



Health Promoting Factors at the Household Level, Sung Noen District, Nakhon Ratchasima Province, Thailand: Comparison of Municipal and Non-Municipal Areas

Tassanee Silawan¹, Kittipong Ponsen¹, Phubet Saengsawang¹, Maneerat Ouaysawat², Thatsana Wongrattanadilok³

¹Community Health Department, Faculty of Public Health, Mahidol University

²Sung Noen Hospital, Nakhon Ratchasima Province, THAILAND

³Mueang Khao Subdistrict Health Promoting Hospital, Sung Noen District, Nakhon Ratchasima Province, THAILAND

Correspondence: Tassanee Silawan, 420/1 Ratchawithi Road, Ratchathewi District, Bangkok 10400, THAILAND, E-mail: tassanee.sil@mahidol.ac.th

Received: August 31 2022; Revised: December 6 2022; Accepted: December 16 2022

Extended Abstract

Personal health is influenced and related to health promoting factors at the upper levels, in particular household level which varies by area of residence. Differences in area of residence in terms of physical, development, and community health improvement activities performed by the local authorities, involving organizations, and community result in differences in health promoting factors at the household level. This survey aimed to assess health promoting factors at the household level, comparing between municipal and non-municipal areas in Sung Noen District, Nakhon Ratchasima Province, Thailand. The study variables covered holistic health promoting factors at the household level including social and environmental factors, sufficiency economy, and happiness. The samples were 217 households in municipal areas (114 households) and non-municipal areas (103 households) of Sung Noen District, recruited by simple random sampling. In each household, data were collected from representatives of households aged ≥ 18 years using an interview form. The interview form comprised of five parts: general data and illnesses of household members, social factors, environmental factors, sufficiency economy factors, and happiness factors. The overall and individual health promoting factors were interpreted by categorizing the total score into 3 levels as follows: households had high health promoting factors (80–100%), households had moderate health promoting factors (60–79%), and

households had low health promoting factors (0–59%). Data were processed and analyzed by using EpiData version 3.10 and SPSS Statistics 18.0. The statistics used were percentages, arithmetic means, standard deviations, and t-tests. This research was conducted in accordance with human research ethics practice. The research project was approved by the Human Research Ethics Committee, Faculty of Public Health, Mahidol University [COA. No. MUPH 2018–168; Protocol No. 151/2561; Date of Approval 28 November 2018]. The results showed that 42.1% of households in municipal areas and 40.8% of households in non-municipal areas had 3–4 household members. Municipal households had more children and older-aged people than did non-municipal areas. Households in the municipalities had a higher number of household members suffering from chronic non-communicable diseases than those outside the municipalities (59.6% and 50.5%, respectively). Households in the municipal areas had health promoting factors at a high level as follows: environmental factors 85.1%, social factors 30.7%, sufficiency economy factors 24.6%, and happiness factors 7.0%. Households in non-municipal areas had health promoting factors at a high level in relation to the environmental factors (98.1%), social factors (76.7%), sufficiency economy factors (44.7%), and happiness factors (13.6%). Mean scores for household health promoting factors in non-municipal areas were significantly higher than those in municipal areas ($p < 0.01$) on overall, social, environmental, and sufficiency economy factors. There was no difference in happiness ($p = 0.09$). Under 60% of households in municipal areas had health promoting factors in terms of applying unused materials or building vegetable and fruit plots in the household, not buying underground lottery tickets regularly, having confidence or trust in the operation of the local authorities, trusting or accepting community leaders, making a household account, not buying luxury items, planning for more learning, and having enough income. Less than 60% of households in non-municipal areas had health promoting factors in terms of making a household account, having enough income, doing activities together with family members outside the house, and planning for more learning. The findings indicated that household-level factors which are conducive to good health should be promoted or brought about with a focus on sufficiency economy and happiness in both areas and on social aspects in municipal areas.

Keywords: Health promoting factors, Household, Municipal area, Non-municipal area

ปัจจัยส่งเสริมสุขภาพระดับครัวเรือน อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา: การวิจัยเชิงสำรวจเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่เขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล

กัศณีย์ สีลาวรรณ¹, กิตติพงษ์ พลแสน¹, ญูเบศร์ แสงสว่าง¹, มณีรัตน์ อวยสวัสดิ์², กัศนะ วงศ์รัตนดิolk³

¹ ภาควิชาอนามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² โรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา

³ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเก่า อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินปัจจัยส่งเสริมสุขภาพระดับครัวเรือนเปรียบเทียบระหว่างในเขตและนอกเขตเทศบาล อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา ตัวอย่างคือ 217 ครัวเรือนในเขตเทศบาล (114 ครัวเรือน) และนอกเขตเทศบาล (103 ครัวเรือน) ตำบลสูงเนิน ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ในแต่ละครัวเรือนเก็บรวบรวมข้อมูลจากตัวแทนครัวเรือนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปด้วยแบบสัมภาษณ์ ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม EpiData version 3.10 และ SPSS Statistics 18.0 สถิติที่ใช้ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ t-test ผลการวิจัยพบว่า ครัวเรือนในเขตเทศบาลมีปัจจัยส่งเสริมสุขภาพในเกณฑ์สูงด้านสิ่งแวดล้อมร้อยละ 85.1 ด้านสังคมร้อยละ 30.7 ด้านเศรษฐกิจพอเพียงร้อยละ 24.6 และด้านความสุจริตร้อยละ 7.0 ในขณะที่ครัวเรือนนอกเขตเทศบาลมีปัจจัยส่งเสริมสุขภาพในเกณฑ์สูงด้านสิ่งแวดล้อมร้อยละ 98.1 ด้านสังคมร้อยละ 76.7 ด้านเศรษฐกิจพอเพียงร้อยละ 44.7 และด้านความสุจริตร้อยละ 13.6 โดยคะแนนเฉลี่ยปัจจัยส่งเสริมสุขภาพของครัวเรือนนอกเขตเทศบาลสูงกว่าในเขตเทศบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ในภาพรวม ด้านสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านเศรษฐกิจพอเพียง ส่วนด้านความสุจริตพบว่าจะไม่มีความแตกต่างกัน ($p = 0.09$) ผลการวิจัยบ่งชี้ว่าควรส่งเสริมหรือสร้างปัจจัยระดับครัวเรือนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีโดยมุ่งเน้นในด้านเศรษฐกิจพอเพียงและความสุจริตทั้งสองพื้นที่และด้านสังคมในเขตเทศบาล

คำสำคัญ: ปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ, ครัวเรือน, เขตเทศบาล, นอกเขตเทศบาล

