



รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรม  
การแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข

THE CAUSAL RELATIONSHIP MODEL OF HEALTH EMPOWERMENT AND HEALTH  
LITERACY ON COMMUNITY HEALTH PROBLEM SOLVING BEHAVIOR BY  
PARTICIPATION APPROACH AMONG PUBLIC HEALTH STUDENTS.

กมล อัจฉรี

รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรม  
การแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข



ปริญญานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์  
สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีการศึกษา 2563

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

THE CAUSAL RALATIONSHIP MODEL OF HEALTH EMPOWERMENT AND HEALTH  
LITERACY ON COMMUNITY HEALTH PROBLEM SOLVING BEHAVIOR BY  
PARTICIPATION APPROACH AMONG PUBLIC HEALTH STUDENTS.



A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of DOCTOR OF PHILOSOPHY  
(Applied Behavioral Sc.Research)  
BEHAVIORAL SCIENCE RESEARCH INSTITUTE, Srinakharinwirot University  
2020  
Copyright of Srinakharinwirot University

ปริญญาานิพนธ์

เรื่อง

รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหา  
สุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข

ของ

กมล อัจฉี

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์  
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

คณะกรรมการสอบปากเปล่าปริญญาานิพนธ์

..... ที่ปรึกษาหลัก ..... ประธาน  
(รองศาสตราจารย์ ดร.อังศินันท์ อินทรกำแหง) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิวัฒน์ กิตติพิชัย)

..... ที่ปรึกษาร่วม ..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา ภัทราวิวัฒน์) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นำชัย ศุภฤกษ์ชัยสกุล)

ชื่อเรื่อง	รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข
ผู้วิจัย	กมล อาจดี
ปริญญา	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
ปีการศึกษา	2563
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. อังศิรินทร์ อินทรกำแหง
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กาญจนา ภัทรวิวัฒน์

การวิจัยนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อทดสอบและเปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาปริญญาตรีในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก จำนวน 760 คน ได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วนมาจากสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน จำนวน 380 คน และสาขาวิชาทันตสาธารณสุข จำนวน 380 คน รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ที่มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.87 ถึง 0.97 และใช้การวิเคราะห์สมการโครงสร้างเชิงเส้นด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ผลการวิจัยพบว่า 1) รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ด้วยค่าสถิติที่ยอมรับได้ ( $X^2 = 333.77$ ,  $df = 81$ ,  $RMSEA = .064$ ,  $CFI = 0.99$ ,  $SRMR = .038$ ,  $AGFI = 0.92$ ) ผลการทดสอบเส้นอิทธิพล พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลรวมสูงสุด ได้แก่ การเสริมสร้างพลังที่เป็นแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม ( $TE = .60$ ) และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน ( $TE = .22$ ) ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน ( $DE = 0.55$ ) และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ( $IE = 0.13$ ) โดยปัจจัยทั้งหมดอธิบายความแปรปรวนพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมได้ร้อยละ 48 และ 2) ผลการเปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์ฯ พบว่า ทั้ง 2 สาขาพบมี 4 เส้นอิทธิพลเชิงสาเหตุที่แตกต่างกัน และมีค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมไม่แตกต่างกัน ดังนั้นแนวทางการพัฒนาพฤติกรรมฯ ของนักศึกษาสาธารณสุขควรมีการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ควบคู่กับความรอบรู้ด้านสุขภาพให้เพิ่มสูงขึ้นด้วย

คำสำคัญ : รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ, การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, การแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน, อย่างมีส่วนร่วม

Title	THE CAUSAL RALATIONSHIP MODEL OF HEALTH EMPOWERMENT AND HEALTH LITERACY ON COMMUNITY HEALTH PROBLEM SOLVING BEHAVIOR BY PARTICIPATION APPROACH AMONG PUBLIC HEALTH STUDENTS.
Author	KAMON ARJDEE
Degree	DOCTOR OF PHILOSOPHY
Academic Year	2020
Thesis Advisor	Associate Professor Dr. Ungsinun Intarakamhang
Co Advisor	Assistant Professor Dr. Kanchana Patrawiwat

The purpose of this study was to validate the causal relationship model of community health problem-solving behavior by the participation approach (CHPSB by PA) among students. The sample consisted of 760 undergraduate students and divided into two groups of 380 dental public health students and 380 public health students. Proportion stratified random sampling was used and the data were collected by questionnaires with a Cronbach's alpha of 0.87-0.97 and analyzed with the SEM technique. The results of the research were as follows: (1) the causal model was in harmony with the empirical data and with acceptable statistics ( $\chi^2 = 333.77$ ,  $df = 81$ ,  $RMSEA = .064$ ,  $CFI = 0.99$ ,  $SRMR = .038$ ,  $AGFI = 0.92$ ). The factors which had total effects on CHPSB by PA were social contextual resources ( $TE = .60$ ), and self-efficacy in community health problem-solving ( $TE = .22$ ). Health literacy had a direct effect on self-efficacy ( $DE = .55$ ), and an indirect effect on CHPSB by PA ( $IE = .13$ ). All of the factors accounted for 48% of the variance of CHPSB by PA; (2) in terms of the results of causal model comparison, there were four differences in the paths influencing CHPSB by PA and no differences in the latent variable means between both groups. Therefore, public health students should be promoted for self-efficacy and increased health literacy behavior.

Keyword : Causal relationship model, Health empowerment, Health literacy, Community health problem-solving, Participation approach

## กิตติกรรมประกาศ

ปริญญาานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดีจากความกรุณาอย่างยิ่งของบุคคลหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.อังศิรินทร์ อินทรกำแหง และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา ภัทรวิวัฒน์ คณะกรรมการควบคุมปริญญาานิพนธ์เป็นอย่างสูงที่ให้คำปรึกษาและแนะนำและแนวทางที่มีคุณค่าในการดำเนินการปริญญาานิพนธ์ทุกขั้นตอนจนเสร็จสมบูรณ์ คอยกำกับติดตามให้ความห่วงใยและความช่วยเหลือ ทำให้ผู้วิจัยสามารถปรับปรุงแก้ไขงานวิจัยให้มีความสมบูรณ์เรียบร้อยมากขึ้น รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจให้ผู้วิจัยมีพลังในการทำปริญญาานิพนธ์ต่อไป

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิริณธ์ กิตติพิชัย และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นำชัย ศุภฤกษ์ชัยสกุล ที่กรุณาให้เกียรติเป็นประธานและกรรมการสอบปริญญาานิพนธ์ ที่ได้ให้ความเห็นและคำแนะนำต่าง ๆ อันเป็นประโยชน์ต่อดปริญญาานิพนธ์ฉบับนี้ให้สมบูรณ์มากขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นริศรา พึ่งโพธิ์สม อาจารย์ ดร.จรัล อุ่นจิตติวัฒน์ อาจารย์ ดร.สุदारัตน์ ตันติวิวัฒน์ อาจารย์ ดร.รัศมี สุขนรินทร์ และอาจารย์ ดร.ไพฑูรย์ สอนทน ที่กรุณาสละเวลาอันมีค่าตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยในครั้งนี้ และขอกราบขอบพระคุณผู้ประสานงานของหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณนักศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยทุกท่านที่กรุณาตอบแบบสอบถาม กราบขอบพระคุณคณาจารย์สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ทุกท่านที่อบรมสั่งสอนให้ความรู้ด้านวิชาการด้วยความเมตตาแก่ผู้วิจัย ตลอดจนขอบคุณกำลังใจจากเพื่อนร่วมรุ่นปริญญาเอกและความช่วยเหลือในการอำนวยความสะดวกจากเจ้าหน้าที่ของสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ทุกท่านที่มีให้ตลอด

สุดท้ายผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ที่ให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือทุกท่านตลอดมาในช่วงที่ทำปริญญาานิพนธ์ ขอขอบพระคุณ

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ .....	ช
สารบัญตาราง.....	ฎ
สารบัญรูปภาพ .....	ฐ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง .....	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	8
ความสำคัญของการวิจัย .....	8
ขอบเขตของการวิจัย .....	9
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	13
ส่วนที่ 1 บริบทของสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชนและสาขาวิชาทันตสาธารณสุข .....	13
ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม .....	18
2.1 พฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน .....	18
2.2 การมีส่วนร่วม .....	25
2.3 พฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม .....	29
ความหมายของพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม .....	29
การวัดพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม .....	30
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม .....	31



ส่วนที่ 3 แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรม .....	32
3.1 ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ (Health empowerment theory) .....	32
3.2 โมเดลเชิงเหตุผลเพื่อการวิเคราะห์การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ (A logic model for analyzing studies of health literacy) .....	37
ส่วนที่ 4 ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม .....	40
4.1 แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล กับพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม .....	43
.....	43
ความหมายของแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล .....	43
การวัดแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล.....	46
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล .....	48
4.2 แหล่งทรัพยากรบริบทสังคม กับพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม .....	49
.....	49
ความหมายของแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม .....	49
การวัดแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม.....	52
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม .....	54
4.3 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน กับพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม .....	55
.....	55
ความหมายของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน ..	55
การวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน.....	56
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน .....	57
4.4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน กับพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม .....	58
.....	58
ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ.....	59

การวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ .....	63
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ .....	64
ส่วนที่ 5 สาขาวิชากับพฤติกรรมและการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม .....	67
ส่วนที่ 6 กรอบแนวคิดและแบบจำลองสมมติฐานการวิจัย .....	68
6.1 กรอบแนวคิด .....	68
6.2 นิยามเชิงปฏิบัติการ.....	69
6.3 แบบจำลองสมมติฐานการวิจัย (Hypothesized model) .....	72
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	77
1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง .....	77
1.1 ประชากร .....	77
1.2 กลุ่มตัวอย่าง.....	78
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	80
3. การสร้างและการหาคุณภาพเครื่องมือ .....	92
4. การเก็บรวบรวมข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง .....	94
5. การจัดการทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล .....	94
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	98
ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง .....	99
ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย.....	101
ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐาน .....	114
บทที่ 5 สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	135
สรุปผลการวิจัย.....	137
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	157
บรรณานุกรม .....	162

ภาคผนวก..... 176

ประวัติผู้เขียน..... 224



## สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 การสังเคราะห์องค์ประกอบพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน .....	23
ตาราง 2 เมทริกซ์การประยุกต์ความรู้ด้านสุขภาพ 4 องค์ประกอบกับบริบทเกี่ยวกับสุขภาพ 3 ด้าน .....	61
ตาราง 3 จำนวนนักศึกษาแยกตามชั้นปี ระหว่างสาขาวิชา .....	78
ตาราง 4 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของนักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชนและสาขาทันตสาธารณสุข .....	79
ตาราง 5 สถิติที่ใช้ตรวจสอบความกลมกลืนของรูปแบบตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์และเกณฑ์ที่ใช้พิจารณา .....	93
ตาราง 6 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภูมิภาค .....	100
ตาราง 7 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าร้อยละของสัมประสิทธิ์การกระจาย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ความเบ้ ความโด่ง และค่า P-value ของสถิติทดสอบไค-สแควร์ ของตัวแปรสังเกตที่ศึกษาในกลุ่มรวม จำนวน 760 คน.....	101
ตาราง 8 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าร้อยละของสัมประสิทธิ์การกระจาย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ความเบ้ ความโด่ง และค่า P-value ของสถิติทดสอบไค-สแควร์ ของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน จำนวน 380 คน.....	103
ตาราง 9 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าร้อยละของสัมประสิทธิ์การกระจาย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ความเบ้ ความโด่ง และค่า P-value ของสถิติทดสอบไค-สแควร์ ของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยสาขาวิชาทันตสาธารณสุข จำนวน 380 คน .....	104
ตาราง 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันของตัวแปรสังเกตที่ใช้ในงานวิจัยกลุ่มรวม จำนวน 760 คน .....	106
ตาราง 11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันของตัวแปรสังเกตที่ใช้ในงานวิจัยกลุ่มสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน จำนวน 380 คน .....	109
ตาราง 12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันของตัวแปรสังเกตที่ใช้ในงานวิจัยกลุ่มสาขาวิชาทันตสาธารณสุข จำนวน 380 คน .....	112

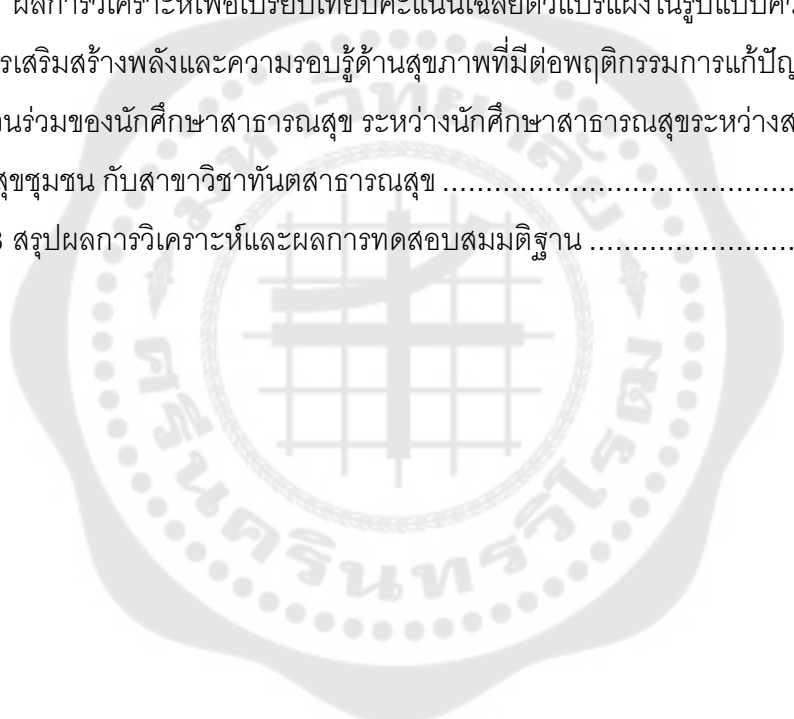
ตาราง 13 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม อิทธิพลรวม ของตัวแปรสาเหตุที่มีต่อ  
ตัวแปรผล และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุยกกำลังสองของตัวแปร ..... 117

ตาราง 14 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและ  
ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษา  
สาธารณสุข ระหว่างสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน กับสาขาวิชาทันตสาธารณสุข..... 123

ตาราง 16 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม อิทธิพลรวม ของตัวแปรสาเหตุที่มีต่อ  
ตัวแปรผล และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุยกกำลังสองของตัวแปร ของนักศึกษาสาธารณสุข  
สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน (ค่านอกวงเล็บ) และทันตสาธารณสุข (ค่าในวงเล็บ)..... 130

ตาราง 17 ผลการวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิง  
สาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน  
อย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข ระหว่างนักศึกษาสาธารณสุขระหว่างสาขาวิชา  
สาธารณสุขชุมชน กับสาขาวิชาทันตสาธารณสุข ..... 133

ตาราง 18 สรุปผลการวิเคราะห์และผลการทดสอบสมมติฐาน ..... 138



## สารบัญรูปภาพ

	หน้า
ภาพประกอบ 1 การมีส่วนร่วมและการเรียนรู้ในกระบวนการพัฒนาชุมชน .....	26
ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดการจัดกระทำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ .....	33
ภาพประกอบ 3 กรอบแนวคิดทางทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ .....	34
ภาพประกอบ 4 โมเดลเชิงเหตุผลเพื่อการวิเคราะห์การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ .....	39
ภาพประกอบ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลและพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม .....	49
ภาพประกอบ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งทรัพยากรบริบทสังคมและพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม .....	55
ภาพประกอบ 7 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนและพฤติกรรม การแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม .....	58
ภาพประกอบ 8 ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม .....	65
ภาพประกอบ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับการรับรู้ความสามารถของ ตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน และพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม .....	67
ภาพประกอบ 10 กรอบแนวคิดการวิจัย .....	69
ภาพประกอบ 11 แบบจำลองสมมติฐาน (Hypothesized model) .....	74
ภาพประกอบ 12 แบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้าน สุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข 116	
ภาพประกอบ 13 รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ มีต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข สาขาวิชา สาธารณสุขชุมชน (ค่านอกวงเล็บ) และทันตสาธารณสุข (ค่าในวงเล็บ) .....	129
ภาพประกอบ 14 สมมติฐานที่ 1.1 และผลวิจัยที่พบ .....	141
ภาพประกอบ 15 สมมติฐานที่ 1.2 และผลวิจัยที่พบ .....	142

ภาพประกอบ 16 สมมติฐานที่ 1.3 และผลวิจัยที่พบ .....	143
ภาพประกอบ 17 สมมติฐานที่ 1.4 และผลวิจัยที่พบ .....	145
ภาพประกอบ 18 สมมติฐานที่ 1.5 และ 1.6 และผลวิจัยที่พบ .....	146
ภาพประกอบ 19 ผลวิจัยที่พบ .....	148
ภาพประกอบ 20 ผลวิจัยที่พบ .....	149



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ภูมิหลัง

องค์การอนามัยโลก (WHO) ให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน (Strengthen community actions) เป็นการสนับสนุนให้ชุมชนพึ่งตนเองได้ โดยกำหนดเป็น 1 ใน 5 องค์ประกอบของการส่งเสริมสุขภาพที่ระบุไว้ในกฎบัตรอตตาวา ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อการสร้างสุขภาพของประชากรโลก (World Health Organization, 1986) แต่ในสองทศวรรษข้างหน้า โลกจะเผชิญกับการเปลี่ยนผ่าน ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนผ่านด้านระบาดวิทยา (Epidemiological transition) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร (Demographical transition) นอกจากนี้ปัจจุบันวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับสถานการณ์ภาวะโรค ทั้งนี้ร้อยละ 20 – 25 ของประเทศที่กำลังพัฒนาได้เผชิญกับปัญหาที่เพิ่มขึ้นโดยต้องแบกรับภาระโรคสามรูปแบบพร้อมกัน ในเวลาเดียวกัน (Triple burden of diseases) ได้แก่ 1) โรคติดต่อ โรคติดเชื้ 2) โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และปัญหาสังคม และ 3) อุบัติเหตุ (World Health Organization, 2011) ปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและอุบัติเหตุมีหลายปัจจัย โดยสภาพสังคมจะกำหนดสุขภาพชุมชน เช่น พฤติกรรม การพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม กฎหมาย วัฒนธรรม วิถีชีวิต ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเกิดโรคซึ่งในอดีตประชาชนเกิดโรคติดเชื้ การจัดการบริการสาธารณสุขจึงเป็นการลดการเกิดโรคเป็นหน้าที่ของผู้ให้บริการสุขภาพ ประชาชนเป็นเพียงผู้รับบริการแสดงบทบาทเป็นผู้รับ (Passive)

รูปแบบการเกิดโรคเปลี่ยนแปลงที่มีการเพิ่มขึ้นของอัตราการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและอุบัติเหตุ หน้าที่ของผู้ให้บริการสุขภาพได้เปลี่ยนเป็นผู้ให้การสนับสนุนสุขภาพ การดูแลสุขภาพเป็นหน้าที่ของประชาชนทุกคน ประชาชนจึงแสดงบทบาทเชิงรุก (Active) ด้วยการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชน สุขภาพชุมชนเป็นการมองสุขภาพของทุกคนหรือประชากรของชุมชนโดยรวม โดยมีการตรวจสอบใน 3 ด้าน ได้แก่ 1) สภาวะคือการวัดสุขภาพของคนในชุมชนทางด้านกายภาพ อารมณ์ และสังคม 2) โครงสร้างของชุมชน คือการให้บริการสุขภาพหรือแหล่งประโยชน์ที่ช่วยในการดูแลสุขภาพในชุมชน และ 3) กระบวนการ คือการทำหน้าที่ของชุมชนในการช่วยกันแก้ไขปัญหา เพื่อส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพะด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของทุกคน (กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม, 2559) การแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนต้องใช้กระบวนการในการดูแลสุขภาพชุมชน ซึ่งเป็นวิธีการศึกษาภาวะสุขภาพและความต้องการของประชาชนเพื่อแก้ปัญหาพร้อมกับชุมชน และต้องมีกระบวนการประเมินปัญหาสุขภาพชุมชนที่



ชัดเจนและสอดคล้องกับสภาพจริง ใช้เครื่องมือหลายอย่างประกอบ อาทิ การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม เป็นต้น และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของชุมชน วางแผนเพื่อแก้ไขปัญหา ดำเนินการตามแผนร่วมกับชุมชนและประเมินผลการปฏิบัติงานร่วมกันเพื่อปรับปรุงรูปแบบการทำงานเพื่อสร้างสุขภาพในชุมชนต่อไป ระบบบริการสุขภาพจึงได้มุ่งเน้นงานสร้างเสริมและป้องกันโรคมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของคณะทำงานจัดทำแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคน ที่ได้กำหนดยุทธศาสตร์แผนการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพปี 2560 – 2564 ให้ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว (กระทรวงสาธารณสุข, 2560) บุคลากรสุขภาพที่จะดำเนินงานนี้ จึงเป็นบุคลากรสุขภาพที่ทำงานในพื้นที่ระดับชุมชน ทั้งนักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานทันตภิบาล คุณลักษณะขีดความสามารถของบุคลากรสุขภาพเหล่านี้ ควรมีความสอดคล้องกับระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป (กฤษดา แสงดี และคณะ, 2560)

การแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมมีความสำคัญ เนื่องจากเป็นการพัฒนาศักยภาพและความสามารถของชุมชนให้พื้นฐานในการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพโดยมีเป้าหมายให้ชุมชนมีสุขภาพะ คือ ภาวะของบุคคลทางกาย จิต ปัญญา และสังคมที่สมบูรณ์ มีความจำเป็นอย่างยิ่งในภาวะเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่มีความเป็นพลวัตสูง การเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในการดูแลตนเองของชุมชนให้พึ่งตนเองได้ตามบริบทที่เกี่ยวข้อง จนเกิดสุขภาพะที่ดี ซึ่งมีความแตกต่างจากการบริการสุขภาพเฉพาะบุคคลหรือเฉพาะกลุ่มบุคคล ทั้งนี้เพราะมีสภาพบริบทในชุมชนปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานหลายปัจจัย เช่น ปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรม ประเพณี ค่านิยมของชุมชน เป็นต้น ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขในชุมชนต้องมีความรู้เรื่องลักษณะของชุมชนและลักษณะบุคคลในชุมชน เพื่อสามารถกำหนดการทำงานชุมชน ซึ่งมีรูปแบบการดำเนินงานที่ไม่เหมือนกันในแต่ละชุมชน (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2548) ประกอบกับกระบวนการมีส่วนร่วม เป็นหัวใจสำคัญของการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนในทุกระดับ ไข่มติของภาคประชาชนในการแก้ปัญหาร่วมกัน ก่อให้เกิดพลังของทุกฝ่ายในการร่วมกันคิด ร่วมกันทำและร่วมกันรับผิดชอบต่อความสำเร็จที่ได้ทำงานร่วมกัน อันนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพภายในชุมชน (ปารีชาติ วลัยเสถียร และคณะ, 2546) ส่งผลประโยชน์ในการจัดการสร้างเสริมสุขภาพะชุมชนตนเอง ก่อให้เกิดกำลังแรงใจและปัญญาในการทำงานเกิดประโยชน์สุขที่เป็นธรรมให้กับชุมชนและผลของความยั่งยืนในที่สุด(ระพีพัฒน์ ศรีมาลา และคณะ, 2561; อภาพร เผ่าวัฒนา และคณะ, 2561) ดังนั้นหากบุคลากรสาธารณสุขมีศักยภาพในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของชุมชน ย่อมเป็นแนวทางหนึ่งในการพัฒนาระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผล (รัตนานิกิต รัชตะววรรณ และคณะ, 2561) ปัจจุบันได้มีการออกกฎหมายว่าด้วย

วิชาชีพสาธารณสุขชุมชน ซึ่งพระราชบัญญัติวิชาชีพฉบับนี้มีแนวคิดเรื่องอัตลักษณ์ (Identity) มาตรฐานวิชาชีพและจรรยาบรรณ ใ้ว่า บุคลากรสาธารณสุขต้องเชี่ยวชาญในเรื่องสุขภาพชุมชน เป็นคุณลักษณะเฉพาะของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในชุมชน ด้วยการทำงานที่เน้นชุมชนเป็นฐาน (Community based skill) (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2554)

ถึงแม้ผู้เรียนจะจบการศึกษาไปเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุข บัณฑิตหลายคนไม่ได้ทำงานที่เกี่ยวข้องกับชุมชนโดยตรง แต่องค์ความรู้พื้นฐานที่ต้องมี คือ ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจต่อผู้อื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อประชาชนเหล่านั้นเป็นผู้รับบริการ การเรียนการสอนเพื่อให้นักศึกษาสาธารณสุขเข้าใจในเรื่องราวเหล่านี้จึงเป็นความท้าทายของหลักสูตร แต่ปัญหาที่สำคัญที่พบจากการศึกษาของ (วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์, 2550) บัณฑิตจบใหม่ ที่ยังไม่มีประสบการณ์ทำงาน มักขาดความสามารถในการสื่อสาร ขาดความมั่นใจและไม่กล้าตัดสินใจในการทำงาน ความสามารถในการประยุกต์ใช้ความรู้ในการแก้ไขปัญหาชุมชนยังมีน้อย ขาดความตื่นตัวที่จะติดต่อบุคคลและสิ่งแวดล้อม ขาดการวิเคราะห์ความเหมาะสมของการทำงานตามบริบทหรือสถานการณ์ เห็นผลเชิงประจักษ์ได้ จากการศึกษาของ (กิตติพัทธ์ เอี่ยมมรود และพิมพ์ญ เจนอักษร, 2555) ที่ศึกษาสมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุข ผลการประเมินสมรรถนะรวมของนักวิชาการสาธารณสุขมีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง พิจารณาด้ว การวิเคราะห์และการวางแผนแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุข พบว่ามีสมรรถนะต่ำ สอดคล้องกับผลการเรียนการสอนในการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขของนักศึกษาสาธารณสุข มหาวิทยาลัยนเรศวร ในช่วง 2 ปีการศึกษาที่ผ่านมาตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 – 2555 นักศึกษามีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเฉลี่ยร้อยละ 68 และ 51 ตามลำดับ ถือได้ว่าอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำ และจากการศึกษาของกฤษดา แสงดี และคณะ (2560) ได้ศึกษาทิศทางการผลิตกำลังคนสาขาทันตสาธารณสุข และสาขาเทคนิคเภสัชกรรมพบว่า คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของกำลังคนด้านสุขภาพ ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบการผลิตของวิทยาลัยฯ ผู้บริหารระดับส่วนภูมิภาค ผู้ร่วมงาน อาจารย์ผู้สอน และความคิดเห็นของประชาชนผู้มารับบริการส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าควรสร้างคุณลักษณะที่พึงประสงค์ คือ มีความสามารถในการวินิจฉัยชุมชน เข้าถึงความต้องการของชุมชน ทำงานร่วมกับชุมชน มีการทำงานในเชิงรุก และผลการวิจัยของภาควิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี (2558) พบว่า การประเมินจากผู้ให้บัณฑิตอยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำกว่าร้อยละ 50 ด้านใ้รู้(ความรู้ในการปฏิบัติงานร้อยละ 30.8-33.3 การพัฒนาตนเองร้อยละ 41) ด้านจิตบริการ (ทักษะในการปฏิบัติงานร้อยละ 38.5) ด้านวินัย (ความร่วมมือ ความสามัคคีร้อยละ 41.0-43.6) และที่ผ่านมา

นักสาธารณสุขส่วนใหญ่มักมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับแนวคิดการมีส่วนร่วมโดยคิดว่าเป็นเพียงการให้โอกาสกับประชาชนในการเข้าร่วมกิจกรรม/ผ่านเวทีประชาพิจารณ์เท่านั้น แต่ในความหมายที่แท้จริงแล้วกลับมีความลุ่มลึกและท้าทายกว่านั้นมาก (ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ, 2546; จุฑารัตน์ ชมพันธุ์, 2555) ซึ่งส่งผลให้การมีส่วนร่วมของประชาชนไม่ประสบความสำเร็จ และเกิดข้อขัดแย้งในการพัฒนาสังคมไทย ซึ่งปัญหาต่างๆ เหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่ต้องเข้าใจและหาทางแก้ไข เพราะปัญหาต่างๆ เหล่านี้จะส่งผลต่อพฤติกรรมแก้ปัญห สุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุขที่จะจบออกไปเป็นบุคลากรสาธารณสุขต่อไปในอนาคต และกล่าวกันว่าโลกในศตวรรษที่ 21 ระบบสุขภาพชุมชนจะกลายเป็นเครื่องมือสำคัญในระบบรากฐานสังคม และสุขภาพเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาทั้งหมด

การพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขให้มีคุณภาพจะช่วยวางรากฐานให้กับสังคม (คณะพยาบาลศาสตร์ และ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2557) ซึ่งพฤติกรรมแก้ปัญห สุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ผู้วิจัยได้อธิบายโดยประยุกต์ใช้ 2 ทฤษฎีหลัก ได้แก่ 1) ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ (Shearer, 2009; Shearer & Fleury & Belyea, 2010) ที่อธิบายถึงการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพเป็นกระบวนการร่วมกันระหว่างปัจเจกจิตสังคมที่ (Shearer, 2009) เรียกว่าแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล (Personal resources) และแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม (Social resources) ซึ่งส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health outcomes) ได้แก่ สุขภาวะชุมชน (Community well-being) โดยส่งผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชน (Purposeful participation) ได้แก่ พฤติกรรมแก้ปัญห สุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม และ 2) โมเดลตามเหตุผลเพื่อการวิเคราะห์ในการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Berkman, 2011) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพคือ สุขภาวะ (Well-being) โดยผ่านผลลัพธ์คั่นกลาง ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นต้น ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ (Shearer, 2009; Shearer & Fleury & Belyea, 2010) จะช่วยสร้างความสามารถและพัฒนาศักยภาพของบุคคล ชุมชน โดยเฉพาะบทบาทของนักสาธารณสุขในการเสริมพลังด้านสุขภาพ เป็นการสร้างเสริมพลังใจให้บุคคล ชุมชนเข้าใจ และเห็นความสำคัญของการดูแลเอาใจใส่เรื่องสุขภาพ และมุ่งสร้างเสริมสุขภาพที่ดีด้วย (กุนนที พุ่มสงวน, 2558) นักสาธารณสุขจำเป็นต้องสร้างแรงจูงใจให้ชุมชนมองเห็นคุณค่าของตนเองด้วยการมีสัมพันธภาพที่ดี ทำให้ชุมชนไว้วางใจ ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และเสริมพลังให้เชื่อมั่นในการดูแลตนเอง และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ซึ่งจากการศึกษางานวิจัยส่วนใหญ่ด้านการแก้ปัญห สุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม มักจะใช้แนวคิดด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติงานของบุคลากรสุขภาพ

เช่น งานวิจัยของ Sulaeman et al (2017) พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจในชุมชนส่งผลต่อความสามารถในการแก้ปัญหาสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับข้อค้นพบของ กุลชญา ลอยหา และคณะ (2560) ศึกษาการเสริมสร้างศักยภาพบทบาทของนักจัดการสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม) จังหวัดอุบลราชธานี เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมที่ประยุกต์แนวคิดที่จะกระตุ้นการแสดงศักยภาพในบทบาทของการเป็นนักจัดการสุขภาพ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมหักล้าง มีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้าน/ตำบลจัดการสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ (Health empowerment theory) เป็นทฤษฎีหลักในการอธิบายรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมในกลุ่มนักศึกษาสาธารณสุข เนื่องจากผู้วิจัยพิจารณาความสำคัญของแนวคิดการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพถือเป็นกลไกสำคัญประการหนึ่งที่จะผลักดัน “สร้าง” นำ “ซ่อม” ไปสู่การปฏิบัติให้เกิดผลที่เป็นรูปธรรม เพราะการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพเป็นกระบวนการวิธีที่จะให้กลุ่มเป้าหมายสามารถดึงศักยภาพที่มีอยู่ภายในตนมาใช้ในการดูแลและพัฒนาสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน เพื่อป้องกันการเกิดโรคจากการใช้ชีวิตที่ไม่คำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพของตนเองและสังคม(อมร สุวรรณนิมิต, 2553) เป็นแนวคิดแบบพลวัต เป็นปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social interaction to social engagement) ที่มีการแลกเปลี่ยนระหว่างผู้สร้างพลัง (Empowers) และผู้รับการสร้างพลัง (Empowered) กระตุ้นให้ชุมชนเห็นศักยภาพ (Capacity) ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) รับผิดชอบต่อสังคม (Self of control) และมีอิสระในการตัดสินใจเลือกที่จะดูแลตนเอง (Self-determination) นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาต่อยอดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพด้วยแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เมื่อต้องการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ เพื่อให้นักศึกษาเกิดพฤติกรรมการแก้ปัญหาทางด้านสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม แต่หากขาดความรู้และทักษะทางด้านสุขภาพก็จะทำให้นักศึกษาไม่สามารถแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมนั้นๆ ได้ ดังนั้น จึงควรพิจารณาตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพด้วยเช่นกัน เนื่องจากมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุน เช่น การศึกษาของ Berkman (2011) ได้วิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดที่ได้มาจากการสังเคราะห์และผสมผสานหลายทฤษฎีของประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งได้นำเสนอโมเดลเชิงเหตุผลเพื่อการวิเคราะห์การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ (A Logic model for analyzing

studies of health literacy) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรม เนื่องจากเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ส่งผลต่อเจตนาในการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ได้ และจากเวทีการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 9 พ.ศ.2559 มีประเด็นสำคัญที่ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถช่วยสนับสนุนการทำงานด้านสุขภาพ และการดูแลสุขภาพของประชาชนได้ ผู้ให้บริการที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะสามารถสื่อสารแนวทางให้ประชาชนปฏิบัติได้จริงรวมทั้งสามารถเสริมสร้างพลังอำนาจของประชาชน (วัชรพร เทยสุวรรณ, 2560; อภิญา อินทรรัตน์, 2557; Coleman, 2012) สอดคล้องกับการศึกษาของการศึกษาของอัญชลี จันทรินทรากกร (2557) พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค ใช้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นตัวแปรที่น่าสนใจในครั้งนี้นี้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำตัวแปรทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ตัวแปรความรอบรู้ด้านสุขภาพ และตัวแปรการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพชุมชน ใช้ในการศึกษาเพิ่มเพื่ออธิบาย และทำนายพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร เป็นสถาบันการศึกษาในระดับอุดมศึกษาของกระทรวงสาธารณสุข ที่มุ่งผลิตและพัฒนานักศึกษาให้เป็นบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพเพื่อตอบสนองความต้องการระบบบริการสุขภาพของประเทศ ในด้านระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และปัจจุบันสถานการณ์ต่างๆ ในประเทศได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะการปฏิรูปการศึกษาที่เน้นการจัดการเรียนการสอนที่หลากหลาย ยึดผู้เรียนเป็นสำคัญ ให้ผู้เรียนได้แสวงหาความรู้ด้วยตนเอง เพื่อการเรียนรู้ต่อเนื่องตลอดชีวิต ซึ่งนักศึกษาที่สำเร็จการศึกษาไปเป็นผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขชุมชน ในพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศ จึงถูกคาดหวังจากชุมชนให้เป็นผู้ที่มีคุณภาพ มีจิตวิญญาณในการให้บริการสุขภาพในชุมชนอย่างมืออาชีพ ต้องมีความรู้ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้วิทยาการที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานในชุมชน เพื่อให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนทุกระดับ ที่สอดคล้องกับธรรมชาติของมนุษย์ ชุมชน และสังคมแบบองค์รวม ตามปรัชญาของหลักสูตร (สถาบันพระบรมราชชนก, 2550) ที่มุ่งผลิตบัณฑิตสาธารณสุขศาสตร์ ที่มีความรู้ความเข้าใจในศาสตร์ สามารถคิดวิเคราะห์แก้ปัญหาชุมชน สามารถทำงานเป็นทีม มีคุณธรรม จริยธรรม จิตสาธารณะ เป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ ใฝ่รู้และพัฒนาตนเอง และปรับตัวอยู่ในสังคม และตามปรัชญาหลักสูตรของสถาบันพระบรมราชชนกดังกล่าวนี้จึงได้บรรจุเนื้อหาวิชาในหมวดวิชาชีพที่จะทำให้นักศึกษาเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขชุมชนในชุมชนได้เป็นอย่างดี ซึ่งในหมวดวิชาชีพจะบรรจุรายวิชาที่สำคัญ เช่น การจัดการสุขภาพ



ชุมชน การศึกษาเฉพาะทางด้านสาธารณสุข การแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุข เป็นต้น โดยเฉพาะวิชาการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุข ซึ่งเปรียบเสมือนเป็นหัวใจของนักสาธารณสุข การที่นักศึกษาจะสำเร็จไปปฏิบัติงานสาธารณสุขในชุมชนได้เป็นอย่างดีนั้น นักศึกษาจำเป็นต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ในเรื่องของชุมชน การเตรียมชุมชน การศึกษาชุมชน การวินิจฉัยชุมชน การจัดทำแผนงานโครงการเพื่อแก้ปัญหาและส่งเสริมสุขภาพชุมชน รวมทั้งการประเมินผลการปฏิบัติงานในชุมชน (สมใจ วินิจกุล, 2552) จากสภาพการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสังคม และจากการศึกษาบทบาทวิชาชีพสาธารณสุขตามข้อเท็จจริง พบว่ายังคงมีปัญหาคือต้องการการพัฒนาผนวกกับความคาดหวังของสังคมต่อผลผลิตของบัณฑิตที่จะจบออกไปจากสถาบันการศึกษาของวิทยาลัยที่จะต้องเป็นบัณฑิตที่มีคุณภาพสามารถแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนร่วมกับเครือข่ายชุมชนได้ ดังนั้นอาจารย์ผู้สอนจึงควรรู้สาเหตุหรือปัจจัยสนับสนุนพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษา เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาคุณลักษณะและพฤติกรรมการเรียนรู้ในการแก้ปัญหาสุขภาพของนักศึกษาสาธารณสุขต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมจึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะตรวจสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมในกลุ่มประชากร 2 กลุ่ม คือ นักศึกษาสาธารณสุขสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชนและสาขาวิชาทันตสาธารณสุข เพราะนักศึกษาทั้งสองกลุ่มจะมีความแตกต่างกันทางด้านสมรรถนะในการทำงานในชุมชน กล่าวคือ สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน จะเน้นสุขภาพชุมชนมากกว่าสาขาวิชาทันตสาธารณสุข ที่เน้นการบริการสุขภาพอนามัยช่องปากเป็นรายบุคคล จึงมีความเป็นไปได้ที่นักศึกษาทันตสาธารณสุขจะให้ความสำคัญกับสุขภาพชุมชนน้อยกว่า และนอกจากนี้ สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ยังเน้นประเด็นเกี่ยวกับการส่งเสริมให้ประชาชนมีการดูแลสุขภาพตนเอง ป้องกันโรค ควบคุมโรค พร้อมตรวจประเมินและบำบัดโรคเบื้องต้น ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน นั้นจะทำให้ศึกษากลุ่มสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชนมีพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมมากกว่านักศึกษามีส่วนร่วมทันตสาธารณสุข แต่ในความเป็นจริงสมรรถนะของนักศึกษาทั้งสองหลักสูตรควรจะมีรู้ความสามารถไม่แตกต่างกัน เนื่องจากเมื่อปฏิบัติงานจะมีตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเหมือนกัน ผู้วิจัยจึงสนใจว่ามีปัจจัยใดบ้างที่ทำให้พฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาทั้ง 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกัน โดยการศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างกลุ่มนักศึกษาสาธารณสุขสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชนและสาขาวิชาทันตสาธารณสุข ซึ่งอาจทำให้พบผลการวิจัยที่จะนำไปสู่การกำหนดคุณลักษณะของ

บัณฑิตที่พึงประสงค์ ตามอัตลักษณ์ของแต่ละสาขาในหลักสูตร และผลงานวิจัยครั้งนี้ต้องการตรวจสอบว่าทรัพยากรส่วนบุคคล ทรัพยากรทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนจะสามารถอธิบายพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมได้หรือไม่ และสร้างแบบจำลองความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้น เพื่ออธิบายพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม จะมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ของนักศึกษาสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุข หรือไม่ โดยให้ความสำคัญกับตัวแปรสาเหตุของพฤติกรรมทั้งปัจจัยทางจิต และปัจจัยทางสังคมไปพร้อมๆ กัน และเลือกใช้โมเดลสมการโครงสร้าง (Structural equation model : SEM) ในการศึกษาวิเคราะห์ในครั้งนี้

### ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อทดสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข
2. เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุขระหว่างสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน กับสาขาวิชาทันตสาธารณสุข

### ความสำคัญของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาทางพฤติกรรมศาสตร์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาคาดว่าจะก่อให้เกิดคุณค่าดังนี้

#### 1. ความสำคัญในเชิงทฤษฎี

ได้ข้อค้นพบในการอธิบายพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข จากแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ร่วมกับโมเดลตามเหตุผลเพื่อการวิเคราะห์ในการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อต่อยอดแนวคิดทฤษฎีการเสริมพลังทางสุขภาพให้เกิดประโยชน์ต่องานวิชาการของสถาบันอุดมศึกษา และหน่วยงานสาธารณสุขยิ่งขึ้นต่อไป

#### 2. ความสำคัญในเชิงปฏิบัติ

2.1 เป็นแนวทางให้สถาบันการศึกษอุดมศึกษาในการพัฒนาหลักสูตรยกระดับคุณภาพการเรียนการสอนในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษา และให้วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร นำไปใช้วางแผนพัฒนาพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน

อย่างมีส่วนร่วมของผู้เรียนให้มีความเหมาะสมกับการทำงานในสภาพปัจจุบัน และเป็นเครื่องมือในการแก้ปัญหาสาธารณสุขในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 ให้ผู้สอนด้านสาธารณสุขชุมชนนำความรู้ที่ได้จากการวิจัยไปใช้ออกแบบกิจกรรม โดยการใช้ข้อมูลความจริงจากกระบวนการสังเกตตั้งประเด็นคำถามจากแหล่งเรียนรู้ชุมชน เชื่อมโยงไปสู่สาระการเรียนรู้รายวิชา และสอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาของกระทรวงสาธารณสุขที่จะเร่งผลิตบุคลากรด้านสุขภาพรุ่นใหม่ ให้มีจิตวิญญาณในการให้บริการสุขภาพในชุมชนอย่างมืออาชีพ ที่เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์อย่างเท่าเทียม

### ขอบเขตของการวิจัย

ประชากร คือ นักศึกษาปริญญาตรี ชั้นปีที่ 3-4 ที่กำลังศึกษาในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิตจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ที่เปิดหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาสาธารณสุขชุมชนและสาขาทันตสาธารณสุข ซึ่งมีจำนวน 7 แห่ง ได้แก่ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก, จังหวัดขอนแก่น, จังหวัดอุบลราชธานี, จังหวัดชลบุรี, จังหวัดสุพรรณบุรี, จังหวัดยะลา และ จังหวัดตรัง รวมจำนวนทั้งสิ้น 1,074 คน (ข้อมูล ณ เดือนเมษายน พ.ศ.2562, กลุ่มเทคโนโลยีสารสนเทศ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข)

#### กลุ่มตัวอย่าง

ทั้งนี้ในการวิเคราะห์รูปแบบสมการเชิงโครงสร้างแบบมีตัวแปรแฝง (Structural equation model with latent variable) มีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างให้เหมาะสมกับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล หากเลือกใช้วิธีการประมาณค่าแบบแมกซ์ลิคูด (Maximum Likelihood) ซึ่งเป็นวิธีการประมาณค่าพารามิเตอร์ที่มีประสิทธิภาพ คงเส้นคงวา เป็นอิสระจากมาตรวัด (Bollen, 1989) จำเป็นต้องมีกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ ทำให้การประมาณค่าพารามิเตอร์ของประชากรมีความคงเส้นคงวาแม้ว่าการแจกแจงของตัวแปรจะไม่เป็นโค้งปกติหลายตัวแปรก็ตาม (Multivariate normal distribution) (Bollen, 1989) หรือเกณฑ์การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอในการวิเคราะห์สมการเชิงโครงสร้างควรมีขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 10-20 คน ต่อตัวแปรสังเกต 1 ตัวแปร (Schumacker, 2004) ในการศึกษาครั้งนี้นอกจากจะทำกรวิเคราะห์รูปแบบสมการโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุแล้วยังทำการวิเคราะห์ในลักษณะของ Multiple-group เพื่อดูการไม่แปรเปลี่ยนของแบบจำลองเมื่อนำไปใช้อธิบายปรากฏการณ์ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะแตกต่างกันการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามข้อเสนอของ Kenny (2011) และ Comrey & Lee (1992); Velicer &



