต้องเชื่อมโยงเข้ากับการพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพของอำเภอ^{20, 21}

ในระดับครอบครัว พบว่า ครอบครัวของประชาชนตำบลกุดจิกมีแนวโน้มขนาดเล็กลงกว่าในอดีต จำนวนสมาชิก และความผูกพันเปลี่ยนผ่านเข้าสู่การเป็นสังคมเมือง ซึ่งเป็นลักษณะทั่วไปตามแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงขนาดของครอบครัวไทยที่มีปัจจัยทั้งจากภาวะการเจริญพันธุ์ที่ลดลง และภาวะทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อวิถีการดำรงชีวิตของประชากรที่ไม่เอื้อต่อการแต่งงานและการมีบุตรเหมือนในอดีต²² แต่อย่างไรก็ตาม ประเด็นด้านเศรษฐกิจครัวเรือน นับว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี เพราะสมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะในวัยแรงงานมีรายได้ต่อเดือนสม่ำเสมอ สูงกว่าดัชนีชี้วัดตามเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานด้านรายได้²³ ทั้งนี้ เนื่องจากการเข้าทำงานในโรงงานทำให้มีรายได้เป็นเงินเดือนประจำ ต่างจากการทำการเกษตรที่มีรายได้ไม่แน่นอน เพราะต้องอาศัยสภาพดินฟ้าอากาศซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อผลผลิตในแต่ละปี สภาพดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าชุมชนกุดจิกอยู่ในช่วงของการเปลี่ยนผ่านจากชนบทสู่ความเป็นเมืองอย่างชัดเจน

ในระดับชุมชน สถานการณ์หลายอย่างชี้ให้เห็นว่าชุมชนตำบลกุดจิกมีลักษณะค่อนข้างเป็นชุมชนชนบทกึ่งเมือง ทั้งที่เป็นปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสี่ยงต่อการมีสุขภาพ เช่น การขยายโอกาสในทางเศรษฐกิจ การจัดให้มีระบบความปลอดภัยของชุมชน การเข้าถึงสาธารณสุขภาค การจัดเก็บขยะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการคมนาคมขนส่งที่ค่อนข้างสะดวก เป็นต้น แต่ในขณะเดียวกันก็เริ่มมีปัญหาด้านสังคมอื่น ๆ ตามสภาพของการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ความเป็นชุมชนเมือง เช่น เริ่มมีอาชญากรรมมากขึ้น โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับเรื่องยาเสพติด และการมีสถานประกอบการที่ก่อให้เกิดมลพิษมากขึ้น รวมทั้งการมีสถานบันเทิง เช่น ร้านคาราโอเกะ โต๊ะสนุกเกอร์ ซึ่งเป็นแหล่งเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาด้านสังคมอื่น ๆ

เพิ่มขึ้น เป็นต้น ซึ่งลักษณะเช่นนี้มีความคล้ายคลึงกับสถานการณ์ชุมชนทั่วไปทั้งในประเทศและต่างประเทศที่มีการเปลี่ยนผ่านจากชนบทสู่ความเป็นเมือง ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องมีแผนการรองรับ และปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ของการพัฒนาในทุกมิติของการเปลี่ยนผ่านจากชนบทสู่เมืองที่ชัดเจน²⁴

เมื่อสังเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัญหาสุขภาพของประชาชนในตำบลกุดจิก จะพบความสัมพันธ์ของปัญหาหลัก ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ (1) ปัญหาสุขภาพหรือการเจ็บป่วย สถานะสุขภาพของประชาชน (2) ปัจจัยปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม และ (3) ปัจจัยด้านสังคม ซึ่งทั้ง 11 ปัญหาย่อย ต่างส่งผลต่อภาวะสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ดังนั้นการป้องกันและแก้ปัญหาต้องทำอย่างรอบด้านเป็นองค์รวม บูรณาการการดำเนินงานของทุกภาคส่วน ขับเคลื่อนไปพร้อม ๆ กัน ทั้งในแง่ของการระดมทรัพยากร การร่วมมือระหว่างหน่วยงาน โดยใช้ฐานของชุมชนเป็นตัวขับเคลื่อน จึงจะสามารถป้องกันและแก้ปัญหาได้อย่างยั่งยืน

นอกจากผลของการค้นหาปัญหาและสังเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัญหาดังกล่าวแล้ว การวิจัยครั้งนี้ยังส่งผลให้ตัวแทนของประชาชนที่เข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของทีมวิจัยและตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเกิดความตระหนักถึงปัญหาที่ค้นพบ ได้รับองค์ความรู้เรื่องปัจจัยกำหนดสุขภาพ และความสัมพันธ์ของปัญหาต่างๆ ในชุมชน เห็นได้จากความสนใจในกระบวนการ มีการซักถาม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ค่อนข้างดี รวมถึงการตอบรับผลของการวิจัยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จะนำไปบรรจุในแผนตำบลต่อไป ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดในเรื่องการเสริมพลังชุมชนจากกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และการใช้ชุมชนเป็นฐานของการเรียนรู้เป็นอย่างดี^{7, 25, 26}

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงการพัฒนา คือ ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรนำผลการวิจัยไปบรรจุ

ไว้ในแผนพัฒนา เพื่อให้เกิดกระบวนการแก้ปัญหาอย่างเป็นรูปธรรมและครอบคลุมในทุกมิติ ในระดับนโยบายควรมีนโยบายรองรับกลไกการแก้ปัญหาพร้อมกันระหว่างองค์กรด้านสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน เพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาอย่างรอบด้านยั่งยืน สำหรับข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป คือ การค้นหากลไกการแก้ปัญหาแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เป็นรูปธรรม เพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาที่ตรงจุด ประสบความสำเร็จ และมีความอย่างยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับเงินอุดหนุนจากกองทุน China Medical Board (CMB) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ประเภทงานวิจัยประยุกต์ สาขาสถาปัตยกรรมศาสตร์ ปีงบประมาณ 2553 ขอขอบคุณคณะผู้วิจัยโครงการวิจัยเครือข่ายชีวิตคนไทยสุขภาพดี^๘ ที่ผู้วิจัยได้นำเครื่องชี้วัดประชากรแต่ละกลุ่มวัยสุขภาพดีมาใช้ และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดจิก ผู้นำและตัวแทนชุมชนในพื้นที่ที่มีส่วนสำคัญในการดำเนินการวิจัยจนประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Mental health: a state of well-being. [online]. Available from: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/. (cited : 21 September 2011)
2. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. นนทบุรี: ห้างหุ้นส่วนจำกัด สหพัฒน์ไพศาล; 2552.
3. อ่ำพล จินดาวัฒนะ. ปฏิรูปสุขภาพ: ปฏิรูปชีวิตและสังคม (บันทึกการปฏิรูประบบสุขภาพ เล่ม 3). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี จำกัด; 2552.
4. National Health Security Act B.E. 2545 (A.D. 2002). Nonthaburi. 38 p.

5. ชนินทร์ เจริญกุล, บรรณาธิการ. การพัฒนาอนามัยชนบทเบื้องต้นเสร็จ. นครราชสีมา : โคราชไทยรุ่งเรืองกิจการพิมพ์; 2551.
6. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. วัฒนธรรมสุขภาพในสังคมอาเซียน. นนทบุรี : สำนักกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2558.
7. ชนินทร์ เจริญกุล, บรรณาธิการ. การพัฒนาสาธารณสุขโดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม: แนวคิดและข้อเสนอแนะสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2545.
8. Marcus, M. T., et al. "Linking Service-learning with community-based participatory research: An interprofessional course for health professional students." *Nurs Outlook* 2011; 59: 47-54.
9. สถาบันอนามัยตำบลกุดจิก. รายงานประจำปี 2552 (อัดสำเนา).
10. Miah AQ. *Applied Statistics: A Course Handbook for Human Settlements Planning*. Bangkok : Darnsutha Press Co. Ltd.; 1993.
11. เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, พรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์, อังสนา บุญธรรม, มันทนา ประทีปะเสน, ชนินทร์ เจริญกุล, กุลยา นาคสวัสดิ์, และคณะ. รายงานผลการวิจัยการศึกษาเครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดี (The Study of Healthy Thai Indicators). กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและองค์การอนามัยโลก; 2548.
12. ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง [online]. 2555. Available from : <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>. (cited : 11 July 2012)
13. J, C. P., et al. Participation among adults with disability: The role of the urban environment. *Social Science & Medicine*. 2011; 72(10): 1674-84.
14. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. บทสรุปสำหรับผู้บริหาร การสำรวจพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ พ.ศ.2552 : http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/survey/healthCare_52.pdf.
15. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. บทสรุปพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร ปี พ.ศ.2550. [online]. เข้าถึงได้จาก : http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/survey/sum_alco-ciga50.pdf. (วันที่ค้น ข้อมูล 6 สิงหาคม 2556)
16. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. *สุขภาพคนไทย 2555: ความมั่นคงทางด้านอาหาร*. 2555.
17. World Health Organization. *Health Situation in the South-East Asia Region 2001-2007*. 2008.
18. WHO. New data highlight increases in hypertension, diabetes incidence 2012. 11 July 2012. Available from: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/world_health_statistics_20120516/en.
19. World Health Organization. *Cervical Cancer Screening in Developing Countries: Report of WHO Consultation*. 2002.
20. Promasatayaporn V, Pongpanich S, Hughes DJ, Srithamrongsawat S. Universal Coverage Health Care Reforms of Thailand: Researching the Role of the Local fund Health Security in Local Government Purchasers in the North-eastern Region of Thailand. *Journal of Medicine and Sciences* 2012; 3(1): 49-59.

21. Pongsupap Y. Primary Care Development in the Context of District Health System. Primary Care Expo 2011; Muangthong Thani, Bangkok.
22. ชาย โพธิ์ธิดา. การเปลี่ยนแปลงของครอบครัวและครัวเรือนไทย: เรา (ไม่) รู้อะไร ? ประชากรและสังคม. 2554: 24-41.
23. วาทกานต์ ช่อแก้ว. การประกอบอาชีพและการมีรายได้ของชาชนบทไทย. ศูนย์ข้อมูลเพื่อการพัฒนาชนบท กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย, 2555.
24. Epstein T S, Jezeph D. Development - There is Another Way: A Rural - Urban Partnership Development Paradigm. World Development 2001; 29(11): 43-54.
25. Ruderman, M. Resource Guide to Concepts and Methods for Community-Based and Collaborative Problem Solving, Women's and Children's Health Policy Center, Department of Population and Family Health Sciences, Johns Hopkins University School of Public Health; 2000.
26. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. ฟื้นฟูพลังชุมชนท้องถิ่นสู่การอภิวัฒน์ประเทศไทย: ตกผลึกความคิดจากเวทีวิชาการ 1-3 มีนาคม 2554 ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค บางนา กรุงเทพฯ. กรุงเทพฯ, สสส.; 2554.