บทนำ

อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา มีพื้นที่ 782.9 ตารางกิโลเมตร ประกอบด้วย 11 ตำบล 127 หมู่บ้าน 28,136 ครัวเรือน ประชากร 71,643 คน (ข้อมูลปี 2561)¹ มีนิคมอุตสาหกรรมและบริษัทอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ตั้งอยู่ รวมถึงมีทุนทางวัฒนธรรม ทุนทางสังคม และทรัพยากรที่เอื้อต่อการพัฒนา ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและลูกจ้างโรงงานอุตสาหกรรม² สถานการณ์สุขภาพของประชากรในอำเภอสูงเนิน ปี 2561 พบว่าสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอก 3 อันดับแรก คือ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ส่วนสาเหตุการตายของผู้ป่วยใน (เฉพาะในโรงพยาบาล) 3 อันดับแรก คือ มะเร็งทุกประเภท ปอดอักเสบ และโรคหัวใจ/หลอดเลือดหัวใจ³ นอกจากนี้ ยังพบปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อสุขภาพทั้งในด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม⁴ ซึ่งการเจ็บป่วยของบุคคลได้รับอิทธิพลและสัมพันธ์กับปัจจัยส่งเสริมสุขภาพระดับครัวเรือน จากงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การจัดการของครอบครัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมในเขตเทศบาลนครตั้งอยู่ในระดับปานกลาง สัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวและเครือข่ายทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม⁵ การจัดการของครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมในเขตเทศบาลนครตั้งอยู่ในระดับปานกลาง สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม⁶ และปัจจัยด้านบริการ ด้านครอบครัว และด้านเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในเขตเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี⁷ นอกจากนี้ เขตพื้นที่และกลไกการดำเนินงานในเขตพื้นที่ส่งผลให้มีความแตกต่างกันในภาวะสุขภาพและปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ โดยงานวิจัยที่ผ่านมาที่ศึกษาเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในเขตเมืองและเขตชนบท พบว่า ความรู้และความเข้าใจพื้นฐานในเขตชนบทมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าเขตเมือง⁸ และคุณภาพการให้บริการดูแลผู้ป่วยนอกในหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสม.) พบว่า การเข้าถึงบริการที่ ศสม. สูงกว่าที่ รพ.สต. แต่ รพ.สต. มีความต่อเนื่องของการให้บริการสูงกว่า ศสม.⁹ งานวิจัยต่างประเทศบ่งชี้ว่าสถานที่อยู่อาศัยเป็นปัจจัยสำคัญต่อเศรษฐกิจ อาหาร สุขภาพ และการศึกษาของบุคคล¹⁰ และปัจจัยที่สำคัญต่อชีวิตบุคคลมีช่องว่างหรือมีความแตกต่างกันตามเขตพื้นที่ (เมือง ชานเมือง และชนบท)^{11,12}

การศึกษาปัจจัยส่งเสริมสุขภาพระดับครัวเรือนในต่างพื้นที่จึงมีความจำเป็น ประกอบกับการวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่มุ่งศึกษาแยกประเด็นและเน้นหนักที่สุขภาพบุคคล แต่การวิจัยนี้ครอบคลุมปัจจัยส่งเสริมสุขภาพระดับครัวเรือนแบบองค์รวม ที่ครอบคลุมมิติสุขภาพ สังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจพอเพียง และความสุข โดยมุ่งเปรียบเทียบระหว่างในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล ที่ความแตกต่างของเขตพื้นที่ ทั้งในด้านกายภาพ การพัฒนา และการดำเนินงานของหน่วยงานอาจส่งผลให้มีความแตกต่างกันในปัจจัยส่งเสริมสุขภาพระดับครัวเรือนได้ โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อ 1) ประเมินปัจจัยส่งเสริมสุขภาพระดับครัวเรือน ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา และ 2) วิเคราะห์ความแตกต่างของปัจจัยส่งเสริมสุขภาพระดับครัวเรือนเปรียบเทียบระหว่างในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา ผลการวิจัยนี้จะช่วยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งในและนอกเขตเทศบาล ตลอดจนหน่วยงานที่ดูแลการ

พัฒนาสุขภาพและสุขภาพของประชาชนสามารถวางแผนงานและโครงการสร้างเสริมสุขภาพและสุขภาพของครัวเรือนอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนเป็นข้อมูลพื้นฐานในการเฝ้าระวังในระยะยาว เพื่อเป็นแนวทางสร้างเสริมให้ครัวเรือนมีปัจจัยเอื้อต่อการมีสุขภาพดีระดับบุคคลของสมาชิกในครัวเรือนต่อไป

วิธีการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์

2. ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยคือครัวเรือนในอำเภอสูงเนิน จำนวน 28,136 ครัวเรือน¹ ตัวอย่างในการวิจัยคือครัวเรือนในเขตเทศบาลตำบลสูงเนิน (14 ชุมชน) และนอกเขตเทศบาล (1 ตำบล 8 หมู่บ้าน) รวม 217 ครัวเรือน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรสำหรับเปรียบเทียบค่าสัดส่วนกรณีประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน¹³ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดค่า Alpha (α) เท่ากับ 0.05 ค่า Beta (β) เท่ากับ 0.20 ค่าร้อยละของครัวเรือนพื้นที่ในเมือง (อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา) ที่ไม่ผ่านเกณฑ์การใช้ยาบำบัดบรรเทาอาการเจ็บป่วยเบื้องต้นอย่างเหมาะสม (p) เท่ากับ 0.79 ร้อยละของครัวเรือนพื้นที่นอกเมือง (อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา) ที่ไม่ผ่านเกณฑ์การใช้ยาบำบัดบรรเทาอาการเจ็บป่วยเบื้องต้นอย่างเหมาะสม (p) เท่ากับ 0.01¹⁴ และกำหนดจำนวนครัวเรือนทั้งสองพื้นที่ในอัตราส่วน 1:1 จากการคำนวณได้จำนวนตัวอย่างพื้นที่ละ 98 ครัวเรือน เพิ่มจำนวนตัวอย่างประมาณร้อยละ 10 รวม 21 ครัวเรือน จำแนกเป็นครัวเรือนเขตเทศบาล 16 ครัวเรือนและครัวเรือนนอกเขตเทศบาล 5 ครัวเรือน รวมครัวเรือนตัวอย่างในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล 114 และ 103 ครัวเรือนตามลำดับ จากนั้นคำนวณขนาดตัวอย่างในแต่ละชุมชนหรือหมู่บ้านแปรผันตามกับจำนวนครัวเรือนในแต่ละชุมชนหรือหมู่บ้าน ได้ครัวเรือนตัวอย่าง 8-12 ครัวเรือน/ชุมชนหรือหมู่บ้าน สุ่มตัวอย่างครัวเรือนจากทุกชุมชนหรือหมู่บ้านด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ในแต่ละครัวเรือน เก็บรวบรวมข้อมูลจากตัวแทนครัวเรือนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ระหว่างเดือนตุลาคมถึงพฤศจิกายน 2562 โดยเกณฑ์คัดเลือกในโครงการวิจัย คือ 1) ครัวเรือนที่มีผู้อยู่อาศัยตั้งอยู่ในพื้นที่ตัวอย่างไม่น้อยกว่า 6 เดือน 2) มีตัวแทนครัวเรือนอายุ 18 ปีขึ้นไปที่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ 3) ตัวแทนครัวเรือนเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ เกณฑ์การคัดออกจากโครงการวิจัย คือ 1) ครัวเรือนที่มีเหตุการณ์วิกฤตในครอบครัว 2) ตัวแทนครัวเรือนเจ็บป่วยกระทันหันหรือไม่อยู่ในพื้นที่เป็นเวลานาน ส่วนเกณฑ์การให้ออกจากโครงการวิจัย คือ ครัวเรือนที่ตัวแทนสมัครใจเข้าร่วมในตอนแรกแต่ขอยกเลิกการให้ข้อมูลในภายหลัง

3. เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์ที่ขออนุญาตใช้เครื่องมือประเมินจังหวัดราชบุรีสุขภาพระดับครัวเรือน จากโครงการพัฒนาต้นแบบชุมชนสุขภาพเสริมสร้างศักยภาพและประเมินผลจังหวัดราชบุรีบูรณาการสุขภาพ¹⁵ โดยดัดแปลงในส่วนข้อมูลพื้นที่ให้สอดคล้องกับพื้นที่วิจัยและตัดบางข้อคำถามที่ไม่อยู่ในขอบเขตการวิจัย เครื่องมือวิจัย แบ่งเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไปและการเจ็บป่วยของสมาชิกครัวเรือน เป็นคำถามให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่างจำนวน 4 ข้อ 2) ปัจจัยด้านสังคมของครัวเรือน เป็นคำถามให้เลือกตอบ จำนวน 12 ข้อ 3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของครัวเรือน เป็นคำถามให้เลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ 4) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจพอเพียงของครัวเรือน เป็นคำถามให้เลือกตอบ

จำนวน 8 ข้อ และ 5) ปัจจัยด้านความสุฟของครัวเรือน เป็นคำถามให้เลือกตอบ จำนวน 7 ข้อ โดยในแต่ละข้อให้ 1 คะแนนกรณีตอบว่ามีปัจจัยส่งเสริมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี คะแนนเต็ม 12, 10, 8 และ 7 ตามลำดับ โดยมีคะแนนรวมทั้ง 4 ด้าน เท่ากับ 31 การจัดระดับและแปลความหมายปัจจัยส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ร้อยละ 80-100 หมายถึง ครัวเรือนมีปัจจัยส่งเสริมสุขภาพในเกณฑ์สูง ร้อยละ 60-79 หมายถึง ครัวเรือนมีปัจจัยส่งเสริมสุขภาพในเกณฑ์ปานกลาง และร้อยละ 0-59 หมายถึง ครัวเรือนมีปัจจัยส่งเสริมสุขภาพในเกณฑ์ต่ำ ส่วนปัจจัยส่งเสริมสุขภาพรายประเด็น จำแนกเป็น 2 ระดับคือ ร้อยละ 70-100 หมายถึง ครัวเรือนมีปัจจัยส่งเสริมสุขภาพประเด็นนั้นในระดับดี และร้อยละ 0-69 หมายถึง ครัวเรือนมีปัจจัยส่งเสริมสุขภาพประเด็นนั้นในระดับควรปรับปรุง

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับเอกสารรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลแล้ว โดยดำเนินการตามลำดับขั้นตอนต่อไปนี้ 1) ประสานงานกับบุคลากรสาธารณสุขและผู้นำชุมชนในพื้นที่วิจัย 2) อบรมพนักงานสัมภาษณ์และอาจารย์ผู้ดูแลเกี่ยวกับข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์ เทคนิคการสัมภาษณ์ และการปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัย โดยพนักงานสัมภาษณ์คือนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์และวิทยาศาสตร์สุขภาพจากเครือข่ายสถาบันการศึกษาสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา พื้นที่ละ 12 คน 3) ดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างและควบคุมคุณภาพระหว่างเก็บข้อมูล โดยอาจารย์ผู้ดูแลและทีมวิจัยทำหน้าที่ให้คำปรึกษาและช่วยเหลือ และ 4) ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์ก่อนทำการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม EpiData version 3.1¹⁶ และ SPSS version 18¹⁷ พิจารณาคุณลักษณะตัวแปรด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มด้วย t-test และบ่งชี้ความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

6. จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ดำเนินการตามแนวปฏิบัติด้านจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยเคารพสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ วิธีการ การเก็บข้อมูล ประโยชน์ และการนำข้อมูลไปใช้ รวมถึงการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และการถอนตัวออกจากการวิจัย การรักษาความลับในการวิจัย การนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และการทำลายเอกสารและข้อมูลวิจัย โดยโครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล [COA. No. MUPH 2018-168; Protocol No. 151/2561; Date of Approval 28 November 2018]

ผลการวิจัย

จากการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 217 ครัวเรือน จำแนกเป็นครัวเรือนในเขตเทศบาล 114 ครัวเรือน และนอกเขตเทศบาล 103 ครัวเรือน ตามจำนวนตัวอย่างที่คำนวณได้ นำเสนอผลการวิจัยตามลำดับ ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปและการเจ็บป่วยของสมาชิกครัวเรือน

ครัวเรือนในเขตเทศบาลมีสมาชิก 1-8 คน ในขณะที่ครัวเรือนนอกเขตเทศบาลมีสมาชิก 1-10 คน แต่สัดส่วนจำนวนสมาชิกใกล้เคียงกัน โดยมีสมาชิกครัวเรือน 3-4 คน ร้อยละ 42.2 และ 40.8 ตามลำดับ ครัวเรือนเขตเทศบาลมีเด็กแรกเกิดถึง 5 ปีสูงกว่านอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 28.9 และ 18.6 ตามลำดับ) และมีผู้สูงอายุในครัวเรือนสูงกว่านอกเขตเทศบาลเล็กน้อย (ร้อยละ 75.4 และ 72.8 ตามลำดับ) โดยส่วนใหญ่มีผู้สูงอายุ 1-2 คน ครัวเรือนในเขตเทศบาลมีสมาชิกครัวเรือนป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงกว่านอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 59.6 และ 50.5 ตามลำดับ) โดยทั้งสองพื้นที่มีสมาชิกในครัวเรือนป่วย 1-3 คน (Table 1)

Table 1 Percentage of households classified by general information compared between municipal and non-municipal areas (n = 217)

Household's general information	Municipal areas (n = 114)	Non-municipal areas (n = 103)
Number of members who resided there for at least 6 months		
1-2	25.4	32.0
3-4	42.2	40.8
5-6	26.3	20.4
7-10	6.1	6.8
Minimum, Maximum	1, 8	1, 10
Number of children aged up to 5 years old		
None	71.1	81.6
1	22.7	15.5
2	4.4	2.9
3	1.8	0.0
Number of elderly people (aged ≥ 60 years old)		
None	24.6	27.2
1	43.9	36.8
2	29.7	34.0
3-4	1.8	2.0
Number of members with chronic NCD		
None	40.4	49.5
1	40.4	38.8

2	16.6	10.7
3	2.6	1.0

NCD, non-communicable diseases

2. ปัจจัยส่งเสริมสุขภาพระดับครัวเรือน

จากการประเมินปัจจัยส่งเสริมสุขภาพระดับครัวเรือน ประกอบด้วย ด้านสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านเศรษฐกิจพอเพียง และด้านความสูง พบว่า ในภาพรวมครัวเรือนในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลมีปัจจัยส่งเสริมสุขภาพระดับสูงร้อยละ 15.8 และ 60.2 ตามลำดับ ระดับปานกลางร้อยละ 72.8 และ 37.9 ตามลำดับ และระดับต่ำร้อยละ 11.4 และ 1.9 ตามลำดับ โดยครัวเรือนในเขตเทศบาลมีปัจจัยส่งเสริมสุขภาพในเกณฑ์สูง เรียงตามลำดับดังนี้ ด้านสิ่งแวดล้อมร้อยละ 85.1 ด้านสังคมร้อยละ 30.7 ด้านเศรษฐกิจพอเพียงร้อยละ 24.6 และด้านความสูงร้อยละ 7.0 ในขณะที่ครัวเรือนนอกเขตเทศบาลมีปัจจัยส่งเสริมสุขภาพในเกณฑ์สูง เรียงตามลำดับดังนี้ ด้านสิ่งแวดล้อมร้อยละ 98.1 ด้านสังคมร้อยละ 76.7 ด้านเศรษฐกิจพอเพียงร้อยละ 44.7 และด้านความสูงร้อยละ 13.6 (Table 2) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนปัจจัยส่งเสริมสุขภาพของครัวเรือนนอกเขตเทศบาลสูงกว่าครัวเรือนในเขตเทศบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในภาพรวม ($p < 0.001$) ด้านสังคม ($p < 0.001$) ด้านสิ่งแวดล้อม ($p < 0.001$) และด้านเศรษฐกิจพอเพียง ($p = 0.002$) ส่วนด้านความสูงพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p = 0.99$) (Table 3)