Fava (1998) โดย Kenny (2011) กล่าวว่าในการวิเคราะห์แบบจำลองเชิงสาเหตุในลักษณะของ Multiple-group ควรจะมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม อย่างน้อยกลุ่มละ 200 คน และคำแนะนำของ Comrey & Lee (1992); Velicer & Fava (1998) กล่าวว่า หากต้องการความมั่นใจในการทดสอบมากขึ้นควรใช้กลุ่มตัวอย่าง 300 หน่วยขึ้นไปถือว่าดี (as a good) ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 760 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มนักศึกษาสาขาสาธารณสุขชุมชน จำนวน 380 คน และกลุ่มนักศึกษาสาขาทันตสาธารณสุข จำนวน 380 คน ซึ่งเป็นขนาดที่มากพอที่จะทำให้มีความเชื่อมั่นในผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วนของประชากรในวิทยาลัยฯ 7 แห่ง (Stratified random sampling) พร้อมกำหนดตามกลุ่มหลักสูตร เท่าๆ กัน กลุ่มละ 380 คน และทำการสุ่มตามสัดส่วนของประชากรระหว่าง ประชากรต่อหน่วยตัวอย่างเท่ากับ 1 : 0.7 ในแต่ละวิทยาลัยจนครบจำนวนกลุ่มละ 380 คน รวม 760 คน

### ตัวแปรที่ศึกษา

การกำหนดตัวแปรที่ศึกษา ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ 2 ทฤษฎีได้แก่ 1) ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ (Shearer, 2009; Shearer et al, 2010) ที่อธิบายถึงการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพเป็นกระบวนการร่วมกันระหว่างปัจจัยจิตสังคมที่ (Shearer, 2009) เรียกว่าแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล (Personal resources) และแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม (Social resources) ซึ่งส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health outcomes) ได้แก่ สุขภาวะชุมชน (Community well-being) โดยส่งผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชน (Purposeful participation) ได้แก่ พฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม และ 2) โมเดลตามเหตุผลเพื่อการวิเคราะห์ในการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Berkman, 2011) ที่อธิบายว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพคือ สุขภาวะ (Well-being) โดยผ่านผลลัพธ์คั่นกลาง ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน เป็นต้นโดยมีตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย

## 1. ตัวแปรแฝงภายนอก ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่

### 1.1 กลุ่มตัวแปรด้านปัจจัยทางจิต ประกอบด้วย

1.1.1 แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล วัดจากตัวแปรสังเกต 3 ตัว ได้แก่ ความเจริญงอกงามในตน, การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต และการยอมรับตนเอง

1.1.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ วัดจากตัวแปรสังเกต 4 ตัว ได้แก่ ด้านการเข้าถึง, ด้านการเข้าใจ, ด้านการประเมิน และด้านการประยุกต์ใช้

## 1.2 กลุ่มตัวแปรด้านปัจจัยทางสังคม ประกอบด้วย

1.2.1 แหล่งทรัพยากรบริบทสังคม วัดจากตัวแปรสังเกต 2 ตัว ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และแหล่งบริการทางสังคม

## 2. ตัวแปรแฝงภายใน ประกอบด้วย

### 2.1 ตัวแปรคั่นกลาง ได้แก่

2.1.1 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน วัดจากตัวแปรสังเกต 3 ตัว ได้แก่ ด้านการตัดสินใจ, ด้านการปฏิบัติการ และด้านการประเมินผล

### 2.2 ตัวแปรผล ได้แก่

2.2.1 พฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม วัดจากตัวแปรสังเกต 3 ตัว ได้แก่ การตัดสินใจอย่างมีส่วนร่วม การปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม และการประเมินผลอย่างมีส่วนร่วม

## 3. ตัวแปรแบ่งกลุ่มหลักสูตรของนักศึกษา แบ่งออกเป็น

3.1 กลุ่มนักศึกษาสาธารณสุข สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน

3.2 กลุ่มนักศึกษาสาธารณสุข สาขาวิชาทันตสาธารณสุข

## นิยามศัพท์เฉพาะ

1. นักศึกษาสาธารณสุข หมายถึง ผู้ที่กำลังศึกษาอยู่ในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิตของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งแบ่งนักศึกษาสาธารณสุขออกเป็น 2 สาขาวิชา ได้แก่

1.1 นักศึกษาสาธารณสุขสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน หมายถึง ผู้ที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ระดับชั้นปีที่ 3 – 4 ในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ที่มีการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาด้านการสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ และส่งเสริมให้มีศักยภาพในการทำวิจัยและบริการวิชาการ โดยมีกิจกรรมการวิจัย การบริการวิชาการแก่ชุมชนและการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมร่วมกับชุมชน โดยคำนึงถึงสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของประชาชนระดับท้องถิ่นและประเทศ

1.2 นักศึกษาสาธารณสุขสาขาวิชาทันตสาธารณสุข หมายถึง ผู้ที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ระดับชั้นปีที่ 3 – 4 ในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ที่มีการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาด้านการสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ และส่งเสริมให้มีศักยภาพในการจัดการสุขภาพช่องปากและสุขภาพชุมชน

วางแผนแก้ไขปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขเชิงรุก ภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยชุมชนมีส่วนร่วม

2. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก หมายถึง สถานศึกษาที่ทำการผลิตบุคลากรด้านสุขภาพให้แก่ระบบบริการสุขภาพทั่วประเทศ เปิดสอน หลักสูตรปริญญาตรี 3 หลักสูตร และหลักสูตรประกาศนียบัตร 2 หลักสูตร เป็นหน่วยงานในสังกัดของสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรในสังกัดทั้งหมด 7 แห่ง ได้แก่ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดพิษณุโลก, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดอุบลราชธานี, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดชลบุรี, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดสุพรรณบุรี, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดยะลา และวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดตรัง



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาถึงรูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุด้านการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข ผู้วิจัยจึงขอเสนอการประมวลเอกสาร แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับ เพื่อกำหนดเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังหัวข้อต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 บริบทของสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชนและสาขาวิชาทันตสาธารณสุข

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ความหมาย การวัด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 3 แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรม

3.1 ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ

3.2 โมเดลเชิงเหตุผลเพื่อการวิเคราะห์การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

4.1 แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล กับพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

4.2 แหล่งทรัพยากรบริบทสังคม กับพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

4.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนกับพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

4.4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนกับพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

ส่วนที่ 5 สาขาวิชาทันตสาธารณสุขกับพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

ส่วนที่ 6 กรอบแนวคิดการวิจัยและแบบจำลองสมมติฐานการวิจัย

#### ส่วนที่ 1 บริบทของสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชนและสาขาวิชาทันตสาธารณสุข

สถาบันพระบรมราชชนกเป็นองค์กรหลักในการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ โดยผลิตบุคลากรประมาณร้อยละ 35 ของการผลิตทั้งประเทศ มีวิทยาลัยในสังกัด 40 แห่ง ประกอบด้วยวิทยาลัยพยาบาล 30 แห่ง วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร 7 แห่ง วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และการสาธารณสุขกาญจนาภิเษก และวิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัย

ญเบศร์ อย่างละ 1 แห่ง เปิดสอน 9 หลักสูตร ในระดับปริญญาตรีและประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง โดยฝึกภาคปฏิบัติที่โรงพยาบาลในสังกัดฯ และกลับไปทำงานในพื้นที่ ปัจจุบันมีผู้สำเร็จการศึกษาแล้วกว่า 175,000 คน สถาบันพระบรมราชชนกมีวิสัยทัศน์ในการที่จะพัฒนาองค์กรให้เป็นสถาบันอุดมศึกษาชั้นนำเพื่อสร้างกำลังคนคุณภาพด้านสุขภาพให้ประเทศ สร้างชุมชนให้อุดมปัญญาทางสุขภาพที่ยั่งยืน (วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร วัตถุประสงค์ฯ, 2558) ซึ่งวิวัฒนาการของการสาธารณสุขในประเทศไทย ที่ได้ริเริ่มและพัฒนา มาจนกระทั่งถึงปัจจุบันมีเป้าหมายเพื่อประโยชน์สุขของประชาชนเป็นสำคัญ การสาธารณสุขศาสตร์ จึงเป็นองค์ความรู้ที่บังเกิดเป็นผลดีต่อสังคม และประเทศชาติโดยรวม นอกจากนี้ การประกอบวิชาชีพสาธารณสุขศาสตร์ จะสามารถลดการเจ็บป่วยและค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของประชาชนและประเทศชาติได้อีกทางหนึ่ง เป็นเหตุผลให้มีการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานในการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุข

#### **คำจำกัดความการประกอบวิชาชีพสาธารณสุข**

“วิชาชีพสาธารณสุข” หมายความว่า วิชาชีพที่ส่งเสริมการป้องกันโรค การควบคุมการระบาดของโรค การตรวจและเฝ้าระวังอนามัยสิ่งแวดล้อม สุขวิทยาส่วนบุคคลและการโภชนาการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมวิชาชีพวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี พ.ศ. 2551 “ผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุข” เป็นผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีทางสาธารณสุขศาสตร์ หรือเทียบเท่า หรือมีคุณวุฒิอื่นที่สภาวิชาชีพวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีรับรอง โดยจบปริญญาตรีด้านสาธารณสุขศาสตร์และสาขาที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ทางด้านสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (Bachelor of Public Health/BPH)
2. ทางด้านวิทยาศาสตร์บัณฑิต (Bachelor of Science in Public Health/ BSPH)

โดยเป็นสาขาที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุขศาสตร์และเทคโนโลยีรับรอง

#### **ความเชี่ยวชาญของวิชาชีพสาธารณสุข**

ความเชี่ยวชาญของวิชาชีพสาธารณสุข ประกอบด้วยสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องซึ่งสภาวิชาชีพวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สามารถกำหนดสาขาวิชาเพิ่มเติมได้ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมวิชาชีพวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี พ.ศ.2551 ดังนี้

1. พหุติกรรมสาธารณสุขและสุขศึกษา (Bachelor science and health education)
2. ชีวสถิติ (Biostatistics)
3. การปฏิบัติการทางชีววิทยา (Biomedical and laboratory practice)
4. อนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental health sciences)

5. ระบาดวิทยา (Epidemiology)
6. การบริหารนโยบายสาธารณสุข (Health policy and management)
7. การจัดบริการสาธารณสุข (Health services administration)
8. การสาธารณสุขต่างประเทศ (International health)
9. อนามัยแม่และเด็ก (Maternal and child health)
10. โภชนาการ (Nutrition)
11. อาชีวอนามัยและความปลอดภัย (Occupational safety and health)
12. สาธารณสุขชุมชน (Community health science)
13. การป้องกันและควบคุมความเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Prevention and control health risk factors)
14. สาขาวิชาอื่นๆ ที่กำหนดเพิ่มเติมโดยสภาวิชาชีพวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

#### **มาตรฐานความรู้และวิชาชีพ**

1. มาตรฐานความรู้ มีคุณวุฒิไม่ต่ำกว่าปริญญาตรีทางสาธารณสุขศาสตร์หรือเทียบเท่า หรือคุณวุฒิอื่นที่สภาวิชาชีพวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีรับรอง โดยมีความรู้ในสาขาวิชาต่างๆ

#### **2. มาตรฐานประกอบวิชาชีพ**

ผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุข ต้องมีประสบการณ์วิชาชีพโดยผ่านการฝึกปฏิบัติงานในสถานศึกษาตามสาขาที่เกี่ยวข้องเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี และผ่านการประเมินการฝึกปฏิบัติการ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการวิชาชีพสาธารณสุขกำหนด ดังนี้

#### **การฝึกปฏิบัติวิชาชีพระหว่างการศึกษา**

##### **สาระการฝึกทักษะ**

1. มีการบูรณาการความรู้ในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพสาธารณสุขในสถานบริการสาธารณสุข สถานประกอบการ โรงงานอุตสาหกรรม หมู่บ้าน ชุมชน หรือสถานที่อื่น ๆ รวมทั้งการฝึกปฏิบัติด้านสุขวิทยา และพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคลและชุมชน

2. ฝึกปฏิบัติการเกี่ยวกับศึกษา วิเคราะห์ วางแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุข โดยการสังเกต สัมภาษณ์ การเก็บสิ่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวบรวมข้อมูล และนำเสนอผลการศึกษา

3. ฝึกปฏิบัติการจัดทำแผนงานโครงการสาธารณสุขแบบมีส่วนร่วมกับสถานบริการสาธารณสุข สถานประกอบการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

พื้นที่

4. ฝึกปฏิบัติดำเนินงานจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการแก้ปัญหาสาธารณสุขในระดับ

5. ฝึกปฏิบัติการประมวลผลข้อมูล และการดำเนินงาน

#### สมรรถนะ

1. วิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุขและปัจจัยหลักที่เป็นสาเหตุของปัญหา
2. สามารถจัดทำแผนแก้ไขปัญหา
3. สามารถฝึกปฏิบัติดำเนินงานจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการแก้ปัญหาสาธารณสุข ตั้งแต่การวางแผน การดำเนินงาน การควบคุมกำกับ และการประเมินผล
4. สามารถจัดทำแผนงานโครงการทางวิชาการด้านสาธารณสุข

#### การฝึกปฏิบัติวิชาชีพในสาขาวิชาเฉพาะ

##### สาระการฝึกทักษะ

1. บูรณาการความรู้กับการฝึกประสบการณ์วิชาชีพสาธารณสุข
2. การจัดทำแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่ยึดประชาชนเป็นสำคัญ
3. การจัดกระบวนการแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วม
4. การเลือกใช้นวัตกรรมที่สอดคล้องกับพื้นที่
5. การใช้เทคนิคทางห้องปฏิบัติการ
6. การวัดและประเมินผล
7. การทำวิจัยด้านสาธารณสุข
8. การนำผลการวิจัยมาใช้ในการพัฒนางานสาธารณสุข
9. การบันทึกและรายงานผลการดำเนินงานสาธารณสุข
10. สัมมนาทางวิชาการสาธารณสุข

#### สมรรถนะ

1. สามารถจัดการด้านสาธารณสุขในสาขาวิชาเฉพาะ
2. สามารถประเมิน ปรับปรุง และพัฒนางานสาธารณสุขให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการของแต่ละพื้นที่
3. สามารถทำวิจัยเพื่อพัฒนางานด้านสาธารณสุข
4. สามารถจัดทำรายงานผลการวิจัยและข้อเสนอเพื่อพัฒนางานสาธารณสุข

#### มาตรฐานการปฏิบัติงาน

มาตรฐานที่ 1 ปฏิบัติกิจกรรมทางวิชาการเกี่ยวกับการพัฒนาวิชาชีพสาธารณสุข

อยู่เสมอ



มาตรฐานที่ 2 ตัดสินใจปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ โดยคำนึงถึงผลที่จะเกิดขึ้นกับประชาชน

มาตรฐานที่ 3 มุ่งมั่นพัฒนาสุขภาพประชาชนให้เต็มตามศักยภาพ  
มาตรฐานที่ 4 การพัฒนาแผนงานสาธารณสุขให้สามารถปฏิบัติได้และเกิดผลจริง

มาตรฐานที่ 5 พัฒนาสื่อสุขภาพศึกษาให้มีประสิทธิภาพอยู่เสมอ  
มาตรฐานที่ 6 จัดกิจกรรมสาธารณสุขโดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน  
มาตรฐานที่ 7 รายงานผลการพัฒนางานสาธารณสุขอย่างมีคุณภาพและเป็นระบบ

มาตรฐานที่ 8 ปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดี  
มาตรฐานที่ 9 ร่วมมือกับผู้อื่นในสถานที่ทำงานอย่างสร้างสรรค์  
มาตรฐานที่ 10 แสวงหาและใช้ข้อมูลข่าวสารในการพัฒนา  
มาตรฐานที่ 11 สร้างพลังอำนาจให้ประชาชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพ

ในการจัดทำแผนพัฒนายุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (พ.ศ. 2559-2563) ได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ด้านองค์ความรู้และนวัตกรรมทางสุขภาพเพื่อพัฒนาการบริการสาธารณสุขแก่ชุมชนและประเทศ ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติตามแผนยุทธศาสตร์เกี่ยวกับอัตลักษณ์ของผู้เรียน กำหนดคุณลักษณะของผู้เรียนที่พึงประสงค์ที่เป็นอัตลักษณ์ของสถาบันที่ชัดเจน และให้ทุกวิทยาลัยได้นำไปปฏิบัติและประเมินผลผู้เรียน พร้อมทั้งกำหนดเป็นมาตรฐานของการสำเร็จการศึกษา ที่ผู้เรียนต้องสอบวัดผลตามเกณฑ์สมรรถนะของสถาบัน (สุทธิศักดิ์ สุวีรักษ์ และคณะ, 2560) โดยผลการสังเคราะห์ที่ตัวชี้วัดสมรรถนะตามอัตลักษณ์ของบัณฑิต พบว่าอัตลักษณ์บัณฑิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ จำแนกได้เป็น 3 องค์ประกอบหลัก 7 องค์ประกอบย่อย 45 ตัวชี้วัด ดังนี้

#### 1) องค์ประกอบหลักด้านจิตบริการ ประกอบด้วย

- 1.1) องค์ประกอบย่อยด้านจรรยาบรรณวิชาชีพ 6 ตัวชี้วัด
- 1.2) องค์ประกอบย่อยด้านคุณสมบัตินักสาธารณสุข 7 ตัวชี้วัด
- 1.3) องค์ประกอบย่อยด้านคุณภาพในการบริการดูญาติมิตร 10 ตัวชี้วัด

#### 2) องค์ประกอบหลักด้านการคิดเชิงสังเคราะห์ ประกอบด้วย

- 2.1) องค์ประกอบย่อยด้านคุณลักษณะของนักคิดเชิงวิเคราะห์ 5 ตัวชี้วัด
- 2.2) องค์ประกอบย่อยด้านกระบวนการคิดเชิงวิเคราะห์ 6 ตัวชี้วัด



### 3) องค์ประกอบหลักด้านการคำนึงถึงสิทธิผู้รับบริการและการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ ประกอบด้วย

3.1) องค์ประกอบย่อยด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย 4 ตัวชี้วัด

3.2) องค์ประกอบย่อยด้านการส่งเสริมดูแลตนเองเชิงสุขภาพแบบองค์รวม 7 ตัวชี้วัด

จากผลการสังเคราะห์ จำแนกได้เป็น 3 องค์ประกอบหลัก โดยเฉพาะองค์ประกอบที่ 3 การคำนึงถึงสิทธิผู้รับบริการและการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (patient right participation) จะพบว่ามีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมอย่างชัดเจน ซึ่งการศึกษาวิจัยรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลของพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุขครั้งนี้คาดว่าจะสามารถสะท้อนถึงสมรรถนะหลักในองค์ประกอบที่ 3 การคำนึงถึงสิทธิผู้รับบริการและการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (Patient right participation) ได้อย่างเป็นรูปธรรม การให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วม (Patient right participation) เป็นการให้บริการสุขภาพที่คำนึงถึงความแตกต่างของบุคคล ซึ่งเกิดจากเงื่อนไข ศักยภาพ ที่มีผลต่อพฤติกรรมของผู้รับบริการ ทั้งนี้ผู้ให้บริการสามารถถ่วงถ่วง คัดเลือกความรู้ที่เหมาะสมและเสนอเป็นทางเลือก เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ในชีวิตจริง โดยให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมรับรู้ ตัดสินใจและแก้ปัญหาสุขภาพของตนเองและครอบครัว ตลอดจนสนับสนุนและส่งเสริมให้ประชาชนสามารถพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้ ซึ่งส่งผลต่อการประเมินคุณภาพของบัณฑิตที่จบออกมาใช้สังคม รวมถึงการประเมินกระบวนการผลิตบัณฑิตว่ามีความเหมาะสมในการทำให้บัณฑิตมีสมรรถนะตามที่ได้ระบุไว้ในอัตลักษณ์ของสถาบันหรือไม่

### ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

เพื่อให้เข้าใจพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมได้ง่ายขึ้น ผู้วิจัยได้แบ่ง 3 ประเด็นการนำเสนอ เป็น 3 ประเด็น นั่นคือ 1) พฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน 2) การมีส่วนร่วม และ 3) พฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

#### 2.1 พฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน

##### ความหมายของพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับ “พฤติกรรม” (Behavior) โดยพฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรืออาการที่แสดงออกทาง ความคิดของบุคคลที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายในจิตใจและภายนอก อาจทำไปโดยรู้ตัว หรือไม่รู้ตัว อาจเป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และ

ไม่เพียงประสงค์ ผู้อื่นอาจสังเกตการกระทำนั้นๆ ได้ และสามารถใช้เครื่องมือทดสอบได้ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2545) เช่นเดียวกับเฉลิมพล ตันสกุล (2541) กล่าวว่า พฤติกรรม หมายถึง ปฏิบัติและกิจกรรมทุกชนิดที่มนุษย์แสดงออกทางรูปธรรม นามธรรม ตลอดเวลา สังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัส วาจา และการกระทำ สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ พฤติกรรมภายนอก (Overt behavior) ซึ่งเป็นการกระทำที่สังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัสหรืออาจใช้เครื่องมือช่วย และ พฤติกรรมภายใน (Covert behavior) ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ บุคคลอื่นไม่สามารถสังเกตได้ ดังนั้น พฤติกรรม จึงหมายถึง การกระทำที่แสดงออก สามารถสังเกตได้ และใช้เครื่องมือทดสอบได้ และในที่นี้ ได้มีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมการแก้ปัญหา ได้แก่

Krulik (1993) ให้นิยามเกี่ยวกับการแก้ปัญหา ว่าเป็นกระบวนการที่แต่ละบุคคล ใช้เพื่อจะให้ได้ซึ่งความรู้ ทักษะ และความเข้าใจสถานการณ์ปัญหา กระบวนการแก้ปัญหาเริ่มต้นจากการเผชิญหน้ากับปัญหาและยุติลงเมื่อได้คำตอบที่ต้องการ และนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ต่างๆ ได้ กระบวนการแก้ปัญหาแบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอน Krulik (1993) คือ 1) ทำความเข้าใจและคิด การทำความเข้าใจประเด็นปัญหา แปลความหมาย และหาความสัมพันธ์ของปัญหานั้น และทบทวนสถานการณ์ที่ใกล้เคียง 2) สำรวจและวางแผน วิเคราะห์และสังเคราะห์ ข้อมูลที่มีในปัญหา และนำมาวางแผนเพื่อหาแนวทางการแก้ปัญหาที่เป็นไปได้ 3) เลือกวิธีการแก้ปัญหา เลือกแนวทางที่มีความเหมาะสมกับปัญหาและเป็นไปได้มากที่สุดในการแก้ปัญหา 4) ค้นหาคำตอบ ดำเนินการแก้ปัญหาเพื่อคำตอบ และ 5) ตรวจสอบผลสะท้อนกลับ ว่าวิธีดังกล่าวสามารถใช้แก้ปัญหาให้ลุล่วงได้หรือไม่ และสามารถนำไปใช้แก้ปัญหาอื่นได้หรือไม่ นอกจากนี้ Weir (1974) ได้กล่าวถึงกระบวนการในการแก้ปัญหา ว่ามี 4 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนปัญหา (Statement of the problem) 2) ขั้นตอนวิเคราะห์ปัญหา (Defining the problem) 3) ขั้นตอนเสนอวิธีการแก้ปัญหา (Searching for and formulation a hypothesis) และ 4) ขั้นตอนตรวจสอบผลลัพธ์ (Verifying the solution) ส่วน Bell (1978) ได้นำเสนอขั้นตอนการแก้ปัญหาไว้ 5 ขั้นตอน คือ นำเสนอปัญหาทั่วไป โดย 1) เสนอปัญหาในรูปที่แก้ไขได้ 2) ตั้งสมมติฐานและเลือกวิธีดำเนินการ เพื่อให้ได้คำตอบของปัญหา 3) ตรวจสอบสมมติฐานและดำเนินการแก้ปัญหาเพื่อให้ได้คำตอบ หรือชุดของคำตอบที่เป็นไปได้ 4) วิเคราะห์และประเมินคำตอบ และ 5) วิธีนำไปสู่การค้นพบกลวิธี

ส่วน McNamara (1999) กล่าวว่า วิธีการแก้ปัญหามีหลากหลายวิธี แต่มีแนวปฏิบัติพื้นฐานที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาได้ โดยต้องมีการฝึกใช้ เพื่อให้เกิดความคุ้นเคย จนปฏิบัติได้อย่างเป็นธรรมชาติ มีขั้นตอนต่างๆ ได้แก่ 1. ระบุปัญหา การระบุปัญหาต้องอาศัยข้อมูลของตนเองร่วมกับผู้อื่น จากการตั้งคำถาม เช่น อะไรคือสิ่งที่คิดว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้คิดว่ามี

ปัญหาเกิดขึ้น ปัญหาที่ว่านั้นเกิดขึ้นที่ไหน เกิดขึ้นอย่างไร เกิดขึ้นเมื่อใด กำลังเกิดขึ้นกับใคร และทำไมจึงเกิดขึ้น 2. มองหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา 3. แยกแยะทางเลือกต่างๆ สำหรับวิธีการที่จะใช้แก้ปัญหา 4. มีการเลือกวิธีการแก้ปัญหาในการคัดเลือกวิธีที่ดีที่สุดในการแก้ปัญหา 5. มีการวางแผนนำทางในการแก้ปัญหาที่เป็นวิธีที่ดีที่สุดไปปฏิบัติ หรือจัดทำแผนปฏิบัติการ 6. มีการดูแลและควบคุมการปฏิบัติตามแผน 7. มีการตรวจสอบว่าปัญหาว่าได้รับการแก้ไขเรียบร้อยแล้วหรือไม่ วิธีหนึ่งที่ดีที่สุด คือการกลับคืนสู่การปฏิบัติตามปกติ แล้วสังเกตสถานการณ์

พิจารณาจากความหมายของพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาดังกล่าว พออธิบายได้ว่า พฤติกรรมการแก้ปัญหา หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติตนเพื่อทำความเข้าใจปัญหา วางแผนหาแนวทางการแก้ปัญหา เลือกวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับปัญหา ค้นหาคำตอบ และตรวจสอบว่านำไปใช้แก้ปัญหาอื่นได้หรือไม่

ในแง่พฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน การศึกษาของ สุพิชญา ทองแท้ (2546) กล่าวว่า พฤติกรรมการปฏิบัติงานให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน หมายถึง การปฏิบัติหรือการกระทำของเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนตามแนวทางในการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชน เช่นเดียวกับ นาดยา เต่าป้อม (2547) กล่าวว่า ความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชน หมายถึง ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับพฤติกรรมปฏิบัติงานบทบาทหน้าที่รับผิดชอบในศูนย์สุขภาพชุมชนและในชุมชน โดยการประยุกต์ใช้ความรู้ ทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาล โดยผสมผสานหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาลแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชนให้บรรลุเป้าหมายสอดคล้อง ถูกต้องเหมาะสม ตามขอบเขตหน้าที่ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการ ด้านการปฏิบัติการพยาบาล และด้านวิชาการ การศึกษาของ ซาลินี เอี่ยมศรี (2549) กล่าวว่า ทักษะการแก้ปัญหการปฏิบัติงานด้านสุขภาพของเจ้าหน้าที่ระดับตำบล หมายถึง ทักษะของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในการนำเอาประสบการณ์เดิมและใช้ยุทธวิธีทางการเรียนรู้มาใช้พิจารณาสภาพลักษณะของปัญหาด้านสุขภาพอย่างเป็นขั้นตอน เพื่อเป็นแนวปฏิบัติให้ปัญหานั้นหมดไปตามเป้าหมายที่ต้องการ ซึ่งวัดกระบวนการในการแก้ปัญหาชั้นต่างๆ 4 ขั้นตอน ดังนี้ การระบุปัญหา การระบุสาเหตุของปัญหา วิธีการแก้ปัญหา และตรวจสอบผลการแก้ปัญหา และการศึกษาของปริญญา จิตอร่าม และอาภาพร กฤษณพันธ์ (2558) กล่าวว่า พฤติกรรมการแก้ปัญหาด้านสาธารณสุขในชุมชนของนักศึกษาสาธารณสุข เป็นการปฏิบัติของนักศึกษาในการดำเนินกิจกรรมการศึกษาสภาพทั่วไปของชุมชน การค้นหาปัญหา การระบุปัญหา การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การค้นหาสาเหตุของปัญหา การดำเนินการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขในชุมชน อีกทั้ง

จากการฝึกประสบการณ์วิชาชีพให้กับนักศึกษาสาธารณสุข พบว่า จะมีกระบวนการที่สำคัญคือ การศึกษาชุมชน การระบุปัญหาสาธารณสุขและลำดับความสำคัญของปัญหา การจัดทำแผน การปฏิบัติตามแผน และการประเมินผล เพื่อให้ นักศึกษาสาธารณสุขสามารถกระตุ้นให้ชุมชนจัดการปัญหาขั้นพื้นฐานของตนเองได้

แนวทางการดำเนินการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน นับเป็นเครื่องมือสำคัญที่ใช้เพื่อ ทำการศึกษาภาวะสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน และร่วมกับชุมชนในการ แก้ปัญหาสุขภาพด้วยการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การให้บริการพยาบาล และการฟื้นฟู สุขภาพแก่ประชากรกลุ่มเป้าหมาย (กมลทิพย์ ชลังธรรมเนียม, 2559) ซึ่งแนวทางการดำเนินการ แก้ปัญหาสุขภาพชุมชน มีดังนี้

1. การประเมินสุขภาพชุมชน เป็นขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน ภาวะสุขภาพ ข้อมูลสิ่งแวดล้อม ข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนความสามารถของชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหา เพื่อช่วยให้เข้าใจสุขภาพของคนในชุมชน (Shuster, 2014) กระบวนการนี้เน้นในด้าน 1) การค้นหา เข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพคนในชุมชน 2) การ เปิดเผยให้เห็นปัญหาสุขภาพในชุมชน และ 3) กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาค ส่วนขององค์กรหน่วยงานรัฐ ภาคประชาชน และองค์กรชุมชนในการให้ข้อมูล เก็บข้อมูล และ รับทราบข้อมูลร่วมกัน (Severtson, 2002); (Cibula, 2003) ข้อมูลที่จำเป็นในการประเมินสุขภาพ ชุมชน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไปของชุมชน 2) ข้อมูลด้านประชากร โครงสร้างประชากร ความหนาแน่นของประชากร 3) ข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคม เป็นข้อมูลที่แสดงให้เห็นฐานะ วิธีการ ดำเนินชีวิต และความเป็นอยู่ของชุมชน 4) ข้อมูลด้านสุขภาพ เป็นข้อมูลหลักในการวินิจฉัยปัญหา สุขภาพของชุมชน เช่น จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคต่างๆ 5) ข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพ 6) ข้อมูลด้าน บริการสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ ความพอเพียง รวมทั้งบริการสุขภาพแบบพื้นบ้าน สมุนไพร แพทย์แผนโบราณ (ชนิษฐา นันทบุตร, 2553)

วิธีการรวบรวมข้อมูลสุขภาพชุมชน ต้องเป็นวิธีที่ให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วน ร่วมเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพชุมชนและเห็นปัญหาสุขภาพเพื่อการวางแผนสุขภาพร่วมกัน โดยมีวิธีรวบรวม ข้อมูลสุขภาพชุมชน ดังนี้ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ 2) การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งเป็น กลุ่มเป้าหมายที่ต้องการการดูแล และผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพกลุ่มเป้าหมาย 3) การสังเกต เป็นการหาข้อเท็จจริงโดยการเฝ้าดูสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเอาใจใส่ เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของสิ่ง ที่เกิดขึ้นกับสิ่งอื่น 4) การสนทนากลุ่ม 5) การใช้แบบสอบถามต่างๆ ค้นหาข้อมูลในภาพรวม และ

6) การประเมินชุมชนแบบเร่งด่วน เป็นกลวิธีที่ให้นักในชุมชนเข้ามาร่วมเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพชุมชน และเห็นปัญหาสุขภาพ เพื่อการวางแผนสุขภาพร่วมกัน โดยมีการสร้างทีมวิจัยชุมชน

2. **จัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพชุมชน** เป็นขั้นตอนที่บอกให้ทราบว่าชุมชนนั้นมีปัญหาอะไร สาเหตุเกิดจากอะไร และมีความต้องการสุขภาพอย่างไร หัวใจสำคัญ คือ การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพิจารณาขนาดของปัญหา ความรุนแรงของปัญหา ความยากง่ายในการแก้ไขปัญหา และความวิตกกังวลของชุมชนที่มีต่อปัญหา (อาภาพร เผ่าวัฒนา, 2558) ซึ่งการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพชุมชนเน้นการใช้แนวทางการทำประชาคม ซึ่งเป็นการจัดประชุมเพื่อรับทราบปัญหา ประชาชนทุกคนมีสิทธิเข้าร่วมและมีการนำเสนอความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชนอย่างเท่าเทียมกัน แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นเตรียมการ ต้องมีการสรุปข้อมูลที่ได้จากชุมชน โดยเป็นปัญหาที่พบทั้งหมด เพื่อให้ชุมชนรับทราบว่าภาพรวมของชุมชนนั้น ปัญหาของชุมชนมีเรื่องใดบ้าง ซึ่งอาจนำเสนอด้วยภาพถ่ายที่เห็นบริบทปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ยังต้องเตรียมคนที่เข้าร่วม โดยต้องเป็นตัวแทนของคนในชุมชนและเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งนี้ เวลาและสถานที่ที่จัดควรเอื้ออำนวยให้คนในชุมชนสามารถเข้าร่วมได้ 2) ขั้นตอนการ ดำเนินการ จะต้องมีการอธิบายวัตถุประสงค์ที่สำคัญคือ การเลือกปัญหาที่ต้องการให้ได้รับการแก้ไขในชุมชน ควรสรุปประเด็นปัญหา และให้ผู้เข้าร่วมได้ร่วมกันจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และ 3) ระยะเวลาสรุป เป็นการสรุปว่าปัญหาที่ชุมชนต้องการแก้ไขอย่างเร่งด่วนคือปัญหาใด และเพื่อเป็นการวางแผนการแก้ไขปัญหา ควรมีการถามความคิดเห็นของชุมชนว่ามีแนวทางแก้ไขปัญหาอย่างไร ชุมชนควรเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาในส่วนใดบ้าง ใครเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องและมีบทบาทอย่างไรในการเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา เพื่อนำข้อมูลไปวางแผนในการดูแลสุขภาพชุมชนในประเด็นที่ชุมชนต้องการแก้ไขต่อไป

3. **การวางแผนสุขภาพชุมชน** เป็นกระบวนการดำเนินการเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของชุมชน โดยพิจารณาจากข้อมูลสุขภาพของพื้นที่ และนำมาจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ให้ชุมชนได้ร่วมคิดร่วมวางแผนแก้ไขปัญหา กำหนดเป้าหมาย วิธีการดำเนินงานหรือกิจกรรมหรือโครงการที่สามารถปฏิบัติได้ และใช้ทุนทางสังคมที่มีอยู่ในการดูแลสุขภาพชุมชนให้เกิดประโยชน์มากที่สุด ขั้นตอนที่สำคัญคือ 1) การร่วมทำความเข้าใจข้อมูลที่แสดงปัญหาและศักยภาพของชุมชนตามประเด็นที่ต้องการจัดการ 2) ร่วมค้นหาแนวทาง ทางออกในการจัดการกับปัญหา ซึ่งอาศัยการศึกษาข้อมูลจากงานวิจัย การศึกษาดูงานพื้นที่อื่น หรือจาก



ความรู้ของคนในชุมชน และ 3) ร่วมปฏิบัติการและสรุปทเรียนจากการทำงานร่วมกัน โดยใช้เวทีระดมสมอง ประชุมเชิงปฏิบัติการ เวทีประชุมปรึกษาหารือกับผู้ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

4. การปฏิบัติการสุขภาพชุมชน เป็นการให้บริการทางด้านสุขภาพตามแผนที่วางไว้ โดยมีการทำงานร่วมกับองค์กรชุมชนหรือหน่วยงานอื่นๆ ที่รับผิดชอบในพื้นที่

5. การประเมินผลการดำเนินงาน โดยให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมรับผิดชอบในการประเมินผลตั้งแต่เริ่มดำเนินการ ขณะและหลังดำเนินการ ตลอดจนร่วมวิเคราะห์หาสาเหตุและการดำเนินการแก้ไขหากผลการดำเนินการไม่เป็นไปตามนั้น หรือจนกว่าจะบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

การประมวลเอกสารที่เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนดังกล่าวข้างต้น ล้วนแล้วแต่เป็นการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนโดยบุคลากรทางด้านสุขภาพ จึงทำให้สามารถนิยามพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน ว่าเป็นการกระทำของนักศึกษาในการดำเนินกิจกรรมการศึกษาประเมินสุขภาพชุมชน จัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพชุมชน วางแผนสุขภาพชุมชน ปฏิบัติการสุขภาพชุมชน และประเมินผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน และได้ทำตารางสังเคราะห์องค์ประกอบของพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ดังตาราง 1

ตาราง 1 การสังเคราะห์องค์ประกอบพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน

ผู้วิจัย	ปี	องค์ประกอบของพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน										
		ทำความเข้าใจปัญหา ระบบสาเหตุของปัญหา	เลือกวิธีแก้ ปัญหา	ตรวจสอบผลการ แก้ปัญหา	ศึกษาสภาพทั่วไป ค้นหาปัญหา	ค้นหาปัญหา	จัดลำดับความ สำคัญ	วางแผน	ปฏิบัติการ	ประเมิน ผล		
ชาลิตี เอี่ยมศรี	2549	/	/	/	/							
คู่มือการฝึก ประสบการณ์ สาธารณสุข 3	2557	/				/		/		/	/	
ปริญญา จิต อร่าม และ อาภาพร กฤษณพันธุ์	2558	/	/			/	/	/		/		
กมลทิพย์ ชั่งธรรมเนียม	2559					/	/	/	/	/	/	

ตาราง 1 (ต่อ)

ผู้วิจัย	ปี	องค์ประกอบของพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน								
		ทำความเข้าใจปัญหา ระบุสาเหตุของ ปัญหา	เลือกวิธีแก้ ปัญหา	ตรวจสอบผลการ แก้ปัญหา	ศึกษาสภาพทั่วไป	ค้นหาปัญหา	จัดลำดับความ สำคัญ	วางแผน	ปฏิบัติการ	ประเมิน ผล
Krulik; & Rudnick.	1993	/	/					/	/	/
Weir	1974	/	/						/	/
Bell	1978	/	/	/				/	/	
McNamara	1999	/	/	/				/	/	/
		6(7 5)	5(62)	4(50)	2(25)	3(37)	2(25)	3(37)	4(50)	7(8 7)

จากการสังเคราะห์ในตาราง 1 ทำให้ได้องค์ประกอบของพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม โดยพิจารณาจากค่าความถี่ตั้งแต่ 4 ขึ้นไป หรือคิดเป็นร้อยละ 50 ของงานวิจัยทั้งหมด ดังนั้นพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน ประกอบด้วย 1) การปฏิบัติการ 2) การทำความเข้าใจปัญหา 3) การระบุสาเหตุของปัญหา 4) การประเมินผล 5) การเลือกวิธีแก้ปัญหา และ 6) การวางแผน โดยคิดเป็นร้อยละ 87, 75, 62, 62, 50 และ 50 ตามลำดับ ผู้วิจัยได้พิจารณาจากนิยาม ความหมายของการตัดสินใจ ตามแนวคิดของ Beyer (1987) จะมีหลักการในการตัดสินใจที่เป็นส่วนหนึ่งในขั้นตอนของการแก้ปัญหา ซึ่งการตัดสินใจคือ การเลือกวิธีที่จะนำมาใช้ในการแก้ปัญหาซึ่งมีลำดับ 6 ขั้นตอน ได้แก่ การกำหนดเป้าหมาย ระบุทางเลือก วิเคราะห์ทางเลือก ลำดับความสำคัญของทางเลือก ตัดสินทางเลือกที่สำคัญที่สุด และเลือกทางเลือกที่ดีที่สุด ซึ่งมีความครอบคลุมใกล้เคียงกับนิยามของการทำความเข้าใจปัญหา การระบุสาเหตุของปัญหา การเลือกวิธีแก้ปัญหา การวางแผน ตามที่ซาลินี เอี่ยมศรี (2549); ปริญา จิตอร่าม และ อาภาพร กฤษณพันธ์ (2558); Krulik & Rudnick (1993); Weir (1974); Bell (1978) และ McNamara (1999) ได้ให้นิยาม ความหมายไว้ ผู้วิจัยจึงจัดองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้น อยู่ในกลุ่มการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน ดังนั้นพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน มีองค์ประกอบดังนี้

1. การตัดสินใจ หมายถึง การกระทำของนักศึกษาในการทำความเข้าใจปัญหา การระบุสาเหตุของปัญหา การเลือกวิธีแก้ปัญหา การวางแผนในการตัดสินใจกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน

2. การปฏิบัติการ หมายถึง การกระทำของนักศึกษาในการสนับสนุนทรัพยากร ช่วย  
 สละเวลา แรงงาน หรือสละทรัพย์สินส่วนตัวเพื่อใช้ในกิจกรรมของสุขภาพชุมชนตามกำลัง  
 ความสามารถของตน รวมถึงในกิจกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน

3. การประเมินผล หมายถึง การกระทำของนักศึกษาในการติดตามความก้าวหน้า  
 ความสำเร็จในการดำเนินกิจกรรม ติดตามปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น และได้ร่วมประชุมเสนอแนะ  
 ปรับปรุงแนวทางการดำเนินกิจกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน

## 2.2 การมีส่วนร่วม

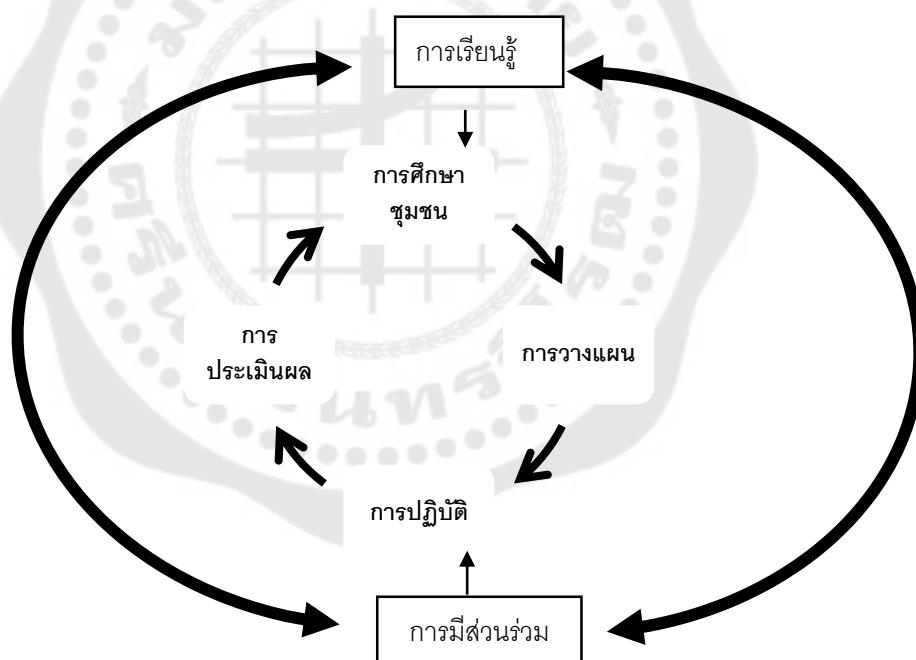
ในที่ประชุมเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชน ณ องค์การสหประชาชาติ เมื่อปี  
 ค.ศ.1975 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ว่า ในการนิยามความหมายของการมีส่วนร่วมของ  
 ประชาชนนั้น ควรมีลักษณะจำกัดเฉพาะในระบบเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองหนึ่งๆ เท่านั้น  
 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญได้ขยายความการมีส่วนร่วมของประชาชนว่าครอบคลุมประเด็นดังนี้ (กฤษยา  
 ภัสสร ขาวปทุมทิพย์, 2556) 1) ครอบคลุมการสร้างโอกาสที่เอื้อให้สมาชิกทุกคนของชุมชนและ  
 ของสังคมได้ร่วมกิจกรรมซึ่งนำไปสู่การมีอิทธิพลต่อกระบวนการพัฒนา และเอื้อให้ได้รับประโยชน์  
 จากการพัฒนาโดยเท่าเทียมกัน 2) สะท้อนการเข้าเกี่ยวข้องโดยสมัครใจ และเป็นประชาธิปไตยใน  
 กรณีนี้คือ เอื้อให้เกิดการพยายามพัฒนา การแบ่งสรรผลประโยชน์จากการพัฒนาโดยเท่าเทียม  
 กันและมีการตัดสินใจเพื่อกำหนดเป้าหมาย นโยบายและการวางแผนดำเนินการโครงการพัฒนา  
 เศรษฐกิจและสังคม 3) เป็นตัวเชื่อมโยงระหว่างประชาชนและทรัพยากรเพื่อการพัฒนา  
 ประโยชน์ที่ได้รับจากการลงทุนดังกล่าว กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ การมีส่วนร่วมของประชาชนในการ  
 ตัดสินใจไม่ว่าระดับท้องถิ่น และระดับชาติจะช่วยก่อให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างสิ่งที่ประชาชน  
 ลงทุนลงแรงกับประโยชน์ที่ได้รับ 4) มีความแตกต่างกันไปตามสภาพเศรษฐกิจของประเทศ  
 นโยบาย และโครงสร้างการบริหาร รวมทั้งลักษณะเศรษฐกิจ สังคมของประชากร การมีส่วนร่วม  
 ของประชาชนมิได้เป็นเพียงเทคนิควิธีการ แต่เป็นปัจจัยสำคัญในการประกันให้เกิด  
 กระบวนการพัฒนาที่มุ่งประโยชน์ต่อประชาชน

การมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการที่เกี่ยวกับการกระทำที่เปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้า  
 มามีส่วนร่วมในการคิดริเริ่ม พิจารณาตัดสินใจ การร่วมรับผิดชอบในเรื่องต่างๆ เช่น การรับรู้  
 เรียนรู้ ทำความเข้าใจ แสดงทัศนะ เสนอปัญหา/ประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้อง คิดแนวทาง แก้ไข  
 ปัญหา โดยเข้ามาปฏิบัติกิจกรรมในฐานะที่มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมกัน ในสถานะที่เท่าเทียมกัน โดย  
 ความสมัครใจของแต่ละบุคคล เพราะเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาทั้งปวงที่มีผลยั่งยืน เป็น



กระบวนการที่เป็นประชาธิปไตย ความเท่าเทียมกัน การถ่ายทอดสด และการรับรู้ปัญหาให้กลายเป็นเป้าหมายในการดำเนินการเลือกแก้ปัญหาาร่วมกัน ระดับของการมีส่วนร่วมนั้นขึ้นอยู่กับความเต็มใจจะเข้าร่วมกิจกรรมนั้นโดยไม่มีการบังคับ ชูเชิญ หรือกดดันใดๆ และหากผู้เข้าร่วมกิจกรรมไม่มีสิทธิที่จะควบคุม การดำเนินงานของเขาเอง และเห็นควรที่บุคคลจะได้ปฏิบัติหรือทำกิจกรรมอย่างแข็งขันและกระตือรือร้น การมีส่วนร่วมที่มีประสิทธิภาพมาก นั่นคือ การร่วมกระทำ การตั้งแต่การร่วมคิด วางแผน กำหนดวิธีการทำงาน ลงมือทำงาน รวมทั้งประเมินผลในการทำงาน

หลักการการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนนั้นต้องมีลักษณะการเข้าร่วมอย่างครบวงจรตั้งแต่ต้นจนถึงสิ้นสุด ไม่ใช่การจัดเวทีการมีส่วนร่วมเพียงครั้งเดียวดังเช่นในการแก้ไข ปัญหาของชุมชน ต้องมีการเปิดให้ประชาชนในชุมชนเข้าร่วมตั้งแต่ต้นจนจบ (สมใจ วินิจกุล, 2552); (ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ, 2546) ดังภาพที่ 1



ภาพประกอบ 1 การมีส่วนร่วมและการเรียนรู้ในกระบวนการพัฒนาชุมชน

สอดคล้องกับแนวคิด อรรถัย ก๊กผล (2552) และ จินตกีวีร์ เกษมสุข (2554) ได้กล่าวไว้ ดังนี้

1. เริ่มตั้งแต่การเกิดจิตสำนึกในตนเองและถือเป็นภาระหน้าที่ของตนในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม/ชุมชนที่ตนเองอยู่
2. มีการร่วมคิดด้วยกันว่าอะไรเป็นปัญหาของชุมชน มีสาเหตุอย่างไรและจะต้องจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเป้าหมายอย่างไร และควรจัดการกับปัญหาใดก่อน
3. ร่วมวางแผนการว่าจะจัดกิจกรรมหรือโครงการอะไรจะแบ่งงานกันแบบไหน จะใช้งบประมาณมากน้อยเพียงใดและจะจัดหางบประมาณมาจากที่ใดและใครจะเป็นผู้ดูแลรักษา
4. ประชาชนในชุมชนจะต้องเข้าร่วมกิจกรรมด้วยความเต็มใจเต็มกำลังตามความรู้ตามความสามารถของตนเอง
5. ติดตามประเมินผล ตลอดเวลาการทำงานร่วมกัน ประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการตรวจสอบอุปสรรคและร่วมกันในการหาทางแก้ไขปัญหา เพื่อให้งานหรือภารกิจให้สามารถสำเร็จลุล่วงตามกฎหมาย
6. ร่วมรับผลประโยชน์ ประชาชนที่เข้ามามีส่วนร่วมกิจกรรมของชุมชนแล้วย่อมได้ประโยชน์ร่วมกันซึ่งอาจไม่จำเป็นที่จะต้องอยู่ในรูปเงิน วัตถุสิ่งของ แต่อาจเป็นความสุขสบาย ความพอใจในสภาพของความเป็นอยู่ที่ดี

สอดคล้องกับ ปารีชาติ วลัยเสถียร และคณะ (2546) กล่าวว่า กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนานั้น ประชาชนจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการปฏิบัติงาน โดยนักพัฒนาหรือนักวิชาการจากภายนอกเป็นผู้ส่งเสริมและสนับสนุนในด้านต่างๆ เช่น ข้อมูล ข่าวสาร เทคโนโลยี ฯลฯ กระบวนการมีส่วนร่วมของชาวบ้านในการพัฒนา

ปัจจัยที่ส่งผลให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม Koufman (1949) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชน พบว่า อายุ เพศ การศึกษา ขนาดของครอบครัว อาชีพ รายได้และระยะเวลาการอยู่อาศัยในท้องถิ่น มีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน นอกจากนี้ อรรถัย ก๊กผล (2552) ได้กล่าวถึงการทำงานเพื่อให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมนั้น จำเป็นอย่างยิ่งต้องคำนึงถึงหลักการที่สำคัญ 3 ประการคือ ได้แก่ 1.) การมีส่วนร่วมต้องเกิดจากความเต็มใจที่จะเข้าร่วม 2.) ต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเสมอภาคและขีดความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะเข้ามามีส่วนร่วม 3.) จะต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของเสรีภาพ/อิสรภาพที่ตัดสินใจว่าจะเลือกหรือจัดให้มีการมีส่วนร่วมหรือไม่ ข้อสำคัญคือ การมีส่วนร่วมต้องไม่เกิดจากการบังคับหรือขู่เข็ญจากผู้ที่เหนือกว่า

รัตนา ทองบัวบาน (2556) กล่าวถึง การมีส่วนร่วมกับชุมชน หมายถึง ความสามารถในการสนับสนุนให้ชุมชนและสังคม ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมแก้ไขปัญหา โดยนำข้อมูลพื้นฐานของชุมชน ทบถวน ปรับปรุง และบูรณาการ จัดหาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาท้องถิ่น

รัถยานภิศ รัชตะวรรณ และคณะ (2561) กล่าวถึง ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพในบริบทของสังคมไทย ที่ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกลไกในการพัฒนาสุขภาพ พบว่า ในการดำเนินการพัฒนาสุขภาพของชุมชน มีระดับของการมีส่วนร่วม 5 ระดับ ดังนี้

1. การวางแผน (Participation in planning) เป็นระดับที่เปิดโอกาสให้มีการสื่อสารแบบสองทางในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์และความต้องการในการพัฒนาสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย การสร้างความเข้าใจและพัฒนาแนวทางในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของชุมชน

2. การดำเนินกิจกรรม (Participation in implementation) ระดับนี้เป็นการ ร่วมกันจัดทำกิจกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ของชุมชน ร่วมกับผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมนั้นๆ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามเป้าหมายที่วางไว้

3. การมีส่วนร่วมในการใช้ประโยชน์ (Participation in utilization) เป็นการนำกิจกรรมที่ได้ร่วมกำหนดไว้ตามแผนมาปฏิบัติให้เกิดประโยชน์ ผลที่ได้รับเป็นการเพิ่มระดับการพึ่งพาตนเอง และการขัดเกลาทางสังคม ของชุมชน

4. การมีส่วนร่วมในการร่วมรับผลประโยชน์ (Participation in benefit sharing) เป็นการกระจาย ผลประโยชน์จากการพัฒนาของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างเสมอภาค ผู้ได้รับผลประโยชน์คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดย ประโยชน์ที่ได้รับจะมีความแตกต่างกันตามสถานภาพของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

5. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Participation in evaluation) เป็นการเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้าร่วมตรวจสอบ และติดตามผลการดำเนินกิจกรรมหรือโครงการ ว่าบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่ เพียงใด เพื่อให้ชุมชนได้รับทราบปัญหา อุปสรรค และหาแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขในการดำเนินการได้ สิ่งสำคัญที่จะต้องสังเกตคือ ความเห็น ความชอบ และความคาดหวัง จะมีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่มได้

นอกจากนี้ กฤษยาภัสสร ชาวปทุมทิพย์ (2556) ได้ทำการศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพ ได้สรุปและให้ความหมายของการมีส่วนร่วมในการ

ส่งเสริมสุขภาพ ว่าเป็นกระบวนการหรือกิจกรรมที่ผสม. ในชุมชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ใน 4 ด้าน ดังนี้

1. การตัดสินใจ หมายถึง การมีส่วนร่วมในการประชุมและแสดงความคิดเห็นในการวางแผน กำหนดความต้องการ จัดลำดับความสำคัญในการดำเนินงานและใช้วิจารณ์ญาณในการตัดสินใจกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชุมชน ประกอบด้วย การตัดสินใจในช่วงเริ่มต้น การตัดสินใจในช่วงดำเนินการวางแผน และการตัดสินใจในช่วงการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

2. ในการปฏิบัติการ หมายถึง การมีส่วนร่วมในการสนับสนุนทรัพยากร ช่วยลดเวลา แรงงาน หรือลดทรัพย์สินส่วนตัวเพื่อใช้ในกิจกรรมของชุมชนตามกำลังความสามารถของตน รวมถึงการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน

3. การรับประโยชน์ หมายถึง การมีส่วนร่วมในการได้รับผลประโยชน์ร่วมกันจากการได้รับบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ กิจกรรมหรือโครงการพัฒนาของชุมชน ทั้งผลประโยชน์ทางด้านวัตถุและทางด้านจิตใจในพื้นที่ฐานที่เท่าเทียมกัน

4. การประเมินผล หมายถึง การมีส่วนร่วมในการติดตามความก้าวหน้า ความสำเร็จของการดำเนินกิจกรรม ติดตามปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น และได้ร่วมประชุมเสนอแนะปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานต่อไป

จากแนวคิดการมีส่วนร่วมดังกล่าว ผู้วิจัยเห็นว่า นักศึกษาสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในชุมชนจะต้องเข้าไปมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ หรือการดูแลสุขภาพชุมชน โดยมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพชุมชน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การวางแผน การปฏิบัติการ การรับประโยชน์ การใช้ประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล โดยการมีส่วนร่วมดังกล่าวต้องเป็นไปด้วยความเต็มใจที่จะเข้าร่วม อยู่บนพื้นฐานของความเสมอภาคและเสรีภาพ/อิสระภาพที่ตัดสินใจว่ามีส่วนร่วม

### 2.3 พฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

#### ความหมายของพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

จากความหมายของพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน ผนวกเข้ากับแนวคิดการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ สามารถสรุปความหมายของพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ว่าเป็นการแสดงออกของนักศึกษาที่มีต่อการแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชนโดยเปิดโอกาสให้สมาชิก/ผู้แทนในชุมชนเข้ามาร่วมในทุกกิจกรรม อาทิ การตัดสินใจ การปฏิบัติการ และการประเมินผล สำหรับในประเด็นการการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ คือการมีส่วนร่วมใน

การได้รับผลประโยชน์ร่วมกันจากการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน ทั้งผลประโยชน์ทางด้านวัตถุและทางด้านจิตใจในพื้นฐานที่เท่าเทียมกันจะมีอยู่ในทุกขั้นตอนของการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน เช่น การตัดสินใจ การปฏิบัติการ และการประเมินผล ดังนั้นพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม มีองค์ประกอบดังนี้

1. การตัดสินใจอย่างมีส่วนร่วม หมายถึง การแสดงออกของนักศึกษาที่มีต่อการแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชนโดยเปิดโอกาสให้สมาชิก/ผู้แทนในชุมชนเข้ามาร่วมตัดสินใจ ในการทำความเข้าใจปัญหา การระบุนสาเหตุของปัญหา การเลือกวิธีแก้ปัญหา การวางแผนในการดำเนินงานในการตัดสินใจกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพชุมชน

2. การปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วม หมายถึง การแสดงออกของนักศึกษาที่มีต่อการแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชนโดยเปิดโอกาสให้สมาชิก/ผู้แทนในชุมชนเข้ามาร่วมสนับสนุนทรัพยากร ช่วยสละเวลา แรงงาน หรือสละทรัพย์สินส่วนตัวเพื่อใช้ในกิจกรรมของสุขภาพชุมชน ตามกำลังความสามารถของตน รวมถึงการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน

3. การประเมินผลอย่างมีส่วนร่วม หมายถึง การแสดงออกของนักศึกษาที่มีต่อการแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชนโดยเปิดโอกาสให้สมาชิก/ผู้แทนในชุมชนเข้ามาร่วมติดตามความก้าวหน้า ติดตามปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น และได้ร่วมประชุมเสนอแนะปรับปรุงแนวทางการดำเนินกิจกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน

#### **การวัดพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม**

จากการศึกษาเอกสารเกี่ยวกับการวัดพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน ได้แก่ สุพิชญา ทองแท้ (2546) ได้พัฒนาแบบวัดพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานให้บริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 25 ข้อ เป็นมาตรประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “ปฏิบัติมากที่สุด” ถึง “ไม่ปฏิบัติเลย” มีค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ .81 เช่นเดียวกับ นาดยา เต้าป้อม (2547) ได้พัฒนาแบบวัดความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 25 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “ปฏิบัติมากที่สุด” ถึง “ปฏิบัติน้อยที่สุด” มีค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ .90 และชนิชา ธนิกกุล (2550) ได้พัฒนาแบบวัดพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 26 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “มากที่สุด” ถึง “น้อยที่สุด” มีค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ .92 นอกจากนี้ การวัดพฤติกรรมมีส่วนร่วม ได้แก่ พงศ์ธวัช วิวังสุ (2546) ได้พัฒนาแบบวัดพฤติกรรมมีส่วนร่วม มีเนื้อหาเกี่ยวกับปริมาณประสบการณ์การที่บุคลากรในหน่วยงานได้เข้าร่วมเป็นหนึ่งใน การดำเนินงานประกันคุณภาพ

การศึกษาของหน่วยงาน จำนวน 28 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงที่สุด” มีค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ .96 และ กฤษยาภัสสร ชาวปทุมทิพย์ (2556) ได้พัฒนาแบบวัดการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 40 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “มากที่สุด” ถึง “น้อยที่สุด” มีค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ .98

นอกจากนี้ ศตวรรษ ศรีสมบัติ (2559) ได้พัฒนาแบบวัดการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาทันตสาธารณสุขในชุมชน มีเนื้อหาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมด้านทันตสาธารณสุขในชุมชน ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการวางแผน การมีส่วนร่วมด้านการดำเนินการ การมีส่วนร่วมด้านการประเมินผล และการมีส่วนร่วมด้านผลประโยชน์ จำนวน 25 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า 3 ระดับ ตั้งแต่ “มาก” ถึง “น้อย” และมีค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ .76

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมขึ้นเองตามนิยามเชิงปฏิบัติการ และจากประสบการณ์การเรียนรู้ในการฝึกภาคสนามของนักศึกษาสาธารณสุข มีลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “มากที่สุด” (5 คะแนน) ถึง “น้อยที่สุด” (0 คะแนน) นักศึกษาที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมมากกว่านักศึกษาที่ได้คะแนนต่ำกว่า

### **งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม**

งานวิจัยที่ศึกษาพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม เช่น งานวิจัยของ ปริญา จิตอร่าม และอาภาพร กฤษณพันธ์ (2558) พบว่า พฤติกรรมการแก้ปัญหาทันตสาธารณสุขในชุมชนของนักศึกษามีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง โดยการรับรู้ความสามารถของตนในการแก้ปัญหา ความคาดหวังในผลลัพธ์ และแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแก้ปัญหาทันตสาธารณสุขในชุมชนของนักศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ ศิริมาศ รุยไกรรัตน์ (2554) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเจตนาเชิงพฤติกรรมจัดการสุขภาพชุมชนของผู้นำชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ได้แก่ รายได้และเจตคติ ( $r = 0.279$  และ  $0.451$  ตามลำดับ)

ส่วนงานวิจัยของต่างประเทศ พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ได้แก่ งานวิจัยของ Sulaeman et al (2017) ศึกษารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในชุมชนที่มีต่อความสามารถในการแก้ปัญหาสุขภาพ: การศึกษาโดยใช้



ชุมชนเป็นฐานในประเทศอินโดนีเซีย พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจในชุมชนส่งผลต่อความสามารถในการแก้ปัญหาสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จะเห็นได้ว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ด้านการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม มักจะใช้แนวคิดนี้มาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการทำงานของคุณลักษณะสุขภาพ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ (Health empowerment theory) เป็นทฤษฎีหลักในการอธิบายรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีต่อพฤติกรรมแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมในกลุ่มนักศึกษาสาธารณสุขต่อไป

### ส่วนที่ 3 แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรม

#### 3.1 ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ (Health empowerment theory)

ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ (Health empowerment) เกิดขึ้นมาจากการรวมกันของแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล (Personal resources) และแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม (Social contextual resources) โดยแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล มีคุณลักษณะที่ชัดเจน ได้แก่ ศักยภาพแห่งตน (Self-capacity) ส่วนแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม ได้แก่ การสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม (Social network support) และแหล่งบริการสังคม (Social service utilization) (Shearer, 2007)

ในมุมมองนี้ เป็นกระบวนการสุขภาพที่เป็นพลวัต (Dynamic concepts) ซึ่งมุ่งเน้น “การมีส่วนร่วมในกระบวนการเปลี่ยนแปลงตัวบุคคลสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้น การเปลี่ยนแปลงแบบแผน และการมีแหล่งทรัพยากรภายในสำหรับการมีสุขภาพที่ดี” (Shearer, 2004) การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ มุ่งเน้นการส่งเสริมการตระหนักรู้ของบุคคลต่อความสามารถที่จะมีส่วนร่วมในสุขภาพและการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ (Shearer, 2004) นั้นแสดงให้เห็นว่า ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ เป็นการแสดงออกของแบบแผนพฤติกรรมมนุษย์ที่เกี่ยวกับสุขภาพ และมองว่าเป็นกระบวนการความสัมพันธ์ที่เกิดมาจากแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลและแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม (Shearer, 2004) ซึ่งกระบวนการดังกล่าว ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างมีเป้าหมายในการบรรลุเป้าหมายทางสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพของบุคคล (Shearer, 2009)

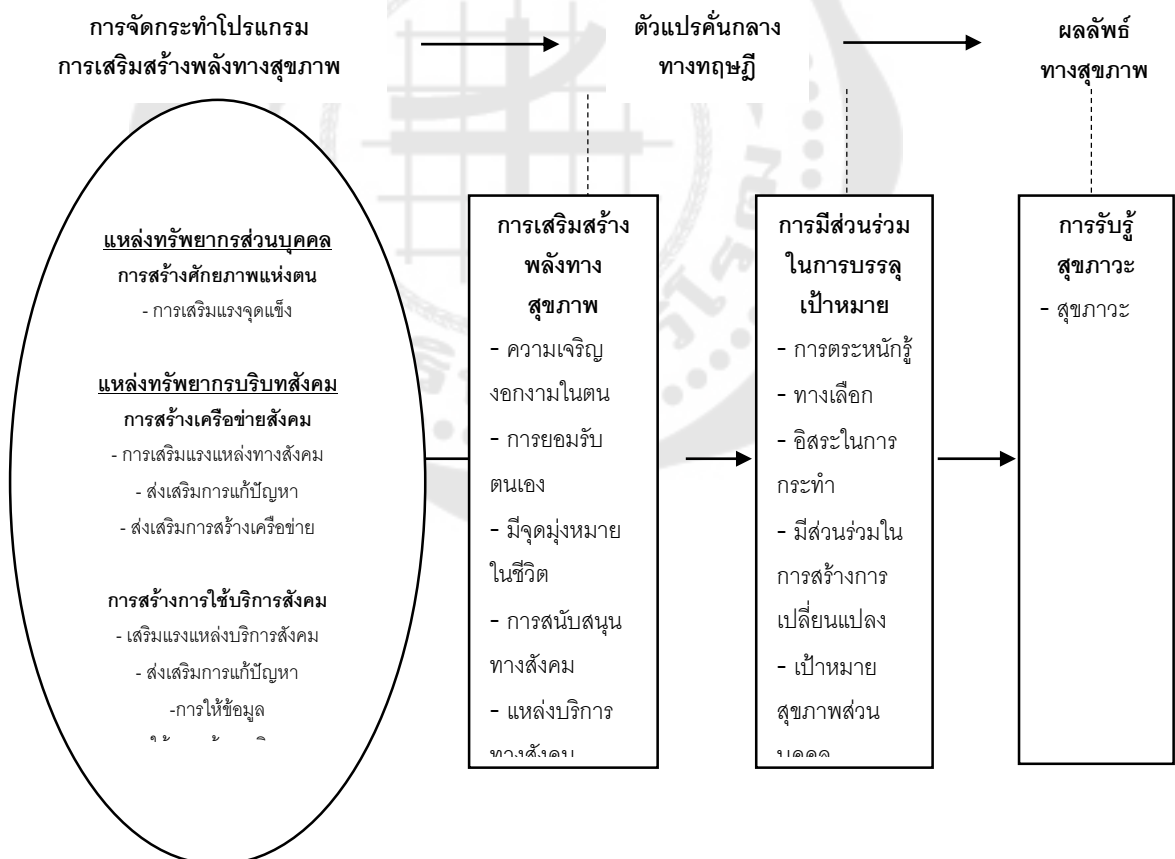
Shearer (2009) ได้กล่าวถึง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ มีหลักสำคัญ 4 ด้าน

- 1) เป็นพลังที่มีอยู่ในตัวบุคคลตั้งแต่กำเนิดจนปัจจุบัน
- 2) เป็นกระบวนการความสัมพันธ์ เป็นกระบวนการร่วมกันระหว่างตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อม
- 3) เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ต่อเนื่อง มีลักษณะที่ปรับเปลี่ยนใหม่อยู่ตลอดเวลา



4) เป็นการแสดงออกถึงแบบแผนสุขภาพของมนุษย์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพะ

Shearer (2009) ให้ความสำคัญกับการนำทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพไปใช้เพื่อปฏิบัติในเชิงการจัดกระทำโปรแกรม (Intervention) โดยการจัดกระทำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ (Health empowerment intervention: HEI) เป็นการจัดกระทำโปรแกรมในทางทฤษฎีที่ได้รับการออกแบบในการส่งเสริมการใช้แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลและแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม ที่จะนำไปสู่เป้าหมายของการมีสุขภาพะที่เพิ่มขึ้น ดังนั้น การเพิ่มการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ได้แก่ 1) การส่งเสริมความเข้าใจและการสร้างให้เกิดศักยภาพแห่งตน (Self-capacity) 2) การส่งเสริมความเข้าใจของเครือข่ายการสนับสนุน และสนับสนุนให้เกิดการสร้างเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม และ 3) การส่งเสริมความเข้าใจของบริการทางสังคม และแหล่งบริการทางสังคม ซึ่งสิ่งเหล่านี้ จะนำไปสู่การมีส่วนร่วมของตนเองที่จะมีส่วนในการบรรลุเป้าหมายทางด้านสุขภาพ ดังภาพประกอบ 2

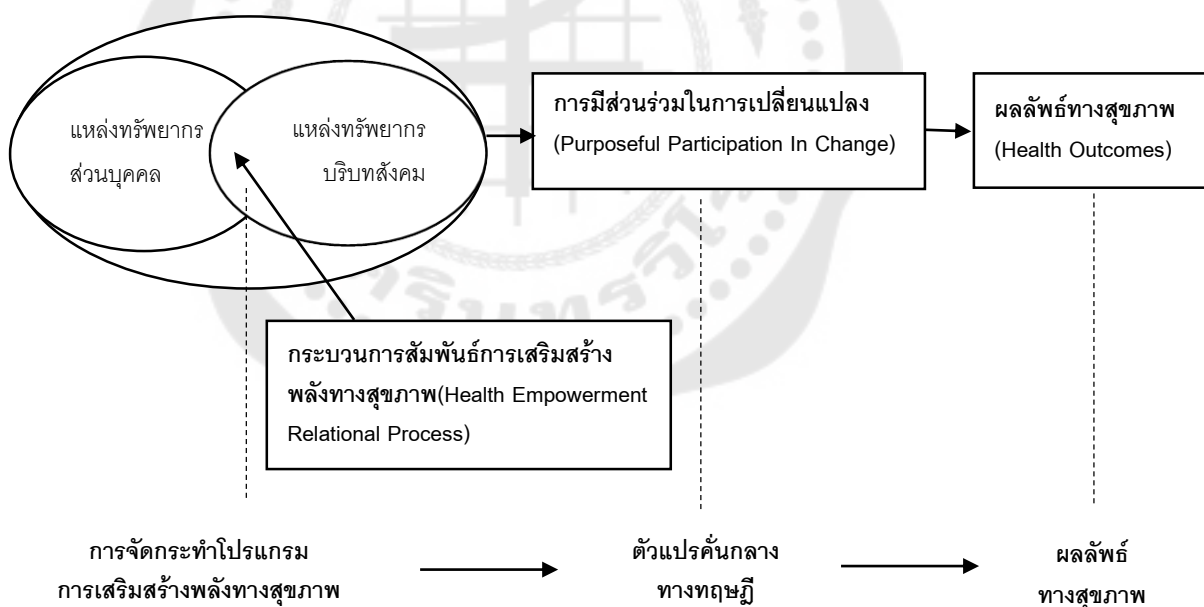


ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดการ จัดกระทำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ

ที่มา: (Shearer, 2009)

ในมุมมองของการจัดกระทำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ (HEI) การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพจึงถูกมองว่าเป็นตัวแปรคั่นกลางทางทฤษฎี ที่มีลักษณะเป็นกระบวนการภายใต้การจัดกระทำโปรแกรมนั้น ซึ่งเกิดขึ้นมาจากการรับรู้และเข้าใจแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลและแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม และส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการบรรลุเป้าหมาย อันนำไปสู่การเพิ่มสุขภาวะดังกล่าว (Shearer, 2009)

ต่อมา Shearer et al (2010) ได้นำเสนอเกี่ยวกับกรอบแนวคิดการจัดกระทำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ เพิ่มเติมแนวคิดทางทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ โดยมองว่า การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพที่เกิดขึ้นมาจากกระบวนการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพถือเป็นการเปลี่ยนแปลง (Transformation) โดยการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพประกอบขึ้นมาจากแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล (Personal resources) และแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม (Social contextual resources) และการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพนำไปสู่การมีส่วนร่วมอย่างมีเป้าหมาย อันนำไปสู่การบรรลุเป้าหมาย นั่นคือ การส่งเสริมให้เกิดสุขภาวะที่ดี ดังภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 กรอบแนวคิดทางทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ

ที่มา: (Shearer, Fleury, และ Belyea, 2010)

จากภาพประกอบ 3 เนื่องจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาในรูปแบบความสัมพันธ์ โครงสร้างเชิงสาเหตุ จึงพิจารณาใช้ตัวแปรการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพในฐานะที่เป็น กระบวนการเชื่อมโยงสัมพันธ์ (Health Empowerment Relational Process) ซึ่งตัวแปรการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ประกอบด้วย ตัวแปรแฝง 2 ตัว คือ 1) แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล (Personal Resources) ประกอบด้วยตัวแปรการวัด ได้แก่ ความเจริญงอกงามในตน จุดมุ่งหมายในชีวิต และการยอมรับตนเอง และ 2) แหล่งทรัพยากรบริบทสังคม (Social Contextual Resources) ประกอบด้วยตัวแปรการวัด ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และแหล่งบริการทางสังคม โดยตัวแปรการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลง (Purposeful Participation In Change) ในการศึกษาครั้งนี้ จากโมเดลการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพของ Shearer et al (2010) ได้ศึกษาตัวแปรคั่นกลาง ได้แก่ การมีส่วนร่วมทางสุขภาพ (Purpose participation in health) นั่นคือ พฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม อันนำไปสู่ตัวแปรผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health Outcomes) ได้แก่ สุขภาวะ (Well-being) ในทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาสุขภาพชุมชน ดังนั้น ตัวแปรผลจึงเป็นการศึกษาตัวแปรสุขภาวะชุมชน (Community well-being) แต่สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ พฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม จะส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health outcomes) ได้แก่ สุขภาวะชุมชน (Community well-being) ผู้วิจัยได้พิจารณาว่าสุขภาวะชุมชนไม่สามารถศึกษาได้จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาสาธารณสุขที่ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เพราะนักศึกษาเป็นผู้ลงไปแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชนเพียงช่วงระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น อาจจะทำให้ไม่เห็นผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยรวมของชุมชนหรือสุขภาวะชุมชนได้อย่างชัดเจน ซึ่งในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่เก็บรวบรวมข้อมูลจากนักศึกษามีข้อจำกัดไม่ได้ให้นักศึกษาเป็นผู้ประเมินหรือตอบแบบสอบถามวัดผลตัวแปรสุขภาวะชุมชนด้วยตัวนักศึกษาเองเพื่อป้องกันการให้ข้อมูลลำเอียง ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่ได้ศึกษาสุขภาวะชุมชนเป็นตัวแปรผลลัพธ์ของพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

ในงานวิจัยของ Shearer et al (2010) ได้ทำการทดลองแบบกลุ่มควบคุม เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของโปรแกรม HEI และสำรวจผลกระทบของ HEI กับตัวแปรสื่อกลางทางสุขภาพ การเสริมพลังและการมีส่วนร่วมอย่างมีจุดมุ่งหมายในการบรรลุเป้าหมายกับผู้สูงอายุติดเตียงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 59 คน เป็นกลุ่มควบคุม กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม HEI (n = 32) ได้รับเยี่ยมบ้านทุก 6 สัปดาห์ จากพยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมมุ่งเน้นไปที่ทรัพยากรส่วนบุคคลความสามารถในการสร้างการสร้างความช่วยเหลือทางสังคมการระบุและการสื่อสารกับสังคมผู้ให้บริการและตรวจสอบการ

บรรลุป้าหมาย การแทรกแซงถูกทำวิดีโอด้วยได้รับอนุญาตจากผู้เข้าร่วมเพื่อให้แน่ใจว่าการใช้งานจริงและเชื่อถือได้ของการแทรกแซง กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 27) ได้รับจดหมายข่าวรายสัปดาห์เป็นเวลาหกสัปดาห์ความปลอดภัยในบ้าน, ความปลอดภัยของยา, อายุ, การดูแลผิว, การดูแลฟันและสุขภาพกระดูก ผู้เข้าร่วมถูกวัดที่เส้นฐานใน 6 สัปดาห์และ 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ เครื่องวัดคุณภาพชีวิตทางจิตวิทยา, เครื่องมือวัดพลังในการมีส่วนร่วม, เครื่องมือวัดมาตราส่วนการบรรลุป้าหมาย และเครื่องมือวัดสุขภาวะ ผลการวิจัยพบว่ามึนัยสำคัญความแตกต่างเมื่อเวลาผ่านไปในการมีส่วนร่วมอย่างมีจุดมุ่งหมายในการบรรลุป้าหมาย เมื่อเป้าหมายใช้มาตราส่วนความสำเร็จ ( $F(2, 83) = 3.71, p = .03$ ) ไม่มีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มการแทรกแซงและกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อเสริมสร้างสุขภาพโดยใช้คะแนนรวมของมาตราส่วนความอยู่ดีกินดีทางจิตวิทยา สำหรับการบรรลุป้าหมายที่เด็ดเดี่ยวใช้คะแนนรวมจาก Power as Knowing Participation ใน Change Tool และสำหรับมาตราส่วนคุณภาพชีวิต ความสำคัญได้รับในระดับย่อยของมาตรการในระดับความเป็นอยู่ทางจิตวิทยาคะแนนในระดับย่อยส่วนบุคคลเติบโตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในการแทรกแซงเมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบจากพื้นฐานถึงเวลา 3 ( $F(1, 83) = 3.88, p = .05$ ) มีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในการเป็นคะแนนของการยอมรับตนเองในกลุ่มแทรกแซงเมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบสำหรับผู้ที่มีภาวะ co-morbid ( $F(1, 79) = 5.13, p = .03$ ) พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีส่วนร่วมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จะเห็นว่างานวิจัยของ Shearer et al (2010) เป็นการศึกษาเชิงทดลอง และยังไม่พบงานวิจัยใดที่นำทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพมาศึกษาต่อยอดในงานวิจัยที่เป็นโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ ซึ่งผู้วิจัยพิจารณาว่าสามารถนำมาประยุกต์ใช้อธิบายในรูปแบบความสัมพันธ์ได้ จึงสนใจนำมาศึกษาในครั้งนี้ โดยทำการศึกษาปัจจัยสาเหตุจากกระบวนการร่วมกันระหว่างปัจจัยจิตสังคมที่ Shearer (2009) กล่าวว่า แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล (Personal resources) และแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม (Social resources) ซึ่งส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health outcomes) ได้แก่ สุขภาวะชุมชน (Community well-being) ) โดยส่งผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชน (Purposeful participation) นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาต่อยอดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ (Health empowerment theory) ด้วยแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ซึ่งตามที่องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้แล้ว และกล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลัง เมื่อต้องการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ เพื่อให้นักศึกษาเกิดพฤติกรรมการแก้ปัญหาทางด้านสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

แต่หากขาดความรู้และทักษะทางด้านสุขภาพก็จะทำให้นักศึกษาไม่สามารถแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมนั้นๆ ได้ ดังนั้น จึงควรพิจารณาตัวแปรความรู้สุขภาพด้วยเช่นกัน การศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพที่ผ่านมา มักเน้นไปที่ความสามารถของผู้รับบริการมากกว่าบทบาทบุคลากรด้านสุขภาพ ประชาชนทั่วไปสามารถมีความรู้ด้านสุขภาพได้โดยการใช้ทักษะที่จำเป็นในการแสวงหา ทำความเข้าใจ ประเมิน สื่อสาร และใช้สารสนเทศด้านสุขภาพ ในขณะที่เดียวกันผู้ให้บริการสุขภาพสามารถส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพได้โดยการนำเสนอข้อมูลและสื่อสารในแนวทางที่ทำให้ผู้รับบริการเกิดความเข้าใจ และปฏิบัติตนตามข้อมูลที่ได้รับดีขึ้น ซึ่งการสื่อสารที่ดียังสามารถเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้รับบริการด้วย (Patient safety) (วัชรพร เชนสุวรรณ, 2560); (อภิญา อินทร์รัตน์, 2557); (Coleman, 2012)

### 3.2 โมเดลเชิงเหตุผลเพื่อการวิเคราะห์การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ (A logic model for analyzing studies of health literacy)

เป็นแนวคิดที่ได้มาจากสังเคราะห์และบูรณาการหลายทฤษฎีเพื่อคุณภาพและการวิจัยการดูแลสุขภาพ (Berkman, 2011) ซึ่งเป็นโมเดลเส้นทางอิทธิพลเชิงสาเหตุ (Causal pathway model) ที่มีผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่น การเกิดโรคและความรุนแรงของโรค คุณภาพชีวิต มีสาเหตุมาจากการใช้บริการสุขภาพ (Use of health care services) ความยึดมั่นในพฤติกรรม (Adherence behavior) เจตนาในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ (Intent for health behavior) รวมไปถึงทักษะเตือนตนเอง (Self-monitoring) เจตคติ (Attitudes) บรรทัดฐานทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเอง ระดับความรู้ทางด้านสุขภาพ (Health literacy level)

โมเดลนี้ได้พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพในกลุ่มที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพความแตกต่างและการออกแบบโปรแกรมหรือกิจกรรมเพื่อการพัฒนาสำหรับผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ และอธิบายประสิทธิผลของโปรแกรมที่ต่างกันตามกลุ่มเป้าหมายที่มีชีวิตสังคมต่างกัน โดยการศึกษาจากรายงานการวิจัยที่ใช้คำสำคัญ (Keywords) ว่า "Health Literacy" ที่เผยแพร่ในช่วงปี ค.ศ. 2003-2010 ในฐานะข้อมูล MEDLINE โดยการพิจารณาเกณฑ์คุณภาพของวิจัยและความเข้มแข็งของหลักฐานข้อมูลตามนิยามของความรู้ด้านสุขภาพ ผลการคัดเลือกคุณภาพงานวิจัยที่นำมาศึกษาจากระดับน้อยถึงระดับดีมาก และเป็นการศึกษาถึงผลลัพธ์ทางสุขภาพ 81 เรื่อง จากรายงานการวิจัยทั้งหมดที่ศึกษาการวัดและสำรวจระดับของความรู้ด้านสุขภาพ 86 เรื่อง พบว่ากลุ่มเป้าหมายมีระดับ



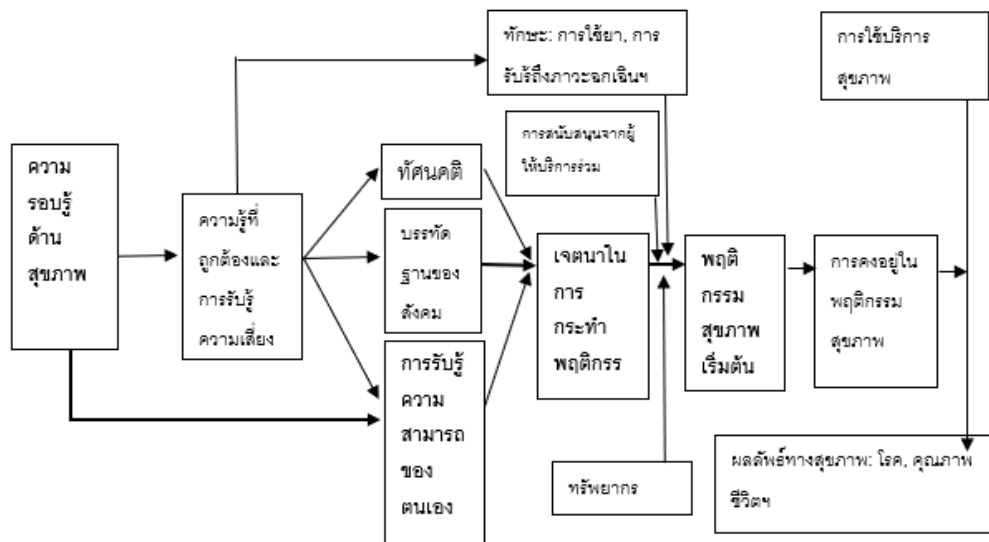
ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ที่ระดับต่ำในเรื่องการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน การใช้บริการตรวจสอบเต้านมแบบ mammography การรับบริการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ การอ่านฉลากยา การอ่านคำสั่งแพทย์ อ่านข่าวสารทางด้านสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร การสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพ สภาวะทางสุขภาพต่ำ และอัตราการตายสูง เป็นต้น และในจำนวนรายงานวิจัยอีก 42 เรื่อง เป็นการศึกษาโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดย 27 เรื่องเป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่ใช้การสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trials – RCTs) มี 2 เรื่องเป็นการวิจัยเชิงทดลองที่ใช้การสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster RCTs) และ 13 เรื่องเป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง และผลสังเคราะห์จากงานวิจัยทำให้ทราบว่า ในงานวิจัยสำหรับผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ และเพื่อทดสอบประสิทธิผลของการจัดกิจกรรมและพัฒนาผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ การจัดกิจกรรมส่วนใหญ่จัดขึ้นเพียงรอบเดียว และมุ่งเตรียมพร้อมข้อมูลด้านสุขภาพให้กับผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ ซึ่งงานวิจัยบางเรื่องเป็นการเปรียบเทียบระหว่างเอกสารความรู้ที่มีอยู่เดิมตามมาตรฐานกับเอกสารความรู้ที่ถูกเขียนขึ้นให้ด้วยเนื้อหาที่ง่ายต่อการอ่านหรือเปรียบเทียบระหว่างเอกสารมาตรฐานกับแผนภูมิ แผ่นพับ หนังสือเล่มเล็ก เทป วิดีโอ หรือแผ่นซีดี ที่ถูกออกแบบพิเศษ เพื่อผู้ที่มีความรอบรู้ต่ำ มีงานวิจัยจำนวนน้อยที่มีการจัดกิจกรรมที่หลากหลายวิธี ส่วนใหญ่เป็นการประเมินถึงผลลัพธ์ของพฤติกรรมโดยวัดความรู้ และมีงานวิจัยจำนวนน้อยที่จัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นรายองค์ประกอบหรือรายกลุ่มย่อย และงานวิจัยหลายเรื่องยังมีข้อบกพร่องทางวิธีการจึงทำให้มีข้อจำกัดที่ยังหาข้อสรุปไม่ได้ว่ากิจกรรมใดบ้างที่มีประสิทธิภาพต่อการพัฒนาผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ และจากผลการวิจัยนี้ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า 1) ควรศึกษาเพิ่มเติมและต่อเนื่องในการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ 2) ควรพัฒนาเทคนิคใหม่ๆ เพื่อวัดประสิทธิภาพของการจัดกิจกรรมสำหรับกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ต่างกันและ 3) ควรมีการตรวจสอบไปถึงผลลัพธ์จากการจัดกิจกรรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้มากขึ้น (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560)

โมเดลเชิงเหตุผลนี้ ถูกนำมาใช้ในการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์สุขภาพและความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการทดสอบโมเดลอย่างชัดเจน ในด้านอิทธิพลของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละกลุ่มประชากร โมเดลนี้เน้นความสำคัญกับ “ผลลัพธ์ที่ดี” เช่น มีความเสมอต้นเสมอปลายในการพัฒนา มีการตรวจคัดกรองได้มากที่สุด มีการลดลงของการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลและการตายก่อนวัย เป็นต้น ส่วนคำว่า “ผลลัพธ์สุขภาพ” นั้นครอบคลุมทั้งผลลัพธ์ตอนต้น ตอนกลางและตอนปลาย ได้แก่ ความรู้: ให้พิจารณาความรู้ว่าเป็นผลลัพธ์ตอนต้นที่เกี่ยวข้องกับระดับคะแนนเชิงตัวเลข การคำนวณค่าใช้จ่ายในการดูแล



สุขภาพ ประเมินค่าบริการดูแลสุขภาพเป็นตัวเงิน ต้นทุนทั้งทางตรงและทางอ้อม และประเมินจากค่าใช้จ่ายของการจัดกิจกรรม เป็นต้น

สรุปได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยผ่านผลลัพธ์คั่นกลางที่หลากหลายทั้งด้านคุณลักษณะบุคคล เช่น ความรู้ การรับรู้ความสามารถ การกำกับตนเอง ทักษะพฤติกรรม และสภาพแวดล้อมทางสังคม เช่น บรรทัดฐานทางสังคม ระบบบริการสุขภาพ การสนับสนุนจากผู้ให้บริการสุขภาพ และยังมีความสัมพันธ์ของความรู้ด้านสุขภาพของบุคคลระหว่าง อายุ เชื้อชาติ หรือภูมิหลังทางวัฒนธรรม และประสิทธิภาพของการจัดกิจกรรม ที่เป็นตัวแปรกำกับให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์สุดท้ายที่แตกต่างกันได้จากโมเดล ดังภาพประกอบ 4



ภาพประกอบ 4 โมเดลเชิงเหตุผลเพื่อการวิเคราะห์การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ

ที่มา: (Berkman, 2011)

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาพฤติกรรมการทำงานด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจะส่งผลต่อพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ นั่นคือ พฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม หากนักศึกษาขาดความรู้ด้านสุขภาพ นักศึกษาไม่สามารถที่จะคิดวิเคราะห์ นำความรู้ทางด้านสุขภาพ มาประยุกต์ใช้เพื่อช่วยในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมได้

สอดคล้องกับงานวิจัยของ Mullan et al (2017) พบว่าการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง จะช่วยให้สามารถจัดการดูแลตนเอง รวมทั้งดูแลสุขภาพผู้ป่วยได้เช่นกัน เช่นเดียวกับ อภิญญา อินทรรัตน์ (2557) กล่าวว่า ผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะสามารถนำเสนอข้อมูล และสื่อสารในแนวทางที่ทำให้ผู้รับบริการเกิดความเข้าใจและปฏิบัติตนดีขึ้น รวมถึงการใช้กลยุทธ์ การสื่อสารแบบยืดหยุ่นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางและมีส่วนร่วม การคำนึงถึงความแตกต่างทางภาษา วัฒนธรรม ดังนั้น ตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรม การแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมในกลุ่มนักศึกษาสาธารณสุข ส่วนตัวแปรอื่นๆ ไม่นำมาศึกษา เพราะไม่อยู่ในบริบทของชุมชน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำตัวแปรจากทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ และตัวแปรจากโมเดลเชิงเหตุผลเพื่อการวิเคราะห์การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพมาใช้ในการศึกษาเพื่ออธิบาย และทำนายพฤติกรรม การแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ซึ่งจะกล่าวถึงตัวแปรในลำดับถัดไป