Table 2 Percentage of households classified by the level of health promoting factors compared between municipal and non-municipal areas (n=217)

Level of household's health promoting factors	Municipal areas (n = 114)	Non-municipal areas (n = 103)
Overall health promoting factors		
High	15.8	60.2
Moderate	72.8	37.9
Low	11.4	1.9
Social factors		
High	30.7	76.7
Moderate	37.7	15.5
Low	31.6	7.8
Environmental factors		
High	85.1	98.1
Moderate	14.0	1.9
Low	0.9	0.0
Sufficiency economy factors		
High	24.6	44.7

Moderate	59.6	42.7
Low	15.8	12.6
Happiness factors		
High	7.0	13.6
Moderate	15.8	22.3
Low	77.2	64.1

Table 3 Analysis for the difference of mean scores on health promoting factors at the household level compared between municipal and non-municipal areas (n = 217)

Health promoting factors	Mean (SD)		<i>p</i> ^a
	Municipal areas	Non-municipal areas	
Overall health promoting factors	26.62 (3.21)	30.01 (3.09)	<0.001
Social factors	8.39 (1.80)	10.33 (1.69)	<0.001
Environmental factors	8.81 (1.20)	9.44 (0.84)	<0.001
Sufficiency economy factors	5.66 (1.20)	6.20 (1.31)	0.002
Happiness factors	3.74 (1.21)	4.02 (1.30)	0.099

SD, standard deviation; ^at-test

ปัจจัยส่งเสริมสุขภาพพระระดับครัวเรือนแต่ละด้าน (Table 4 และ Table 5) มีรายละเอียดดังนี้
ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าครัวเรือนทั้งสองพื้นที่เกือบทั้งหมดมีปัจจัยส่งเสริมการมีสุขภาพดีในประเด็นน้ำดื่ม น้ำใช้ ความสะดวกของเสียอันตราย การมีและใช้ส้วม แหล่งพาหะพันธุ์แมลงและสัตว์นำโรค และการบริโภคอาหารปลอดภัย ประเด็นที่พบต่ำกว่าร้อยละ 70.0 ของครัวเรือนในเขตเทศบาล ได้แก่ การประยุกต์ใช้วัสดุที่ไม่ใช่ประโยชน์แล้วหรือสร้างแปลงผักและผลไม้ในครัวเรือน (ร้อยละ 53.5) และการปลูกผักสวนครัว (ร้อยละ 63.2) ส่วนครัวเรือนนอกเขตเทศบาลไม่พบประเด็นส่งเสริมสุขภาพด้านสิ่งแวดล้อมที่ต่ำกว่าร้อยละ 70.0 ของครัวเรือนทั้งหมด

ด้านสังคม พบว่าครัวเรือนทั้งสองพื้นที่ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80.0 ขึ้นไป) มีปัจจัยส่งเสริมการมีสุขภาพดีในประเด็น การร่วมกิจกรรมหรือโครงการชุมชน การใช้หรือสถานที่สาธารณะของชุมชน กลุ่มประาบางได้รับการดูแล การเข้าถึงแหล่งอาหารธรรมชาติหรือตลาดชุมชน และความปลอดภัยจากแหล่งอบายมุข ประเด็นที่พบต่ำกว่าร้อยละ 70.0 ของครัวเรือนในเขตเทศบาล ได้แก่ การไม่ซื้อหอยใต้ดินเป็นประจำ (ร้อยละ 19.3) ความเชื่อมั่นหรือไว้วางใจในการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ร้อยละ 33.3) ความไว้วางใจหรือยอมรับผู้นำชุมชน (ร้อยละ 37.7) และความปลอดภัยในทรัพย์สิน (ร้อยละ 68.4) ส่วนประเด็นที่พบต่ำกว่าร้อยละ 70.0 ของครัวเรือนนอกเขตเทศบาล ได้แก่ การไม่ซื้อหอยใต้ดินเป็นประจำ (ร้อยละ 61.2) และความเชื่อมั่นหรือไว้วางใจในการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ร้อยละ 67.0)

ด้านเศรษฐกิจพอเพียง พบว่าครัวเรือนทั้งสองพื้นที่ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80.0 ขึ้นไป) มีปัจจัยส่งเสริมการมีสุขภาพดีในประเด็น การตั้งเป้าหมายชีวิต การมีสติรู้ผิดชอบชั่วดี และการปฏิบัติตามค่านิยมที่ดี ประเด็นที่พบต่ำกว่าร้อยละ 70.0 ของครัวเรือนในเขตเทศบาล ได้แก่ การทำบัญชีครัวเรือน (ร้อยละ 20.2) การไม่ซื้อสิ่งของฟุ่มเฟือย (ซื้อแล้วไม่ได้ใช้ประโยชน์) (ร้อยละ 45.6) และการมีเงินสำรองไว้ใช้ในยามฉุกเฉิน (ร้อยละ 62.3) ส่วนประเด็นที่พบต่ำกว่าร้อยละ 70.0 ของครัวเรือนนอกเขตเทศบาล ได้แก่ การทำบัญชีครัวเรือน (ร้อยละ 29.1) และการไม่ซื้อสิ่งของฟุ่มเฟือย (ร้อยละ 69.9)

Table 4 Percentage of households in municipal areas classified by health promoting factors that should be improved (n=114)

Health promoting factors that should be improved ^a	%
1. Environmental factors	
Applying unused materials or building vegetable and fruit plots in household	53.5
Vegetable gardening	63.2
2. Social factors	
Not buying underground lottery regularly	19.3
Confidence or trust in the operation of the local authorities	33.3
Trust or acceptance of community leaders	37.7
Property safety	68.4
3. Sufficiency economy factors	
Making a household account	20.2
Not buying luxury items (purchased and not used)	45.6
Having reserved money for emergencies	62.3
4. Happiness factors	
Doing activities together outside the home (i.e. sports, traveling, visiting relatives)	14.9
Planning for more learning	20.2
Having enough income	42.1
Planning for livelihood or investment	62.3
Doing activities together at home, i.e. eating, housework, hobbies, watching television	64.0

^a <70% of households have that health-promoting factor

ด้านความสูง พบว่าครัวเรือนทั้งสองพื้นที่ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80.0 ขึ้นไป) มีปัจจัยส่งเสริมการมีสุขภาพดีในประเด็นการแบ่งภาระหน้าที่รับผิดชอบ ประเด็นที่พบต่ำกว่าร้อยละ 70.0 ของครัวเรือนในเขตเทศบาล ได้แก่ การทำกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกครัวเรือนนอกบ้าน อาทิ เล่นกีฬา ท่องเที่ยว เดินทางไปเยี่ยมญาติพี่น้อง (ร้อยละ 14.9) การวางแผนการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม (ร้อยละ 20.2) การมีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 42.1) การวางแผนการทำมาหากินหรือการลงทุน (ร้อยละ 62.3) และการทำกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกครัวเรือนในบ้าน อาทิ รับประทานอาหาร ทำงานบ้าน ทำงานอดิเรก ดูโทรทัศน์ (ร้อยละ 64.0) ส่วนประเด็นที่พบต่ำกว่าร้อยละ 70.0 ของครัวเรือนนอกเขตเทศบาล ได้แก่ การมีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 33.0) การทำกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกครัวเรือนนอกบ้าน (ร้อยละ 34.0) การวางแผนการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม (ร้อยละ 40.8) การทำกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกครัวเรือนในบ้าน (ร้อยละ 62.1) และการวางแผนการทำมาหากินหรือการลงทุน (ร้อยละ 69.9)