#### ส่วนที่ 4 ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรม การแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัย และจากทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ และโมเดลเชิงเหตุผลเพื่อการวิเคราะห์การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ ทำให้ได้ตัวแปรเชิงสาเหตุ ได้แก่ กระบวนการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ (Health Empowerment Relational Process) ได้แก่ แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล และแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน และความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

Kieffer (1984) ได้กล่าวว่า เป็นกระบวนการปรับเปลี่ยนและพัฒนาทักษะของการมีส่วนร่วม ตลอดจนความสามารถของบุคคลในการจัดการกับสภาพแวดล้อมต่างๆ โดยเป็นผู้ที่ตัดสินใจด้วยตนเอง เน้นหาทางแก้ปัญหา มากกว่ามุ่งเน้นตัวปัญหา มุ่งเน้นความเข้มแข็ง สิทธิและความสามารถของบุคคลมากกว่าข้อจำกัดของบุคคล ส่วน อวยพร ตันมุขยกุล (2540) กล่าวว่า เป็นกระบวนการเสริมสร้างให้บุคคลมีพลังอำนาจในการควบคุมชีวิตของตนเอง เป็นกระบวนการทางสังคมที่แสดงถึงการยอมรับ ส่งเสริม ช่วยเหลือ ชี้นำให้บุคคลเกิดความสามารถดำเนินการสนองความต้องการของตนเอง เป็นการรู้จักเป้าหมายและใช้ทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อเกิดความสามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้ นอกจากนี้ Gibson (1991) กล่าวว่า เป็นแนวคิดที่ใช้ในการอธิบายกระบวนการทางสังคม ที่แสดงถึงการยอมรับและชื่นชมการพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคลให้ตอบสนองตามความต้องการของตนเองและสามารถแก้ปัญหาได้ด้วย

ตนเอง รวมถึงใช้ทรัพยากรเท่าที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่น และรู้สึกว่าคุณค่าของตนเอง นั้นมีอำนาจ ทั้งยังสามารถจัดการวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของตนเองได้ เช่นเดียวกับ Zimmerman (1995) ได้อธิบาย คือ การส่งเสริมโอกาสในการเรียนรู้ทักษะและพัฒนาความรู้สึกถึง ความสามารถในการควบคุมผลของปัญหาที่มีต่อการดำรงชีวิต และ จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ (2560) กล่าวว่า อำนาจ (power) คือ พลังหรือความสามารถที่มีอิทธิพลเพียงพอที่จะก่อให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงทั้งความคิดเห็นและแนวปฏิบัติเพื่อให้เกิดการระดมทรัพยากรและบรรลุซึ่งเป้าหมาย จำแนกมุมมองอำนาจในความหมายที่เป็นทรัพยากร อำนาจในความหมายของความสัมพันธ์ทาง สังคม และอำนาจในความหมายของความจริงและความรู้

จากนั้น ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผสมเข้ากับสุขภาพ เป็น แนวคิดการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ซึ่งการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพถือเป็นสำคัญที่จะผลักดัน “สร้าง” นำ “ซ่อม” สู่อารมณ์ปฏิบัติให้เกิดผลที่เป็นรูปธรรม เพราะการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพเป็น กระบวนการที่จะให้กลุ่มเป้าหมายสามารถดึงศักยภาพที่มีอยู่ภายในมาใช้ในการดูแลและเสริมสร้าง สุขภาพของตนเองได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน เพื่อป้องกันการเกิดโรคจากการใช้ชีวิตที่ไม่คำนึงถึง ผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง(อมร สุวรรณนิมิต, 2553) มีผู้ให้ความหมายของการเสริมสร้าง พลังทางสุขภาพ ได้แก่ Ellis-Stoll (1998) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ หมายถึง กระบวนการที่ผู้ให้บริการจะทำให้บุคคลสามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลและสังคมมาใช้ ให้เกิดประโยชน์กับสุขภาพของตนเอง และชุมชนได้ และมีเป้าหมายเพื่อช่วยเหลือให้ผู้รับบริการได้ มีการพัฒนาตนเองไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งเป็นความหมายในแง่ของผู้ ให้บริการกับผู้รับบริการ นอกจากนี้ ยังได้กล่าวถึงความหมายของการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ด้วยตนเอง ได้แก่ อารีย์วรรณ อ่วมตานี (2549) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ เป็นการ เสริมพลังให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลทางบวก โดยเพิ่มคุณค่าและความสามารถของตน เป็นการมุ่งสร้างความเข้มแข็งของบุคคลเพื่อมุ่งการแก้ปัญหาด้วยการแลกเปลี่ยนและการมี ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น กุณนที พุ่มสงวน (2557) สอดคล้องกับงานวิจัยของ เฉษฐา สุวรรณวารี และ ทิพย์วัลย์ สุรินยา (2016) ได้สรุปความหมายของการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพจะส่งเสริมให้ บุคคลมีความเชื่อมั่น ตัดสินใจ แก้ไขปัญหา ดึงศักยภาพที่มีอยู่ภายในมาใช้ในการดูแลและสร้าง เสริมสุขภาพของตน และควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน เช่นเดียวกับ กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน (2560) กล่าวว่า การเสริมพลังสร้างสุขภาพ เป็น กระบวนการกระตุ้นให้ชุมชนตระหนักในศักยภาพที่มีอยู่ และดึงศักยภาพนั้นมาใช้ในการดูแลและ สร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน เป็นกลไกสำคัญที่ผลักดันแนวคิด “สร้าง” นำ “ซ่อม”

ไปสู่การปฏิบัติและเกิดผลต่อสุขภาพที่เป็นรูปธรรม เป็นแนวคิดแบบพลวัต เป็นปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social interaction to social engagement) ที่มีการแลกเปลี่ยนระหว่างผู้สร้างพลัง (Empowers) และผู้รับการสร้างพลัง (Empowered) กระตุ้นให้ชุมชนเห็นศักยภาพ (Capacity) ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) รับรู้ได้ถึงการมีพลังในการควบคุมปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และเชื่อมั่นว่าสามารถควบคุมตนเองได้ (Self of control) และมีอิสระในการตัดสินใจเลือกที่จะดูแลตนเอง (Self - determination)

Shearer (2009) ได้กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ประกอบด้วย ปัจจัยหรือแหล่งทรัพยากรที่สำคัญ 2 กลุ่มปัจจัย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล (Personal resources) เป็นคุณลักษณะของบุคคลที่แสดงศักยภาพแห่งตน (Self-capacity) เรียกว่า การรับรู้การสร้างศักยภาพแห่งตน (Perceived self-capacity building) ซึ่งเป็นจุดแข็งของบุคคล เป็นความสามารถทางด้านจิตใจ อารมณ์ และร่างกายในการกระทำสิ่งใดๆ

2) แหล่งทรัพยากรบริบทสังคม (Social contextual resources) เป็นแหล่งทางด้านสังคมที่มีอยู่ และได้รับการสนับสนุนเพื่อเผชิญกับชีวิตประจำวัน หรือเรียกว่า การสร้างเครือข่ายทางสังคม (Social network building) และการสร้างการใช้บริการสังคม (Building Social Service Utilization)

มีงานวิจัยที่สนับสนุนว่า ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ มีผลต่อการปฏิบัติงานในชุมชน รวมทั้งการมีส่วนร่วมในชุมชน ได้แก่ งานวิจัยของวิภา เพ็งเสงี่ยม และคณะ (2558) พบว่า กลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ มีการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 งานวิจัยของดารณี จามจรี (2545) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ได้มีการกล่าวถึงการเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพควรเริ่มจาก 1) การสร้างความร่วมมือ 2) การค้นหาสภาพจริงของผู้ป่วย 3) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 4) การสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากร 5) การดำเนินการด้วยตนเอง และ 6) การปรับเปลี่ยนการคิดและการคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วย ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้จากการเสริมพลังอำนาจด้านสุขภาพ (Outcomes) ก็คือ การรับรู้ของผู้ป่วยถึงความสามารถของตนในการจัดการและควบคุมการเจ็บป่วยของตนได้ และทำให้เกิดผลลัพธ์ต่อเนื่องคือ การมีสุขภาพที่ดี (Well-being) ในงานวิจัยของธีราพร ทองปัญญา (2557) พบว่า ภายหลังจากการเข้าร่วมกระบวนการเสริมพลังอำนาจแบบมีส่วนร่วม เยาวชนทุกคนมีจิตสำนึกต่อการพัฒนาชุมชนโดย

ภาพรวมในระดับสูงขึ้นไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งค่าเฉลี่ยของจิตสำนึกต่อการพัฒนาชุมชนในด้านสิ่งแวดล้อมและด้านสังคมจากระดับการเห็นคุณค่าได้เปลี่ยนไปสู่ระดับการจัดระบบ

และงานวิจัยของกุลชญา ลอยหา และคณะ (2560) ศึกษาการเสริมสร้างศักยภาพบทบาทของนักจัดการสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม) จังหวัดอุบลราชธานี เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมที่ประยุกต์แนวคิดนี้ ที่เป็นการกระตุ้นการแสดงศักยภาพในบทบาทของการเป็นนักจัดการสุขภาพ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมหาดังกล่าว มีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้าน/ตำบลจัดการสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ในการวิจัยครั้ง จากกรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ จะประกอบด้วย 2 กลุ่มปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ได้แก่ แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล (Personal resources) และแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม (Social contextual resources) มีรายละเอียดดังนี้

#### 4.1 แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล กับพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

Shearer (2009) กล่าวถึง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ จะทำให้เกิดการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ เกิดมาจากแหล่งหรือปัจจัยภายในตัวบุคคล นั่นคือ แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล (Personal resources)

##### ความหมายของแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล

มีผู้ให้ความหมายของแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล ได้แก่ Bulatao (2004) กล่าวว่า แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล ถือเป็นคุณลักษณะทางด้านจิตใจของแต่ละบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงทางสุขภาพ เช่นเดียวกับกับ Hobfoll et al (2003) กล่าวว่า แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล เป็นคุณลักษณะของตัวตนที่เชื่อมโยงกับการฟื้นคืนกลับสภาพ (resiliency) เป็นความรู้สึกของบุคคลว่าตนเองมีความสามารถในการควบคุม และมีผลกระทบต่อสภาพแวดล้อมของแต่ละบุคคล

โดยปกติแล้ว แหล่งทรัพยากร (Resource) หมายถึง วิธีการที่จัดหามาให้ซึ่งความต้องการ หรือความขาดแคลน โดยแหล่งทรัพยากรจะมีประโยชน์ในแง่ของการจัดการกับปัญหาหรือสถานการณ์ และเป็นการสร้างสถานการณ์ที่ดี หรือการบรรลุปเป้าหมาย โดยแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสภาพแวดล้อม เพื่อให้บรรลุ

เป้าหมายเมื่อเผชิญกับสภาพปัญหาอุปสรรคนั้นๆ ในสถานการณ์ความเครียดหนึ่งๆ แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล จะทำหน้าที่เป็นคุณลักษณะที่ช่วยเพิ่มความอ่อนแอของบุคคลในการต่อสู้หรือเผชิญกับอุปสรรคนั้นๆ ซึ่งแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลมีอิทธิพลต่อการรับรู้สถานการณ์ ทำให้บุคคลมีกลยุทธ์ในการจัดการกับ สถานการณ์ (Van den Heuvel, 2010)

ในแง่แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล ตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก นั่นคือ ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก (Psychological capital: PsyCap) เป็นคุณลักษณะทางด้านจิตลักษณะตามสถานการณ์ (State-like) มากกว่าจะเป็นจิตลักษณะ (Trait-like) (F. A. Luthans, B. J. , 2009) โดยทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก ประกอบด้วย การฟื้นคืนกลับสภาพ (Resilience) ความหวัง (Hope) การมองโลกในแง่ดี (Optimism) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ซึ่งมีความสำคัญต่อผลการปฏิบัติงานและการทำงานของบุคคลหนึ่งๆ (F. e. a. Luthans, 2007)

ส่วน Shearer (2009) กล่าวว่า แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล เป็นคุณลักษณะที่แสดงถึงศักยภาพแห่งตน (Self-capacity) หรือเรียกว่า การรับรู้การสร้างศักยภาพแห่งตน (Perceived self-capacity building) ซึ่งเป็นจุดแข็งของบุคคล เป็นความสามารถทางด้านจิตใจ อารมณ์ และร่างกายในการกระทำสิ่งใดๆ ประกอบด้วย

1. **ความเจริญงอกงามในตน (Personal growth)** หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้สึกที่จะพัฒนาตนเองอยู่เรื่อยๆ มองตนเองว่าสามารถเติบโตได้ มักมีการเปิดรับประสบการณ์ใหม่ๆ อยู่เสมอ มีความรู้สึกที่จะตระหนักในศักยภาพของผู้อื่น มีการปรับปรุงพฤติกรรมตลอดเวลา มีการปรับเปลี่ยนในสิ่งที่แสดงว่าตนเองมีความรู้และมีประสิทธิภาพมากขึ้น (C. D. Ryff, 1989); (C. D. K. Ryff, C. L. M. , 1995) โดยนักจิตวิทยาเชื่อว่า เมื่อบุคคลบรรลุถึงเป้าหมายหนึ่งแล้ว บุคคลย่อมจะมีเป้าหมายใหม่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งการพยายามเข้าสู่เป้าหมายใหม่นั้น บุคคลจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพของตนอีกด้วย ความพร้อมในบุคคลต่อการเปิดรับประสบการณ์ก็เป็นส่วนสำคัญในการเปลี่ยนแปลงนี้ บุคคลที่มีมิติด้านความเจริญงอกงามสูง จะเป็นผู้ที่มีความรู้สึกที่ต้องการพัฒนาตนเองตลอดเวลา มองตนเองว่ากำลังเติบโตและขยาย พร้อมทั้งเปิดโอกาสกับประสบการณ์ใหม่ๆ มีการรับรู้ถึงศักยภาพของตน มองเห็นการพัฒนาในตนเองเมื่อเวลาผ่านไป และเปลี่ยนแปลงตัวเองที่ดี ในทางกลับกัน หากบุคคลที่มีมิติด้านความเจริญงอกงามในตนน้อย จะเป็นผู้ที่มีลักษณะซบเซา ขาดความรู้สึกที่จะต้องพัฒนา รู้สึกเบื่อและไม่สนใจกับชีวิต รู้สึกว่าไม่สามารถที่จะพัฒนาตนเองได้ (ยรัตน์ดุล เลหาหิระพานิช, 2558)

ผู้วิจัยได้พิจารณาว่า ผู้ที่มีความเจริญงอกงามในตน เป็นบุคคลที่ต้องการพัฒนาตนเองอยู่ตลอดเวลา เมื่อพบเจอปัญหา ไม่ได้มองปัญหานั้นว่าเป็นอุปสรรค แต่มองว่า



ปัญหานั้นคือ การพัฒนาอย่างหนึ่ง โดยในการวิจัยครั้งนี้ นักศึกษาจำเป็นต้องมีความเจริญงอกงามในตน เพื่อที่จะพัฒนาตนเอง สามารถแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมได้ ดังนั้น ความเจริญงอกงามในตน หมายถึง การที่นักศึกษามีความต้องการที่จะพัฒนา เปิดรับประสบการณ์ใหม่ๆ มีการปรับปรุงตนเองอยู่ตลอดเวลา

2. **การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต** (Purpose in life) หมายถึง การที่บุคคลมีเป้าหมายมากมายในชีวิตและมีความรู้สึกว่ามีเป้าหมายนั้นๆ มีทิศทาง รู้สึกว่าเป้าหมายเหล่านั้นมีความหมายทั้งในปัจจุบันและอดีตที่ผ่านมา และการมีจุดมุ่งหมายในการใช้ชีวิตของตนเอง (C. D. Ryff, 1989); (C. D. K. Ryff, C. L. M. , 1995) โดยการมีสุขภาพจิตใจที่ดี นั่นคือ การที่บุคคลมีจุดมุ่งหมายในชีวิต วุฒิภาวะยังเป็นปัจจัยที่เน้นย้ำในส่วนของการสร้างเป้าหมายนี้ สามารถเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อให้สามารถที่จะเข้าสู่ความสำเร็จในจุดมุ่งหมายนั้นได้ ดังนั้น บุคคลที่มีทั้งเป้าหมาย ความตั้งใจ และการรับรู้ถึงเป้าหมายนั้นๆ จะส่งผลให้บุคคลรับรู้ว่าการใช้ชีวิตนั้นมีความหมาย บุคคลที่มีมิติในด้านการมีจุดมุ่งหมายในชีวิตสูง จะเป็นผู้ที่มีเป้าหมายในชีวิต และมีเส้นทางเดินที่ชัดเจน รู้สึกว่าปัจจุบันและอดีตนั้นมีความหมาย เชื่อว่าการเกิดมานั้นมีจุดประสงค์ ในขณะที่บุคคลที่มีมิติในด้านการมีจุดมุ่งหมายในชีวิตต่ำ จะเป็นผู้ที่ขาดความรู้สึกว่าชีวิตนั้นมีความหมาย มีเป้าหมายเล็กน้อย แต่ไม่ทราบว่าจะไปสู่เป้าหมายนั้นได้อย่างไร รวมทั้งยังมองไม่เห็นเป้าหมายของชีวิตอีกด้วย (ยรัตน์คุณ เลาหวิระพานิช, 2558)

ผู้วิจัยได้พิจารณาว่า ผู้ที่มีจุดมุ่งหมายในชีวิต เป็นคนที่มีเป้าหมาย รู้สึกว่าเป้าหมาย มีทางเดินที่ชัดเจน รู้สึกว่าอดีตและปัจจุบันนั้นมีความหมาย โดยในการวิจัยครั้งนี้ นักศึกษาจำเป็นต้องมีจุดมุ่งหมายในชีวิต มีเป้าหมายและทางเดินที่ชัดเจนในการที่จะแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมได้ ดังนั้น การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต หมายถึง การที่นักศึกษามีเป้าหมายในชีวิต มีความรู้สึกว่ามีเป้าหมายนั้นๆ มีทิศทาง มีความหมายทั้งในปัจจุบันและอดีตที่ผ่านมา รวมทั้งเป็นผู้ที่มีจุดมุ่งหมายของการใช้ชีวิตของตนเอง

3. **การยอมรับตนเอง** (Self-acceptance) หมายถึง การที่บุคคลมีเจตคติทางบวกต่อตนเอง การยอมรับมุมมองต่างๆ ที่หลากหลาย ทั้งลักษณะที่ดี/ไม่ดี และมีความรู้สึกในแง่บวกเกี่ยวกับชีวิตในอดีตที่ผ่านมา (C. D. Ryff, 1989); (C. D. K. Ryff, C. L. M. , 1995) โดยการยอมรับตนเองถูกมองว่าเป็นหัวใจหลักของสุขภาพจิตใจ และเป็นส่วนหนึ่งของการบรรลุถึงศักยภาพแห่งตน (Self-actualization) และวุฒิภาวะ ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาของชีวิต ที่มุ่งเน้นไปที่การยอมรับตนเอง และอดีตของตน ดังนั้น การที่เรามีเจตคติเชิงบวกกับตนเอง จะช่วยให้เราทำหน้าที่ทางจิตใจด้านบวกได้อย่างเหมาะสม บุคคลที่มีมิติในด้านการยอมรับตนเอง

สูง ถือว่าเป็นผู้ที่มีเจตคติที่ดีต่อตนเอง ยอมรับทุกส่วนของตัวเองได้ทั้งด้านดีและไม่ดี และรู้สึกดีกับอดีตของตน ในขณะที่บุคคลที่มีมิติในด้านการยอมรับตนเองต่ำ จะเป็นผู้ที่รู้สึกไม่พอใจกับตนเอง รู้สึกผิดหวังกับอดีตของตน มีความไม่พอใจในสิ่งที่ตนเองมี และมีความหวังที่อยากจะเป็นคนอื่น (ยรัตน์กุล เลหาหิระพานิช, 2558)

ผู้วิจัยได้พิจารณาว่า ผู้ที่มีการยอมรับตนเอง เป็นบุคคลที่มีเจตคติที่ดีต่อตนเอง ยอมรับสิ่งต่างๆ เกี่ยวกับตนเองทั้งดี/ไม่ดีได้ และรู้สึกดีต่อตัวเองในอดีตที่ผ่านมา โดยในการวิจัยครั้งนี้ นักศึกษาจำเป็นต้องมีการยอมรับตนเอง มีเจตคติที่ดีกับตนเอง ยอมรับสิ่งต่างๆ เกี่ยวกับตนเอง จะช่วยให้นักศึกษามีเจตคติที่ดีต่อตนเอง รวมทั้งการมีเจตคติต่อการแก้ปัญหา ส่งผลต่อการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนได้อย่างมีส่วนร่วม ดังนั้น การยอมรับตนเอง หมายถึง การที่นักศึกษามีเจตคติที่ดีต่อตนเอง ยอมรับมุมมองต่างๆ และมีความรู้สึกเชิงบวกกับอดีตที่ผ่านมาของตนเอง

จากความหมายของแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล สามารถสรุปได้ว่า แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล หมายถึง การที่นักศึกษามีคุณลักษณะที่แสดงถึงศักยภาพแห่งตน ซึ่งเป็นจุดแข็งของบุคคล เป็นความสามารถทางด้านจิตใจ อารมณ์ และร่างกายในการกระทำสิ่งใดๆ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่

1. ความเจริญงอกงามในตน หมายถึง การที่นักศึกษามีความต้องการที่จะพัฒนาตนเองอยู่เสมอ เปิดรับประสบการณ์ใหม่ๆ มีการปรับปรุงและพัฒนาตนเองอยู่ตลอดเวลา
2. การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต หมายถึง การที่นักศึกษามีเป้าหมายในชีวิต มีความรู้สึกกว่าเป้าหมายนั้นๆ มีทิศทาง มีความหมายทั้งในปัจจุบันและในอดีตที่ผ่านมา รวมทั้งเป็นผู้ที่มีจุดมุ่งหมายของการใช้ชีวิตของตนเอง
3. การยอมรับตนเอง หมายถึง การที่นักศึกษามีเจตคติที่ดีต่อตนเอง ยอมรับมุมมองต่างๆ ทั้งด้านดี/ไม่ดี และมีความรู้สึกเชิงบวกกับอดีตที่ผ่านมาของตนเอง

### การวัดแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล

จากการศึกษาการวัดแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล มีแบบวัดแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล ได้แก่ Mayerl et al (2017) ได้พัฒนาแบบวัดแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ 1) แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลทางด้านกายภาพ (Physical) จำนวน 2 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “ดีมาก” ถึง “แย่มาก” 2) แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลทางด้านจิตใจ (Mental) จำนวน 3 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง”

ถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” และ 3) แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลทางด้านสังคม (Social) จำนวน 3 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” มีความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟา อยู่ระหว่าง .87 ถึง .93

ส่วน Ryff (1989) ได้สร้างและพัฒนาแบบวัดสุขภาวะทางจิตใจ (Psychological well-being) โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับสุขภาวะทางจิตใจของบุคคล 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การยอมรับตนเอง การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต ความมีอิสระ ความสามารถในการจัดการสิ่งแวดล้อม การมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผู้อื่น และการมีความเจริญงอกงามในตน องค์ประกอบละ 20 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” มีความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟา อยู่ระหว่าง .87 ถึง .93 นอกจากนี้ (ภมรพรรณ ญะยาตร์, 2554) ได้สร้างและพัฒนาแบบวัดสุขภาวะทางจิตใจ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับสุขภาวะทางจิตใจ 9 องค์ประกอบ ได้แก่ การยอมรับตนเอง อิสระแห่งตน ความงอกงามส่วนบุคคล การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต การมองโลกในแง่ดี การเห็นคุณค่าในตนเอง การมีจิตวิญญาณ การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี และการสร้างคุณประโยชน์แก่สังคม จำนวน 68 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “จริงมากที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” มีความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ .92

และแบบวัดการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ตามทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพของ Shearer (2009) ได้แก่ งานวิจัยของ Shearer (2009); Fleury & Belyea (2010) ได้ทำการพัฒนาแบบวัดการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ซึ่งมี 2 มิติหลัก ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ มิติที่ 1 แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล ได้แก่ 1) ความเจริญงอกงามในตน 2) การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต 3) การยอมรับตนเอง และมิติที่ 2 แหล่งทรัพยากรบริบทสังคม ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางสังคม และ 2) แหล่งบริการทางสังคม โดยใน 4 องค์ประกอบแรก ใช้นิยามจากสุขภาวะทางจิตใจของ Ryff (1989) มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” องค์ประกอบละ 14 ข้อ ส่วนการใช้บริการทางสังคม ใช้ออกสารข้อมูลการใช้บริการทางสังคม โดยให้ตรวจสอบว่าแหล่งบริการใดที่กำลังใช้อยู่ ณ ปัจจุบัน และแหล่งบริการใดที่เคยใช้ใน ช่วง 6 สัปดาห์ที่ผ่านมา ต่อมา Thakur (2017) ได้นำแบบวัดการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพของ Shearer et al (2010) มาปรับใช้ โดยลดข้อคำถาม เป็นองค์ประกอบละ 7 ข้อ มีความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟา อยู่ระหว่าง .69 ถึง .79

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบวัดแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลมาจากแบบวัดการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพของ Shearer et al (2010) รวมทั้ง Thakur (2017) เฉพาะความเจริญงอกงามในตน การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต และการยอมรับตนเอง มีลักษณะเป็นแบบมาตร

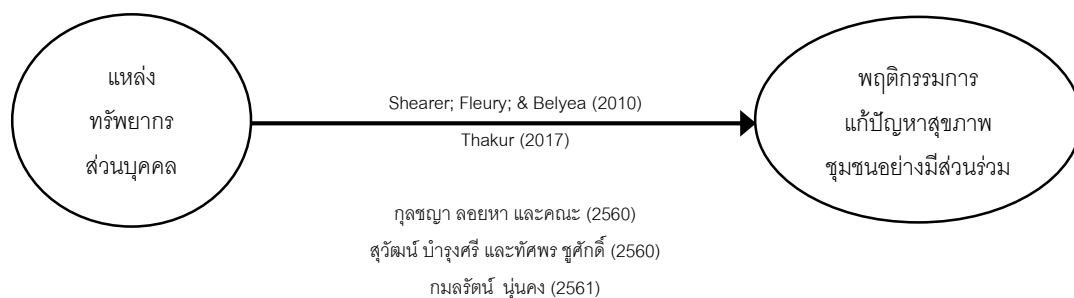
ประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “มากที่สุด” ถึง “น้อยที่สุด” นักศึกษาที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลมากกว่านักศึกษาที่ได้คะแนนต่ำกว่า

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ได้แก่ งานวิจัยของกุลชญา ลอยหา และคณะ (2560) พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมที่ประยุกต์แนวความคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้าน/ตำบลจัดการสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และงานวิจัยของ Shearer et al (2010) เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Thakur (2017) พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ มีส่วนร่วมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

งานวิจัยของกมลรัตน์ นุ่นคง (2561) พบว่า ศักยภาพของนักศึกษาในภาพรวม ( $r = .672$ ) ด้านบูรณาการ ( $r = .623$ ) ด้านความเป็นตัวของตัวเอง ( $r = .544$ ) ด้านเป้าหมายในชีวิต ( $r = .518$ ) และด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ( $r = .513$ ) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสามารถในการแก้ปัญหา อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 นอกจากนี้ สุวัฒน์ บำรุงศรี และทศพร ชูศักดิ์ (2560) พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง มีอิทธิพลทางตรงต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่า แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ดังนั้น จึงเป็นหลักฐานที่เพียงพอที่ทำให้ผู้วิจัยคาดว่า แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม จึงได้กำหนดเป็นสมมติฐานของการวิจัย สามารถเขียนเป็นแผนภาพแสดงเส้นความสัมพันธ์ได้ ดังภาพประกอบ 5



ภาพประกอบ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลและพฤติกรรมกรแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

#### 4.2 แหล่งทรัพยากรบริบทสังคม กับพฤติกรรมกรแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

##### ความหมายของแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม

มีผู้ให้ความหมายของแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม ได้แก่ Bulatao (2004) กล่าวว่า แหล่งทรัพยากรสังคม (Social resources) เกี่ยวข้องกับการควบคุมจากสภาพแวดล้อมที่มีศักยภาพที่มีอิทธิพลต่อลักษณะประชากรศาสตร์ สุขภาพ และวิถีชีวิต ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น เช่นเดียวกับกาวและมอร์เตินเซน (Gow และ Mortensen, 2016) ที่ให้นิยามของแหล่งทรัพยากรทางสังคม ว่าเป็นมุมมองที่หลากหลายของสภาพแวดล้อมทางสังคมของบุคคล ได้แก่ สถานภาพสมรส ที่อยู่อาศัย การติดต่อทางสังคม การรับรู้ความโดดเดี่ยว และการสนับสนุนด้านเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ เป็นต้น

ส่วน Shearer (2009) กล่าวว่า แหล่งทรัพยากรบริบทสังคม ถือเป็นคุณลักษณะของแต่ละบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับความเสียหายทางสุขภาพ เป็นแหล่งทางด้านสังคมที่มีอยู่ และได้รับการสนับสนุนเพื่อเผชิญกับชีวิต หรือเรียกว่า การสร้างเครือข่ายทางสังคม (Social network building) ประกอบด้วย

1. การสนับสนุนทางสังคม (Social support) หมายถึง การมีสัมพันธภาพที่อบอุ่น เชื่อใจได้กับผู้อื่น มีความสามารถของความเข้าใจ เข้าใจ มีความรู้สึกชอบ และมีความสนิทสนมใกล้ชิด และมีความเข้าใจในสัมพันธภาพของมนุษย์ที่จะต้องมีการให้และการรับ (C. D. Ryff, 1989); (C. D. K. Ryff, C. L. M. , 1995) โดยทฤษฎีนี้ส่วนมากเน้นสำคัญกับสัมพันธภาพที่อบอุ่น ความเชื่อใจระหว่างบุคคล ซึ่งมองว่าเป็นส่วนประกอบหลักของการมีสุขภาพจิตที่ดี



บุคคลที่มีการตระหนักรู้ตัวตนเองนั้นถูกอธิบายว่าเป็นบุคคลที่สามารถที่จะเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น มีความเห็นอกเห็นใจเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน และยังมีความสามารถที่จะสร้างความรักที่ดีและสัมพันธ์ภาพที่แน่นแฟ้นกับผู้อื่น บุคคลที่มีมิติในด้านการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่นสูง จะเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนรอบข้าง มีความเป็นห่วงความเป็นอยู่ของผู้อื่น สามารถที่จะแสดงอารมณ์ และพฤติกรรมต่อผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม และเข้าใจถึงการให้และการรับในความสัมพันธ์ดังกล่าว ในขณะที่บุคคลที่มีมิติในด้านการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่นต่ำ จะเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์กับคนรอบข้างน้อย มักแยกตัวและหงุดหงิดเมื่อต้องปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ไม่ยอมที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเองในการรักษาสัมพันธ์ภาพกับคนอื่น(ยรัตน์ดุล เลหาหิระพานิช, 2558)

จากความหมายของการสนับสนุนทางสังคม จะเห็นว่าเกี่ยวข้องกับบุคคลสองคน หรือเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลสองคน การตีความหมายของการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้มีความแจ่มชัดขึ้น จึงควรพิจารณาในสามประเด็น (พรพิมล วรวิมลพิรุฑพงศ์ และสงคราม เชาวนศิริศิลป์, 2549) ได้แก่ ผู้ได้รับการสนับสนุนได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านใด จากใคร ผู้ได้รับการสนับสนุนได้รับการสนับสนุนในด้าน หรือประเภทของการสนับสนุนประเภทใด และได้รับการสนับสนุนจากแหล่งที่มาของประโยชน์ หรือแหล่งที่มาของการสนับสนุนใด จากกลุ่มใด

ผู้วิจัยได้พิจารณาว่า ผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคม เป็นบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เห็นอกเห็นใจผู้อื่น เข้าใจถึงปฏิสัมพันธ์ของการให้และการรับ การได้รับการยอมรับรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น โดยได้จากกลุ่มคนในสังคมนั้น เป็นต้น โดยในการวิจัยครั้งนี้ นักศึกษาจำเป็นต้องมีการสนับสนุนทางสังคม มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น เห็นอกเห็นใจผู้อื่น ลักษณะดังกล่าว จะช่วยให้นักศึกษามีปฏิสัมพันธ์ที่ดี กล่าวที่จะแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนได้อย่างมีส่วนร่วม ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่นักศึกษารับรู้ถึงการสนับสนุนจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน อาจารย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ให้การสนับสนุนด้านต่างๆ ในการทำกิจกรรมแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

**2. การใช้บริการทางสังคม (Social service utilization)** หมายถึง การที่บุคคลได้เข้าไปใช้ประโยชน์จากแหล่งบริการทางสังคมของหน่วยบริการชุมชน (Thakur, 2017) การจัดบริการสวัสดิการสังคมต้องคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้รับบริการสวัสดิการสังคม การให้ผู้รับบริการสวัสดิการสังคมมีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้อย่างทั่วถึง เหมาะสม และเป็นธรรม โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การรักษาความลับของผู้รับบริการสวัสดิการสังคม สิทธิที่ประชาชนจะต้องได้รับ และการมีส่วนร่วมในการจัดสวัสดิการสังคมทุกระดับ และข้อ 7 การจัดบริการสวัสดิการสังคมต้องคำนึงถึงสาขาของการจัดสวัสดิการสังคม



ยกตัวอย่าง การบริการสังคมแต่ละด้าน ดังนี้ (ประจักษ์ น้าประสานไทย, 2558)

- บริการสังคมด้านการศึกษา เช่น การเรียนฟรี 15 ปี การให้สิทธิคนพิการ ได้รับการศึกษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย กองทุนกู้ยืมเพื่อการศึกษา โครงการนักเรียนและแอร์โฮสเทล อาหารเช้า โครงการคอมพิวเตอร์ไอซีทีเพื่อคนไทย โครงการหนังสือคอมพิวเตอร์อาหารเช้า โครงการ 1 อำเภอ 1 ทุน โครงการสนับสนุน การศึกษาแก่ผู้ที่มีรายได้น้อย

- บริการสังคมด้านสุขภาพอนามัย เช่น การรักษาพยาบาลในระบบสวัสดิการข้าราชการ การรักษาพยาบาลในระบบประกันสังคม การรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โครงการน้ำดื่มอาหารเช้า การสาธารณสุข การอนามัยครอบครัวและการรักษาพยาบาล

- บริการสังคมด้านที่อยู่อาศัย เช่น โครงการพัฒนาที่อยู่อาศัยในชนบทตามแนวพระราชดำริเศรษฐกิจพอเพียง โครงการบ้านอาหารเช้า โครงการบ้านมั่นคง

- บริการสังคมด้านการทำงานและการมีรายได้ เช่น โครงการฟื้นฟูอาชีพเกษตรกร โครงการแท็กซี่อาหารเช้า โครงการส่งเสริมการฝึกอบรม และการพัฒนาอาชีพ การบริการข่าวสารแรงงาน การจัดหางาน

- บริการสังคมด้านนันทนาการ เช่น การจัดกิจกรรม นันทนาการเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ การจัดให้มีสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ การบำรุง สถานที่พักผ่อนหย่อนใจ การส่งเสริมกีฬา บำรุงการกีฬา

- บริการสังคมในกระบวนการยุติธรรม ส่วนใหญ่เป็นงานที่ดำเนินการโดย 5 สถาบันหลักคือ (1) ตำรวจ เช่น การติดตามผู้สูญหาย โครงการฝากบ้านไว้กับตำรวจ โครงการอาสาสมัครแจ้งข่าว อาชญากรรม การสงเคราะห์เด็กพดหลง/เร่ร่อน (2) อัยการ เช่น การช่วยเหลือทางกฎหมาย การจัดหาทนายให้แก่ผู้ยากไร้ งานคุ้มครองดูแลบุคคลใน กรณีต่างๆ โดยเฉพาะบุคคลไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ (3) ทนายความ เช่น งานช่วยเหลือทางกฎหมาย ทนายอาสาว่าความสำนักงาน ศาล (4) ศาล เช่น การให้คำปรึกษาทางกฎหมายแก่ประชาชน การจัดหาทนายความให้แก่ผู้ยากไร้ และ (5) กรมราชทัณฑ์ ซึ่งจัดให้เฉพาะผู้กระทำความผิดและถูกคุมขัง/คุมประพฤติ เช่น ร้านสงเคราะห์ การฝึกอาชีพ การศึกษาและอบรมพัฒนาจิตใจ การให้ทุนประกอบอาชีพ การจัดหางาน การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด การจัด บริการด้านอาหาร การรักษาพยาบาล

- บริการสังคมทั่วไป เช่น โครงการธนาคารประชาชน โครงการกองทุนหมู่บ้าน โครงการประกันภัยเื้ออาทร โครงการ SML บริการช่วยเหลือผู้ประสบภัย บริการสำหรับผู้ทุพพลภาพ ผู้ไร้ที่อยู่อาศัย ผู้สูงอายุ สวัสดิการสำหรับสตรี เด็กและเยาวชน และชาวเขา

ผู้วิจัยได้พิจารณาว่า ผู้ที่มีการใช้บริการทางสังคม เป็นบุคคลที่คุ้นเคยกับบริการทางสังคมต่างๆ ที่รัฐจัดทำให้ โดยในการวิจัยครั้งนี้ นักศึกษาจำเป็นต้องมีแหล่งบริการทางสังคม เพื่อทำความเข้าใจกับบริการทางสังคมต่างๆ ลักษณะดังกล่าว จะช่วยให้นักศึกษาเข้าใจบริการทางสังคมต่างๆ มีความสามารถที่จะแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนได้อย่างมีส่วนร่วม ดังนั้น แหล่งบริการทางสังคม หมายถึง การที่นักศึกษาได้รับรู้ถึงแหล่งใช้ประโยชน์ จากแหล่งบริการทางสังคมของหน่วยบริการชุมชนต่างๆ ทั้งด้านการศึกษา และสุขภาพอนามัย รวมทั้งบริการสังคมทั่วไป

จากความหมายของแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม สามารถสรุปได้ว่า แหล่งทรัพยากรบริบทสังคม หมายถึง การที่นักศึกษามีแหล่งทางด้านสังคมที่มีอยู่ และได้รับการสนับสนุนเพื่อเผชิญกับชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ

1. การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่นักศึกษารับรู้ถึงการสนับสนุนจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน อาจารย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ให้การสนับสนุนด้านต่างๆ ในการทำกิจกรรมแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

2. แหล่งบริการทางสังคม หมายถึง การที่นักศึกษารับรู้ถึงแหล่งใช้ประโยชน์ จากแหล่งบริการทางสังคมของหน่วยบริการชุมชนต่างๆ ทั้งด้านการศึกษา และสุขภาพอนามัย รวมทั้งบริการสังคมทั่วไป ที่จะเอื้อประโยชน์ต่อการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

### การวัดแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม

จากการศึกษาการวัดแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม วูและชาว(Wu, 2013) ได้พัฒนาแบบวัดการใช้บริการสังคม มีเนื้อหาเกี่ยวกับความถี่ของการใช้บริการครอบครัวและชุมชน การใช้บริการครอบครัว ได้แก่ การให้การศึกษาเกี่ยวกับชีวิตครอบครัว กิจกรรมระหว่างครอบครัวกับเด็ก กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นต้น ส่วนบริการชุมชน ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวในชุมชน การสัมมนา การท่องเที่ยว และเทศกาลต่างๆ มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่เคย” ถึง “อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง”

ส่วน Ryff (1989) ได้สร้างและพัฒนาแบบวัดสุขภาวะทางจิตใจ (Psychological well-being) โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการยอมรับตนเอง การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต ความมีอิสระ

ความสามารถในการจัดการสิ่งแวดลอม การมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผู้อื่น และการมีความเจริญงอกงามในตน องค์ประกอบละ 20 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” มีความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟา อยู่ระหว่าง .87 ถึง .93 นอกจากนี้ ภมรพรรณ ญะยาตร์ (2554) ได้สร้างและพัฒนาแบบวัดสุขภาวะทางจิตใจ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับสุขภาวะทางจิตใจ 9 องค์ประกอบ ได้แก่ การยอมรับตนเอง อิศระแห่งตน ความงอกงามส่วนบุคคล การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต การมองโลกในแง่ดี การเห็นคุณค่าในตนเอง การมีจิตวิญญาณ การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี และการสร้างคุณประโยชน์แก่สังคม จำนวน 68 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “จริงมากที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” มีความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ .92

และแบบวัดการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ตามทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพของ Shearer (2009) ได้แก่ งานวิจัยของ Shearer et al (2510) ได้ทำการพัฒนาแบบวัดการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ซึ่งมี 2 มิติหลัก ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ มิติที่ 1 แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล ได้แก่ 1) ความเจริญงอกงามในตน 2) การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต 3) การยอมรับตนเอง และมิติที่ 2 แหล่งทรัพยากรบริบทสังคม ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางสังคม และ 2) การใช้บริการทางสังคม โดยใน 4 องค์ประกอบแรก ใช้นิยามจากสุขภาวะทางจิตใจของไรฟฟ์ (C. D. Ryff, 1989) มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” องค์ประกอบละ 14 ข้อ ส่วนการใช้บริการทางสังคม ใช้เอกสารข้อมูลการใช้บริการทางสังคม โดยให้ตรวจสอบว่าแหล่งบริการใดที่กำลังใช้อยู่ ณ ปัจจุบัน และแหล่งบริการใดที่เคยใช้ในช่วง 6 สัปดาห์ที่ผ่านมา ต่อมา Thakur (2017) ได้นำแบบวัดการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพของ Shearer et al (2010) มาปรับใช้ โดยลดข้อคำถาม เป็นองค์ประกอบละ 7 ข้อ มีความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟา อยู่ระหว่าง .69 ถึง .79

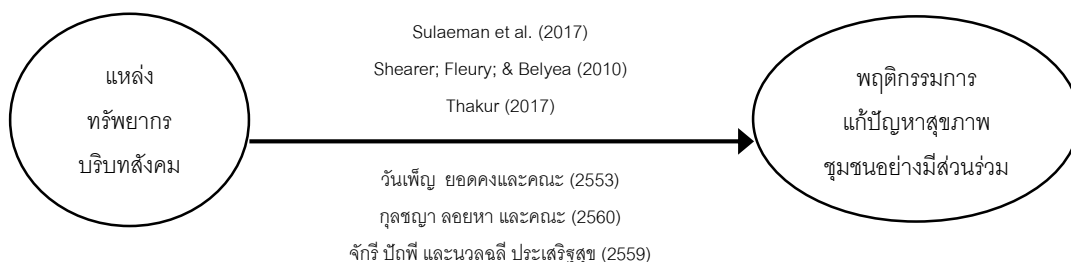
ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบวัดแหล่งทรัพยากรบริบทสังคมมาจากแบบวัดการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพของ Shearer et al (2010) รวมทั้ง Thakur (2017) เฉพาะการสนับสนุนทางสังคม และการใช้บริการทางสังคม มีลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “มากที่สุด” ถึง “น้อยที่สุด” นักศึกษาที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีแหล่งทรัพยากรบริบทสังคมมากกว่านักศึกษาที่ได้คะแนนต่ำกว่า

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของระหว่างแหล่งทรัพยากรบริบทสังคมกับพฤติกรรม การแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ได้แก่ งานวิจัยของ Sulaeman (2017) ศึกษารูปแบบการเสริมสร้างพลังในชุมชนที่มีต่อความสามารถในการแก้ปัญหาสุขภาพ: การศึกษาโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในประเทศอินโดนีเซีย พบว่า ทูตทางสังคม ร่วมกับปัจจัยอื่นๆ สามารถทำนายความสามารถในการแก้ปัญหาสุขภาพได้ร้อยละ 64.2 เช่นเดียวกับงานวิจัยของจักรี บัดพี และนวลฉวี ประเสริฐสุข (2559) พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกับปัจจัยอื่นๆ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประชาชนของอาสาสมัครสาธารณสุขได้ร้อยละ 23.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

งานวิจัยของวันเพ็ญ ยอดคง และปริญญา จิตอร่าม (2553) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมในการศึกษาชุมชนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการศึกษาชุมชนของนักศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้ งานวิจัยของกุลชญา ลอยหา และคณะ (2560) พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมดังกล่าว มีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้าน/ตำบลจัดการสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และงานวิจัยของ Shearer et al (2010) ศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ: การศึกษาความเป็นไปได้และผลกระทบ เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Thakur (2017) ที่ศึกษาความเป็นไปได้ของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพเพื่อประเมินผลกระทบของการจัดการตนเอง สุขภาพเชิงหน้าที่ และสุขภาวะในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ มีส่วนร่วมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่า แหล่งทรัพยากรบริบทสังคม เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ดังนั้น จึงเป็นหลักฐานที่เพียงพอที่ทำให้ผู้วิจัยคาดว่า แหล่งทรัพยากรบริบทสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรม การแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม จึงได้กำหนดเป็นสมมติฐานของการวิจัย สามารถเขียนเป็นแผนภาพแสดงเส้นความสัมพันธ์ได้ ดังภาพประกอบ 6



ภาพประกอบ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งทรัพยากรบริบทสังคมและพฤติกรรมกาแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

#### 4.3 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน กับพฤติกรรมกาแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

##### ความหมายของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน

Bandura (1977) กล่าวว่าหมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเป็นสิ่งที่ตัดสินใจว่าคุณจะสามารถกระทำพฤติกรรมใดๆ นั้นได้หรือไม่ ซึ่งความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถของตนเองนี้จะมีผลกระทบต่อทั้งความคิด ความรู้สึกและแรงจูงใจที่คุณมีต่อตนเอง รวมถึงพฤติกรรมที่คุณกระทำ การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสำคัญต่อแรงจูงใจและการบรรลุเป้าหมายของคุณ การที่คุณใดมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งสูง คุณก็มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นสูง แต่ถ้าคุณมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมนั้นต่ำ คุณก็มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นต่ำ หรืออาจไม่ทำพฤติกรรมนั้นก็ได้ (Bandura, 2000) นอกจากนี้ แบนดูรายังมีความเชื่อว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลต่อการกระทำของคุณ ถ้าบุคคลสองคนมีความสามารถไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงออกที่แตกต่างกันได้ ซึ่งพบว่าบุคคลสองคนมีการรับรู้ความสามารถของตนเองที่แตกต่างกัน แต่ถ้าการรับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์ที่แตกต่างกัน ก็อาจแสดงพฤติกรรมออกมาแตกต่างกันด้วยเช่นกัน แบนดูรายังเห็นว่าความสามารถของคนเรานั้นไม่ตายตัว หากแต่ยืดหยุ่นไปตามสถานการณ์ ดังนั้น สิ่งที่จะกำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออกขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถของตนในสภาพการณ์นั้นๆ นั่นเอง นั่นคือ ถ้าบุคคลรู้ว่าตนเองนั้นมีความสามารถ จะเป็นบุคคลที่มีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอย และประสบความสำเร็จในที่สุด(ประทีป จินฉิ่ง, 2540)

จากความหมายของการรับรู้ความสามารถของตนเองข้างต้น จึงได้เชื่อมโยงเข้ากับสถานการณ์ในการวิจัยครั้งนี้ นั่นคือ การแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน ดังนั้น การรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน หมายถึง การที่นักศึกษาที่มีความเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน โดยมี 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1. ด้านการตัดสินใจ หมายถึง การที่นักศึกษาที่มีความเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถในการเข้าร่วมประชุมและแสดงความคิดเห็นในการวางแผน กำหนดความต้องการ จัดลำดับความสำคัญในการดำเนินงานและใช้วิจารณญาณในการตัดสินใจกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพชุมชน

2. ด้านการปฏิบัติการ หมายถึง การที่นักศึกษาที่มีความเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถในการสนับสนุนทรัพยากร ช่วยลดเวลา แรงงาน หรือลดทรัพยากรส่วนตัวเพื่อใช้ในกิจกรรมของสุขภาพชุมชนตามกำลังความสามารถของตน รวมถึงการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ

3. ด้านการประเมินผล หมายถึง การที่นักศึกษาที่มีความเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถในการติดตามความก้าวหน้า ความสำเร็จของการดำเนินกิจกรรม ติดตามปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น และเข้าร่วมประชุมเสนอแนะปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานต่อไป

### **การวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน**

จากการวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน ได้แก่ สุนีย์ เจริญภูมิการกิจ (2551) ได้พัฒนาแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนต่อการทำงานให้การปรึกษา มีเนื้อหาเกี่ยวกับการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการทำงานให้การปรึกษามากน้อยเพียงใด จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “มั่นใจที่สุด” ถึง “ไม่มั่นใจเลย” มีความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ .83 เช่นเดียวกับกุลญิสา สุขจันทร์ (2556) ได้พัฒนาแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนในการให้บริการการแพทย์แผนไทย มีเนื้อหาเกี่ยวกับการรับรู้ถึงความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถให้บริการการแพทย์แผนไทยได้ จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” และอภิวรรณ พลอยฉาย (2557) ได้พัฒนาแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียด มีเนื้อหาเกี่ยวกับความมั่นใจว่าตนสามารถจัดการความเครียดมากน้อยเพียงใด จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “มั่นใจที่สุด” ถึง “ไม่มั่นใจเลย” มีความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ .83

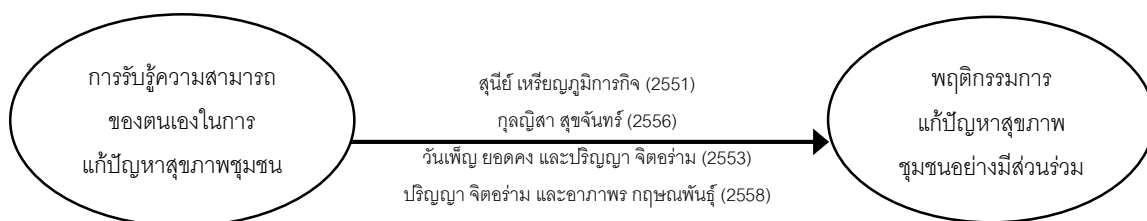


ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนจากนิยามเชิงปฏิบัติการ และผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดความสามารถแห่งตนในการศึกษาชุมชนของวันเพ็ญ ยอดคง และ ปริญญา จิตอร่าม(2553) โดยนำมาปรับปรุงและพัฒนาให้อยู่ในขอบเขตของเรื่องสอดคล้องกับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง มีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “มากที่สุด” ถึง “น้อยที่สุด” นักศึกษาที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนมากกว่านักศึกษาที่ได้คะแนนต่ำกว่า

### **งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน**

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ไม่พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรง จึงใช้พฤติกรรมที่ใกล้เคียงแทน ได้แก่ งานวิจัยของสุนีย์ เจริญภูมิการกิจ (2551) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนต่อการทำงานให้การปรึกษา ร่วมกับปัจจัยอื่นๆ สามารถทำนายการทำงานให้การปรึกษาได้ร้อยละ 58.2 เช่นเดียวกับงานวิจัยของกุลณิสา สุขจันทร์(2556) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนในการให้บริการการแพทย์แผนไทย ร่วมกับปัจจัยอื่นๆ สามารถทำนายพฤติกรรมการให้บริการการแพทย์แผนไทยได้ร้อยละ 47.6 ในขณะที่งานวิจัยของวันเพ็ญ ยอดคง และปริญญา จิตอร่าม (2553) พบว่า ความสามารถแห่งตนในการศึกษาชุมชนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการศึกษาชุมชนของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เช่นเดียวกับปริญญา จิตอร่าม และ อภาพร กฤษณพันธ์ (2558) พบว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการแก้ปัญหาทันตสาธารณสุขในชุมชนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการแก้ปัญหาทันตสาธารณสุขในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้นพอสรุปได้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ดังนั้น จึงเป็นหลักฐานที่เพียงพอที่ทำให้ผู้วิจัยจึงคาดว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนน่าจะมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม จึงได้กำหนดเป็นสมมติฐานของการวิจัย สามารถเขียนเป็นแผนภาพแสดงเส้นความสัมพันธ์ได้ ดังภาพประกอบ 7



ภาพประกอบ 7 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนและพฤติกรรม  
การแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

#### 4.4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน กับพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

##### หลักการของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

สถานการณ์ปัจจุบัน ข้อมูลต่างๆ ทางสุขภาพไม่ว่าจะทางตรงหรือทางอ้อมนั้น ส่งผลดีและผลเสีย รวมถึงเทคโนโลยีสารสนเทศที่ก้าวหน้า จะช่วยให้เข้าถึงข้อมูลได้ง่ายรวดเร็วขึ้น และการสื่อสารยุคใหม่ มุ่งผลิตข้อมูลลงสู่สังคมออนไลน์มากขึ้น เช่น ทีวีออนไลน์ ไลน์ ปรากฏการณ์นี้ยิ่งทำให้ประชาชนถูกโจมตีด้วยข้อมูล จึงจำเป็นที่จะต้องทำให้ประชาชนและสังคมมีศักยภาพด้านสุขภาพ เข้าถึง วิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพ เลือกที่จะนำข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพมาปฏิบัติ และประเมินผลได้ ซึ่งนั่นก็คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจุบันนักวิจัยหลายกลุ่มได้มีการพัฒนาแบบวัดหรือเครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทำให้มีเอกสารวิจัยและการพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2558) โดยมีงานวิจัยจำนวนมากที่แสดงให้เห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำสัมพันธ์กับ 1) อัตราความเสียหายที่มากขึ้นต่อการนอนในโรงพยาบาล และอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ 2) แนวโน้มการใช้จ่ายตามคำแนะนำที่น้อยลง จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 3) การมีส่วนร่วมกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อย 4) ความซุกซนของปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพมากขึ้น 5) การสื่อสารกับผู้ให้บริการสุขภาพที่ไม่มีประสิทธิภาพ 6) ระดับความสามารถต่อการจัดการตนเองด้านโรคเรื้อรังที่ต่ำ 7) ค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น และ 8) ผลลัพธ์โดยรวมด้านสุขภาพที่ไม่ดี นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการให้บริการกับผู้ป่วย (Macabasco-O'Connell, 2011)



รอบด้านที่ทำให้บุคคลนั้นเกิดแรงจูงใจในตนเองทำให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแล สุขภาพตนเองพร้อมจัดการสุขภาพตนเองและเงื่อนไขสุขภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันโรคและคงรักษา สุขภาพที่ดีของตนเอง ครอบครัวและชุมชน สำหรับ Chin (2011) อธิบายว่า ความรอบรู้ด้าน สุขภาพเป็นประเด็นหนึ่งที่ต่างออกมาในการตีความถึงผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความรู้ ด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยความรู้ด้านสุขภาพเป็น สิ่งจำเป็นที่สนับสนุนให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ สอดคล้องกับ

จึงสรุปได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถและทักษะทาง ปัญญาและทางสังคมของนักศึกษาในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพชุมชน ความรู้ความ เข้าใจเกี่ยวกับการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมอันจะนำไปสู่การประเมินผล และการ ประยุกต์ใช้

Nutbeam (2000) อธิบายองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ระดับ ดังนี้

ระดับ 1 ระดับพื้นฐาน (Basic/Functional Literacy) ได้แก่ สมรรถนะในการ อ่านและเขียน เพื่อให้สามารถเข้าใจถึงเนื้อหาสาระด้านสุขภาพ จัดเป็นทักษะพื้นฐาน ด้านการ อ่านและเขียนที่จำเป็นสำหรับบริบทด้านสุขภาพ เช่น การอ่านใบยินยอม ฉลากยา การเขียนข้อมูล การดูแลสุขภาพ การทำความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียนและวาจาจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวมทั้งการปฏิบัติตามคำแนะนำ เช่น การรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย เป็นต้น

ระดับ 2 ระดับปฏิสัมพันธ์ (Communicative/Interactive Literacy) ได้แก่ สมรรถนะในการใช้ความรู้และการสื่อสาร เพื่อให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เป็นการ รู้เท่าทันทางปัญญา และทักษะทางสังคม) ที่ทำให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การรู้จักซักถามผู้รู้ การถ่ายทอดอารมณ์ ความรู้ที่ตนเองมีให้ผู้อื่นได้เข้าใจ เพื่อนำมาสู่การ เพิ่มพูนความสามารถทางสุขภาพมากขึ้น

ระดับ 3 ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical Literacy) ได้แก่ สมรรถนะในการ ประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่มีอยู่ เพื่อให้สามารถตัดสินใจและเลือกปฏิบัติในการสร้าง เสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้คงดีได้อย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ Nutbeam (2000) ยังอธิบายผลลัพธ์จากความรู้ด้านสุขภาพ ส่งผลประโยชน์ต่อบุคคล คือ พัฒนาความรู้เพื่อป้องกันความเสี่ยง มีมาตรฐานต่อการดูแลตนเอง เพิ่มความสามารถในการปฏิบัติตนภายใต้ความรู้ด้านสุขภาพสร้างแรงจูงใจให้เกิดความมั่นใจใน

ตนเองเพิ่มความทนทานต่อการเผชิญปัญหา และยังส่งผลประโยชน์ต่อชุมชน สังคม โดยเพิ่มการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชากร พัฒนาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับปรุงบรรทัดฐานทางสังคม และการสื่อสารทางสังคมพัฒนา ตลอดจนการเพิ่มขีดความสามารถของชุมชน

สำหรับองค์ประกอบตามแนวคิด Sorensen (2012) ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึง (Access) เป็นความสามารถที่จะแสวงหาค้นหาและได้รับข้อมูลสารสนเทศ 2) การเข้าใจ (Understand) เป็นความสามารถในการทำความเข้าใจและอธิบายข้อมูลสารสนเทศนั้นได้ถูกต้อง 3) การประเมิน (Appraise) เป็นความสามารถในการอธิบาย การตีความ การกลั่นกรอง และประเมินข้อมูลสุขภาพที่ได้รับจากการเข้าถึง และ 4) การประยุกต์ใช้ (Apply) เป็นความสามารถในการสื่อสารและใช้ข้อมูลในการตัดสินใจในการรักษาและปรับปรุงสุขภาพตนเอง Sorensen (2012) มีการประยุกต์การนำข้อมูลเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพทำเมทริกซ์กับบริบททางกระบวนการทางสุขภาพ ตามตาราง 2

ตาราง 2 เมทริกซ์การประยุกต์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 4 องค์ประกอบกับบริบทเกี่ยวกับสุขภาพ 3 ด้าน

บริบท	การเข้าถึง/ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ	ความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ	การตรวจสอบ/การประเมินเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพ	การประยุกต์/การนำข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพไปใช้
การรักษา	สามารถเข้าถึงข้อมูลและเอกสารทางการแพทย์และคลินิก	การทำความเข้าใจข้อมูลทางการแพทย์และวัตถุประสงค์ที่ได้รับ	สามารถตรวจสอบตีความและประเมินข้อมูลทางการแพทย์	สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับข้อมูลทางการแพทย์กับสุขภาพของตน
การป้องกัน	สามารถเข้าถึงข้อมูลที่เป็นองค์ประกอบความเสี่ยงเกี่ยวกับสุขภาพ	สามารถทำความเข้าใจข้อมูลที่เป็นองค์ประกอบความเสี่ยงเกี่ยวกับสุขภาพ	สามารถตีความและประเมินองค์ประกอบความเสี่ยงเกี่ยวกับสุขภาพ	สามารถนำข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจบนองค์ประกอบความเสี่ยงเกี่ยวกับสุขภาพ

ตาราง 2 (ต่อ)

บริบท	การเข้าถึง/ได้รับ ข้อมูลเกี่ยวกับ สุขภาพ	ความเข้าใจข้อมูล เกี่ยวกับสุขภาพ	การตรวจสอบ/การ ประเมินเกี่ยวกับ ข้อมูลสุขภาพ	การประยุกต์/การ นำข้อมูลเกี่ยวกับ สุขภาพไปใช้
การ ส่งเสริม	สามารถรับรู้ข้อมูล ปัจจุบันที่เป็น ปัจจัยด้านสุขภาพ ในสังคมและ ลักษณะกายภาพ สิ่งแวดล้อมด้วย ตนเอง	สามารถทำความเข้าใจข้อมูลที่เป็น ปัจจัยด้านสุขภาพ ในสังคมและ กายภาพทาง สิ่งแวดล้อมจาก ความหมายที่ได้รับ	สามารถตีความ และประเมินปัจจัย ด้านสุขภาพใน สังคมและ กายภาพทาง สิ่งแวดล้อม	สามารถตัดสินใจ เกี่ยวกับข้อมูลที่เป็น ปัจจัยสุขภาพ ในสังคมและ กายภาพทาง สิ่งแวดล้อม

ทีมา (Sorensen, 2012)

จากความหมายดังกล่าวจึงหมายถึง ความสามารถและทักษะทางปัญญาและทางสังคมของนักศึกษาในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพชุมชน ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมอันจะนำไปสู่การประเมินผล และการประยุกต์ใช้ โดยมีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านการเข้าถึง ด้านสุขภาพด้านการเข้าใจ ด้านสุขภาพด้านการประเมิน และด้านสุขภาพด้านการประยุกต์ใช้

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึง หมายถึง เป็นความสามารถที่จะแสวงหาค้นหาและได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพที่เป็นตัวกำหนดปัญหาสุขภาพชุมชน
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าใจ หมายถึง เป็นความสามารถที่จะเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพที่กำหนดปัญหาสุขภาพชุมชนและเข้าใจความหมายที่ถูกต้อง
3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการประเมินค่า หมายถึง เป็นความสามารถในการอธิบาย การตีความ การกลั่นกรองและประเมินข้อมูลสุขภาพที่ได้รับจากการเข้าถึงที่เป็นตัวกำหนดปัญหาสุขภาพชุมชน
4. ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการประยุกต์ใช้ หมายถึง เป็นความสามารถในการสื่อสารและใช้ข้อมูลในการตัดสินใจบนฐานข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพที่เป็นตัวกำหนดปัญหาสุขภาพชุมชน



### การวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในต่างประเทศ ได้แก่ Osborne (2013) ได้สร้างและพัฒนาแบบวัดความรอบรู้สุขภาพ (Health Literacy Questionnaire: HLQ) ใช้วัดความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไปทุกกลุ่มวัย พัฒนาจากข้อมูลฐานรากที่ได้จากการสัมภาษณ์และการประชุมปฏิบัติการในกลุ่มต่างๆ ทั้งกลุ่มประชาชนผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติ และผู้กำหนดนโยบาย รวมทั้งข้อคำถามที่ได้จากการที่ประชาชนขอคำปรึกษาด้านสุขภาพโดยตรงจากผู้เชี่ยวชาญ และทำการทดสอบเครื่องมือนี้จากกลุ่มประชาชนในพื้นที่ชุมชน ศูนย์ดูแลสุขภาพและโรงพยาบาล จำนวน 634 คน และตรวจสอบซ้ำกับประชาชน จำนวน 405 คน ซึ่งแบบวัดฉบับนี้ สามารถใช้ในการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนทั่วไป ใช้ในการประเมินผลการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ และศึกษาความต้องการเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนเป็นรายบุคคลได้ ทั้งนี้ มีการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่า มี 9 องค์ประกอบ และมีข้อคำถาม จำนวน 44 ข้อ และ Mullan (2017) ได้พัฒนาแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพจากแบบวัด HLQ ของ Osborne (2013) จำนวน 44 ข้อ ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความรู้สึกถึงความเข้าใจและการสนับสนุนโดยผู้ให้บริการดูแลด้านสุขภาพ 2) การมีข้อมูลสำหรับการจัดการสุขภาพที่เพียงพอ 3) การจัดการสุขภาพเชิงรุก 4) การสนับสนุนทางสังคมสำหรับสุขภาพ 5) การประเมินข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ 6) ความสามารถที่จะมีส่วนร่วมกับผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ 7) การนำทางระบบการดูแลสุขภาพ 8) ความสามารถในการค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ดี และ 9) การทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่ดีเพียงพอที่จะรู้สิ่งที่ต้องกระทำ โดยองค์ประกอบที่ 1-5 มีลักษณะเป็นแบบมาตรวัดประเมินค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” และองค์ประกอบที่ 6-9 มีลักษณะเป็นแบบมาตรวัดประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “ง่ายที่สุด” ถึง “ยากที่สุด” มีความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟา อยู่ระหว่าง .80-.90 และ Sorensen (2012) ได้พัฒนาแบบวัด The HLS-EU-Q47 ซึ่งพัฒนาขึ้นจากการทำเดลฟายการสนทนากลุ่มนักวิชาการและผู้เกี่ยวข้อง การนำไปทดลองใช้ในพื้นที่ พร้อมผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 25 คน โดยมีค่า Chronbach' alpha อยู่ระหว่าง 0.51-0.91 รวมจำนวน 47 ข้อ เป็นมาตรส่วนประมาณค่าตาม Likert scale 5 ระดับคือ ให้คะแนน 1 หมายถึง ยากมาก, 2 ยาก, 3 ง่าย, 4 ง่ายมาก และ 5 คือ ไม่ทราบ/ไม่เคย โดยวัดจาก 4 องค์ประกอบคือ การเข้าถึง การเข้าใจ การตรวจสอบ/ประเมิน/ตัดสินใจ และการนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้

ส่วนการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย พบว่า นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร และเดช เกตุจำ(2554) ได้พัฒนาแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วน โดยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Nutbeam (2008) จำนวน 18 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตรวัดลิเคิร์ต 6 ระดับ ตั้งแต่ “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” มีความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ .86 ส่วนวิชุดา คงเหมือนเพชร(2559) ได้นำแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร และเดช เกตุจำ(2554) มาทำการปรับปรุง แล้วสร้างเป็นแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก มีเนื้อหาเกี่ยวกับความสามารถและทักษะ มีความเข้าใจถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลอนามัยช่องปากด้วยตนเอง อันนำไปสู่การวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และจัดการตนเอง จำนวน 18 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” มีความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ .91 รวมทั้งกองสุขศึกษา (2556) ได้พัฒนาแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ในการปฏิบัติตามหลัก 3 อ 2 ส โดยวัดเนื้อหา ความรอบรู้ด้านสุขภาพใน 5 องค์ประกอบ จำนวน 51 ข้อ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ เป็นแบบให้เลือกตอบ มีข้อที่ถูกต้องเพียงข้อเดียว ส่วนการเข้าถึงข้อมูลและบริการ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ เป็นมาตรประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “ทุกครั้ง” ถึง “ไม่ได้ปฏิบัติ” และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง เป็นแบบให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก ให้คะแนน 1-4 คะแนน มีความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟา อยู่ระหว่าง .61 ถึง .91 และมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .33 ถึง .85 เป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพสูง(อังศิรินทร์ อินทรกำแหง, 2560)

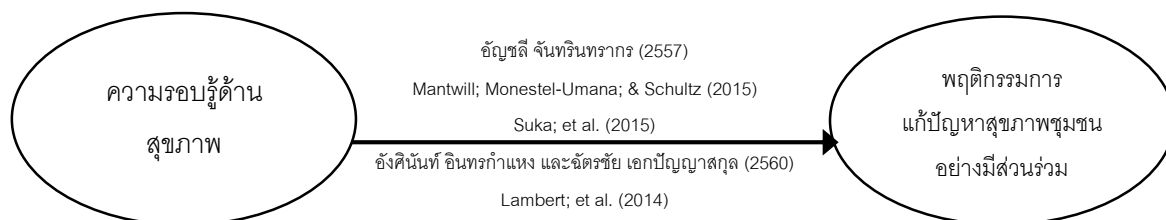
ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพจากนิยามเชิงปฏิบัติการ และแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของอังศิรินทร์ อินทรกำแหง (2560) โดยสร้างตามกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Sorensen (2012) มีลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “มากที่สุด” ถึง “น้อยที่สุด” นักศึกษาที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่านักศึกษาที่ได้คะแนนต่ำกว่า

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ได้แก่ งานวิจัยของ อัญชลี จันทรินทรการ (2557) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่มีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ Mantwill (2015): การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อภาวะสุขภาพ Suka et al (2015) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และสถานะทางสุขภาพของชาวญี่ปุ่น พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางอ้อมต่อสถานะทางสุขภาพ ผ่านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และอังคินันท์ อินทรกำแหง และฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล (2560) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ค่าอิทธิพล เท่ากับ .61) นอกจากนี้ Lambert (2014) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ: การทำความเข้าใจและการรับรู้อุปสรรคของบุคลากรด้านสุขภาพเมื่อต้องเผชิญหน้ากับผู้ป่วย ศึกษาที่ศูนย์บริการดูแลสุขภาพ โดยเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม เพื่อค้นหาประสบการณ์ของบุคลากรด้านสุขภาพที่ทำงานกับผู้ป่วย พบว่า บุคลากรด้านสุขภาพมีความเข้าใจเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จำกัด เป็นผลให้ผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ ซึ่งการขาดการทำความเข้าใจร่วมกับการรับรู้อุปสรรคที่จะพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรด้านสุขภาพ อาจทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถจำกัดที่จะทำความเข้าใจอาการเจ็บป่วยของตนเองและขาดคำชี้แนะที่จะจัดการกับสุขภาพของตนเองด้วย

งานวิจัยที่ดังกล่าวข้างต้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ดังนั้น จึงเป็นหลักฐานที่เพียงพอที่ทำให้ผู้วิจัยจึงคาดว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพน่าจะมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม จึงได้กำหนดเป็นสมมติฐานของงานวิจัย สามารถเขียนเป็นแผนภาพแสดงเส้นความสัมพันธ์ได้ ดังภาพประกอบ 8



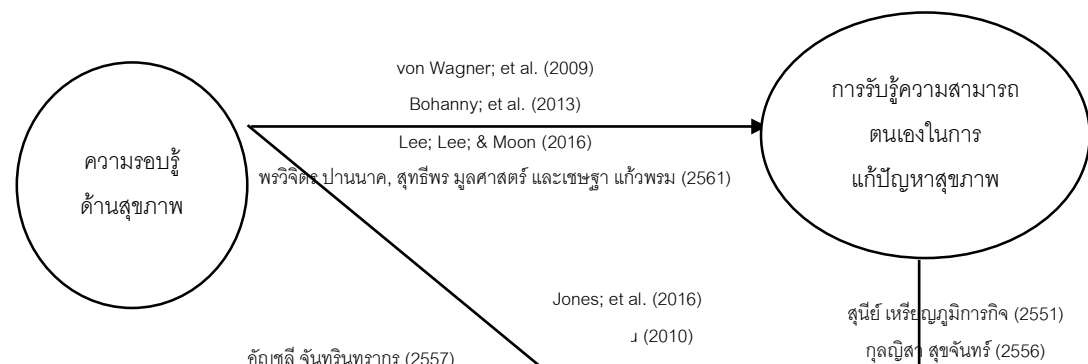
ภาพประกอบ 8 ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

นอกจากนี้ จากงานวิจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน ได้แก่ Wagner von (2009) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ

และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการมีส่วนร่วมในการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ : บทบาทของกระบวนการข้อมูล พบว่า บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ จะมีแนวโน้มที่จะมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการมีส่วนร่วมในการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระดับต่ำ ในขณะที่ งานวิจัยของ Bohanny (2013) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ร่วมกับปัจจัยอื่นๆ สามารถทำนายการรับรู้ความสามารถของตนเองได้ร้อยละ 11.8 เช่นเดียวกับ Lee et al (2016) ศึกษาแบบโครงสร้างความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง กิจกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และร่วมกับปัจจัยอื่นๆ สามารถทำนายการรับรู้ความสามารถของตนเองได้ร้อยละ 20 และงานวิจัยของพรวิจิตร ปานนาค, สุทธิพร มูลศาสตร์ และเชษฐา แก้วพรม (2561) พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ กลุ่มทดลองมีความมั่นใจในการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ในขณะที่ งานวิจัยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ งานวิจัยของ Jones et al (2016) ศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นตัวคั่นกลางอิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่มีต่อสุขภาพช่องปากในกลุ่มประชากรชาติพันธุ์ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำมีอิทธิพลต่อสุขภาพช่องปากที่ไม่ดี โดยผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Kim et al (2010) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำมีอิทธิพลทางอ้อมต่อสถานะทางสุขภาพกายและจิตที่ไม่ดี โดยผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้นพอสรุปได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม โดยผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน ดังนั้น จึงเป็นหลักฐานที่เพียงพอที่ทำให้ผู้วิจัยจึงคาดว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพน่าจะจะมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม โดยผ่านการรับรู้ความสามารถในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน จึงได้กำหนดเป็นสมมติฐานของการวิจัย สามารถเขียนเป็นแผนภาพแสดงเส้นความสัมพันธ์ได้ ดังภาพประกอบ 9



ภาพประกอบ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ กับการรับรู้ความสามารถของ  
ตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน และพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

#### ส่วนที่ 5 สาขาวิชาทันตสาธารณสุขกับการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร มี 2 สาขาวิชาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหา  
สุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ผู้วิจัยจึงศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการ  
เสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมี  
ส่วนร่วม ระหว่างกลุ่มนักศึกษาสาธารณสุข สาขาสาธารณสุขชุมชน กับกลุ่มนักศึกษาสาธารณสุข  
สาขาทันตสาธารณสุข จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน และ  
สาขาวิชาทันตสาธารณสุข พบว่า เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอนตามหลักสูตรแล้ว บัณฑิตแต่ละ  
สาขาจะต้องมีสมรรถนะ(สถาบันพระบรมราชชนก, 2550)

จากสมรรถนะดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน จะเน้นสุขภาพ  
ชุมชน มากกว่าสาขาวิชาทันตสาธารณสุข ที่เน้นทั้งสุขภาพช่องปากและสุขภาพชุมชน จึงมีความ  
เป็นไปได้ที่ภาระงานมากกว่า ทำให้นักศึกษาให้ความสำคัญกับสุขภาพชุมชนน้อยกว่า เพราะต้อง  
แบ่งเวลาไปดูแลสุขภาพช่องปากด้วย และนอกจากนี้ สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ยังเน้นประเด็น  
เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ควบคุมโรค ตรวจประเมินและบำบัดโรคเบื้องต้น ดูแลให้  
ความช่วยเหลือผู้ป่วย ส่งต่อผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชนบนพื้นฐานแนวคิด  
แบบองค์รวม ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างเป็นองค์รวม นั้นจะทำให้ นักศึกษากลุ่ม  
สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชนมีพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมมากกว่า  
นักศึกษากลุ่มทันตสาธารณสุข

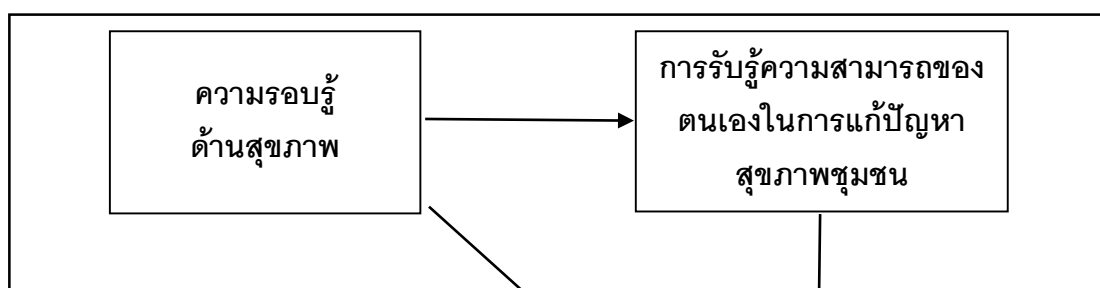


จากการพิจารณาบริบทของสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชนและสาขาวิชาทันตสาธารณสุขดังกล่าว นักศึกษาจะได้รับการฝึกปฏิบัติให้ลงชุมชน โดยมีการฝึกปฏิบัติการเกี่ยวกับศึกษาวิเคราะห์ วางแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุข จัดทำแผนงานโครงการสาธารณสุขแบบมีส่วนร่วมกับสถานบริการสาธารณสุข สถานประกอบการ และหน่วยงานที่จัดกิจกรรมเกี่ยวกับการแก้ปัญหาสาธารณสุขในระดับพื้นที่ และประมวลผล วิเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอผลการดำเนินงาน ซึ่งการฝึกปฏิบัติที่กล่าวมาข้างต้น ถือเป็น การแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนของนักศึกษา และนักศึกษาต้องมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชนนั้นในบันทึกกระบวนการขั้นตอน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาพฤติกรรม การแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ซึ่งการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนเป็นสิ่งที่นักศึกษาต้องกระทำในขณะที่ฝึกปฏิบัติอยู่แล้ว แต่การมีส่วนร่วมกับการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนนั้นอาจจะมีมากน้อยแตกต่างกันไป ระหว่างกลุ่มนักศึกษาสาธารณสุขสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน กับกลุ่มนักศึกษาสาธารณสุขสาขาวิชาทันตสาธารณสุข ดังนั้นจึงทำให้ผู้วิจัยคาดการณ์ว่าค่าเฉลี่ยของตัวแปรแฝง และขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่อธิบายการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ไม่เท่าเทียมกันระหว่างกลุ่มนักศึกษาสาธารณสุขสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน และกลุ่มนักศึกษาสาธารณสุขสาขาวิชาทันตสาธารณสุข

## ส่วนที่ 6 กรอบแนวคิดและแบบจำลองสมมติฐานการวิจัย

### 6.1 กรอบแนวคิด

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรม การแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ 2 ทฤษฎีหลัก ได้แก่ 1) ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ (Shearer et al, 2010) ที่อธิบายถึงการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพเป็นกระบวนการร่วมกันระหว่างปัจเจกจิตสังคมนิ Shearer (2009) เรียกว่าแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล (Personal resources) และแหล่งทรัพยากรบริบทสังคมนิ (Social resources) โดยส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน (Purposeful participation ) ได้แก่ พฤติกรรม การแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม และ 2) โมเดลตามเหตุผลเพื่อการวิเคราะห์ในการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Berkman, 2011) ที่อธิบายว่าเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ต่อพฤติกรรม การแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม โดยผ่านผลลัพธ์คั่นกลาง ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน เป็นต้น สามารถสรุปเป็นรูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุ แสดงดังภาพประกอบ 11







ภาพประกอบ 10 กรอบแนวคิดการวิจัย

## 6.2 นิยามเชิงปฏิบัติการ

6.2.1. พฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม หมายถึง การแสดงออกของนักศึกษาที่มีต่อการแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชนโดยเปิดโอกาสให้สมาชิก/ผู้แทนในชุมชนเข้ามาร่วมในทุกกิจกรรม โดยวัดจาก

6.2.1.1 การตัดสินใจอย่างมีส่วนร่วม หมายถึง การแสดงออกของนักศึกษาต่อการแก้ปัญหาในชุมชนโดยเปิดโอกาสให้สมาชิก/ผู้แทนในชุมชนเข้ามาร่วมตัดสินใจ การทำความเข้าใจปัญหา การระบุสาเหตุของปัญหา การเลือกวิธีแก้ปัญหา การวางแผนในการดำเนินงานในการตัดสินใจกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพชุมชน

6.2.1.2 การปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วม หมายถึง การแสดงออกของนักศึกษาที่มีต่อการแก้ปัญหาในชุมชนโดยเปิดโอกาสให้สมาชิก/ผู้แทนในชุมชนเข้ามาร่วมสนับสนุนทรัพยากรช่วยเหลือเวลา แรงงาน หรือสละทรัพย์สินส่วนตัวเพื่อใช้ในกิจกรรมของสุขภาพชุมชนตามกำลังความสามารถของตน รวมถึงการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน

6.2.1.3 การประเมินผลอย่างมีส่วนร่วม หมายถึง การแสดงออกของนักศึกษาต่อการแก้ปัญหาในชุมชนโดยเปิดโอกาสให้สมาชิก/ผู้แทนในชุมชนเข้ามาร่วมติดตามความก้าวหน้าความสำเร็จในการทำกิจกรรม ติดตามปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น และได้ร่วมประชุมเสนอแนะปรับปรุงแนวทางการดำเนินกิจกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน

ผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมขึ้นเองตามนิยามเชิงปฏิบัติการ และจากประสบการณ์การเรียนรู้ในการฝึกภาคสนามของนักศึกษาสาธารณสุข มีลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “มากที่สุด” ถึง “น้อยที่สุด” นักศึกษาที่ได้คะแนนสูง แสดงว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมมาก

6.2.2. แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล หมายถึง การที่นักศึกษามีคุณลักษณะที่แสดงถึงศักยภาพแห่งตน ซึ่งเป็นจุดแข็งของบุคคล เป็นความสามารถทางด้านจิตใจ อารมณ์ และร่างกาย ในการกระทำสิ่งใดๆ โดยวัดจาก

6.2.2.1 ความเจริญงอกงามในตน หมายถึง การที่นักศึกษามีความต้องการที่จะพัฒนาตนเองอยู่เสมอ เปิดรับประสบการณ์ใหม่ๆ มีการปรับปรุงและพัฒนาตนเองอยู่ตลอดเวลา

6.2.2.2 การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต หมายถึง การที่นักศึกษามีเป้าหมายในชีวิต มีความรู้สึกว่ามีเป้าหมายนั้นๆ มีทิศทาง มีความหมายทั้งในปัจจุบันและอดีตที่ผ่านมา รวมทั้งเป็นผู้ที่มีจุดมุ่งหมายของการใช้ชีวิตของตนเอง

6.2.2.3 การยอมรับตนเอง หมายถึง การที่นักศึกษามีเจตคติที่ดีต่อตนเอง ยอมรับมุมมองต่างๆ ของตนเอง ทั้งด้านดีและไม่ดี และมีความรู้สึกเชิงบวกกับอดีตที่ผ่านมาของตนเอง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบวัดแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลมาจากแบบวัดการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพของ Shearer et al (2010) รวมทั้ง Thakur (2017) เฉพาะความเจริญงอกงามในตน การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต และการยอมรับตนเอง มีลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “มากที่สุด” ถึง “น้อยที่สุด” นักศึกษาที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลมากกว่านักศึกษาที่ได้คะแนนต่ำกว่า

6.2.3. แหล่งทรัพยากรบริบทสังคม หมายถึง การที่นักศึกษาที่มีแหล่งทางด้านสังคมที่มีอยู่ และได้รับการสนับสนุนเพื่อเผชิญกับชีวิตประจำวัน โดยวัดจาก

6.2.3.1 การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง นักศึกษารับรู้ถึงการสนับสนุนจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน อาจารย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ให้การสนับสนุนด้านต่างๆ ในการทำกิจกรรมแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

6.2.3.2 แหล่งบริการทางสังคม หมายถึง นักศึกษารับรู้ถึงแหล่งใช้ประโยชน์ จากแหล่งบริการทางสังคมของหน่วยบริการชุมชนต่างๆ ทั้งด้านการศึกษา และสุขภาพอนามัย รวมทั้งบริการสังคมทั่วไป ที่จะเอื้อประโยชน์ต่อการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบวัดแหล่งทรัพยากรบริบทสังคมมาจากแบบวัดการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพของ Shearer et al (2010) รวมทั้ง Thakur (2017) เฉพาะการสนับสนุนทางสังคม และแหล่งบริการทางสังคม มีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “มากที่สุด” ถึง “น้อยที่สุด” นักศึกษาที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีแหล่งทรัพยากรบริบทสังคมมากกว่านักศึกษาที่ได้คะแนนต่ำกว่า

6.2.4. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน หมายถึง การที่นักศึกษาที่มีความเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน โดยวัดจากตัวแปรสังเกต 3 ตัว ดังนี้

6.2.4.1 การตัดสินใจ หมายถึง การที่นักศึกษาที่มีความเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถในการเข้าร่วมประชุมและแสดงความคิดเห็นในการวางแผน กำหนดความต้องการ จัดลำดับความสำคัญในการดำเนินงานและใช้วิจารณญาณในการตัดสินใจกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพชุมชน

6.2.4.2 การปฏิบัติการ หมายถึง การที่นักศึกษาที่มีความเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถในการสนับสนุนทรัพยากร ช่วยสละเวลา แรงงาน หรือสละทรัพย์สินส่วนตัวเพื่อใช้ในกิจกรรมของสุขภาพชุมชนตามกำลังความสามารถของตน รวมถึงการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ

6.2.4.3 การประเมินผล หมายถึง การที่นักศึกษาที่มีความเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถในการติดตามความก้าวหน้า ความสำเร็จของการทำกิจกรรม ติดตามปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น และได้ร่วมประชุมเสนอแนะปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานต่อไป

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนจากนิยามเชิงปฏิบัติการ และผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากแบบ

วัดความสามารถแห่งตนในการศึกษาชุมชนของ วันเพ็ญ ยอดคง และปริญญา จิตอร่าม (2553) โดยนำมาปรับปรุงและพัฒนาให้อยู่ในขอบเขตของเรื่องสอดคล้องกับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง มีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “มากที่สุด” ถึง “น้อยที่สุด” นักศึกษาที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนมากกว่านักศึกษาที่ได้คะแนนต่ำกว่า

6.2.5. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถและทักษะทางปัญญาและทางสังคมของนักศึกษาในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพชุมชน ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมอันจะนำไปสู่การประเมินผล และการประยุกต์ใช้ วัดจากตัวแปรสังเกต 4 ตัว ดังนี้

6.2.5.1 ด้านการเข้าถึง หมายถึง เป็นความสามารถที่จะแสวงหาค้นหาและได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพที่เป็นตัวกำหนดปัญหาสุขภาพชุมชน

6.2.5.2 ด้านการเข้าใจ หมายถึง เป็นความสามารถที่จะเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพที่กำหนดปัญหาสุขภาพชุมชนและเข้าใจความหมายที่ถูกต้อง

6.2.5.3 ด้านการประเมิน หมายถึง เป็นความสามารถในการอธิบาย การตีความ การกลั่นกรองและประเมินข้อมูลสุขภาพที่ได้รับจากการเข้าถึงที่เป็นตัวกำหนดปัญหาสุขภาพชุมชน

6.2.5.4 ด้านการประยุกต์ใช้ หมายถึง เป็นความสามารถในการสื่อสารและใช้ข้อมูลในการตัดสินใจบนฐานข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพที่เป็นตัวกำหนดปัญหาสุขภาพชุมชน

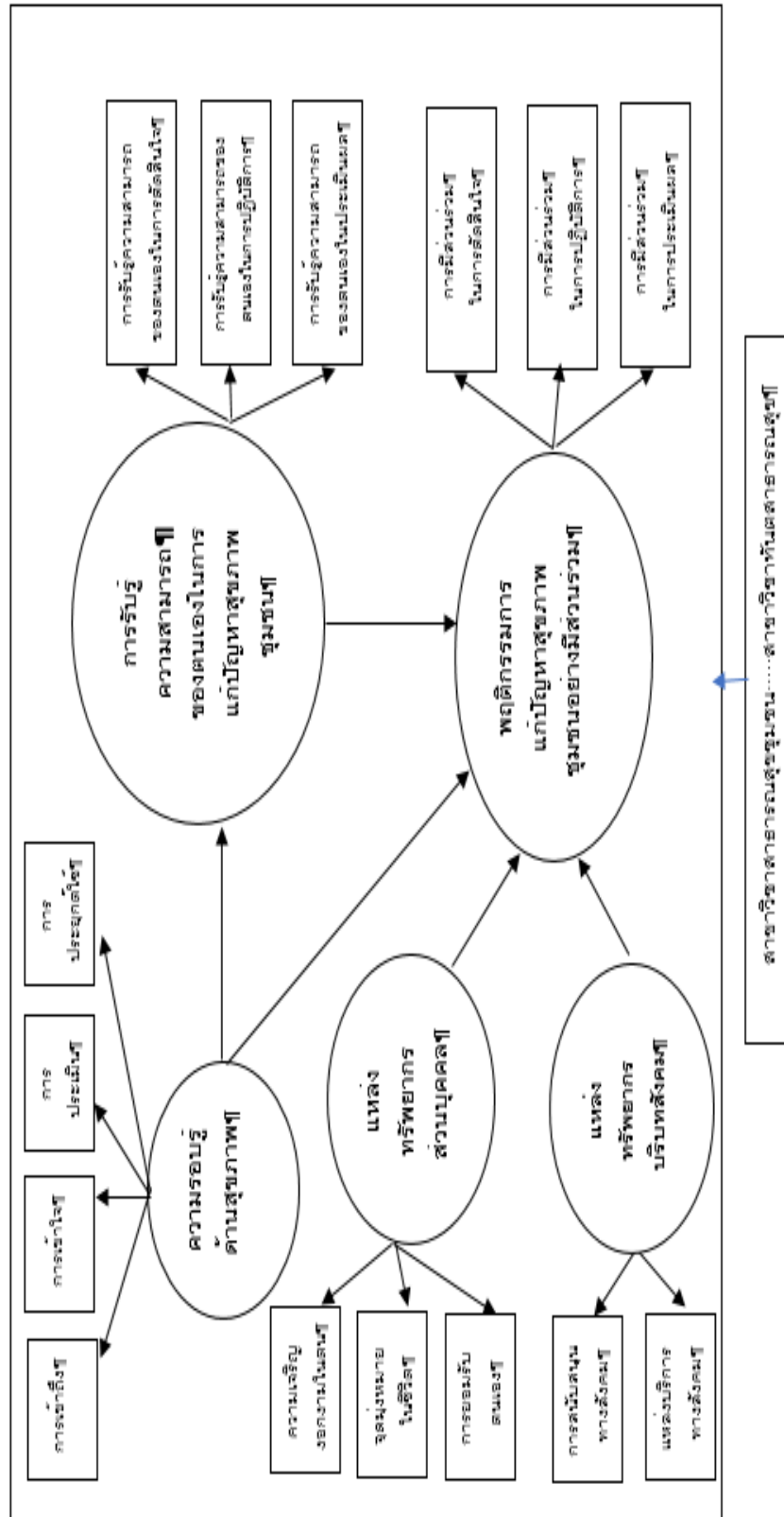
ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพจากนิยามเชิงปฏิบัติการ และแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของอังกิณันท์ อินทรกำแหง (2560) โดยสร้างตามกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Sorensen (2012) มีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “มากที่สุดที่สุด” ถึง “น้อยที่สุด” นักศึกษาที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่านักศึกษาที่ได้คะแนนต่ำกว่า

### 6.3 แบบจำลองสมมติฐานการวิจัย (Hypothesized model)

สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม จะส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health outcomes) ได้แก่ สุขภาวะชุมชน (Community well-being) ผู้วิจัยได้พิจารณาว่าสุขภาวะชุมชนไม่สามารถศึกษาได้จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษา สาธารณสุขที่ผู้วิจัยศึกษาครั้งนี้ เพราะนักศึกษาเป็นผู้ลงไปแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชนเพียงช่วง

ระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น อาจจะทำให้ไม่เห็นผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยรวมของชุมชนหรือสุขภาพะชุมชนได้อย่างชัดเจน ซึ่งการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่เก็บรวบรวมข้อมูลจากนักศึกษามีข้อจำกัดไม่ได้ให้นักศึกษาเป็นผู้ประเมินหรือตอบแบบสอบถามวัดผลตัวแปรสุขภาพะชุมชนด้วยตัวนักศึกษาเองเพื่อป้องกันการให้ข้อมูลลำเอียง ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่ได้ศึกษาสุขภาพะชุมชนเป็นตัวแปรผลลัพธ์ของพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาในการศึกษาคั้งนี้ ดังนั้นจากสมมติฐานการวิจัยผู้วิจัยจึงไม่ได้ศึกษาสมมติฐานย่อยตามเส้นทางอิทธิพลของตัวแปรสุขภาพะชุมชนได้รับอิทธิพลทางตรงจากพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม และผู้วิจัยได้นำตัวแปรต่างๆ มาสร้างเป็นแบบจำลองสมมติฐาน (Hypothesis Model) ซึ่งเป็นรูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุที่มีต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาศาธารณสุข ดังภาพประกอบ 12





ภาพประกอบ 11 แบบจำลองสมมติฐาน (Hypothesized model)



### สัญลักษณ์และคำย่อที่ใช้ในแบบจำลองสมมติฐานการวิจัย

○ แทน ตัวแปรแฝง

□ แทน ตัวแปรสังเกต

→ แทน ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตาม โดยหัวลูกศรจะแสดงทิศทางของอิทธิพล

จากภาพประกอบ 12 นี้เป็นการแสดงแบบจำลองสมมติฐานรูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุด้านการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. แบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุตามสมมติฐาน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีสมมติฐานย่อยตามเส้นทางอิทธิพลของตัวแปรต่างๆ ดังนี้

1.1 แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน

1.2 แหล่งทรัพยากรบริบทสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน

1.3 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

1.4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

1.5 ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมโดยผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน

1.6 ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อความรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน

2. รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข ระหว่างสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน กับสาขาวิชาทันตสาธารณสุขมีความแตกต่างกัน

3. ค่าเฉลี่ยของตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข ระหว่างสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน กับสาขาวิชาทันตสาธารณสุขมีความแตกต่างกัน



### บทที่ 3

## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การสร้างและการหาคุณภาพเครื่องมือ
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การจัดกระทำข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

#### 1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

##### 1.1 ประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ นักศึกษาสาธารณสุขระดับปริญญาตรี ระดับชั้นปีที่ 3 – 4 ที่กำลังศึกษาในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิตสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน และสาขาทันตสาธารณสุข จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก จำนวน 7 แห่ง ผู้วิจัยเลือกจากประชากรที่เป็นนักศึกษาปริญญาตรี เนื่องจากตามระบบการจัดการศึกษาของวิทยาลัยฯ นักศึกษาสาขาสาธารณสุขชุมชน ระดับชั้นปีที่ 3 เป็นนักศึกษาที่ผ่านการฝึกประสบการณ์สาธารณสุขชุมชน 2 และชั้นปีที่ 4 เป็นนักศึกษาที่ผ่านการฝึกประสบการณ์สาธารณสุขชุมชน 3 ในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนมาแล้ว และสำหรับนักศึกษาสาขาทันตสาธารณสุข ระดับชั้นปีที่ 3 เป็นนักศึกษาที่ผ่านการฝึกทดลองการวินิจฉัยชุมชน การประเมินผลวางแผนและดำเนินการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และชั้นปีที่ 4 เป็นนักศึกษาที่ผ่านการฝึกปฏิบัติวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน เป็นการฝึกปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนเช่นกัน โดยมีประชากรกลุ่มแรกคือ นักศึกษาสาธารณสุขระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน จำนวน 500 คน และประชากรกลุ่มที่สองคือ นักศึกษาสาธารณสุขระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 3 – 4 สาขาทันตสาธารณสุข จำนวน 574 คน รวมประชากรจำนวนทั้งสิ้น 1,074 คน ข้อมูล ณ เดือนเมษายน พ.ศ.2562 (กลุ่มเทคโนโลยีสารสนเทศ, 2562)

ตาราง 3 จำนวนนักศึกษาแยกตามชั้นปี ระหว่างสาขาวิชา

สาขาวิชา	ชั้นปีที่ 3	ชั้นปีที่ 4	รวม
1. สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน	226	274	500
2. สาขาวิชาทันตสาธารณสุข	266	308	574
		รวม	1,074

ที่มา : กลุ่มเทคโนโลยีสารสนเทศ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข, 2562.