Table 5 Percentage of households in non-municipal areas classified by health promoting factors that should be improved (n = 103)

Health promoting factors that should be improved ^a	%
1. Social factors	
Not buying underground lottery regularly	61.2
Confidence or trust in the operation of the local authorities	67.0
2. Sufficiency economy factors	
Making a household account	29.1
Not buying luxury items (purchased and not used)	69.9
3. Happiness factors	
Having enough income	33.3
Doing activities together outside the home (i.e. sports, traveling, visiting relatives)	34.0
Planning for more learning	40.8
Doing activities together at home, i.e. eating, housework, hobbies, watching television	62.1
Planning for livelihood or investment	69.9

^a <70% of households have that health-promoting factor

อภิปรายผลการวิจัย

ครัวเรือนมากกว่าหนึ่งในทั้งสองพื้นที่มีสมาชิกครัวเรือนป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์สูง สอดคล้องกับการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 ที่

พบว่าปัญหาสุขภาพอันดับต้นคือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง¹⁸ จำนวนผู้ป่วยนอกจำแนกตามกลุ่มสาเหตุป่วย 21 โรค จากสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขทั่วราชอาณาจักร พ.ศ. 2563 อันดับแรกคือโรกระบบไหลเวียนเลือด รองลงมาคือโรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึม จำนวนผู้ป่วยใน (หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการและครอบครัว) รวมทุกการวินิจฉัยโรคจำแนกตามเพศและโรค/กลุ่มโรค 298 โรคตามบัญชีจำแนกโรกระหว่างประเทศฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 ทั่วราชอาณาจักร พ.ศ. 2563 อันดับแรกคือความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึมอื่น ๆ รองลงมาคือความดันโลหิตสูงที่ไม่มีสาเหตุ¹⁹ และงานวิจัยภาวะคุกคามสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมือง อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา ที่พบว่าผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 50 มีภาวะหรือเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง²⁰ การที่ครัวเรือนทั้งสองพื้นที่มีสมาชิกป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเกณฑ์สูง น่าจะเนื่องมาจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมโดยเฉพาะการมีกิจกรรมทางกายต่ำ การบริโภคอาหารและเครื่องดื่มเสี่ยง การกินผักผลไม้ไม่เพียงพอ รวมถึงมีพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ ด้วย อาทิ สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ เป็นต้น^{4,18-20} โดยครัวเรือนในเขตเทศบาลมีสมาชิกป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงกว่านอกเขตเทศบาลเล็กน้อย ซึ่งน่าจะเนื่องมาจากครัวเรือนในเขตเทศบาลมีส่วนผู้สูงอายุสูงกว่านอกเขตเทศบาล ประกอบกับในพื้นที่เขตเทศบาลมีแหล่งจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มมากกว่าและสามารถหาซื้อได้สะดวก ตลอดจนวิถีชีวิตหรืออาชีพที่ทำให้มีกิจกรรมทางกายน้อยกว่าสมาชิกครัวเรือนที่อยู่ในพื้นที่นอกเขตเทศบาล การมีพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าวจะก่อให้เกิดภาวะอ้วนและเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อาทิ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่อาจพัฒนาสู่การเกิดโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต และส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และระบบบริการสุขภาพ¹⁸

ปัจจัยส่งเสริมสุขภาพของครัวเรือนนอกเขตเทศบาลสูงกว่าครัวเรือนในเขตเทศบาลทั้งในภาพรวม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจพอเพียง สอดคล้องกับศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างผู้สูงอายุชุมชนเมืองและชุมชนชนบท ที่พบว่าผู้สูงอายุชุมชนชนบทมีคุณภาพชีวิตในภาพรวมและด้านร่างกาย ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมดีกว่าผู้สูงอายุชุมชนเมือง²¹ การที่ครัวเรือนและสมาชิกในครัวเรือนในเขตเทศบาลมีปัจจัยส่งเสริมสุขภาพน้อยกว่านอกเขตเทศบาล น่าจะเนื่องมาจากการย้ายถิ่นของแรงงานทั้งในและนอกระบบเข้าพักอาศัยในพื้นที่เขตเทศบาลมากขึ้น อันสืบเนื่องมาจากการเพิ่มขึ้นของโรงงานอุตสาหกรรมทั้งขนาดกลางและขนาดใหญ่ ทำให้มีที่พักอาศัยประเภทห้องเช่าและมีความหนาแน่นของบ้านเรือนหรือที่อยู่อาศัยเพิ่มขึ้น ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นมานานแล้วดังปรากฏในผลสำมะโนประชากรและเคหะ ปี 2553 ที่พบว่าสัดส่วนของที่อยู่อาศัยประเภทเช่าหรืออยู่โดยไม่เสียค่าเช่าเพราะเป็นส่วนหนึ่งของค่าจ้างในพื้นที่เขตเทศบาลสูงกว่านอกเขตเทศบาล²² เชื้อมโยงสู่การเพิ่มสัดส่วนของประชากรกลุ่มเปราะบางในเขตเทศบาลที่ระบบการดูแลจากภาครัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอาจทำได้ไม่ครอบคลุมและเท่าเทียม ประกอบกับวัฒนธรรมและสัมพันธภาพของประชาชนในพื้นที่นอกเขตเทศบาลเป็นแบบเครือญาติที่มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ส่วนใหญ่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง มีพื้นที่ปลูกพืชผักสวนครัว สังคม มีความเป็นกันเอง รักญาติพี่น้อง และดำเนินชีวิตแบบพอเพียง จึงทำให้สัดส่วนครัวเรือนที่มีปัจจัยส่งเสริมสุขภาพโดยรวม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจพอเพียงสูงกว่าในเขตเทศบาล อย่างไรก็ตาม พบว่า ครัวเรือนส่วนใหญ่ในทั้งสองพื้นที่ที่มีปัจจัยส่งเสริมสุขภาพด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจพอเพียง ซึ่งส่วนสำคัญน่าจะเกิดจากการดำเนินงานของ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล) ที่ตามกฎหมายได้กำหนดบทบาทหน้าที่ตามกรอบภารกิจที่ต้องทำและอาจจัดทำในการพัฒนางานทั้งสามด้านข้างต้น รวมถึงการป้องกันโรคและระงับโรคติดต่อไว้อย่างชัดเจน²³⁻²⁶ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความพร้อมต่อการดำเนินงานตามกรอบภารกิจดังกล่าวพอควร รวมทั้งสามารถสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกับภาคีและเครือข่ายได้ สอดคล้องกับการศึกษามุมมองต่อหน้าที่และความพร้อมในการดำเนินงานด้านสุขภาพของบุคลากรเทศบาลตำบลจังหวัดพะเยา ที่บุคลากรมีความเห็นว่าเทศบาลตำบลมีความพร้อมในการดำเนินงานด้านสุขภาพในเกณฑ์สูงร้อยละ 43.1 และปานกลางร้อยละ 53.6²⁷ ผลการวิจัยพบว่าครัวเรือนมีปัจจัยส่งเสริมสุขภาพด้านสิ่งแวดล้อมสูงสุดทั้งในและนอกเขตเทศบาล สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่าครัวเรือนในเขตเทศบาลตำบลสันป่าเป้าอำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ มีการจัดการขยะมูลฝอยโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี²⁸ ครัวเรือนส่วนใหญ่ในอำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ มีการจัดการขยะอันตรายอยู่ในระดับเหมาะสม²⁹ ครัวเรือนอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก มีการจัดการของเสียอันตรายอยู่ในระดับดีร้อยละ 71.4³⁰ และรายงานคุณภาพชีวิตประชาชนจังหวัดนครราชสีมา จากข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ปี 2562 และ 2564 ที่พบว่าครัวเรือนมากกว่าร้อยละ 90 ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดสภาพแวดล้อมเหมาะสม และคนในครัวเรือนกินอาหารถูกสุขลักษณะ ปลอดภัย และได้มาตรฐาน^{31,32} การที่ครัวเรือนส่วนใหญ่ในทั้งสองพื้นที่มีปัจจัยส่งเสริมสุขภาพด้านสิ่งแวดล้อมเหมาะสม น่าจะเนื่องมาจากตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล) ได้กำหนดกรอบภารกิจที่ต้องทำและอาจจัดทำในการพัฒนาด้านสิ่งแวดล้อมไว้อย่างเป็นรูปธรรม²³⁻²⁶ ประกอบกับงานพัฒนาด้านสิ่งแวดล้อมก่อให้เกิดผลงานเชิงประจักษ์และเป็นเหตุให้เกิดข้อร้องเรียนได้ง่าย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจึงให้ความสำคัญกับการพัฒนางานด้านสิ่งแวดล้อม อย่างไรก็ตาม พบว่าครัวเรือนในเขตเทศบาลมีปัจจัยส่งเสริมสุขภาพด้านสิ่งแวดล้อมค่อนข้างต่ำในประเด็นการประยุกต์ใช้วัสดุหรือสร้างแปลงผักและผลไม้ในครัวเรือนและการปลูกผักสวนครัว ซึ่งน่าจะเกิดจากสภาพที่อยู่อาศัยที่มีพื้นที่จำกัดหรือเป็นห้องเช่า ทำให้ไม่มีพื้นที่สำหรับสร้างแปลงผักผลไม้และปลูกผักสวนครัวในครัวเรือน ประกอบกับการไม่ได้ปรุงประกอบอาหารรับประทานเอง ทำให้ไม่มีสิ่งจูงใจในการปลูกผักผลไม้และผักสวนครัวในครัวเรือน ในส่วนปัจจัยส่งเสริมสุขภาพด้านสังคมครัวเรือนทั้งสองพื้นที่ส่วนใหญ่ร่วมกิจกรรมหรือโครงการชุมชน ใช้หรือสถานที่สาธารณะของชุมชน กลุ่มเปราะบางได้รับการดูแล เข้าถึงแหล่งอาหารธรรมชาติหรือตลาดชุมชน และปลอดภัยจากแหล่งอบายมุข สอดคล้องกับรายงานคุณภาพชีวิตประชาชนจังหวัดนครราชสีมา จากข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ปี 2562 และ 2564 ที่รายงานว่ากลุ่มเปราะบาง (ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง) ในครัวเรือนส่วนใหญ่ได้รับการดูแลและมีส่วนร่วมทำกิจกรรมสาธารณะของชุมชน^{31,32} ปัจจัยส่งเสริมสุขภาพด้านสังคมที่พบค่อนข้างต่ำในครัวเรือนทั้งสองพื้นที่ ได้แก่ การไม่ซื้อหวยใต้ดินเป็นประจำและความเชื่อมั่นหรือไว้วางใจในการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งการซื้อหวยใต้ดินเป็นประจำน่าจะเกิดจากความเชื่อเรื่องโชคลางที่อยู่คู่กับคนไทยแทบทุกกลุ่ม ที่อาจมีสาเหตุมาจากความไม่แน่นอนของสภาวะเศรษฐกิจ ค่าครองชีพที่มีอัตราเพิ่มสูงขึ้นในขณะที่รายได้ลดลงทำให้หวังพึ่งเรื่องโชคลางและซื้อหวยใต้ดินซึ่งเข้าถึงได้ง่าย³³ ส่วนความไม่เชื่อมั่นหรือไม่ไว้วางใจในการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล) นั้น น่าจะเนื่องมาจากปัจจัยทางด้านการเมืองและผลการดำเนินงานที่ต่ำกว่าความคาดหวัง สอดคล้องกับความ

คิดเห็นของเจ้าหน้าที่ของเทศบาลตำบลที่เห็นว่าเจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลมีความสำคัญต่อสุขภาพของประชาชน ในเกณฑ์สูงร้อยละ 73.9 แต่สามารถปฏิบัติได้จริงในเกณฑ์สูงร้อยละ 39.2²⁷ ด้านเศรษฐกิจพอเพียง พบว่าครัวเรือนทั้งสองพื้นที่ส่วนใหญ่มีปัจจัยส่งเสริมการมีสุขภาพดีในประเด็น การตั้งเป้าหมายชีวิต การมีสติรู้ผิดชอบชั่วดี และการปฏิบัติตามค่านิยมที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนไทยและมีมิติด้านสังคมที่ได้อภิปรายข้างต้น อย่างไรก็ตาม ประเด็นที่พบต่ำในครัวเรือนทั้งสองพื้นที่คือการทำบัญชีครัวเรือน ซึ่งน่าจะเนื่องมาจากการทำบัญชีมีความยุ่งยาก มีรายการค่าใช้จ่ายระหว่างวันหลายรายการและมีสมาชิกครัวเรือนหลายคน ทำให้ยากต่อการจดจำ รวบรวม และบันทึก ส่วนประเด็นที่พบต่ำเฉพาะครัวเรือนในเขตเทศบาลคือการไม่ซื้อสิ่งของฟุ่มเฟือยหรือซื้อแล้วไม่ได้ใช้ประโยชน์ ซึ่งน่าจะเนื่องมาจากในเขตเทศบาลมีสินค้าวางจำหน่ายมากมาย หาซื้อได้ง่าย และราคาไม่แพง จึงเป็นสิ่งจูงใจให้ซื้อโดยไม่ได้ไตร่ตรองให้รอบคอบก่อน

ครัวเรือนทั้งสองพื้นที่มีปัจจัยส่งเสริมสุขภาพด้านความสูงไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับศึกษาเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตระหว่างผู้สูงอายุชุมชนเมืองและชุมชนชนบท ที่พบว่าผู้สูงอายุชุมชนเมืองและชุมชนชนบทมีระดับปัญหาสุขภาพจิตภาพรวมและรายด้านไม่แตกต่างกัน และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจไม่แตกต่างกัน²¹ การที่ครัวเรือนทั้งในและนอกเขตเทศบาลมีปัจจัยส่งเสริมสุขภาพด้านความสูงไม่แตกต่างกันน่าจะเกิดจากองค์ประกอบที่ใช้วัดความสูงระดับครัวเรือนในการวิจัยนี้ครอบคลุมมิติที่กว้างขวางทั้งด้านการแบ่งภาระหน้าที่รับผิดชอบภายในครอบครัว การทำกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกในครอบครัวทั้งในบ้านและนอกบ้าน วางแผนชีวิต การวางแผนการกำหนดเป้าหมายและศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม และเศรษฐกิจ ทำให้ตัวแปรในเชิงพื้นที่ที่มีอิทธิพลต่อความสูงระดับครัวเรือนน้อย โดยปัจจัยด้านความสูงที่พบต่ำในทั้งสองพื้นที่คือ การมีรายได้เพียงพอ การทำกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกครัวเรือนนอกบ้าน อาทิ เล่นกีฬา ท่องเที่ยว เดินทางไปเยี่ยมญาติ พี่น้อง และการวางแผนการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม ซึ่งน่าจะเชื่อมโยงกัน กล่าวคือเมื่อมีรายได้ไม่เพียงพอก็เป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรมนอกบ้านร่วมกันและการวางแผนการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม

ผลการวิจัยนี้สะท้อนถึงปัจจัยส่งเสริมสุขภาพระดับครัวเรือนที่สอดคล้องกันและแตกต่างกันในพื้นที่เขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล การส่งเสริมให้มีการจัดการสาเหตุของปัญหาในครัวเรือนหรือครอบครัวจะช่วยลดปัจจัยบั่นทอนสุขภาพและเพิ่มปัจจัยส่งเสริมสุขภาพระดับบุคคลได้ สอดคล้องกับผลการวิจัยกระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวชนบทที่พบว่ารูปแบบหนึ่งในกระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวชนบทคือการสร้างผ่านครอบครัวและเครือข่าย ทั้งในการจัดเทศกาลทางสังคม การถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพ การรับประทานอาหาร การกล่อมเกล่าจิตใจ เป็นต้น³⁴ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมสุขภาพครอบครัวฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว และเครือข่ายทางสังคม⁵ และปัจจัยด้านครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ⁸ การลดปัจจัยบั่นทอนสุขภาพหรือเพิ่มปัจจัยส่งเสริมสุขภาพทั้งในด้านสิ่งแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ จิตใจ ฯลฯ จึงนับเป็นการแก้ปัญหาเชิงรุกที่สาเหตุก่อนที่ผลลัพธ์สุขภาพ (การเจ็บป่วยหรือเสียชีวิต) จะบังเกิดขึ้น การพัฒนาระบบงานและขีดความสามารถของบุคลากรในหน่วยงานระดับท้องถิ่นเพื่อพัฒนาสุขภาพ สุภาพะ และคุณภาพชีวิตของประชาชนบนฐานการมีส่วนร่วมจึงนับเป็นความจำเป็นอย่างยิ่ง อย่างไรก็ตาม ข้อมูลระดับครัวเรือนในงานวิจัยนี้ได้จากการสัมภาษณ์ตัวแทน

ครัวเรือนในประเด็นที่ครอบคลุมปัจจัยหลายด้าน บางประเด็นผู้ให้ข้อมูลอาจไม่ใช่ผู้ที่รับผิดชอบหรือปฏิบัติโดยตรงและให้ข้อมูลตามที่รับรู้หรือพบเห็น จึงอาจทำให้ข้อมูลคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงได้

สรุป

ครัวเรือนส่วนใหญ่ทั้งในเขตและนอกเขตเทศบาลมีปัจจัยส่งเสริมสุขภาพด้านสิ่งแวดล้อมในเกณฑ์สูง ครัวเรือนนอกเขตเทศบาลมีปัจจัยส่งเสริมสุขภาพโดยรวม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจพอเพียง สูงกว่าครัวเรือนในเขตเทศบาล เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ แต่มีปัจจัยด้านความสูงไม่แตกต่างกัน ผลการวิจัยทำให้เห็นช่องทางและโอกาสการพัฒนาปัจจัยส่งเสริมสุขภาพระดับครัวเรือนในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลในประเด็นต่างๆ เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยและเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชากรที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย มีดังนี้

1. ควรส่งเสริมหรือสร้างปัจจัยระดับครัวเรือนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีโดยมุ่งเน้นด้านเศรษฐกิจพอเพียงและความสูงทั้งในพื้นที่เขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล และด้านสังคมในเขตเทศบาล
2. ควรส่งเสริมหรือสร้างปัจจัยส่งเสริมสุขภาพของครัวเรือนในเขตเทศบาล โดยเน้นหนักในประเด็นการประยุกต์ใช้วัสดุหรือสร้างแปลงผักและผลไม้ในครัวเรือน การไม่เสี่ยงโชคเป็นประจำ ความเชื่อมั่นต่อผู้นำชุมชนหรือองค์การการพัฒนา การทำบัญชีครัวเรือน การไม่ซื้อสิ่งของฟุ่มเฟือย การทำกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว การวางแผนศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม และการมีรายได้เพียงพอ
3. ควรส่งเสริมหรือสร้างปัจจัยส่งเสริมสุขภาพของครัวเรือนนอกเขตเทศบาล โดยเน้นหนักในประเด็นการทำบัญชีครัวเรือน การมีรายได้เพียงพอ การทำกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว และการวางแผนศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม
4. ควรพัฒนาและศึกษาประสิทธิภาพโครงการสร้างเสริมสุขภาพระบบบูรณาการที่ครอบคลุมสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพระดับบุคคล ครัวเรือน และชุมชน บนฐานการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

Ethical Approval Statement

Researchers respect rights and prevent potential impacts on research participants. The research project was approved by the Human Research Ethics Committee, Faculty of Public Health, Mahidol University [COA. No. MUPH 2018-168; Protocol No. 151/2561; Date of Approval 28 November 2018].

Author Contributions

TS, KP, and PS conceptualized and designed the study. TS, KP, PS, MA, and TW formulated, tried out, and improved the questionnaire. KP, MA, and TW managed and supervised data collection and data curation. PS, MA, and TW carried out data processing and analysis. TS re-analyzed the data and wrote the manuscript. KP, PS, MA, and TW reviewed and edited the manuscript. All authors read and approved the manuscript prior to submission for publication.

Acknowledgements

The research team would like to thank the following organizations for facilitating and assisting in research and data collection: Sung Noen District Quality of Life Development Committee, Sung Noen Subdistrict Municipality, Korat Subdistrict Administrative Organization, Sung Noen Hospital, and Nakhon Ratchasima Province Institute of Public Health Education Network.

Source of Funding

This research was partially supported for data collection by the Thai Health Promotion Foundation (ThaiHealth).

Conflicts of Interest

There are no conflicts of interest.

References

1. Ministry of Interior, The Bureau of Registration Administration, Thailand. Number of population. Available from: https://stat.bora.dopa.go.th/new_stat/webPage/statByYear.php, accessed 10 January, 2019.
2. Local Information center for Development, Thailand. Reform Korat. Available from: http://www.koratcf.or.th/reform_korat.php#link2, accessed 10 January, 2019.
3. Sungnoen Hospital, Nakhon Ratchasima Province, Thailand. General data. Available from: <https://sungnoenhospital.com/%e0%b9%82%e0%b8%a3%e0%b8%87%e0%b8%9e%e>

0%b8%a2%e0%b8%b2%e0%b8%9a%e0%b8%b2%e0%b8%a5%e0%b8%82%e0%b8%ad%e0%b8%87%e0%b9%80%e0%b8%a3%e0%b8%b2-2/%e0%b8%82%e0%b9%89%e0%b8%ad%e0%b8%a1%e0%b8%b9%e0%b8%a5%e0%b8%97%e0%b8%b1%e0%b9%88%e0%b8%a7%e0%b9%84%e0%b8%9b/, accessed 15 January, 2019.