## 1.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาสาธารณสุขระดับปริญญาตรี ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ที่มีประสบการณ์ในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์รูปแบบสมการเชิงโครงสร้างแบบมีตัวแปรแฝง (Structural equation model with latent variable) เป็นความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ ดังนั้นจึงต้องกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างให้เหมาะสมกับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติดังกล่าวนั้น นักวิชาการได้เสนอวิธีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างไว้หลายแนวคิด หากเลือกใช้วิธีการประมาณค่าแบบแมกซ์ลิคไลฮูด (Maximum Likelihood) ซึ่งเป็นวิธีการประมาณค่าพารามิเตอร์ที่มีประสิทธิภาพ คงเส้นคงวา เป็นอิสระจากมาตรวัด (Bollen, 1989) จำเป็นต้องมีกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่เพื่อที่จะช่วยให้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีความมั่นใจในการทดสอบยิ่งขึ้น รวมทั้งการกำหนดกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่จะทำให้การประมาณค่าพารามิเตอร์ของประชากรมีความคงเส้นคงวาแม้ว่าการแจกแจงของตัวแปรจะไม่เป็นโค้งปกติหลายตัวแปรก็ตาม (Multivariate normal distribution) (Bollen, 1989) หรือเกณฑ์การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอในการวิเคราะห์สมการเชิงโครงสร้างควรมีขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 10-20 คน ต่อตัวแปรสังเกต 1 ตัวแปร (Schumacker, 2004) ในการศึกษาครั้งนี้นอกจากจะทำการวิเคราะห์แบบจำลองสมการโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุแล้วยังทำการวิเคราะห์ในลักษณะของ Multiple-group เพื่อดูการไม่แปรเปลี่ยนของแบบจำลองเมื่อนำไปใช้อธิบายปรากฏการณ์ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะแตกต่างกันการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษา

ครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามการแนะนำของทั้ง Kenny (2011) และคำแนะนำของ Comrey & Lee (1992); Velicer & Fava (1998) โดย Kenny (2011) กล่าวว่าในการวิเคราะห์แบบจำลองเชิงสาเหตุในลักษณะกลุ่มพหุ (Multiple-group) ควรมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม อย่างน้อยกลุ่มละ 200 คน และ Comrey & Lee (1992); Velicer & Fava (1998) ที่กล่าวว่า หากต้องการความมั่นใจในการทดสอบมากขึ้นควรใช้กลุ่มตัวอย่าง 300 หน่วยขึ้นไป ถือว่าดี (as a good) ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 760 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มนักศึกษาสาธารณสุข สาขาสาธารณสุขชุมชน จำนวน 380 คน และกลุ่มนักศึกษาสาธารณสุข สาขาทันตสาธารณสุข จำนวน 380 คน ซึ่งเป็นขนาดที่มากพอที่จะทำให้มีความเชื่อมั่นในผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วนของประชากรในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร 7 แห่ง (Stratified random sampling) และกำหนดสัดส่วนตามกลุ่มหลักสูตร เท่าๆ กัน กลุ่มละ 380 คน และทำการสุ่มตามสัดส่วนของประชากรระหว่าง ประชากรต่อหน่วยตัวอย่างเท่ากับ 1 : 0.7 ในแต่ละวิทยาลัยจนครบจำนวนกลุ่มละ 380 คน รวม 760 คน ดังตาราง 4

ตาราง 4 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของนักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชนและสาขาทันตสาธารณสุข

ลำดับ	วิทยาลัย	จำนวน ประชากร สาขาวิชา สาธารณสุข ชุมชน	จำนวนกลุ่ม ตัวอย่าง	จำนวน ประชากร สาขาวิชาทันต สาธารณสุข	จำนวนกลุ่ม ตัวอย่าง
1	<b>วสส.ชลบุรี</b>				
	ชั้นปี 3	45	34	45	30
	ชั้นปี 4	26	20	44	29
2	<b>วสส.สุพรรณบุรี</b>				
	ชั้นปี 3	41	31	39	26
	ชั้นปี 4	36	27	30	20
3	<b>วสส.พิษณุโลก</b>				
	ชั้นปี 3	22	17	50	33

ตาราง 4 (ต่อ)

ลำดับ	วิทยาลัย	จำนวน ประชากร สาขาวิชา สาธารณสุข ชุมชน	จำนวนกลุ่ม ตัวอย่าง	จำนวน ประชากร สาขาวิชาทันต สาธารณสุข	จำนวนกลุ่ม ตัวอย่าง
	ชั้นปี 4	39	30	55	36
4	<b>วสส.อุบลราชธานี</b>				
	ชั้นปี 3	33	25	41	27
	ชั้นปี 4	45	34	51	34
5	<b>วสส.ขอนแก่น</b>				
	ชั้นปี 3	35	27	37	24
	ชั้นปี 4	52	39	43	29
6	<b>วสส.ตรัง</b>				
	ชั้นปี 3	30	23	29	19
	ชั้นปี 4	42	32	38	25
7	<b>วสส.ยะลา</b>				
	ชั้นปี 3	20	15	25	17
	ชั้นปี 4	34	26	47	31
	<b>รวมทั้งสิ้น</b>	<b>500</b>	<b>380</b>	<b>574</b>	<b>380</b>

ที่มา : กลุ่มเทคโนโลยีสารสนเทศ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. 2562.

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

ชุดที่ 1 สำหรับนักศึกษาสาธารณสุขเป็นผู้ตอบ แบ่งออกเป็น 6 ตอน ประกอบด้วย ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม ตอนที่ 2 – 6 เป็นแบบวัดเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล แหล่งทรัพยากรบริบทสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่งผลต่อพฤติกรรมในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข โดยมีรายละเอียดดังนี้



- 1) แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม
- 2) แบบสอบถามวัดพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม
- 3) แบบสอบถามวัดแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล
- 4) แบบสอบถามวัดแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม
- 5) แบบสอบถามวัดการรับรู้ความสามารถตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน
- 6) แบบสอบถามวัดความรู้ด้านสุขภาพ

1) แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม ถามเกี่ยวกับ เพศ สาขาที่เรียน ระดับชั้นปี ผลการวิจัยในส่วนนี้ใช้วิเคราะห์บรรยายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวอย่าง แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน

0) สาขาวิชาที่ศึกษา

○ สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ○ สาขาทันตสาธารณสุข

ระดับชั้น

○ ชั้นปีที่ 3

○ ชั้นปีที่ 4

2) แบบวัดพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

**ลักษณะแบบสอบถาม** เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบวัดนี้ ตามแนวคิดและค่านิยมของพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน ร่วมกับได้สร้างและพัฒนาแบบวัดพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมขึ้นมาเองตามนิยามปฏิบัติการ และจากประสบการณ์การเรียนรู้ในการฝึกภาคสนามของนักศึกษาสาธารณสุข ทำการวัดใน 3 องค์ประกอบ คือ 1) การตัดสินใจอย่างมีส่วนร่วม 2) การปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม 3) การประเมินผลอย่างมีส่วนร่วม

**รูปแบบของแบบสอบถาม** โดยแบบวัดมีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “มากที่สุด” (6 คะแนน) ถึง “น้อยที่สุด”(1 คะแนน)

**วิธีการให้คะแนน** เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ กรณีเป็นคำถามเชิงบวก ให้คะแนนจาก 6,5,4,3,2 และ 1 จากมากที่สุด ถึง น้อยที่สุด และกรณีเป็นข้อคำถามทางลบ ให้คะแนนตรงข้ามจาก 1,2,3,4,5 และ 6

**การให้ความหมายคะแนน** การแปลความหมายคะแนนพิจารณาจากนักศึกษาที่ได้คะแนนสูง แสดงว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมสูง ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือตามขั้นตอนดังนี้ การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ พบว่า ค่าความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่สอดคล้องกันระหว่าง

ข้อคำถาม และนิยามปฏิบัติการของตัวแปรในการวิจัย (Item – objective congruence index: IOC) ผลการวิเคราะห์ค่า IOC จากข้อคำถามทั้ง 30 ข้อ พบว่า ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.60 ถึง 1.00 จำนวน 26 ข้อ หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้เพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวัดความเชื่อมั่น (Reliability) ผลการวิเคราะห์คุณภาพแบบวัดด้านการตัดสินใจอย่างมีส่วนร่วมมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.421 - 0.916 ด้านการปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วมมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94 มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.93 - 0.95 ด้านการประเมินผลอย่างมีส่วนร่วม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.44 - 0.82 หลังจากนั้นนำไปเก็บข้อมูลจริง พบว่า ด้านการตัดสินใจอย่างมีส่วนร่วมมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.83 - 0.87 ด้านการปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วมมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.81 - 0.88 ด้านการประเมินผลอย่างมีส่วนร่วมมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.32 - 0.74 และทำการวิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของแบบวัดพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมพบว่าแบบจำลองการวัดไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พิจารณาตัดข้อคำถามที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบน้อย รวมทั้งข้อคำถามที่มีข้อความซ้ำซ้อนกับข้อคำถามอื่นออก โดยทำการตัดออกทีละข้อคำถามจนแบบจำลองการวัดมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยค่าดัชนีความกลมกลืนได้แก่  $\chi^2 = 750.35$ ,  $df = 132$ ,  $p < .01$ ,  $RMSA = 0.079$ ,  $CFI = 0.99$ ,  $TLI = 0.99$ ,  $SRMS = 0.027$  พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบด้านการตัดสินใจอย่างมีส่วนร่วมอยู่ระหว่าง 0.81 - 0.91 ด้านการปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วมอยู่ระหว่าง 0.84 - 0.89 ด้านการประเมินผลอย่างมีส่วนร่วมอยู่ระหว่าง 0.79 - 0.84 เมื่อพิจารณาความเชื่อมั่นของตัวแปรแฝงพบว่า ด้านการตัดสินใจอย่างมีส่วนร่วม ( $CR = 0.952$ ,  $AVE = 0.767$ ) ด้านการปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วม ( $CR = 0.944$ ,  $AVE = 0.737$ ) และด้านการประเมินผลอย่างมีส่วนร่วม ( $CR = 0.924$ ,  $AVE = 0.670$ ) แสดงว่าข้อคำถามมีความสัมพันธ์เฉพาะกับตัวแปรแฝงในด้านที่เป็นตัวแปรสังเกตนั้น เมื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงจำแนก ผลการวิเคราะห์พบว่า ความสอดคล้องของแบบวัดที่มี 3 องค์ประกอบดีกว่าแบบวัดที่มี 2 องค์ประกอบ และ 1 องค์ประกอบ ดังในภาคผนวก ดังนั้นแบบวัดพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ และมีจำนวนข้อคำถามที่ปรับใหม่ จำนวน 18 ข้อ

ตัวอย่าง แบบวัดพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม  
การตัดสินใจอย่างมีส่วนร่วม

0) ฉันทนาเสนอปัญหาด้านสุขภาพ ร่วมกับตัวแทนชาวบ้านในที่ประชุมหมู่บ้าน

.....	.....	.....	.....	.....	.....
น้อยที่สุด	น้อย	ค่อนข้างน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก	มากที่สุด

การปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม

00) ฉันทปฏิบัติงานในพื้นที่ชุมชนเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพโดยขอความร่วมมือกับเครือข่ายในชุมชนทุกครั้ง

.....	.....	.....	.....	.....	.....
น้อยที่สุด	น้อย	ค่อนข้างน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก	มากที่สุด

การประเมินผลอย่างมีส่วนร่วม

000) ฉันทและสมาชิก/ผู้แทนในชุมชนสรุปผลการดำเนินกิจกรรมและประเมินผลการดำเนินกิจกรรมแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน

.....	.....	.....	.....	.....	.....
น้อยที่สุด	น้อย	ค่อนข้างน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก	มากที่สุด

3) แบบวัดแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล

**ลักษณะแบบสอบถาม** ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบวัดแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลมาจากแบบวัดการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพของ Shearer et al (2010) รวมทั้ง Thakur (2017) ทำการวัดใน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความเจริญงอกงามในตน การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต และการยอมรับตนเอง

**รูปแบบของแบบสอบถาม** มีลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “มากที่สุด” (6 คะแนน) ถึง “น้อยที่สุด” (1 คะแนน)

**วิธีการให้คะแนน** เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ กรณีเป็นคำถามเชิงบวก ให้คะแนนจาก 6,5,4,3,2 และ 1 จากมากที่สุด ถึง น้อยที่สุด และกรณีเป็นข้อคำถามทางลบ ให้คะแนนตรงข้ามจาก 1,2,3,4,5 และ 6

**การให้ความหมายคะแนน** การแปลความหมายคะแนนพิจารณาจากนักศึกษาที่ได้คะแนนสูง แสดงว่าเป็นผู้ที่มีความแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือตามขั้นตอนดังนี้ การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ พบว่า ค่าความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่สอดคล้องกันระหว่างข้อคำถาม และนิยามปฏิบัติการของตัวแปรในการวิจัย (Item – objective congruence index: IOC) ผลการวิเคราะห์ค่า IOC จากข้อคำถามทั้ง 30 ข้อ พบว่า ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.60 ถึง 1.00 จำนวน 29 ข้อ หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้เพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวัดความเชื่อมั่น (Reliability) ผลการวิเคราะห์คุณภาพแบบวัดด้านความเจริญงอกงามในตนมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.34 – 0.69 ด้านการมีจุดมุ่งหมายในชีวิตมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.43 – 0.80 ด้านการยอมรับตนเองมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.33 – 0.65 หลังจากนั้นเก็บข้อมูลจริง พบว่า ด้านความเจริญงอกงามในตนมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.45 – 0.59 ด้านการมีจุดมุ่งหมายในชีวิตมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.35 – 0.78 ด้านการยอมรับตนเองมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.40 – 0.67 และทำการวิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของแบบวัดแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลพบว่าแบบจำลองการวัดไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังนั้นจึงได้พิจารณาตัดข้อคำถามที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบน้อยรวมทั้งข้อคำถามที่มีข้อความซ้ำซ้อนกับข้อคำถามอื่นออก โดยทำการตัดออกทีละข้อคำถามจนแบบจำลองการวัดมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยค่าดัชนีความกลมกลืนได้แก่  $\chi^2 = 568.84$ ,  $df = 101$ ,  $p < .01$ ,  $RMSEA = 0.078$ ,  $CFI = 0.96$ ,  $TLI = 0.95$ ,  $SRMR = 0.062$  พบว่ามีค่าน้ำหนักองค์ประกอบด้านความเจริญงอกงามในตนอยู่ระหว่าง 0.39 – 0.80 ด้านการมีจุดมุ่งหมายในชีวิตอยู่ระหว่าง 0.36 – 0.85 ด้านการยอมรับตนเองอยู่ระหว่าง 0.49 – 0.80 เมื่อพิจารณาความเชื่อมั่นของตัวแปรแฝงพบว่า ด้านความเจริญงอกงามในตน ( $CR = 0.776$ ,  $AVE = 0.422$ ) ด้านการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต ( $CR = 0.811$ ,  $AVE = 0.478$ ) ด้านการยอมรับตนเอง ( $CR = 0.780$ ,  $AVE = 0.381$ ) แสดงว่าข้อคำถามมีความสัมพันธ์เฉพาะกับตัวแปรแฝงในด้านที่เป็นตัวแปรสังเกตนั้น นั่น เมื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงจำแนก (Discriminant validity) ผลการวิเคราะห์พบว่า ความสอดคล้องของแบบวัดที่มี 3 องค์ประกอบดีกว่าแบบวัดที่มี 2 องค์ประกอบ และ 1 องค์ประกอบ ดังในภาคผนวก ดังนั้นแบบวัดแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ และมีจำนวนข้อคำถามที่ปรับใหม่ จำนวน 16 ข้อ

ตัวอย่าง แบบวัดแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล

ความเจริญงอกงามในตน

0)ฉันพยายามพัฒนาตนเองตลอดเวลา

.....	.....	.....	.....	.....	.....
น้อยที่สุด	น้อย	ค่อนข้างน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก	มากที่สุด

การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต

00)ฉันไม่รู้ว่เป้าหมายในชีวิตของฉันคืออะไร

.....	.....	.....	.....	.....	.....
น้อยที่สุด	น้อย	ค่อนข้างน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก	มากที่สุด

การยอมรับตนเอง

000)ฉันพึงพอใจในความสามารถของตนเอง

.....	.....	.....	.....	.....	.....
น้อยที่สุด	น้อย	ค่อนข้างน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก	มากที่สุด

4) แบบวัดแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม

**ลักษณะแบบสอบถาม** เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบวัดแหล่งทรัพยากรบริบทสังคมมาจากแบบวัดการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพของ Shearer et al (2010) รวมทั้ง Thakur (2017) ทำการวัดใน 2 องค์ประกอบ ได้แก่การสนับสนุนทางสังคม และแหล่งบริการทางสังคม

**รูปแบบของแบบสอบถาม** มีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “มากที่สุด” (6 คะแนน) ถึง “น้อยที่สุด” (1 คะแนน)

**วิธีการให้คะแนน** เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ กรณีเป็นคำถามเชิงบวก ให้คะแนนจาก 6,5,4,3,2 และ 1 จากมากที่สุด ถึง น้อยที่สุด และกรณีเป็นข้อคำถามทางลบ ให้คะแนนตรงข้ามจาก 1,2,3,4,5 และ 6

**การให้ความหมายคะแนน** การแปลความหมายคะแนนพิจารณาจากนักศึกษาที่ได้คะแนนสูง แสดงว่าเป็นผู้ที่มีแหล่งทรัพยากรบริบทสังคมสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือตามขั้นตอนดังนี้ การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ พบว่า ค่าความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่สอดคล้องกันระหว่างข้อคำถาม และนิยามปฏิบัติการของตัวแปรในการวิจัย (Item – objective congruence index: IOC) ผลการวิเคราะห์ค่า IOC จากข้อคำถามทั้ง 20 ข้อ พบว่า ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.60 ถึง 1.00 จำนวน 19 ข้อ หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้เพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวัดความเชื่อมั่น (Reliability) ผลการวิเคราะห์คุณภาพแบบวัดด้านการสนับสนุนทางสังคมมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.37 – 0.82 ด้านแหล่งบริการทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.32 - 0.88 หลังจากนั้นไปเก็บข้อมูลจริง พบว่า ด้านการสนับสนุนทางสังคมมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.43 – 0.63 ด้านแหล่งบริการทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.32 - 0.72 และทำการวิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของแบบวัดแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม พบว่า แบบจำลองการวัดไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พิจารณาตัดข้อคำถามที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบน้อย รวมทั้งข้อคำถามที่มีข้อความซ้ำซ้อนกับข้อคำถามอื่นออก โดยทำการตัดออกทีละข้อคำถามจนแบบจำลองการวัดมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยค่าดัชนีความกลมกลืน ได้แก่  $\chi^2 = 185.13$  ,  $df = 34$  ,  $p < .01$ ,  $RMSEA = 0.077$  ,  $CFI = 0.98$  ,  $TLI = 0.97$  ,  $SRMR = 0.037$  พบค่าน้ำหนักองค์ประกอบด้านการสนับสนุนทางสังคมอยู่ระหว่าง 0.57 – 0.78 ด้านแหล่งบริการทางสังคมอยู่ระหว่าง 0.72 – 0.83 เมื่อพิจารณาความเชื่อมั่นของตัวแปรแฝงพบว่า ด้านการสนับสนุนทางสังคม ( $CR = 0.805$ ,  $AVE = 0.455$ ) และด้านแหล่งบริการทางสังคม ( $CR = 0.881$ ,  $AVE = 0.598$ ) แสดงว่าข้อคำถามมีความสัมพันธ์เฉพาะกับตัวแปรแฝงในด้านที่เป็นตัวแปรสังเกตนั่น ดังแสดงในภาคผนวก

ตัวอย่าง แบบวัดแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม

การสนับสนุนทางสังคม

0)อาจารย์กระตุ้นหรือเตือน ให้ฉันแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน

.....	.....	.....	.....	.....	.....
น้อยที่สุด	น้อย	ค่อนข้างน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก	มากที่สุด



แหล่งบริการทางสังคม

00)ฉันรับรู้ว่าจะแหล่งข้อมูลที่จะทำให้รู้อัตราการเจ็บป่วยของประชาชนในชุมชนสามารถค้นหาได้จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

.....	.....	.....	.....	.....	.....
น้อยที่สุด	น้อย	ค่อนข้างน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก	มากที่สุด

#### 5) แบบวัดการรับรู้ความสามารถตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน

**ลักษณะแบบสอบถาม** เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนจากนิยามเชิงปฏิบัติการ และผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดความสามารถแห่งตนในการศึกษาชุมชนของวันเพ็ญ ยอดคง และ ปริญญา จิตอร่าม(2553) โดยนำมาปรับปรุงและพัฒนาให้อยู่ในขอบเขตของเรื่องสอดคล้องกับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง ทำการวัดใน 3 องค์ประกอบ คือ 1) การตัดสินใจ 2) การปฏิบัติการ 3) การประเมินผล

**รูปแบบของแบบสอบถาม** มีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “มากที่สุด” (6 คะแนน) ถึง “น้อยที่สุด” (1 คะแนน)

**วิธีการให้คะแนน** เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ กรณีเป็นคำถามเชิงบวก ให้คะแนนจาก 6,5,4,3,2 และ 1 จากมากที่สุด ถึง น้อยที่สุด และกรณีเป็นข้อคำถามทางลบ ให้คะแนนตรงข้ามจาก 1,2,3,4,5 และ 6

**การให้ความหมายคะแนน** การแปลความหมายคะแนนพิจารณาจากนักศึกษาที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนมากกว่านักศึกษาที่ได้คะแนนต่ำกว่า

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือตามขั้นตอนดังนี้ การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ พบว่า ค่าความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่สอดคล้องกันระหว่างข้อคำถาม และนิยามปฏิบัติการของตัวแปรในการวิจัย (Item – objective congruence index: IOC) ผลการวิเคราะห์ค่า IOC จากข้อคำถามทั้ง 30 ข้อ พบว่า ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.60 ถึง 1.00 จำนวน 29 ข้อ หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้เพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวัดความเชื่อมั่น (Reliability) ผลการวิเคราะห์คุณภาพแบบวัดด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.35 – 0.82

ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตัดสินใจ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.36 - 0.78 ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการประเมินมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.42 - 0.78 หลังจากนั้นนำไปเก็บข้อมูลจริง พบว่า ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.37 - 0.77 ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตัดสินใจ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.32 - 0.63 ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการประเมินมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.71 - 0.78 และทำการวิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนพบว่า แบบจำลองการวัดไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พิจารณาตัดข้อคำถามที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบน้อย รวมทั้งข้อคำถามที่มีข้อความซ้ำซ้อนกับข้อคำถามอื่นออก โดยทำการตัดออกทีละข้อคำถามจนแบบจำลองการวัดมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยค่าดัชนีความกลมกลืน ได้แก่  $\chi^2 = 765.19$ ,  $df = 132$ ,  $p < .01$ ,  $RMSEA = 0.079$ ,  $CFI = 0.99$ ,  $TLI = 0.98$ ,  $SRMR = 0.033$  พบค่าน้ำหนักองค์ประกอบด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตัดสินใจอยู่ระหว่าง 0.72 - 0.86 ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติอยู่ระหว่าง 0.76 - 0.80 และด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการประเมินอยู่ระหว่าง 0.76 - 0.84 เมื่อพิจารณาความเชื่อมั่นของตัวแปรแฝงพบว่า ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตัดสินใจ ( $CR = 0.918$ ,  $AVE = 0.651$ ) ด้านด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ ( $CR = 0.887$ ,  $AVE = 0.612$ ) และด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการประเมิน ( $CR = 0.923$ ,  $AVE = 0.631$ ) แสดงว่าข้อคำถามมีความสัมพันธ์เฉพาะกับตัวแปรแฝงในด้านที่เป็นตัวแปรสังเกตนั้น เมื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงจำแนก (Discriminant validity) ผลการวิเคราะห์พบว่า ความสอดคล้องของแบบวัดที่มี 3 องค์ประกอบดีกว่าแบบวัดที่มี 2 องค์ประกอบ และ 1 องค์ประกอบ ดังในภาคผนวก ดังนั้นแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ และมีจำนวนข้อคำถามที่ปรับเปลี่ยน จำนวน 18 ข้อ

ตัวอย่าง แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการตัดสินใจ

0)ฉันมั่นใจว่าสามารถร่วมกำหนดแผนแม่บทโครงการในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน ร่วมกับชุมชนได้

.....	.....	.....	.....	.....	.....
น้อยที่สุด	น้อย	ค่อนข้างน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก	มากที่สุด

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติการ

00)ฉันมั่นใจว่าสามารถติดต่อขอความช่วยเหลือในการดำเนินโครงการกับผู้นำชุมชนได้

.....	.....	.....	.....	.....	.....
น้อยที่สุด	น้อย	ค่อนข้างน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก	มากที่สุด

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการประเมินผล

000)ฉันมั่นใจว่าสามารถจัดประชุมกับชาวบ้านเพื่อสรุปผลการดำเนินงานเป็นระยะๆ ในช่วงที่ฝึกภาคสนาม

.....	.....	.....	.....	.....	.....
น้อยที่สุด	น้อย	ค่อนข้างน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก	มากที่สุด

#### 6) แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ

**ลักษณะแบบสอบถาม** เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมาจากนิยามเชิงปฏิบัติการ และแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของอังคินันท์ อินทรกำแหง(2560) โดยสร้างตามกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Sorensen (2012) ทำการวัดใน 4 องค์ประกอบ คือ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึง 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าใจ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการประเมิน และ 4) ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการประยุกต์ใช้

**รูปแบบของแบบสอบถาม** มีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “มากที่สุด” (6 คะแนน) ถึง “น้อยที่สุด” (1 คะแนน)

**วิธีการให้คะแนน** เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ กรณีเป็นคำถามเชิงบวก ให้คะแนนจาก 6,5,4,3,2 และ 1 จากมากที่สุด ถึง น้อยที่สุด และกรณีเป็นข้อคำถามทางลบ ให้คะแนนตรงข้ามจาก 1,2,3,4,5 และ 6

**การให้ความหมายคะแนน** การแปลความหมายคะแนนพิจารณาจากนักศึกษาที่ได้คะแนนรวมสูง แสดงว่าเป็นผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือตามขั้นตอนดังนี้ การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ พบว่า ค่าความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่สอดคล้องกันระหว่างข้อคำถาม และนิยามปฏิบัติการของตัวแปรในการวิจัย (Item – objective congruence index: IOC) ผลการวิเคราะห์ค่า IOC จากข้อคำถามทั้ง 28 ข้อ พบว่า ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.60 ถึง 1.00 จำนวน 28 ข้อ หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้เพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวัดความเชื่อมั่น (Reliability) ผลการวิเคราะห์คุณภาพแบบวัดด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.54 – 0.84 ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าใจ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.77 – 0.90 ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการประเมินมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.36 – 0.82 และด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการประยุกต์ใช้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.75 – 0.88 หลังจากนั้นนำไปเก็บข้อมูลจริง พบว่า ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.69 – 0.78 ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าใจ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.71 – 0.81 ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการประเมินมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.535 – 0.818 และด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการประยุกต์ใช้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.61 – 0.80 และทำการวิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า แบบจำลองการวัดไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พิจารณาตัดข้อคำถามที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบน้อย รวมทั้งข้อคำถามที่มีข้อความซ้ำซ้อนกับข้อคำถามอื่นออก โดยทำการตัดออกทีละข้อคำถามจนแบบจำลองการวัดมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยค่าดัชนีความกลมกลืน ได้แก่  $\chi^2 = 1278.64$  ,  $df = 224$  ,  $p < .01$  ,  $RMSEA = 0.079$  ,  $CFI = 0.98$  ,  $TLI = 0.98$  ,  $SRMR = 0.042$  พบค่า น้ำหนักองค์ประกอบด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงอยู่ระหว่าง 0.72 – 0.83 ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าใจอยู่ระหว่าง 0.79 – 0.86 ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการประเมินอยู่ระหว่าง 0.60 – 0.87 และด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการประยุกต์ใช้อยู่ระหว่าง 0.72 – 0.88 เมื่อพิจารณาความเชื่อมั่นของตัวแปรแฝงพบว่า ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึง (CR = 0.899, AVE = 0.642) ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าใจ (CR = 0.922, AVE = 0.665) ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการประเมิน (CR = 0.921, AVE = 0.629) และด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการประยุกต์ใช้ (CR = 0.918, AVE = 0.692) แสดงว่าข้อคำถามมี

ความสัมพันธ์เฉพาะกับตัวแปรแฝงในด้านที่เป็นตัวแปรสังเกตนั้น เมื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงจำแนก (Discriminant validity) ผลการวิเคราะห์พบว่า ความสอดคล้องของแบบวัดที่มี 4 องค์ประกอบดีกว่าแบบวัดที่มี 3 องค์ประกอบ แบบวัดที่มี 2 องค์ประกอบ และ 1 องค์ประกอบ ดังในภาคผนวก ดังนั้นแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ และมีจำนวนข้อคำถามที่ปรับใหม่ จำนวน 23 ข้อ

ตัวอย่าง แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ

ความรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึง

0) ฉันสามารถค้นหาข้อมูลสุขภาพ เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนที่ถูกต้องได้จากหลายแหล่ง เช่น จากผู้รู้ จากสื่อสิ่งพิมพ์ สื่อออนไลน์ เป็นต้น

.....	.....	.....	.....	.....	.....
น้อยที่สุด	น้อย	ค่อนข้างน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก	มากที่สุด

ความรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าใจ

00) ฉันรู้และเข้าใจในข้อมูลด้านสุขภาพที่เผยแพร่ทางโทรทัศน์ วิทยุ สื่อออนไลน์ ผ่านโทรศัพท์มือถือ อินเทอร์เน็ต ยูทูป เพื่อนำมาใช้แก้ปัญหาสุขภาพในชุมชนอย่างมีส่วนร่วมได้

.....	.....	.....	.....	.....	.....
น้อยที่สุด	น้อย	ค่อนข้างน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก	มากที่สุด

ความรู้ด้านสุขภาพด้านการประเมิน

000) ฉันสามารถตัดสินใจความน่าเชื่อถือของข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากสื่อออนไลน์ผ่านโทรศัพท์มือถือ อินเทอร์เน็ต ยูทูป

.....	.....	.....	.....	.....	.....
น้อยที่สุด	น้อย	ค่อนข้างน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก	มากที่สุด

ความรู้ด้านสุขภาพด้านการประยุกต์ใช้

0000) ฉันสามารถตัดสินใจว่าฉันจะป้องกันตัวเองจากการเจ็บป่วยได้อย่างไรโดยพิจารณาจากข้อมูลในสื่อ

.....	.....	.....	.....	.....	.....
น้อยที่สุด	น้อย	ค่อนข้างน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก	มากที่สุด

### 3. การสร้างและการหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้กำหนดวิธีการสร้างและตรวจสอบเพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือวัดแต่ละฉบับ รายละเอียดดังนี้

1) ผู้วิจัยศึกษาทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมากำหนดเป็นตัวแปร และนำข้อมูลมาประกอบการสร้างข้อคำถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง บางแบบวัดมีการประยุกต์จากแบบวัดของนักวิจัยที่ได้ดำเนินการมาแล้วทั้งในและต่างประเทศ โดยสร้างข้อคำถามทุกแบบวัดบนพื้นฐานที่ตรงกับบริบทของการวิจัย

2) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) นำแบบวัดให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ด้านพฤติกรรมศาสตร์ 3 ท่าน, อาจารย์ที่มีประสบการณ์ทำงานเกี่ยวข้องกับนักศึกษาสาธารณสุข 2 ท่าน (ดังรายนามผู้เชี่ยวชาญแสดงในภาคผนวก ข) และตรวจสอบความครบถ้วนของเนื้อหาของแบบวัดว่ามีความครบถ้วนสมบูรณ์ตามนิยามปฏิบัติการหรือไม่ ภาษาและสำนวนของข้อความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างหรือไม่ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญมาหาค่าความสอดคล้อง (Index of Consistency: IC) โดยคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ไว้ (บุญใจ ศรีสถิตยีนรากร, 2555) จากนั้นได้ทำการปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้แบบสอบถามสมบูรณ์และนำไปทดลองใช้

3) ผู้วิจัยดำเนินการทดลองใช้แบบสอบถามในสถานศึกษาของนักศึกษาสาธารณสุขระดับชั้นปีที่ 3 - 4 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 40 คน เพื่อหาคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

3.1 วิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ ( $r$ ) โดยใช้การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-total correlation) เพื่อคัดเลือกข้อที่มีคุณภาพ คือค่าที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นบวกและมีค่าตั้งแต่ 0.30 ขึ้นไป

3.2 วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการวัดความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ( $\alpha$ -coefficient))

3.3 ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis: CFA) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อทดสอบความสัมพันธ์เชิงการวัดระหว่างตัวแปรแฝง (Latent variable) กับตัวแปรสังเกต (Observed variable) โดยกำหนดให้ตัวบ่งชี้ในแต่ละด้านของตัวแปรแฝงมีความสัมพันธ์เฉพาะกับตัวแปรแฝงในด้านนั้นๆ ซึ่งในการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง



พิจารณาจากความสอดคล้องกลมกลืนของแบบจำลองกับข้อมูลเชิงประจักษ์ หากผลการวิเคราะห์พบว่าแบบจำลองมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ แสดงว่าแบบจำลองมีความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง พิจารณาได้จากเกณฑ์ดัชนีที่ใช้ตรวจสอบความกลมกลืนของแบบจำลอง ดังนี้ (Schumacker, 2004; Hair, 2010)

ตาราง 5 สถิติที่ใช้ตรวจสอบความกลมกลืนของรูปแบบตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์และเกณฑ์ที่ใช้พิจารณา

ดัชนีวัดความกลมกลืน	สถิติที่ใช้ตรวจสอบความกลมกลืนของรูปแบบ	เกณฑ์การพิจารณา
ดัชนีวัดความกลมกลืนสัมบูรณ์	-ค่าไค-สแควร์ -ดัชนีรากมาตรฐานของค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนที่เหลือ (SRMR) -ดัชนีความคาดเคลื่อนในการประมาณค่าพารามิเตอร์(RMSEA)	ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ < 0.08 < 0.08
ดัชนีวัดความกลมกลืนเชิงเปรียบเทียบ	-CFI (Comparative Fit Index) TLF (Non-Normed Fit Index(NNFI))	> 0.90 > 0.90

4) นำแบบสอบถามที่ผ่านการหาคุณภาพเครื่องมือแล้ว ไปทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกับนักศึกษาสาธารณสุข ระดับชั้นปีที่ 3 – 4 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรทั้ง 7 แห่ง โดยทำการชี้แจงให้กับกลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง เพื่อให้ได้ผลในการตอบตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

4.1. จัดเตรียมจำนวนแบบวัดที่ได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพแล้ว ให้มีจำนวนมากกว่ากลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 20 เพื่อใช้ในการคัดเลือกแบบวัดที่กลุ่มตัวอย่างตอบไม่สมบูรณ์ หรือมีร่องรอยของความไม่ตั้งใจตอบ แต่เนื่องจากอาจมีผลจากจำนวนตอบกลับและส่งคืนแบบสอบถาม (response rate) ที่อาจมีสัดส่วนที่ไม่สูง ผู้วิจัยจึงพิจารณาเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแจกแบบสอบถามกับทุกหน่วยของกลุ่มประชากร

#### 4. การเก็บรวบรวมข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล โดยได้รับความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยและให้ข้อมูล ตามใบรับรองจริยธรรมการวิจัย หมายเลขรับรอง SWUEC/X/G-193/2562 จากสถาบันยุทธศาสตร์ทางปัญญาและวิจัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (ตามเอกสารแนบภาคผนวก ค) และในการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองในสถานที่บางแห่ง และดำเนินการประสานงานให้ผู้ช่วยนักวิจัยในสถานที่แต่ละแห่งดำเนินการเก็บข้อมูลให้ครบถ้วนสมบูรณ์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลมีดังนี้

1. หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสถาบันยุทธศาสตร์ทางปัญญาและวิจัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ผู้วิจัยดำเนินการขอหนังสือแนะนำตัว และจดหมายขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถึงผู้บริหารของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ทั้ง 7 แห่ง เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูล และติดต่อขอความร่วมมือกับบุคลากรของแต่ละวิทยาลัยในการเก็บข้อมูล โดยการรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยจะทำการเก็บรวบรวมด้วยตนเอง และผู้ช่วยวิจัยที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการวิจัยมาแล้ว

2. นำหนังสือจากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ยื่นต่อเจ้าหน้าที่งานสารบรรณของแต่ละวิทยาลัย เพื่อประสานขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูล แจกแบบสอบถาม และนัดหมาย วันเวลา ในการมารับแบบสอบถามกลับคืน รวมทั้งประสานงานเพื่อหาผู้ประสานงานรวบรวมแบบสอบถามของแต่ละวิทยาลัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

#### 5. การจัดการทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

##### การจัดการทำข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบในเครื่องมือวัดแต่ละชุด และใช้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่มีความสมบูรณ์มาดำเนินการวิเคราะห์ หลังจากนั้นทำการตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์การให้คะแนนสำหรับเครื่องมือแต่ละชุด และทำการตรวจสอบการกระจายของตัวแปรสังเกตว่ามีการกระจายเป็นโค้งปกติรายตัวแปรหรือไม่ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป หากตัวแปรสังเกตมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติจะทำการแปลงข้อมูลให้มีการกระจายเป็นโค้งปกติก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

##### วิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ตอน คือ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น 2) การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามวิจัย ซึ่งมีแนวทางในการวิเคราะห์และวิธีการทางสถิติดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น (Preliminary analysis) โดยการหาค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย(M) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน(SD) และค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการประมาณค่า สัมประสิทธิ์การกระจาย ค่าความเบ้ (Skewness) ค่าความโด่ง(Kurtosis) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และค่าสถิติในการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์องค์ประกอบ

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามตามจุดมุ่งหมายของการวิจัย โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

2.1) การวิเคราะห์ตรวจสอบความสอดคล้องของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ในภาพรวมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับข้อมูลเชิงประจักษ์ การทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าอิทธิพลทางตรง ค่าอิทธิพลทางอ้อม และค่าอิทธิพลรวม ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ผู้วิจัยแบ่งการประเมินรูปแบบออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินโดยภาพรวม ผู้วิจัยเลือกใช้สถิติและดัชนีบ่งชี้ความสอดคล้องของรูปแบบความสัมพันธ์ (Model) โดยพิจารณาจากค่าดัชนีตรวจสอบความสอดคล้องของรูปแบบ ได้แก่

2.1.1 ค่าไค-สแควร์ (Chi-Square:  $\chi^2$ ) เป็นค่าสถิติที่ใช้ทดสอบความกลมกลืนของรูปแบบสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในการทดสอบรูปแบบต้องการให้ค่าสถิติไค-สแควร์ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) เพราะต้องการยืนยันว่ารูปแบบสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ไม่แตกต่างกัน ถ้าไค-สแควร์มีค่าสูงมาก และมีนัยสำคัญทางสถิติแสดงว่าฟังก์ชันความกลมกลืนมีค่าแตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหรืออีกนัยหนึ่งก็คือ รูปแบบตามสมมติฐานยังไม่กลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ซึ่งผู้วิจัยต้องดำเนินการปรับข้อมูลต่อไปจนเมื่อใดค่าไค-สแควร์ต่ำและไม่มีนัยสำคัญทางสถิติจึงแสดงว่ารูปแบบตามสมมติฐานมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

2.1.2 ค่าดัชนีอัตราส่วนไค-สแควร์สัมพัทธ์ (Relative Chi-Square Ratio) ซึ่งเป็นอัตราส่วน ระหว่างค่าไค-สแควร์กับองศาอิสระ (ไค-สแควร์หารด้วยองศาอิสระ) ในกรณีที่ค่าดัชนีอัตราส่วนไค-สแควร์สัมพัทธ์น้อยกว่า 5 แสดงว่ารูปแบบตามสมมติฐานมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