4. Silawan T, Powwattana A, Ponsen K, Ninkarnjanakun N, Udopot R, Donsamer P. Impacts and potential risk factors on health: health promotion project for individuals and communities to reduce impacts and potential risk factors on health, Sung Noen District, Nakhon Ratchasima Province. Bangkok: CDMKprinting; 2019. (In Thai)
5. Boonvas K, Tiprat W, Salalux P, Suwanweala S, Patum S. Factors affecting family management for having a hypertension diagnosis and co-morbidity in Trang Municipality. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2017; 26(3): 144-57. (In Thai)
6. Salalux P, Tiprat W, Patum S. Factors predicting family management and co-morbidity in patients with diabetes mellitus in Trung municipality. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2018; 5(2): 1-15. (In Thai)
7. Pajit C. Factors associated with health promotion behaviors of the elderly in municipalities of SuphanBuri, SuphanBuri Province. *The Journal of Boromarjonani College of Nursing Suphanburi*; 2019; 2(1): 85-103. (In Thai)
8. Khemkhaeng P, Onkong N, Wongpum M. The study of comparison of Health Literacy and Health Behavior among the risk groups of diabetes and hypertension in urban and rural area, Uttaradit. *Journal of Disease Prevention and Control: DPC.2 Phitsanulok* 2016; 4(1): 27-44. (In Thai)
9. Tooprakai D. Comparative quality of outpatient services between primary care units in suburban areas and urban areas from patients' perspectives. *Thammasat Medical Journal* 2019; 19(Supplement): s77-86. (In Thai). DOI: 10.3390/ijerph17134898
10. Cattaneo A, Nelson A, McMenemy T. Global mapping of urban-rural catchment areas reveals unequal access to services. *Proc Natl Acad Sci* 2021; 118(2): 1-8. DOI: 10.1073/pnas.2011990118
11. Parker K, Horowitz JM, Brown A, Fry R, Cohn D, Igielnik R. What Unites and Divides Urban, Suburban and Rural Communities. Available from: <https://www.pewresearch.org/social-trends/2018/05/22/what-unites-and-divides-urban-suburban-and-rural-communities/>, accessed 20 July, 2022.

12. Parker K, Horowitz JM, Brown A, Fry R, Cohn D, Igielnik R. Demographic and economic trends in urban, suburban and rural communities. Available from: <https://www.pewresearch.org/social-trends/2018/05/22/demographic-and-economic-trends-in-urban-suburban-and-rural-communities/>, accessed 20 July, 2022.
13. Rosner B. *Fundamentals of Biostatistics*. 5th ed. Duxbury: Thomson Learning, 2000.
14. Ministry of Interior, Department of Community Development, Nakhon Ratchasima Provincial Community Development Office, Thailand. The report on the quality of life of people in Nakhon Ratchasima province from basic minimum need data in 2018. Available from: <https://korat.cdd.go.th/bmn>, accessed 5 February, 2021.
15. Silawan T, Kittipichai W, Ponsen K, Kengkanpanich M, Ninkarnjanakun N. The prototype development project for healthy community, capacity building, and evaluation of an integrated healthy Ratchaburi Province. Bangkok: Community Health Department; 2019. (In Thai)
16. Christiansen TB, Lauritsen JM. *EpiData - Comprehensive Data Management and Basic Statistical Analysis System*. Odense Denmark: EpiData Association; 2010.
17. *PASW Statistics for Windows*. Chicago: SPSS Inc; 2009.
18. Aekplakorn W, Puckcharern H, Satheanoppakao W. The 6th Thai National Health Examination Survey 2019-2020. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5425?locale-attribute=en>, accessed 25 August, 2019.
19. Ministry of Digital Economy and Society, National Statistical Office, Thailand. Health statistics. Available from: <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/05.aspx>, accessed 25 August, 2019.
20. Silawan T, Ninkarnjanakun N, Ponsen K, Ouaysawat M. Health threats and risk behaviors of the elderly in the semi-urban communities of Sung Noen District, Nakhon Ratchasima Province: comparison between males and females. *Journal of Health Education* 2019; 42(2): 99-109. (In Thai)
21. Buengpornrat S. A comparative study of mental health problems and quality of life among the elderly in urban and rural communities. *Online Journal for Graduate Study, Faculty of Education, Ramkhamhaeng University* 2560: 1-16 (In Thai)
22. Ministry of Digital Economy and Society, National Statistical Office, Thailand. Demographics, Population, and Housing Statistics. Available from: <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx>, accessed 30 August, 2022.

23. Office of the Prime Minister, Office of the Council of State, Thailand. Tambon Council and Subdistrict Administrative Organization Act, B.E. 2537. Available from: <https://www.ocs.go.th/council-of-state/#/public/doc/VTJGc2RHVmtYMTIkMG5Bdk0vandTcE5zdWYvZnpRVWUzaXRKSllsMGNjYz0%3D>, accessed 28 August, 2022.
24. Office of the Prime Minister, Office of the Council of State, Thailand. Subdistrict Council and Subdistrict Administrative Organization Act (No. 7) B.E. 2562. Available from: http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/A/050/T_0151.PDF, accessed 28 August, 2022.
25. Office of the Prime Minister, Office of the Council of State, Thailand. Change of Sanitation Status to Municipality Act, B.E. 2542. Available from: <https://www.ocs.go.th/council-of-state/#/public/doc/VTJGc2RHVmtYMTIkMG5Bdk0vandTZzdoNDBFNXVnU3BTbIN4enZCS0pLWT0%3D>, accessed 28 August, 2022.
26. Office of the Prime Minister, Office of the Council of State, Thailand. Municipality Act (No. 14) B.E. 2562. Available from: http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/A/050/T_0164.PDF, accessed 28 August, 2022.
27. Haisog S, Pacheun O, Silawan T. Perspective of personnel towards the duties and readiness for health operations of sub-district municipalities, Phayao Province. *Ratchaphruek Journal* 2016; 14(3): 34-41. (In Thai)
28. Uprasit K, Na Chiang Mai N, Chawapong W. Household behavior on solid waste management in Sunpong municipality, Maerim District, Chiangmai Province. *Journal of Graduate Research* 2015; 6(2): 163-71. (In Thai)
29. Lothaisong J, Silawan T, Chansatitporn N, Tantrakarnapa K. Multi-level factors affecting household hazardous waste management in Phutthaisong district Buriram province. *Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health* 2021; 44(1): 26-34. (In Thai)
30. Thongserm S, Thiphom S. Factors Related to Hazardous Waste Management in Meung District Households, Phitsanulok. *EAU Heritage Journal Science and Technology* 2021; 15(1): 99-113. (In Thai)
31. Ministry of Interior, Department of Community Development, Nakhon Ratchasima Provincial Community Development Office, Thailand. The report on the quality of life of people in Nakhon Ratchasima province from basic minimum need data in 2019. Available from: <https://korat.cdd.go.th/bmn>, accessed 25 August, 2022.

32. Ministry of Interior, Department of Community Development, Nakhon Ratchasima Provincial Community Development Office, Thailand. The report on the quality of life of people in Nakhon Ratchasima province from basic minimum need data in 2021. Available from: <https://korat.cdd.go.th/bmn>, accessed 25 August, 2022.
33. Keawkla L. Influence of value affecting horoscope risk behavior in Thai society. *Journal of Buddhist Studies Vanam Dongrak* 2021; 8(1): 131-40. (In Thai)
34. Suparatanakul S, Ayuwat D, Srireucha P. Health Security Promotion Process of Rural Families in Nongbualamphu Province. *KKU Journal for Public Health Research* 2009; 2(2): 1-12. (In Thai)