2.1.3 ดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (Goodness of Fit Index: GFI) จะมีค่าอยู่ระหว่าง 0 และค่า 1 ค่าดัชนี GFI ที่เข้าใกล้ 1 แสดงว่ารูปแบบตามสมมติฐานมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ค่าดัชนี GFI ควรมีค่าสูงกว่า 0.90 (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2549)

2.1.4 ดัชนีวัดระดับความกลมกลืนปรับแก้ (Adjusted Goodness of Fit Index: AGFI) เมื่อนำดัชนี GFI มาปรับแก้ โดยคำนึงถึงขนาดขององศาอิสระ ซึ่งรวมทั้งจำนวนตัวแปรและขนาดของกลุ่มตัวอย่างจะได้ค่าดัชนี AGFI ซึ่งมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับค่าดัชนี GFI โดยจะมีค่าอยู่ระหว่าง 0 และค่า 1 ค่าดัชนี AGFI ที่เข้าใกล้ 1 แสดงว่ารูปแบบตามสมมติฐานมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยค่าดัชนี AGFI ควรมีค่าสูงกว่า 0.90 (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2549)

2.1.5 ดัชนีรากมาตรฐานของค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนที่เหลือ (Standardized Root Mean Squared Residual: SRMR) แสดงขนาดของส่วนที่เหลือโดยเฉลี่ยจากการเปรียบเทียบระดับความกลมกลืนของรูปแบบตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ค่าดัชนี SRMR ควรมีค่าต่ำกว่า 0.08 (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2549)

2.1.6 ดัชนีความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่าพารามิเตอร์ (Root Mean Squared Error of Approximation: RMSEA) เป็นค่าสถิติจากข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับค่าไค-สแควร์ว่ารูปแบบลิสเรลตามสมมติฐานมีความเที่ยงตรงไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงและเมื่อเพิ่มพารามิเตอร์อิสระแล้วค่าสถิติมีค่าลดลง เนื่องจากค่าสถิติตัวนี้ขึ้นอยู่กับประชากรและชั้นองศาอิสระ ค่าดัชนี RMSEA จะมีค่าอยู่ระหว่าง 0 ถึง 1 โดยถ้าค่าดัชนี RMSEA ต่ำกว่า 0.05 แสดงว่ารูปแบบตามสมมติฐานมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับดี (Good Fit) ถ้าอยู่ระหว่าง 0.05 - 0.08 แสดงว่าพอใช้ได้และถ้าอยู่ระหว่าง 0.08 - 0.10 แสดงว่าไม่ค่อยดี (Mediocre) และถ้ามากกว่า 0.10 แสดงว่าไม่ดีเลย (Poor Fit) (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2549)

2.2) วิเคราะห์ความไม่แปรเปลี่ยน (Invariance Analysis) ของรูปแบบระหว่างสาขาวิชา (สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชนและสาขาวิชาทันตสาธารณสุข) ซึ่งเป็นตัวแปรแบ่งกลุ่ม เพื่อทดสอบความแตกต่างของการวัดตัวแปรแฝงและค่าอิทธิพลของตัวแปรสาเหตุที่มีต่อตัวแปรผลโดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่หนึ่ง คือกำหนดให้แบบจำลองของทั้งสองกลุ่มมีรูปแบบความสัมพันธ์ของตัวแปรเหมือนกัน โดยไม่มีการกำหนดเงื่อนไขให้แบบจำลองของทั้งสองกลุ่มมีค่าอิทธิพลเท่ากันระหว่างกลุ่ม

ขั้นที่สอง คือการวิเคราะห์เพื่อค้นหาว่าค่าน้ำหนักองค์ประกอบตัวแปรสังเกตได้บ้างที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม และการกำหนดเงื่อนไขให้ค่าสัมประสิทธิ์ในการวัดตัวแปรแฝงทุกตัวที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเท่ากันระหว่างกลุ่ม

ขั้นที่สาม คือการวิเคราะห์เพื่อค้นหาว่ามีค่าอิทธิพลของตัวแปรสาเหตุที่มีต่อตัวแปรผลใดบ้างที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม และการกำหนดเงื่อนไขให้ค่าอิทธิพลของตัวแปรสาเหตุที่มีต่อตัวแปรผลทุกตัวที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเท่ากันระหว่างกลุ่ม เพื่อนำไปพิจารณาความแตกต่างของค่าน้ำหนักองค์ประกอบและความแตกต่างของค่าอิทธิพลของตัวแปรสาเหตุที่มีต่อตัวแปรผลระหว่างกลุ่ม และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงระหว่างกลุ่มตามลำดับ



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบและเปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ การเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อของพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน อย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรแฝงในรูปแบบ ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการ แก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข ระหว่างสาขาวิชาสาธารณสุข ชุมชน กับสาขาวิชาทันตสาธารณสุข ผลการวิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน โดยแบ่งเป็นส่วนย่อย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและ ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษา สาธารณสุข

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบรูปแบบและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรแฝงใน รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรม การแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข ระหว่างสาขาวิชา สาธารณสุขชุมชน กับสาขาวิชาทันตสาธารณสุข

#### สัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้การกำหนดสัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการนำเสนอและการวิเคราะห์ ข้อมูลเพื่อให้มีความเข้าใจที่ตรงกันตลอดการนำเสนอ ดังนี้

n	จำนวนตัวอย่าง
Mean	ค่าเฉลี่ย
SD	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
Skewness	ค่าความเบ้



Kurtosis	ค่าความโค้ง
$\chi^2$	ค่าไค-สแควร์
df	องศาอิสระ
t	ค่าสถิติที
$R^2$	ความสามารถในการอธิบายตัวแปรแฝงโดยตัวแปรอิสระ
RMSEA	ค่าประมาณความคลาดเคลื่อนของรากกำลังสองเฉลี่ย
SRMR	ค่าเฉลี่ยของเศษเหลือจากการเปรียบเทียบค่าความแปรปรวนแปรปรวนร่วมที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างกับค่าประมาณจากค่าพารามิเตอร์
CFI	ดัชนีวัดระดับความกลมกลืนเชิงเปรียบเทียบ
TLI	ดัชนีวัดระดับความสอดคล้องเปรียบเทียบของ Tucker และ Lewis
GFI	ดัชนีวัดระดับความกลมกลืน
AGFI	ดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว
$\Delta\chi^2$	ความแตกต่างไคสแควร์
$\Delta df$	ความแตกต่างค่าองศาอิสระ
TE	ขนาดอิทธิพลรวม
IE	ขนาดอิทธิพลทางอ้อม
DE	ขนาดอิทธิพลทางตรง

### ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นนักศึกษาสาธารณสุขระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน และสาขาวิชาทันตสาธารณสุข ของหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต จำนวนทั้งสิ้น 760 คน โดยมีลักษณะทางชีวสังคม และภูมิหลัง ดังตาราง 6

ตาราง 6 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภูมิหลัง

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	109	14.3
หญิง	651	85.7
<b>วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร</b>		
ขอนแก่น	113.00	14.90
สุพรรณบุรี	104.00	13.70
พิษณุโลก	116.00	15.30
อุบลราชธานี	120.00	15.80
ชลบุรี	119.00	15.70
ตรัง	99.00	13.00
ยะลา	89.00	11.70
<b>ชั้นปี</b>		
ปีที่ 3	348	45.80
ปีที่ 4	412	54.20
<b>อายุ</b>		
20 ปี	76	10.00
21 ปี	310	40.80
22 ปี	276	36.30
23 ปี	66	8.70
มากกว่า 23 ปี	32	4.20
<b>สาขาวิชา</b>		
สาขาวิชาสาธารณสุข	380	50.00
ชุมชน		
สาขาทันตสาธารณสุข	380	50.00

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 85.70 ส่วนใหญ่อยู่  
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี คิดเป็นร้อยละ 15.80 รองลงมาคือวิทยาลัย  
การสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี คิดเป็นร้อยละ 15.70 ส่วนใหญ่อยู่ชั้นปีที่ 4 คิดเป็นร้อยละ  
54.20 อายุส่วนใหญ่ 21 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.80 รองลงมาคือ 22 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.30 อายุ  
เฉลี่ย เท่ากับ 21.68 ปี (SD = 1.51) อายุต่ำสุด คือ 20 ปี อายุสูงสุด คือ 39 ปี

## ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้นของตัวแปรที่ใช้ในงานวิจัยเนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เพื่อ  
ทดสอบความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างใช้สถิติการวิเคราะห์ขั้นสูง โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับการ  
แจกแจงของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ ผู้วิจัยจึงทำการตรวจสอบความเบ้ ความโด่ง และค่าไค-  
สแควร์ทดสอบการแจกแจงเป็นโค้งปกติตัวแปรเดียว โดยพิจารณาจากผลการทดสอบการมี  
นัยสำคัญทางสถิติของความเบ้และความโด่ง ซึ่งหากไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) แสดงว่าตัว  
แปรมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ผลการวิเคราะห์ ดังตาราง 7

ตาราง 7 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าร้อยละของสัมประสิทธิ์การกระจาย ค่าต่ำสุด  
ค่าสูงสุด ความเบ้ ความโด่ง และค่า P-value ของสถิติทดสอบไค-สแควร์ ของตัวแปรสังเกตที่  
ศึกษาในกลุ่มรวม จำนวน 760 คน

ตัวแปร	Mean	SD	%CV	Skewness	Kurtosis	$\chi^2$	p-Value
การตัดสินใจอย่างมีส่วนร่วม	4.34	1.10	25.28	-0.72	0.20	1.660	0.436
การปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วม	4.48	1.01	22.53	-0.68	0.02	2.083	0.353
การประเมินผลอย่างมีส่วนร่วม	4.42	0.95	21.56	-0.73	0.64	1.051	0.591
ความเจริญงอกงามในตน	4.51	0.87	19.30	-0.57	-0.05	0.657	0.720
การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต	4.56	0.99	21.72	-0.48	-0.63	2.890	0.236
การยอมรับตนเอง	3.70	0.91	24.66	-0.19	0.14	0.029	0.985
การสนับสนุนทางสังคม	4.53	0.75	16.67	-0.28	0.66	0.883	0.643
แหล่งบริการทางสังคม	4.69	0.77	16.52	-0.41	0.46	0.829	0.661

ตาราง 7 (ต่อ)

ตัวแปร	Mean	SD	%CV	Skewness	Kurtosis	$\chi^2$	p-Value
การรับรู้ในการตัดสินใจ	4.48	0.74	16.50	-0.14	0.29	0.651	0.722
ในการปฏิบัติ	4.47	0.74	16.45	-0.23	0.21	0.582	0.748
ในการประเมิน	4.40	0.73	16.64	-0.12	0.27	0.423	0.809
ความรอบรู้ด้านการเข้าถึง	4.66	0.73	15.73	-0.27	0.14	2.302	0.316
ด้านการเข้าใจ	4.51	0.74	16.44	-0.14	0.02	0.958	0.619
ด้านการประเมิน	4.56	0.72	15.78	-0.21	0.04	0.688	0.709
ด้านการประยุกต์ใช้	4.47	0.77	17.33	-0.29	0.96	0.689	0.708

จากตาราง 7 ค่าความเบ้ ความโด่งและค่าไค-สแควร์ของตัวแปรสังเกตของตัวแปรที่ใช้ในการการวิจัยกลุ่มรวม พบว่า ค่าความเบ้ (Skewness) มีค่าอยู่ระหว่าง -0.73 ถึง -0.12 ส่วนค่าความโด่ง (Kurtosis) มีค่าอยู่ระหว่าง -0.63 ถึง 0.96 และมีค่าไค-สแควร์อยู่ระหว่าง 0.029 ถึง 2.890 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) ทุกตัวแปรสังเกต แสดงว่า การกระจายตัวของตัวแปรสังเกตทุกตัวเป็นโค้งปกติ ดังนั้น จึงผ่านข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงเป็นโค้งปกติ สามารถนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างต่อไปได้

การวิจัยครั้งนี้มีการเปรียบเทียบรูปแบบและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข ระหว่างสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน กับสาขาวิชาทันตสาธารณสุข ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตรวจสอบค่าความเบ้ ความโด่ง ค่าไค-สแควร์ของตัวแปรสังเกตของตัวแปรที่ใช้ในการการวิจัยของสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน กับสาขาวิชาทันตสาธารณสุข ดังนี้

ตาราง 8 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าร้อยละของสัมประสิทธิ์การกระจาย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ความเบ้ ความโด่ง และค่า P-value ของสถิติทดสอบไค-สแควร์ ของตัวแปรที่ใช้ในการ การวิจัยสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน จำนวน 380 คน

ตัวแปร	Mean	SD	%CV	Skewness	Kurtosis	$\chi^2$	p-Value
การตัดสินใจอย่างมีส่วนร่วม	4.25	1.13	26.54	-0.66	0.09	0.567	0.753
การปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วม	4.38	1.05	23.94	-0.57	-0.15	1.027	0.598
การประเมินผลอย่างมีส่วนร่วม	4.31	0.99	23.05	-0.66	0.46	0.357	0.836
ความเจริญงอกงามในตนเอง	4.54	0.85	18.64	-0.60	0.25	0.201	0.905
การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต	4.59	0.95	20.71	-0.47	-0.54	0.927	0.629
การยอมรับตนเอง	3.80	0.91	24.01	-0.16	0.15	0.014	0.993
การสนับสนุนทางสังคม	4.47	0.76	16.91	-0.27	0.79	0.233	0.89
แหล่งบริการทางสังคม	4.68	0.75	16.05	-0.33	0.72	1.406	0.495
การรับรู้ในการตัดสินใจ	4.41	0.74	16.75	-0.07	0.16	0.322	0.851
การปฏิบัติ	4.42	0.74	16.84	-0.15	0.16	0.186	0.911
การประเมิน	4.34	0.73	16.71	0.02	0.17	0.195	0.907
ความรอบรู้ด้านการเข้าถึง	4.63	0.77	16.59	-0.26	0.11	1.334	0.513
ด้านการเข้าใจ	4.47	0.74	16.55	-0.10	0.25	0.482	0.786
ด้านการประเมิน	4.56	0.72	15.81	-0.04	-0.10	0.526	0.769
ด้านการประยุกต์ใช้	4.42	0.79	17.81	-0.18	0.87	0.264	0.876

จากตาราง 8 ค่าความเบ้ ความโด่งและค่าไค-สแควร์ของตัวแปรสังเกตของตัวแปรที่ใช้ในการ การวิจัยสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน พบว่า ค่าความเบ้ (Skewness) มีค่าอยู่ระหว่าง -0.66 ถึง 0.02 ส่วนค่าความโด่ง (Kurtosis) มีค่าอยู่ระหว่าง -0.54 ถึง 0.87 และมีค่าไค-สแควร์อยู่ระหว่าง

0.014 ถึง 1.406 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) ทุกตัวแปรสังเกต แสดงว่า การกระจายตัวของตัวแปรสังเกตของนักศึกษาสาขาสาธารณสุขทุกตัวเป็นโค้งปกติ ดังนั้น จึงผ่านข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงเป็นโค้งปกติ สามารถนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างต่อไปได้

ตาราง 9 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าร้อยละของสัมประสิทธิ์การกระจาย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ความเบ้ ความโด่ง และค่า P-value ของสถิติทดสอบไค-สแควร์ ของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยสาขาวิชาทันตสาธารณสุข จำนวน 380 คน

ตัวแปร	Mean	SD	%CV	Skewness	Kurtosis	$\chi^2$	p-Value
การตัดสินใจอย่างมีส่วนร่วม	4.44	1.06	23.90	-0.77	0.33	0.875	0.646
การปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วม	4.59	0.96	20.93	-0.78	0.23	0.871	0.647
การประเมินผลอย่างมีส่วนร่วม	4.53	0.90	19.84	-0.79	0.84	0.534	0.766
ความเจริญงอกงามในตน	4.49	0.90	19.96	-0.53	-0.29	0.394	0.821
การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต	4.52	1.03	22.70	-0.48	-0.74	1.879	0.391
การยอมรับตนเอง	3.60	0.90	25.07	-0.24	0.12	0.001	1.000
การสนับสนุนทางสังคม	4.59	0.75	16.35	-0.30	0.57	0.555	0.758
แหล่งบริการทางสังคม	4.70	0.80	16.99	-0.48	0.25	0.224	0.894
การรับรู้ในการตัดสินใจ	4.55	0.73	16.16	-0.20	0.51	0.275	0.872
การปฏิบัติ	4.53	0.72	15.99	-0.31	0.32	0.238	0.888
การประเมิน	4.45	0.73	16.51	-0.26	0.47	0.155	0.925
ความรอบรู้ด้านการเข้าถึง	4.68	0.69	14.83	-0.25	0.13	0.81	0.667
ด้านการเข้าใจ	4.55	0.74	16.30	-0.19	-0.16	0.313	0.855
ด้านการประเมิน	4.56	0.72	15.77	-0.38	0.20	0.107	0.948
ด้านการประยุกต์ใช้	4.51	0.76	16.82	-0.40	1.13	0.256	0.880



จากตาราง 9 ค่าความเบ้ ความโด่งและค่าไค-สแควร์ของตัวแปรสังเกตของตัวแปรที่ใช้ในการการวิจัยสาขาวิชาทันตสาธารณสุข พบว่า ค่าความเบ้ (Skewness) มีค่าอยู่ระหว่าง -0.79 ถึง -0.19 ส่วนมีค่าความโด่ง (Kurtosis) มีค่าอยู่ระหว่าง -0.74 ถึง 1.13 และมีค่าไค-สแควร์อยู่ระหว่าง 0.001 ถึง 1.879 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) ทุกตัวแปรสังเกต แสดงว่า การกระจายตัวของตัวแปรสังเกตของนักศึกษาสาขาทันตสาธารณสุข ทุกตัวเป็นโค้งปกติ ดังนั้น จึงผ่านข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงเป็นโค้งปกติ สามารถนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างต่อไป

จากนั้นผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกต โดยการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสองตัว (Bivariate relationship) ด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกต ดังตาราง 10



ตาราง 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันของตัวแปรสังเกตที่ใช้ในงานวิจัยกลุ่มรวม จำนวน 760 คน

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. การตัดสินใจอย่างมีส่วนร่วม	1														
2. การปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วม	.88**	1													
3. การประเมินผลอย่างมีส่วนร่วม	.82**	.87**	1												
4. ความพึงพอใจในงานในตนเอง	.13**	.19**	.18**	1											
5. การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต	.12**	.17**	.19**	.74**	1										
6. การยอมรับตนเอง	.12**	.08*	.07*	.48**	.58**	1									
7. การสนับสนุนทางสังคม	.53**	.58**	.59**	.16**	.20**	.00	1								
8. แหล่งบริการทางสังคม	.35**	.41**	.42**	.24**	.29**	.05	.61**	1							
9. การรับรู้ในการตัดสินใจ	.53**	.56**	.57**	.19**	.25**	.09**	.63**	.51**	1						
10. การปฏิบัติ	.46**	.52**	.52**	.21**	.27**	.08*	.60**	.53**	.82**	1					
11. การประเมิน	.47**	.53**	.53**	.21**	.26**	.10**	.60**	.54**	.77**	.81**	1				
12. ความรอบรู้ด้านภาระหน้าที่	.38**	.44**	.44**	.28**	.30**	.09**	.52**	.45**	.63**	.65**	.69**	1			
13. ด้านภาระใจ	.40**	.47**	.46**	.20**	.22**	.06	.53**	.47**	.66**	.69**	.74**	.82**	1		
14. ด้านการประเมิน	.39**	.45**	.45**	.23**	.26**	.08*	.54**	.47**	.61**	.64**	.70**	.75**	.82**	1	
15. ด้านการประยุกต์ใช้	.42**	.50**	.48**	.18**	.19**	.05	.53**	.43**	.67**	.66**	.73**	.73**	.79**	.73**	1

หมายเหตุ \*\* หมายเหตุนี้ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $p < .01$ )

จากตาราง 10 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างสองตัวแปร (Bivariate Relationship) ด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันของตัวแปรสังเกตที่ใช้ในงานวิจัยกลุ่มรวม ( $n = 760$ ) พบว่า พฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข ภายในตัวแปรสังเกตมีความสัมพันธ์กันมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันอยู่ระหว่าง 0.82 ถึง 0.88 ส่วนตัวแปรสังเกตมีความสัมพันธ์กับตัวแปรสังเกตของตัวแปรอื่น มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันอยู่ระหว่าง 0.07 ถึง 0.59 โดยด้านการประเมินผลอย่างมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์กับแหล่งทรัพยากรบริบทสังคมด้านการสนับสนุนทางสังคมสูงสุด รองลงมาคือด้านการปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วมสัมพันธ์กับแหล่งทรัพยากรทางสังคมด้านการสนับสนุนทางสังคม

ส่วนแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลภายในตัวแปรสังเกตมีความสัมพันธ์กัน มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน อยู่ระหว่าง 0.48 ถึง 0.74 ส่วนตัวแปรสังเกตมีความสัมพันธ์กับตัวแปรสังเกตของตัวแปรอื่น มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันอยู่ระหว่าง 0.00 ถึง 0.30 โดยด้านการมีจุดมุ่งหมายในชีวิตมีความสัมพันธ์กับแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลด้านความรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงสูงสุด รองลงมาคือ ด้านการมีจุดมุ่งหมายในชีวิตกับแหล่งทรัพยากรบริบทสังคมด้านการบริการทางสังคม

ในขณะที่ แหล่งทรัพยากรบริบทสังคม ตัวแปรสังเกตมีความสัมพันธ์กันมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันเท่ากับ 0.61 ส่วนตัวแปรสังเกตมีความสัมพันธ์กับตัวแปรสังเกตของตัวแปรอื่น มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง 0.00 ถึง 0.63 โดยด้านการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตัดสินใจสูงสุด รองลงมา คือ ด้านการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ

ส่วนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนภายในตัวแปรสังเกตมีความสัมพันธ์กันมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันอยู่ระหว่าง 0.77 ถึง 0.82 ส่วนตัวแปรสังเกตมีความสัมพันธ์กับตัวแปรสังเกตของตัวแปรอื่น มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันอยู่ระหว่าง 0.09 ถึง 0.74 โดยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการประเมินมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าใจสูงสุด รองลงมา คือ ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการประเมินมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการประยุกต์ใช้

และความรอบรู้ด้านสุขภาพดีภายในตัวแปรสังเกตมีความสัมพันธ์กัน มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันอยู่ระหว่าง 0.73 ถึง 0.82 ส่วนตัวแปรสังเกตมีความสัมพันธ์กับตัวแปรสังเกตตัวแปรอื่น มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันอยู่ระหว่าง 0.00 ถึง 0.74 โดยด้านความรอบรู้ด้าน

สุขภาพด้านการเข้าใจมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการประเมินสูงสุด  
รองลงมาคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการประยุกต์ใช้มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถ  
ของตนเองในการประเมิน



ตาราง 11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันของตัวแปรสังเกตที่ใช้ในงานวิจัยกลุ่มสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน จำนวน 380 คน

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1.การตัดสินใจอย่างมีส่วนร่วม	1														
2.การปรับปรุงอย่างมีส่วนร่วม	.88**	1													
3.การประเมินผลอย่างมีส่วนร่วม	.81**	.88**	1												
4.ความเจริญของงานในตน	.08	.14**	.17**	1											
5.การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต	.09	.14**	.19**	.71**	1										
6.การยอมรับตนเอง	.13**	.07	.07	.44**	.51**	1									
7.การสนับสนุนทางสังคม	.55**	.60**	.61**	.11*	.19**	-.02	1								
8.แหล่งบริการทางสังคม	.37**	.46**	.44**	.23**	.30**	.02	.69**	1							
9.การรับรู้ในการตัดสินใจ	.52**	.54**	.53**	.19**	.28**	.12*	.54**	.54**	1						
10.การปฏิบัติ	.41**	.47**	.46**	.20**	.30**	.09	.51**	.56**	.81**	1					
11.การประเมิน	.44**	.50**	.49**	.17**	.27**	.13**	.52**	.55**	.77**	.81**	1				
12.ความรอบรู้ด้านภาระเข้าถึง	.38**	.42**	.43**	.25**	.33**	.07	.45**	.45**	.65**	.66**	.70**	1			
13.ด้านภาระเข้าใจ	.38**	.44**	.43**	.15**	.22**	.05	.46**	.45**	.68**	.68**	.75**	.82**	1		
14.ด้านภาพประเมิน	.42**	.48**	.47**	.19**	.25**	.07	.50**	.47**	.63**	.62**	.70**	.77**	.83**	1	
15.ด้านภาพประยุกต์ใช้	.46**	.49**	.49**	.16**	.22**	.09	.47**	.44**	.72**	.66**	.76**	.75**	.80**	.77**	1

หมายเหตุ \*\* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (p < .01)



จากตาราง 11 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างสองตัวแปรด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันของตัวแปรสังเกตที่ใช้ในงานวิจัยของนักศึกษาสาขาสาธารณสุข พบว่า พฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุขภายในตัวแปรสังเกตมีความสัมพันธ์กันมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันอยู่ระหว่าง 0.81 ถึง 0.88 ส่วนตัวแปรสังเกตมีความสัมพันธ์กับตัวแปรสังเกตของตัวแปรแฝงอื่น มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง 0.07 ถึง 0.61 โดยด้านการประเมินผลอย่างมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์กับแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลด้านการสนับสนุนทางสังคมสูงสุด รองลงมา คือ ด้านการปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์กับแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลด้านการสนับสนุนทางสังคม

แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลภายในตัวแปรสังเกตมีความสัมพันธ์กัน มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันอยู่ระหว่าง 0.44 ถึง 0.71 ส่วนตัวแปรสังเกตมีความสัมพันธ์กับตัวแปรสังเกตของตัวแปรแฝงอื่น มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง -0.02 ถึง 0.33 โดยด้านการมีจุดมุ่งหมายในชีวิตมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงสูงที่สุด รองลงมา คือ ด้านการมีจุดมุ่งหมายในชีวิตมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ

แหล่งทรัพยากรบริบทสังคม ภายในตัวแปรสังเกตมีความสัมพันธ์กัน มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันเท่ากับ 0.69 ส่วนตัวแปรสังเกตมีความสัมพันธ์กับตัวแปรสังเกตของตัวแปรแฝงอื่น มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง -0.02 ถึง 0.61 โดยด้านการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุขด้านการประเมินผลอย่างมีส่วนร่วมสูงที่สุด รองลงมา คือ ด้านการสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุขด้านการปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วม

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน ภายในตัวแปรสังเกตมีความสัมพันธ์กัน มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันอยู่ระหว่าง 0.77 ถึง 0.81 ส่วนตัวแปรสังเกตมีความสัมพันธ์กับตัวแปรสังเกตของตัวแปรแฝงอื่น มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง 0.09 ถึง 0.76 โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการประเมินมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการประยุกต์ใช้สูงที่สุด รองลงมา คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการตัดสินใจสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการประยุกต์ใช้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภายในตัวแปรสังเกตมีความสัมพันธ์กัน มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันอยู่ระหว่าง 0.75 ถึง 0.83 ส่วนตัวแปรสังเกตมีความสัมพันธ์กับตัวแปรสังเกต



ของตัวแปรแฝงอื่น มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง 0.05 ถึง 0.76 โดยความรอบรู้ด้าน  
สุขภาพด้านการประยุกต์ใช้มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการประเมินสูง  
ที่สุด รองลงมา คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการประยุกต์ใช้มีความสัมพันธ์กับการรับรู้  
ความสามารถของตนเองในการตัดสินใจ



ตาราง 12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันของตัวแปรสังเกตที่ใช้ในงานวิจัยกลุ่มสาขาวิชาทันตสาธารณสุข จำนวน 380 คน

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1 มอรวรสัมภาษยอจเบิดัดัดรอก.	1														
2 มอรวรสัมภาษยอจเบิดัดัดรอก.	.88**	1													
3 มอรวรสัมภาษยอจเบิดัดัดรอก.	.82**	.86**	1												
4 มอรวรสัมภาษยอจเบิดัดัดรอก.	.18**	.25**	.20**	1											
5 มอรวรสัมภาษยอจเบิดัดัดรอก.	.15**	.21**	.21**	.76**	1										
6 มอรวรสัมภาษยอจเบิดัดัดรอก.	.12*	.11*	.11*	.52**	.64**	1									
7 มอรวรสัมภาษยอจเบิดัดัดรอก.	.49**	.55**	.57**	.21**	.21**	.04	1								
8 มอรวรสัมภาษยอจเบิดัดัดรอก.	.34**	.39**	.41**	.25**	.29**	.09	.57**	1							
9 มอรวรสัมภาษยอจเบิดัดัดรอก.	.53**	.57**	.60**	.20**	.23**	.09	.70**	.51**	1						
10 มอรวรสัมภาษยอจเบิดัดัดรอก.	.50**	.56**	.57**	.23**	.24**	.09	.70**	.52**	.84**	1					
11 มอรวรสัมภาษยอจเบิดัดัดรอก.	.51**	.56**	.57**	.25**	.26**	.08	.68**	.55**	.78**	.81**	1				
12 มอรวรสัมภาษยอจเบิดัดัดรอก.	.38**	.47**	.46**	.31**	.27**	.12*	.61**	.46**	.62**	.63**	.68**	1			
13 มอรวรสัมภาษยอจเบิดัดัดรอก.	.41**	.50**	.49**	.25**	.22**	.09	.59**	.49**	.64**	.69**	.73**	.81**	1		
14 มอรวรสัมภาษยอจเบิดัดัดรอก.	.35**	.44**	.43**	.27**	.27**	.09	.58**	.49**	.59**	.66**	.70**	.74**	.82**	1	
15 มอรวรสัมภาษยอจเบิดัดัดรอก.	.38**	.50**	.47**	.21**	.17**	.03	.59**	.44**	.60**	.65**	.71**	.71**	.78**	.69**	1

หมายเหตุ \*\* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (p < .01)



จากตาราง 12 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างสองตัวแปรด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันของตัวแปรสังเกตที่ใช้ในงานวิจัยของนักศึกษาสาขาทันตสาธารณสุข พบว่า พฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุขภายในตัวแปรสังเกตมีความสัมพันธ์กันมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันอยู่ระหว่าง 0.82 ถึง 0.88 ส่วนตัวแปรสังเกตมีความสัมพันธ์กับตัวแปรสังเกตของตัวแปรแฝงอื่น มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง 0.11 ถึง 0.60 โดยด้านการประเมินผลอย่างมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตัดสินใจสูงสุด รองลงมา คือ ด้านการปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ

แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลภายในตัวแปรสังเกตมีความสัมพันธ์กัน มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันอยู่ระหว่าง 0.52 ถึง 0.76 ส่วนตัวแปรสังเกตมีความสัมพันธ์กับตัวแปรสังเกตของตัวแปรแฝงอื่น มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง 0.03 ถึง 0.31 โดยด้านความเจริญงอกงามในตนสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงสูงที่สุด รองลงมา คือ ด้านการมีจุดมุ่งหมายในชีวิตสัมพันธ์กับแหล่งบริการทางสังคม

แหล่งทรัพยากรบริบทสังคม ภายในตัวแปรสังเกตมีความสัมพันธ์กัน มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันเท่ากับ 0.57 ส่วนตัวแปรสังเกตมีความสัมพันธ์กับตัวแปรสังเกตของตัวแปรแฝงอื่น มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง 0.04 ถึง 0.70 โดยด้านการสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตัดสินใจสูงที่สุด รองลงมา คือ การสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน ภายในตัวแปรสังเกตมีความสัมพันธ์กัน มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันอยู่ระหว่าง 0.78 ถึง 0.84 ส่วนตัวแปรสังเกตมีความสัมพันธ์กับตัวแปรสังเกตของตัวแปรแฝงอื่น มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง 0.09 ถึง 0.76

และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภายในตัวแปรสังเกตมีความสัมพันธ์กัน มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันอยู่ระหว่าง 0.69 ถึง 0.82 ส่วนตัวแปรสังเกตมีความสัมพันธ์กับตัวแปรสังเกตของตัวแปรแฝงอื่น มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง 0.03 ถึง 0.71 โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความเข้าใจมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการประเมินสูงที่สุด

รองลงมา คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการประยุกต์ใช้มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการประเมิน

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างสองตัวแปรด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันของตัวแปรสังเกตที่ใช้ในงานวิจัยของทั้งกลุ่มรวม และแยกกลุ่ม ซึ่งในการพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ไคลน์ (Kline. 2011) กล่าวว่าถ้าตัวแปรมีความสัมพันธ์กันสูงกว่า 0.85 จะทำให้เกิดปัญหาภาวะร่วมเส้นตรง (Multicollinearity) และเมื่อพิจารณาจากผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรชุดนี้มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรไม่เกิน 0.85 จึงสรุปได้ว่าตัวแปรชุดนี้ไม่มีปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงเชิงพหุจึงทำการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปได้

### ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐาน

**ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์แบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข**

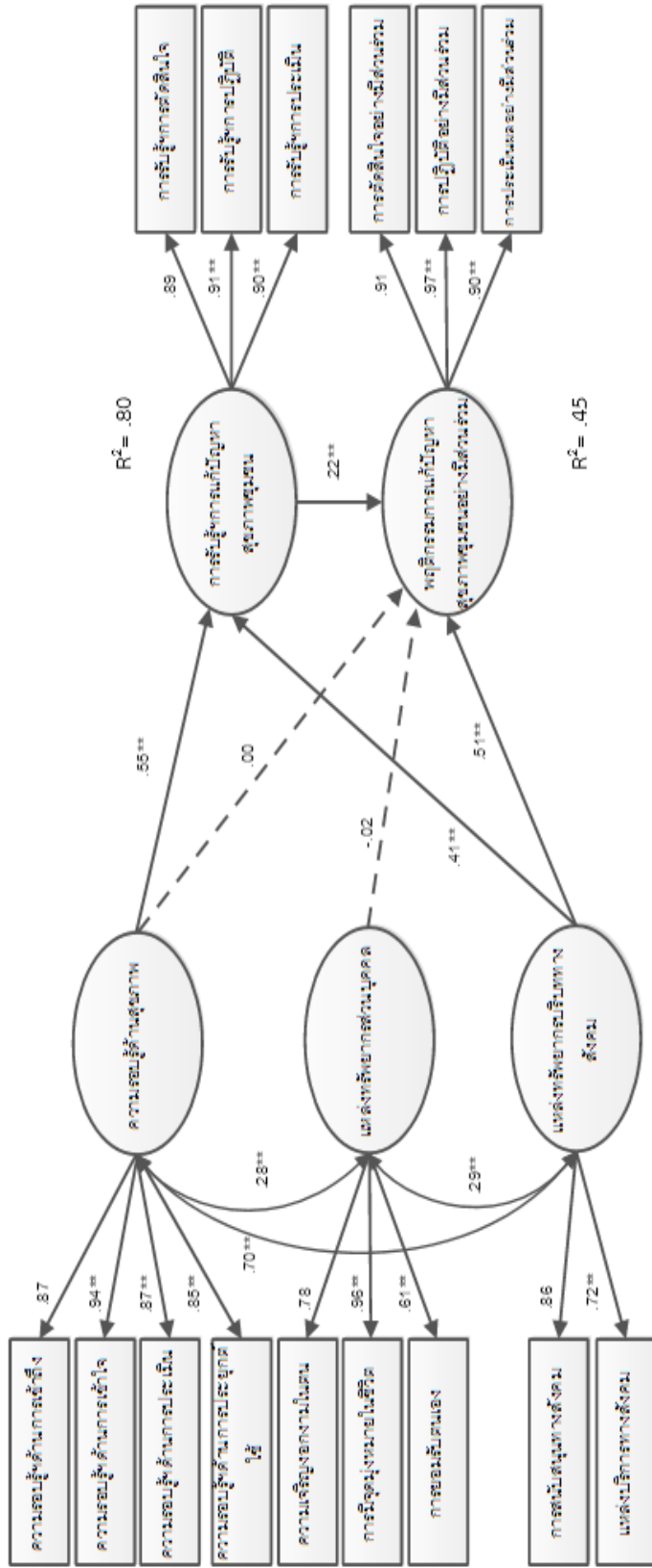
การวิเคราะห์แบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข

**สมมติฐานการวิจัยที่ 1 แบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุตามสมมติฐาน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีสมมติฐานย่อยตามเส้นอิทธิพลของตัวแปร ดังนี้**

- 1.1 แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน
- 1.2 แหล่งทรัพยากรบริบทสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน
- 1.3 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม
- 1.4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม
- 1.5 ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมโดยผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน

### 1.6 ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อความรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน

ผลการวิเคราะห์แบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุขตามวัตถุประสงค์การวิจัยและกรอบแนวคิดและสมมติฐานในการวิจัย พบว่า มีดัชนีความกลมกลืน ได้แก่  $\chi^2=457.83$ ,  $df = 82$ ,  $\chi^2/df = 5.583$ ,  $p<.01$ ,  $RMSEA = 0.078$ ,  $CFI = 0.98$ ,  $TLI = 0.98$ ,  $SRMR = 0.051$ ,  $GFI = 0.93$ ,  $AGFI = 0.89$  เมื่อพิจารณาค่าดัชนีความกลมกลืนกับเกณฑ์ความกลมกลืนของแบบจำลองกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า ค่าไค-สแควร์มีนัยสำคัญทางสถิติ และอัตราส่วนระหว่างไค-สแควร์กับองศาอิสระสูงกว่า 5.0 และ AGFI น้อยกว่า 0.90 แสดงว่าแบบจำลองยังไม่กลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการปรับแบบจำลองโดยเพิ่มเส้นอิทธิพลของแหล่งทรัพยากรบริบทสังคมต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน ผลการตรวจสอบความกลมกลืนของแบบจำลองภายหลังการปรับแบบจำลองกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า  $\chi^2 = 333.77$ ,  $df = 81$ ,  $p<.01$ ,  $RMSEA = 0.064$ ,  $CFI = 0.99$ ,  $TLI = 0.98$ ,  $SRMR = 0.038$ ,  $GFI = 0.94$ ,  $AGFI = 0.92$  เมื่อพิจารณาค่าดัชนีเหล่านี้กับเกณฑ์ความกลมกลืนของแบบจำลองกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า แม้ค่าไค-สแควร์มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนดัชนีตัวอื่นผ่านเกณฑ์บ่งบอกได้ว่าแบบจำลองมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยผลการประมาณค่า แบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุขหลังปรับแบบจำลอง และค่าขนาดอิทธิพล ดังภาพประกอบ 1 และตาราง 15



ภาพประกอบ 12 แบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ที่มีต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาศาสนาธรรม

หมายเหตุ: เป็นตัวแปรสังเกตที่หักหาความหมายการวัดของตัวแปรแฝง ดังนี้: \*\* มีนัยสำคัญระดับ 0.01, \*\*\* มีนัยสำคัญระดับ 0.001



ตาราง 13 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม อิทธิพลรวม ของตัวแปรสาเหตุที่มีต่อตัวแปรผล และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุยกกำลังสองของตัวแปร

ตัวแปรสาเหตุ	ตัวแปรผล					
	การรับรู้ความสามารถ ของตนเองในการ แก้ปัญหาสุขภาพชุมชน			พฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหา สุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE
แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล	-	-	-	-.02	-	-.02
แหล่งทรัพยากรบริบทสังคม	.41**	-	.41**	.51**	.09**	.60**
การรับรู้ความสามารถของตนเองใน การแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน	-	-	-	.22**	-	.22**
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	.55**	-	.55**	.00	.13**	.13**
R <sup>2</sup>		.80			.48	

หมายเหตุ \*\* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $p < .01$ )

จากตาราง 13 ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ของตัวแปรพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน ได้ร้อยละ 48 และ 80 ตามลำดับ พฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมได้รับอิทธิพลทางตรงจากแหล่งทรัพยากรบริบทสังคมและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.51 และ 0.22 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 พฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมได้รับอิทธิพลทางอ้อมจากความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยผ่านการรับรู้ความสามารถตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.13 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และได้รับอิทธิพลทางอ้อมจากแหล่งทรัพยากรบริบททางสังคม โดยผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการ

แก้ปัญหามลพิษทางอากาศ ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.09 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหามลพิษทางอากาศได้รับอิทธิพลทางตรง จากความรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหามลพิษทางอากาศ ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.55 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหามลพิษทางอากาศ อย่างมีส่วนร่วมได้รับอิทธิพลทางตรงจากแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลและความรู้ด้านสุขภาพ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ การวิจัยครั้งนี้ ค้นพบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองใน การแก้ปัญหามลพิษทางอากาศได้รับอิทธิพลทางตรงจากแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม ค่าสัมประสิทธิ์ อิทธิพลเท่ากับ .41 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

**จากภาพประกอบ 1 และตาราง 13 พบว่าผลการวิเคราะห์สามารถสรุปประเด็น สำคัญได้ดังนี้**

### 1. ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกต

ตัวแปรแฝงทุกตัวมีการทดสอบนัยสำคัญของน้ำหนักองค์ประกอบ พบว่า ค่า น้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีเกณฑ์ในการ พิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบ ดังนี้ (Comrey & Lee. 1992) มีรายละเอียดดังนี้

ค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไปถือว่าเป็นระดับดีเยี่ยม (Excellent)

ค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ 0.63 ขึ้นไปถือว่าเป็นระดับดีมาก (Very good)

ค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ 0.55 ขึ้นไปถือว่าเป็นระดับดี (Good)

ค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ 0.45 ขึ้นไปถือว่าเป็นระดับพอใช้ (Fair)

ค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ 0.32 ขึ้นไปถือว่าเป็นระดับแย่มาก (Poor)

ค่าน้ำหนักองค์ประกอบน้อยกว่า 0.32 ลงไปถือว่าเป็นระดับแย่มากและควรถูก

นำออก

ตัวแปรแฝงพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหามลพิษทางอากาศอย่างมีส่วนร่วม พบว่าค่า น้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตมีค่าอยู่ระหว่าง 0.90 ถึง 0.97 แสดงว่า ตัวแปรสังเกตที่ใช้ วัดพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหามลพิษทางอากาศอย่างมีส่วนร่วมทุกองค์ประกอบมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ ในระดับดีเยี่ยม โดยตัวแปรสังเกตที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุดคือ การปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วม แสดงว่า มีความสำคัญต่อตัวแปรแฝงพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหามลพิษทางอากาศอย่างมีส่วนร่วม มากที่สุด

ตัวแปรแฝงการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหามลพิษทางอากาศ พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตมีค่าอยู่ระหว่าง 0.89 ถึง 0.91 แสดงว่า ตัวแปร สังเกตที่ใช้วัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหามลพิษทางอากาศทุกองค์ประกอบมีค่า

น้ำหนักร่องประกอบในระดับดีเยี่ยม โดยตัวแปรสังเกตที่มีค่าน้ำหนักร่องประกอบมากที่สุด คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนในการปฏิบัติ

ตัวแปรแฝงความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ค่าน้ำหนักร่องประกอบของตัวแปรสังเกตมีค่าอยู่ระหว่าง 0.85 ถึง 0.94 แสดงว่า ตัวแปรสังเกตที่ใช้วัดความรู้ด้านสุขภาพทุกองค์ประกอบมีค่าน้ำหนักร่องประกอบในระดับดีเยี่ยม โดยตัวแปรสังเกตที่มีค่าน้ำหนักร่องประกอบมากที่สุด คือ ความรู้ด้านสุขภาพด้านความเข้าใจ

ตัวแปรแฝงแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล พบว่า ค่าน้ำหนักร่องประกอบของตัวแปรสังเกตมีค่าอยู่ระหว่าง 0.61 ถึง 0.96 แสดงว่า ตัวแปรสังเกตที่ใช้วัดแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลมีค่าน้ำหนักร่องประกอบในระดับดีมากไปจนถึงดีเยี่ยม โดยตัวแปรสังเกตที่มีค่าน้ำหนักร่องประกอบมากที่สุด คือ แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลด้านการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต

และตัวแปรแฝงแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม พบว่า ค่าน้ำหนักร่องประกอบของตัวแปรสังเกตมีค่าอยู่ระหว่าง 0.72 ถึง 0.86 แสดงว่า ตัวแปรสังเกตที่ใช้วัดแหล่งทรัพยากรบริบทสังคมทุกองค์ประกอบมีค่าน้ำหนักร่องประกอบในระดับดีเยี่ยม โดยตัวแปรสังเกตที่มีค่าน้ำหนักร่องประกอบมากที่สุด คือ การสนับสนุนทางสังคม

## 2. อิทธิพลของตัวแปรเชิงสาเหตุที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

พบว่า ตัวแปรเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม คือ แหล่งทรัพยากรบริบททางสังคม มีค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.51 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน มีค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.22 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 นอกจากนี้ ตัวแปรเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม คือ ความรู้ด้านสุขภาพ โดยผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน มีค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.13 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และแหล่งทรัพยากรบริบทสังคมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม โดยผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน มีค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.09 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้ตัวแปรเชิงสาเหตุทั้งหมด ได้แก่ แหล่งทรัพยากรบริบทสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน ความรู้ด้านสุขภาพ ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมได้ร้อยละ 48

### 3. อิทธิพลของตัวแปรเชิงสาเหตุที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน

พบว่า ตัวแปรเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.55 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม มีค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.41 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน ได้ร้อยละ 80

#### สรุปผลการวิเคราะห์ตามสมมติฐานการวิจัยข้อ 1

จากผลการวิเคราะห์แบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม พบว่าแบบจำลองสมมติฐานที่พัฒนาขึ้นมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่าอิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อม ตามสมมติฐานย่อย ดังนี้

##### สมมติฐานการวิจัยข้อ 1.1 “พฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมได้รับอิทธิพลทางตรงจากแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล”

ผลการวิเคราะห์พบว่า พฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมได้รับอิทธิพลทางตรงจากแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น ผลการวิจัยดังกล่าวจึงสรุปได้ว่า ปฏิเสธสมมติฐานการวิจัย

##### สมมติฐานการวิจัยข้อ 1.2 “พฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมได้รับอิทธิพลทางตรงจากแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม”

ผลการวิเคราะห์ พบว่า พฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมได้รับอิทธิพลทางตรงจากแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม มีค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.51 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังนั้น ผลการวิจัยดังกล่าวจึงสรุปได้ว่า สนับสนุนสมมติฐานการวิจัย

##### สมมติฐานการวิจัยข้อ 1.3 “พฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมได้รับอิทธิพลทางตรงจากความรอบรู้ด้านสุขภาพ”

ผลการวิเคราะห์พบว่า พฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมได้รับอิทธิพลทางตรงจากความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น ผลการวิจัยดังกล่าวจึงสรุปได้ว่า ปฏิเสธสมมติฐานการวิจัย

**สมมติฐานการวิจัยข้อ 1.4 “พฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมได้รับอิทธิพลทางตรงจากการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน”**

ผลการวิเคราะห์ พบว่า พฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมได้รับอิทธิพลทางตรงจากการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน มีค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.22 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังนั้น ผลการวิจัยดังกล่าวจึงสรุปได้ว่า สนับสนุนสมมติฐานการวิจัย

**สมมติฐานการวิจัยข้อ 1.5 “พฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมได้รับอิทธิพลทางอ้อมจากความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยผ่านการรับรู้ความสามารถตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน”**

ผลการวิเคราะห์ พบว่า พฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมได้รับอิทธิพลทางอ้อมจากความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยผ่านการรับรู้ความสามารถตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน มีค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.13 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังนั้น ผลการวิจัยดังกล่าวจึงสรุปได้ว่า สนับสนุนสมมติฐานการวิจัย

**สมมติฐานการวิจัยข้อ 1.6 “การรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน ได้รับอิทธิพลทางตรงจากความรอบรู้ด้านสุขภาพ”**

ผลการวิเคราะห์ พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน ได้รับอิทธิพลทางตรงจากความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.55 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังนั้น ผลการวิจัยดังกล่าวจึงสรุปได้ว่า สนับสนุนสมมติฐานการวิจัย

นอกจากนั้น การวิจัยครั้งนี้ได้ค้นพบ แหล่งทรัพยากรบริบทสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน มีค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.41 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และแหล่งทรัพยากรบริบททางสังคมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม โดยผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน มีค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.09 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

**ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบรูปแบบและการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อ**

### พฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมระหว่างสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชนกับสาขาวิชาทันตสาธารณสุข

การทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข ระหว่างสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน กับสาขาวิชาทันตสาธารณสุขมีความแตกต่างกัน

การทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 ค่าเฉลี่ยของตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข ระหว่างสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน กับสาขาวิชาทันตสาธารณสุขมีความแตกต่างกัน

การวิเคราะห์เปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ระหว่างสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน กับสาขาวิชาทันตสาธารณสุขว่าแตกต่างกันหรือไม่ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบรูปแบบของแบบจำลอง ดังตาราง 14



ตาราง 14 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข ระหว่างสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน กับสาขาวิชาทันตสาธารณสุข

ลำดับการวิเคราะห์	$\chi^2$	df	p	RMSEA	CFI	TLI	เงื่อนไขความไม่แปรเปลี่ยน	$\Delta\chi^2$	$\Delta df$
<b>1. การทดสอบความไม่แปรเปลี่ยนของรูปแบบของโมเดล (Model form)</b>									
ขั้นที่ 1: รูปแบบความสัมพันธ์เหมือนกันและไม่กำหนดเงื่อนไขให้อธิพธิพลในแบบจำลองเท่ากันระหว่างกลุ่ม	509.79	185	<.01	0.068	0.98	0.98			
<b>2. การทดสอบความไม่แปรเปลี่ยนของโมเดลการวัด (Equal Loading Model)</b>									
ขั้นที่ 2: แบบจำลองขั้นที่ 1 และเพิ่มการกำหนดเงื่อนไขให้ค่าสัมประสิทธิ์น้ำหนักองค์ประกอบตัวแปรสังเกตทุกตัวแปรสังเกตเท่ากัน(Full)	522.45	195	<.01	0.067	0.98	0.98	12.66	(ขั้นที่ 2-1)	10
<b>3. การทดสอบความไม่แปรเปลี่ยนของโมเดลโครงสร้าง (Equal Paths Model)</b>									
ขั้นที่ 3: แบบจำลองขั้นที่ 2 และเพิ่มการกำหนดเงื่อนไขให้อธิพธิพลของตัวแปรทุกตัวเท่ากัน	561.96	201	<.01	0.069	0.98	0.98	39.51**	(ขั้นที่ 3-2)	6



ตาราง 14 (ต่อ)

ลำดับการวิเคราะห์	$\chi^2$	df	p	RMSEA	CFI	TLI	เงื่อนไขความไม่แปรเปลี่ยน	
							$\Delta\chi^2$	$\Delta df$
ขั้นที่ 3.1: แบบจำลองขั้นที่ 2 และเพิ่มการกำหนดเงื่อนไขให้เงื่อนไขพลวัตของระดับความผูกพันที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ไขปัญหาคู่สมรสด้วยกัน	534.07	196	<.01	0.067	0.98	0.98	11.62** (ขั้นที่ 3.1-3)	1 (ขั้นที่ 3.1-3)
ขั้นที่ 3.2: แบบจำลองขั้นที่ 2 และเพิ่มการกำหนดเงื่อนไขให้เงื่อนไขพลวัตของระดับความสามารถของตนเองในการแก้ไขปัญหาคู่สมรสด้วยกันที่มีต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาคุณภาพคู่สมรสอย่างมีส่วนร่วมเท่านั้น	529.99	196	<.01	0.067	0.98	0.98	7.54** (ขั้นที่ 3.2-2)	1 (ขั้นที่ 3.2-2)
ขั้นที่ 3.3: แบบจำลองขั้นที่ 2 และเพิ่มการกำหนดเงื่อนไขให้เงื่อนไขพลวัตของระดับความผูกพันที่มีต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาคุณภาพคู่สมรสอย่างมีส่วนร่วมเท่านั้น	524.39	196	<.01	0.067	0.98	0.98	1.94 (ขั้นที่ 3.3-2)	1 (ขั้นที่ 3.3-2)
ขั้นที่ 3.4: แบบจำลองขั้นที่ 2 และเพิ่มการกำหนดเงื่อนไขให้เงื่อนไขพลวัตแห่งทรัพยากรปรับทิศทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาคุณภาพคู่สมรสอย่างมีส่วนร่วมเท่านั้น	539.34	196	<.01	0.068	0.98	0.98	16.89** (ขั้นที่ 3.4-2)	1 (ขั้นที่ 3.4-2)
ขั้นที่ 3.5: แบบจำลองขั้นที่ 2 และเพิ่มการกำหนดเงื่อนไขให้เงื่อนไขพลวัตแห่งทรัพยากรส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาคุณภาพคู่สมรสอย่างมีส่วนร่วมเท่านั้น	525.81	196	<.01	0.067	0.98	0.98	3.36 (ขั้นที่ 3.5-2)	1 (ขั้นที่ 3.5-2)



ตาราง 14 (ต่อ)

ลำดับการวิเคราะห์	เงื่อนไขความไม่แปรเปลี่ยน							
	$\chi^2$	df	p	RMSEA	CFI	TLI	$\Delta\chi^2$	$\Delta df$
ขั้นที่ 3.6. แบบจำลองขั้นที่ 2 และเพิ่มการกำหนดเงื่อนไขเพิ่มเติม อิทธิพลแหล่งทรัพยากรบริบททางสังคมที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนเท่านั้น	529.3	196	<.01	0.067	0.98	0.98	6.85** (ขั้นที่ 3.6-2)	1 (ขั้นที่ 3.6-2)
ขั้นที่ 3 summary: แบบจำลองขั้นที่ 2 และเพิ่มการกำหนดเงื่อนไข เพิ่มเติมอิทธิพล -ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ต่อเนื่องพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพ ชุมชนอย่างมีส่วนร่วมเท่านั้น -แหล่งทรัพยากรบริบททางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหา สุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมเท่านั้น -แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหา สุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมเท่านั้น	527.65	197	<.01	0.068	0.98	5.2 (ขั้นที่ 3 summary-2)	2 (ขั้นที่ 3 summary-2)	

หมายเหตุ \*\* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (p < .01)



จากตาราง 14 แสดงผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข ระหว่างสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน กับสาขาวิชาทันตสาธารณสุข พบว่า

ขั้นที่ 1 เป็นการกำหนดให้แบบจำลองทั้งสองกลุ่มมีรูปแบบความสัมพันธ์ของตัวแปรเหมือนกัน โดยไม่มีการกำหนดเงื่อนไขให้แบบจำลองของทั้งสองกลุ่มมีค่าอิทธิพลเท่ากัน ระหว่างกลุ่ม ซึ่งในการตรวจสอบพิจารณาจากดัชนีความกลมกลืน

ผลการวิเคราะห์พบว่า แบบจำลองมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ แสดงว่าแบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรในแบบจำลองทั้งสองกลุ่มเหมือนกัน พบว่า ค่าไค-สแควร์ = 509.79,  $df = 185$ ,  $p < 0.01$ ,  $RMSEA = 0.068$ ,  $CFI = 0.98$ ,  $TLI = 0.98$  ซึ่งจะนำแบบจำลองในขั้นนี้เป็นฐานในการทดสอบในขั้นที่ 2

ขั้นที่ 2 เป็นการวิเคราะห์เพื่อค้นหาว่ามีค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตใดบ้างที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม โดยมีขั้นที่ 1 และเพิ่มการกำหนดเงื่อนไขให้ค่าสัมประสิทธิ์น้ำหนักองค์ประกอบตัวแปรสังเกตทุกตัวแปรสังเกตเท่ากัน

ผลการวิเคราะห์พบว่า แบบจำลองมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผลต่างไค-สแควร์ระหว่างแบบจำลองขั้นที่ 2 กับ ขั้นที่ 1 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\Delta\chi^2 = 12.66$ ,  $\Delta df = 10$ ,  $p > 0.01$ ) แสดงว่า มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตของตัวแปรแฝงทุกตัวในแบบจำลองไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

ขั้นที่ 3 เป็นการวิเคราะห์เพื่อค้นหาว่ามีอิทธิพลของตัวแปรสาเหตุที่มีต่อตัวแปรผลใดบ้างที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม โดยมีกำหนดให้ค่าอิทธิพลของตัวแปรสาเหตุที่มีต่อตัวแปรผลทุกตัวเท่ากับระหว่างกลุ่ม

ผลการทดสอบพบว่า แบบจำลองมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผลต่างไค-สแควร์ระหว่างแบบจำลองขั้นที่ 3 กับ ขั้นที่ 2 มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\Delta\chi^2 = 39.51$ ,  $\Delta df = 6$ ,  $p < 0.01$ ) แสดงว่า มีอิทธิพลระหว่างตัวแปรแฝงอย่างน้อย 1 อิทธิพลที่แตกต่างกันระหว่างสองกลุ่ม ดังนั้น จึงมีการทดสอบอิทธิพลระหว่างตัวแปรแฝง ดังนี้

ขั้นที่ 3.1 อิทธิพลระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน

ผลการวิเคราะห์พบว่า แบบจำลองมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผลต่างไค-สแควร์ระหว่างแบบจำลองขั้นที่ 3.1 กับขั้นที่ 2 มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\Delta\chi^2 = 11.62$ ,

$\Delta df = 1, p < 0.01$ ) แสดงว่า อิทธิพลระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

ขั้นที่ 3.2 อิทธิพลระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ไขปัญหสุขภาพชุมชนที่มีต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

ผลการวิเคราะห์พบว่า แบบจำลองมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผลต่างไค-สแควร์ระหว่างแบบจำลองขั้นที่ 3.1 กับขั้นที่ 2 มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\Delta\chi^2 = 7.54, \Delta df = 1, p < 0.01$ ) แสดงว่า อิทธิพลระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ไขปัญหสุขภาพชุมชนที่มีต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

ขั้นที่ 3.3 อิทธิพลระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

ผลการวิเคราะห์พบว่า แบบจำลองมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผลต่างไค-สแควร์ระหว่างแบบจำลองขั้นที่ 3.3 กับขั้นที่ 2 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\Delta\chi^2 = 1.94, \Delta df = 1, p > 0.05$ ) แสดงว่า อิทธิพลระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

ขั้นที่ 3.4 อิทธิพลแหล่งทรัพยากรบริบททางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

ผลการวิเคราะห์พบว่า แบบจำลองมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผลต่างไค-สแควร์ระหว่างแบบจำลองขั้นที่ 3.4 กับขั้นที่ 2 มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\Delta\chi^2 = 16.89, \Delta df = 1, p < 0.05$ ) แสดงว่า อิทธิพลแหล่งทรัพยากรบริบททางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

ขั้นที่ 3.5 อิทธิพลแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

ผลการวิเคราะห์พบว่า แบบจำลองมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผลต่างไค-สแควร์ระหว่างแบบจำลองขั้นที่ 3.5 กับขั้นที่ 2 มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\Delta\chi^2 = 3.36, \Delta df = 1, p > 0.05$ ) แสดงว่า อิทธิพลแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

ขั้นที่ 3.6 อิทธิพลแหล่งทรัพยากรบริบททางสังคมที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน

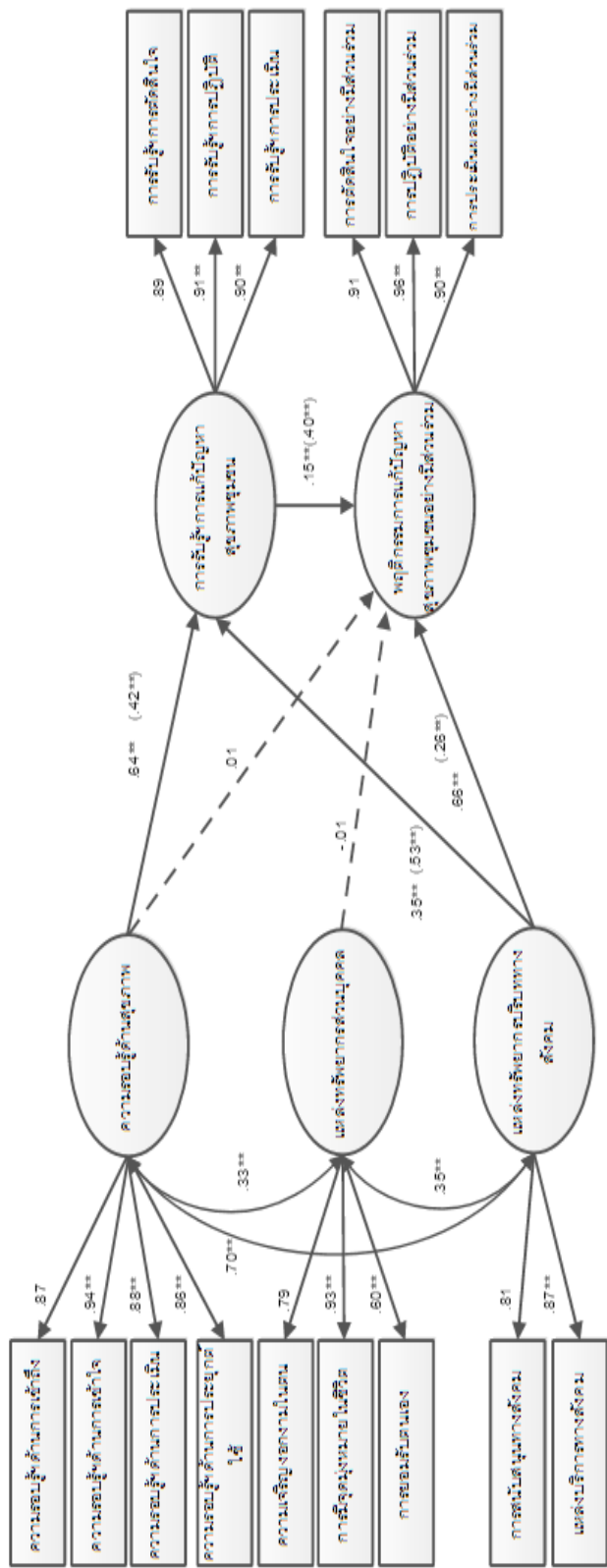
ผลการวิเคราะห์พบว่า แบบจำลองมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผลต่างไค-สแควร์ระหว่างแบบจำลองชั้นที่ 3.6 กับชั้นที่ 2 มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\Delta\chi^2 = 6.85$ ,  $\Delta df = 1$ ,  $p < 0.05$ ) แสดงว่า อิทธิพลแหล่งทรัพยากรบริบททางสังคมที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

ชั้นที่ 3 สรุป แบบจำลองชั้นที่ 2 และเพิ่มการกำหนดเงื่อนไขให้เส้นอิทธิพล ได้แก่ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมเท่ากัน 2) แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมเท่ากัน

ผลการวิเคราะห์พบว่า แบบจำลองมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผลต่างไค-สแควร์ระหว่างแบบจำลองชั้นที่ 3 สรุป กับชั้นที่ 2 มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\Delta\chi^2 = 5.2$ ,  $\Delta df = 2$ ,  $p > 0.05$ ) แสดงว่า ได้แก่ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม 2) แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม แตกต่างระหว่างกลุ่ม

ดังนั้น จากสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ของการวิจัยที่ได้กล่าวไว้ว่ารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข ระหว่างสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน กับสาขาวิชาทันตสาธารณสุขไม่แตกต่างกัน และการวัดตัวแปรแฝงทุกตัวแปรเท่าเทียมกัน แต่มีอิทธิพลระหว่างตัวแปรแฝงได้แก่ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม 2) แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม แตกต่างกัน ( $\Delta\chi^2 = 5.2$ ,  $\Delta df =$ ,  $p > 0.05$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ





ภาพประกอบ 13 รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน อย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน (ค่านอกวงเล็บ) และทันตสาธารณสุข (ค่าในวงเล็บ)

หมายเหตุ: เป็นตัวแปรสังเกตที่ใช้กำหนดหน่วยการวัดของตัวแปรแฝง ดังนั้นจึงไม่มีการ

ตาราง 15 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม อิทธิพลรวม ของตัวแปรสาเหตุที่มีต่อตัวแปรผล และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุยกกำลังสองของตัวแปร ของนักศึกษาศาสาธาณสุข สาขาวิชาสาธาณสุขชุมชน (ค่านอกวงเล็บ) และทันตสาธาณสุข (ค่าในวงเล็บ)

ตัวแปรสาเหตุ	ตัวแปรผล					
	การรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน			พฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE
แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล	-	-	-	-.01	-	-.01
แหล่งทรัพยากรบริบทสังคม	.35** (.53**)	-	.35** (.55**)	.66** (.26**)	.05 (.23*)	.71** (.49**)
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน	-	-	-	.15** (.40**)	-	.15** (.40**)
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	.64** (.42**)	-	.64** (.42**)	0.01 (0.01)	.09 (.18*)	.10 (.19*)
R <sup>2</sup>		.80			.46	

หมายเหตุ \*\* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (p < .01)

จากภาพประกอบ 13 และตาราง 15 พบว่า ผลการวิเคราะห์แบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาศาสาธาณสุข สาขาวิชาสาธาณสุขชุมชน สามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้

#### 1. ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกต

ตัวแปรแฝงทุกตัวมีการทดสอบนัยสำคัญของน้ำหนักองค์ประกอบ พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตัวแปรแฝงพฤติกรรมกรมการ

แก้ปัญหามหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตมีค่าอยู่ระหว่าง 0.90 ถึง 0.96 แสดงว่า ตัวแปรสังเกตที่ใช้วัดพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหามหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมทุกองค์ประกอบมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบในระดับดีเยี่ยม โดยตัวแปรสังเกตที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุดคือ การปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม แสดงว่า มีความสำคัญต่อตัวแปรแฝงพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหามหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมมากที่สุด

ตัวแปรแฝงการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหามหาสุขภาพชุมชน พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตมีค่าอยู่ระหว่าง 0.89 ถึง 0.90 แสดงว่า ตัวแปรสังเกตที่ใช้วัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหามหาสุขภาพชุมชนทุกองค์ประกอบมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบในระดับดีเยี่ยม โดยตัวแปรสังเกตที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหามหาสุขภาพชุมชนในการประเมิน

ตัวแปรแฝงความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตมีค่าอยู่ระหว่าง 0.86 ถึง 0.94 แสดงว่า ตัวแปรสังเกตที่ใช้วัดความรอบรู้ด้านสุขภาพทุกองค์ประกอบมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบในระดับดีเยี่ยม โดยตัวแปรสังเกตที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความเข้าใจ

ตัวแปรแฝงแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตมีค่าอยู่ระหว่าง 0.60 ถึง 0.93 แสดงว่า ตัวแปรสังเกตที่ใช้วัดแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบในระดับดีมากไปจนถึงดีเยี่ยม โดยตัวแปรสังเกตที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด คือ แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลด้านการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต

และตัวแปรแฝงแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตมีค่าอยู่ระหว่าง 0.81 ถึง 0.97 แสดงว่า ตัวแปรสังเกตที่ใช้วัดแหล่งทรัพยากรบริบทสังคมทุกองค์ประกอบมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบในระดับดีเยี่ยม โดยตัวแปรสังเกตที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด คือ การสนับสนุนทางสังคม

## 2. อิทธิพลของตัวแปรเชิงสาเหตุที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหามหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

พบว่า ตัวแปรเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหามหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม คือ แหล่งทรัพยากรบริบทสังคมของนักศึกษาสาขาสาธารณสุขมากกว่า (มีค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.66 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01) นักศึกษาสาขาทันตสาธารณสุข (มีค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.26 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01) และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหามหาสุขภาพชุมชนของนักศึกษาสาขาทันตสาธารณสุขมากกว่า (มีค่าอิทธิพล

เท่ากับ 0.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01) นักศึกษาศาสาธาณสุข (มีค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.15 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01) และตัวแปรเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของนักศึกษาทันตสาธารณสุขมากกว่า (มีค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.18 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05) นักศึกษาศาสาธาณสุข (มีค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.09 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05) และแหล่งทรัพยากรบริบททางสังคมของนักศึกษาทันตสาธารณสุขมากกว่า (มีค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.23 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05) นักศึกษาศาสาธาณสุข (มีค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.05 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05) ทั้งนี้ตัวแปรเชิงสาเหตุทั้งหมดร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมได้ร้อยละ 46

อิทธิพลของตัวแปรเชิงสาเหตุที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน พบว่า ตัวแปรเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาศาสาธาณสุขมากกว่า (มีค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.64 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01) นักศึกษาศาสาธาณสุข (มีค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.42 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01) และแหล่งทรัพยากรบริบททางสังคมของนักศึกษาทันตสาธารณสุขมากกว่า (มีค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.53 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01) นักศึกษาศาสาธาณสุข (มีค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.35 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01) ทั้งนี้ตัวแปรเชิงสาเหตุทั้งหมดร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนได้ร้อยละ 80

**ผลการเปรียบเทียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาศาสาธาณสุข ระหว่างสาขาวิชาสาธาณสุขชุมชน กับสาขาวิชาทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3**

การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้วยการกำหนดให้ค่าคงที่ (Constant) ให้เป็นสาเหตุของตัวแปรสังเกตในโมเดลการวัดในกลุ่มนักศึกษาศาสาธาณสุขชุมชน (กลุ่ม 1) และให้เป็นสาเหตุของตัวแปรแฝงทุกตัวในกลุ่มนักศึกษาศาสาธาณสุขทันตสาธารณสุข (กลุ่ม 2) เพื่อให้โปรแกรมประมาณค่าออกมาในเมทริกซ์แอลฟา (ค่าเฉลี่ยของตัวแปรแฝงภายใน) และแคปป่า (ค่าเฉลี่ยของตัวแปรแฝงภายนอก) โดยกำหนดให้ค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงของกลุ่มนักศึกษาศาสาธาณสุขชุมชนเป็นกลุ่มฐาน และค่าเฉลี่ยตัว

แปรแปลงของกลุ่มนักศึกษาสาขาวิชาทันตสาธารณสุขเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ หากผลต่างมีค่าเป็นบวกแสดงว่ากลุ่มนักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขมีค่าเฉลี่ยตัวแปรแปลงนั้นต่ำกว่ากลุ่มนักศึกษาสาขาวิชาทันตสาธารณสุข ในทางตรงกันข้าม หากผลต่างมีค่าเป็นลบแสดงว่า กลุ่มนักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขมีค่าเฉลี่ยตัวแปรแปลงนั้นสูงกว่ากลุ่มนักศึกษาสาขาวิชาทันตสาธารณสุข

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 3 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรแปลงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุขระหว่างสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชนกับสาขาวิชาทันตสาธารณสุข

ตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 ค่าเฉลี่ยของตัวแปรแปลงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข ระหว่างสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชนกับสาขาวิชาทันตสาธารณสุขมีความแตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 16

ตาราง 16 ผลการวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยตัวแปรแปลงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข ระหว่างนักศึกษาสาธารณสุขระหว่างสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน กับสาขาวิชาทันตสาธารณสุข

ตัวแปรแปลง	$\Delta\bar{x}$	SE	t-value
พฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม	0.11	0.06	1.89
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน	0.04	0.03	1.51
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	0.05	0.05	1.13
แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล	-0.07	0.05	-1.33
แหล่งทรัพยากรบริบทสังคม	0.11	0.06	1.84

หมายเหตุ \* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p < .05)

จากตาราง 16 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข ระหว่างนักศึกษาสาธารณสุขระหว่างสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน กับสาขาวิชาทันตสาธารณสุข พบว่า ตัวแปรแฝงที่มีค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ พฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ( $Mean_{diff} = 0.11, t = 1.89, p > .05$ ) แหล่งทรัพยากรบริบทสังคม ( $Mean_{diff} = 0.11, t = 1.84, p > .05$ ) แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล ( $Mean_{diff} = -0.07, t = -1.33, p > .05$ ) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ( $Mean_{diff} = 0.05, t = 1.13, p > .05$ ) และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน ( $Mean_{diff} = 0.04, t = 1.51, p > .05$ )

จากผลการวิจัยสรุปได้ว่า กลุ่มนักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขมีค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข ไม่แตกต่างกับกลุ่มนักศึกษาสาขาวิชาทันตสาธารณสุข

#### สรุปผลการวิเคราะห์ตามสมมติฐานการวิจัยข้อ 3

จากสมมติฐานการวิจัยข้อ 3 ที่กำหนดว่า “ค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข ระหว่างสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชนกับสาขาวิชาทันตสาธารณสุขมีความแตกต่างกัน

จากผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข ระหว่างสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชนกับสาขาวิชาทันตสาธารณสุข พบว่า ค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข ระหว่างสาขาวิชาสาธารณสุขกับสาขาวิชาทันตสาธารณสุขไม่แตกต่างกัน ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า ผลการวิเคราะห์ไม่สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3



## บทที่ 5

### สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่มีต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ทดสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข 2) เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่มีต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข ระหว่างสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน กับสาขาวิชาทันตสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วยตัวแปรแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล, แหล่งทรัพยากรบริบทสังคม, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, การรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน ใช้การวิเคราะห์ทางสถิติด้วยแบบจำลองสมการเชิงโครงสร้างแบบมีตัวแปรแฝง (Structural Equation Modeling: SEM) โดยโปรแกรม สำเร็จรูป ซึ่งเป็นการทดสอบแบบจำลองที่สร้างขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยทำการวิเคราะห์เมทริกซ์ความแปรปรวนร่วม (covariance matrix) ที่สร้างขึ้นจากตัวแปรสังเกต 15 ตัวแปร (observed variable)

โดยผู้วิจัยได้กำหนดสมมติฐานการวิจัยไว้ 3 ข้อ ได้แก่ 1. รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุตามสมมติฐาน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีสมมติฐานย่อยตามเส้นทางอิทธิพลของตัวแปรต่างๆ ดังนี้ ได้แก่ (1.1) แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน (1.2) แหล่งทรัพยากรบริบทสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน (1.3) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม (1.4) ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม (1.5) ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมโดยผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน (1.6) ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อความรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน และ 2) เปรียบเทียบรูปแบบและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน

อย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาศาธารณสุข ระหว่างสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน กับสาขาวิชาทันตสาธารณสุขมีความแตกต่างกัน

สำหรับการเลือกตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์โครงสร้างความสัมพันธ์ปัจจัยเชิงสาเหตุแบบมีตัวแปรแฝง (Causal structural model with latent variable) และใช้วิธีการประมาณค่าแบบแมกซ์ลิคไลฮูด (Maximum Likelihood) การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยจะกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามการแนะนำของ Comrey & Lee (1992); Velicer & Fava (1998) หากต้องการความมั่นใจในการทดสอบมากขึ้นควรใช้กลุ่มตัวอย่าง 300 หน่วยขึ้นไปถือว่าดี (as a good) ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นกลุ่มนักศึกษาศาธารณสุข สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน จำนวน 380 คน และกลุ่มนักศึกษาศาธารณสุข สาขาวิชาทันตสาธารณสุข จำนวน 380 คน รวมทั้งหมด 760 คน ซึ่งเป็นขนาดที่มากพอที่จะทำให้มีความเชื่อมั่นในผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วนของประชากรในวิทยาลัยการสาธารณสุข สิรินคร 7 แห่ง (Stratified random sampling) พร้อมกำหนดตามกลุ่มหลักสูตร เท่าๆ กัน กลุ่มละ 380 คน และทำการสุ่มตามสัดส่วนของประชากรระหว่างประชากรต่อหน่วยตัวอย่าง เท่ากับ 1 : 0.7 (Proportional Stratified sampling) ในแต่ละวิทยาลัยจนครบจำนวนกลุ่มละ 380 คน รวม 760 คน แต่เนื่องจากอาจมีผลจากจำนวนตอบกลับและส่งคืนแบบสอบถาม (response rate) ที่อาจมีสัดส่วนที่ไม่สูง ผู้วิจัยจึงพิจารณาเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแจกแบบสอบถามกับทุกหน่วยของกลุ่มประชากร

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมมีจำนวน 1 ชุด ประกอบด้วย 2 ตอน ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม ตอนที่ 2 เป็นแบบวัดเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล แหล่งทรัพยากรบริบทสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่งผลต่อพฤติกรรมในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาศาธารณสุข จำนวน 5 ฉบับ

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.60 – 0.80 และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ตรวจสอบความเชื่อมั่นและตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้ 1) พฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม 2) แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล 3) แหล่งทรัพยากรบริบทสังคม 4) การรับรู้ความสามารถตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน 5) ความรอบรู้ทางสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น

ชนิดความสอดคล้องภายในแบบอัลฟาทั้งฉบับเท่ากับ 0.96, 0.91, 0.87, 0.93, 0.97 ตามลำดับ และผลการทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างพบว่ามีความตรงเชิงโครงสร้างในทุกตัวแปร โดยมีค่า น้ำหนักองค์ประกอบรายข้อค่าตามจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน อยู่ระหว่าง 0.79-0.91, 0.39-0.85, 0.61-0.83, 0.72-0.86, 0.60-0.88 ตามลำดับ

### สรุปผลการวิจัย

สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

#### ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาสาธารณสุขมีจำนวน 760 คน แบ่งเป็นหญิง 651 คน และชาย 109 คน คิดเป็นร้อยละ 85.70 และ 14.3 ตามลำดับ ส่วนใหญ่อยู่วิทยาลัยสาธารณสุขอุบลราชธานี คิดเป็นร้อยละ 15.80 รองลงมาคือวิทยาลัยสาธารณสุขชลบุรี คิดเป็นร้อยละ 15.70 ส่วนใหญ่อยู่ปีที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 54.20 อายุส่วนใหญ่ 21 ปี ร้อยละ 40.80 รองลงมาคือ 22 ปี ร้อยละ 36.30 อายุเฉลี่ย เท่ากับ 21.68 ปี (SD = 1.51) อายุต่ำสุด คือ 20 ปี อายุสูงสุด คือ 39 ปี

#### ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น โดยการหาค่าสถิติพื้นฐาน และ 2) การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุตามสมมติฐานการวิจัยกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้การประมาณค่าพารามิเตอร์ของแบบจำลองด้วยวิธี Maximum Likelihood โดยใช้สถิติการตรวจสอบความกลมกลืนของแบบจำลอง (Goodness-of-fit-index) ตามเกณฑ์ในทางปฏิบัติ (The Rule of Trump) ดังนี้ RMSEA อยู่ระหว่าง .05 - .08, CFI และ TLI มากกว่า .90 และ SRMR น้อยกว่า .50 (Kline, 2005: 133 - 141; Bollen, 1989: 278) การแจกแจงของตัวแปรสังเกต พบว่าตัวแปรส่วนใหญ่มีการแจกแจงในลักษณะโค้งปกติโดยไม่พบค่านัยสำคัญทางสถิติ ไคสแควร์ของค่าความเบ้และค่าความโด่ง สำหรับการตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปรในกลุ่มรวม พบว่าตัวแปรที่ศึกษามีความสัมพันธ์กันโดยค่าประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทุกค่ามีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่พบว่ามีค่าใดที่สูงมากเกินไป ดังนั้นค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรจึงเป็นไป

ตามข้อตกลงในการวิเคราะห์แบบจำลองสมการโครงสร้างที่ใช้วิธีการประมาณค่าพารามิเตอร์โดยให้มีโอกาสใกล้เคียงกับค่าที่วัดได้มากที่สุด (maximum likelihood) ซึ่งตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาควรมีการแจกแจงเป็นลักษณะปกติ และควรมีความสัมพันธ์กันในเชิงเส้นตรงแต่ต้องไม่มีความสัมพันธ์กันมากเกินไป

### ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

**ส่วนที่ 1** ผลการวิเคราะห์แบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข พบว่าแบบจำลองความสัมพันธ์ที่สร้างขึ้นมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์หลังจากที่ทำการปรับโมเดล ( $\chi^2 = 333.77$ ,  $df = 81$ ,  $p < .01$ ,  $RMSEA = 0.064$ ,  $CFI = 0.99$ ,  $TLI = 0.98$ ,  $SRMR = 0.038$ ,  $GFI = 0.94$ ,  $AGFI = 0.92$ ) โดยมีดัชนีความสอดคล้องอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ถึงดี ดังนั้นจึงเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 “รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุตามสมมติฐาน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์” โดยการทดสอบเส้นทางอิทธิพลตามสมมติฐานย่อย สรุปดังตาราง 17 ดังนี้

ตาราง 17 สรุปผลการวิเคราะห์และผลการทดสอบสมมติฐาน

สรุปผล	ผลการทดสอบสมมติฐาน	
	เป็นไปตามสมมติฐาน	ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน
<b>อิทธิพลของแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล</b>		
H1 <sub>DE</sub> : ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม (-.02) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ		✓
<b>อิทธิพลของแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม</b>		
H2 <sub>DE</sub> : ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม (.51**) ✓	✓	

ตาราง 17 (ต่อ)

สรุปผล	ผลการทดสอบ	
	เป็นไปตาม สมมติฐาน	ไม่เป็นไปตาม สมมติฐาน
<b>อิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพ</b>		
H3 <sub>DE</sub> : ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม (.00) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ		✓
H5 <sub>IE</sub> : ส่งผลโดยอ้อม (ผ่านการรับรู้ความสามารถตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน) ไปยังต่อพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม (.13**) ✓	✓	
H6 <sub>DE</sub> : ส่งผลโดยตรงต่อการรับรู้ความสามารถตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน(.55**) ✓	✓	
<b>อิทธิพลของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน</b>		
H4 <sub>DE</sub> : ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม (.22**) ✓	✓	

หมายเหตุ \*\* p &lt; .01

อิทธิพลของแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล พบว่า ไม่มีผลทางตรงต่อพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข

อิทธิพลของแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม พบว่า มีผลทางตรงต่อพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข

อิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ไม่มีผลทางตรงต่อพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข แต่มีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านการรับรู้ความสามารถตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน และมีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้ความสามารถตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน

อิทธิพลของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน พบว่า มีผลทางตรงต่อพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข

นอกจากนั้น การวิจัยครั้งนี้ได้ค้นพบ แหล่งทรัพยากรบริบททางสังคมมีอิทธิพลทางตรง ต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน มีค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.41 อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และแหล่งทรัพยากรบริบททางสังคมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อ พฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม โดยผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน มีค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.09 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

**ส่วนที่ 2** จากสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ของการวิจัยที่ได้กล่าวไว้รูปแบบ ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการ แก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข ระหว่างสาขาวิชาสาธารณสุข ชุมชน กับสาขาวิชาทันตสาธารณสุขไม่แตกต่างกัน และการวัดตัวแปรแฝงทุกตัวแปรเท่าเทียมกัน แต่มีอิทธิพลระหว่างตัวแปรแฝงได้แก่ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหา สุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม 2) แหล่งทรัพยากรบริบททางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหา สุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม และ 3) แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการ แก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม แตกต่างกัน ( $\Delta\chi^2 = 20.14$ ,  $\Delta df = 3$ ,  $p < 0.05$ ) อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ

จากสมมติฐานข้อที่ 3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงใน รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรร มการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข ระหว่างสาขาวิชา สาธารณสุขชุมชนกับสาขาวิชาทันตสาธารณสุข พบว่า รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการ เสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมี ส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข ระหว่างสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชนกับสาขาวิชาทันต สาธารณสุขมีค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมไม่แตกต่าง กันอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น ผลการวิเคราะห์จึงไม่สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อ 3

ในการอภิปรายผลการวิจัย ผู้วิจัยได้แบ่งส่วนการอภิปรายผลออกเป็น 3 หัวข้อ ใหญ่ตามสมมติฐานในการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อ 1 แบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุสามารถนำมา อธิบายพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุขได้อย่าง กลมกลืน ผลการวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้าน สุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข



พบว่ารูปแบบความสัมพันธ์ที่สร้างขึ้นมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ภายหลังจากปรับค่าดัชนีความกลมกลืนส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ ดังนั้นในการอธิบายผลตามสมมติฐานจึงมีทั้งส่วนที่เป็นไปตามสมมติฐาน และไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เพื่อให้สามารถอธิบายและทำความเข้าใจได้ชัดเจนมากขึ้น โดยมีรายละเอียดดังนี้

สมมติฐานการวิจัยที่ 1.1 “แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม” ซึ่งผลการศึกษาพบว่า แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลไม่เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ดังนั้นผลการวิจัยจึงไม่สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อ 1.1



ภาพประกอบ 14 สมมติฐานที่ 1.1 และผลวิจัยที่พบ

ผลการศึกษาพบว่า แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นผลการวิจัยดังกล่าวจึงสรุปได้ว่า ปฏิเสธสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1.1 โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลไม่ส่งผลทางตรงต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ข้อค้นพบดังกล่าวอธิบายได้ว่าในความเป็นจริงนักศึกษาสาธารณสุขเป็นวัยรุ่น ยังอยู่ในช่วงของการศึกษาเรียนรู้องค์ความรู้ต่างๆ ยังไม่ครบตามหลักสูตร ยังไม่สำเร็จการศึกษา ดังนั้นศักยภาพแห่งตน(Self-capacity) ซึ่งเป็นจุดแข็งของนักศึกษาตามแนวคิดของ Shearer (2009) ยังไม่สูง เป้าหมายในชีวิตของนักศึกษายังไม่เด่นชัด โดยเฉพาะการยอมรับตนเองด้านความรู้ความสามารถยังมีน้อย สาเหตุเนื่องจากประสบการณ์ในการทำงานชุมชนในพื้นที่ในช่วงระยะเวลาสั้นๆ ทำให้ไม่มีผลที่ชัดเจนกับพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม สอดคล้องตามที่ Shepard (1979) กล่าวว่า การยอมรับตนเองถือเป็นสิ่งที่ย่อมเกิดขึ้นก่อนที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงใดๆ เหตุการณ์ และแก้ข้อบกพร่องของตนก่อน แล้วจึงยอมรับการเปลี่ยนแปลงนั้นให้เกิดขึ้นกับตนได้ คือการยอมให้เกิดข้อบกพร่องขึ้นกับตนเองได้เพียงบางส่วน แต่ในนักศึกษาอาจจะเห็นข้อบกพร่องในตนมากกว่าจุดเด่นที่มี นักศึกษามีการยอมรับตนเองต่ำได้ซึ่งจะส่งผลต่อการกระทำพฤติกรรมได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ กมลรัตน์ นุ่นคง (2561) ที่ศึกษา

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและศักยภาพของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรังกับความสามารถในการแก้ปัญหาและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนพบว่า ศักยภาพของนักศึกษาด้านเป้าหมายในชีวิต ด้านความเป็นตัวของตัวเอง ไม่มีศักยภาพด้านใดที่อยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่านักศึกษายังไม่ค่อยมีภาวะผู้นำ และยังขาดความมั่นใจในตนเอง

สมมติฐานการวิจัยที่ 1.2 “แหล่งทรัพยากรบริบทสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม” ซึ่งผลการศึกษาพบว่า แหล่งทรัพยากรบริบทสังคมเป็นตัวแปรเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ดังนั้นผลการวิจัยจึงสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อ 1.2

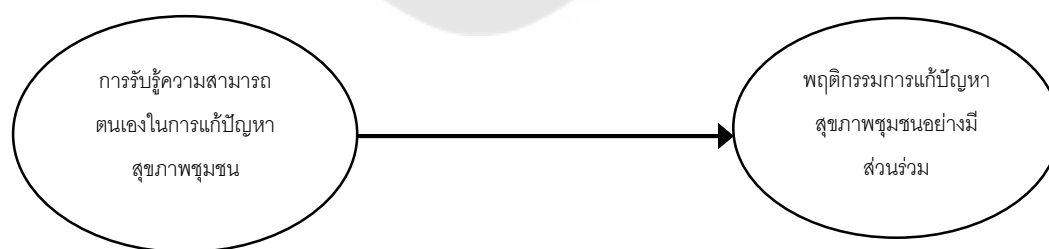


ภาพประกอบ 15 สมมติฐานที่ 1.2 และผลวิจัยที่พบ

ผลการศึกษาพบว่า แหล่งทรัพยากรบริบทสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ตามสมมติฐานข้อที่ 1.2 โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งทรัพยากรบริบทสังคมและพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม อธิบายได้ด้วยทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพของ Shearer & Fleury & Belyea (2010) ที่อธิบายว่า กระบวนการสำคัญที่ทำให้เกิดการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ เกิดมาจากแหล่งหรือปัจจัยภายนอกตัวบุคคล นั่นคือ แหล่งทรัพยากรบริบทสังคม (Social resources) ซึ่งหมายถึง การที่นักศึกษามีแหล่งทางด้านสังคมที่มีอยู่ และได้รับการสนับสนุนเพื่อเผชิญกับชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และ แหล่งบริการทางสังคม ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับการวิจัยของ วันเพ็ญ ยอดคง และปริญญา จิตอร่าม (2553) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมในการศึกษาชุมชนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการศึกษาชุมชนของนักศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้ งานวิจัยของ [Sulaeman & Karsidi & Murti & Kartono \(2017\)](#) ศึกษาารูปแบบการเสริมสร้างพลังในชุมชน (Community Empowerment) ที่มีต่อความสามารถในการแก้ปัญหาสุขภาพ: การศึกษาโดยใช้

ชุมชนเป็นฐานในประเทศอินโดนีเซีย พบว่า ทุนทางสังคม ร่วมกับปัจจัยอื่นๆ สามารถทำนายความสามารถในการแก้ปัญหาสุขภาพได้ร้อยละ 64.2 นอกจากนี้ งานวิจัยของ กุลชญา ลอยหา และคณะ (2560) ศึกษาการเสริมสร้างศักยภาพของนักจัดการสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมที่ประยุกต์แนวความคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ ที่เป็นการกระตุ้นการแสดงศักยภาพในบทบาทของการเป็นนักจัดการสุขภาพ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมหาดังกล่าว มีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้าน/ตำบลจัดการสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และงานวิจัยของ Shearer (2009); Shearer & Fleury & Belyea, 2010) ศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ การศึกษาความเป็นไปได้และผลกระทบ เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Thakur (2017) ที่ศึกษาความเป็นไปได้ของโปรแกรมการประเมินผลกระทบของการจัดการตนเองสุขภาพเชิงหน้าที่ และสุขภาพะในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ มีส่วนร่วมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

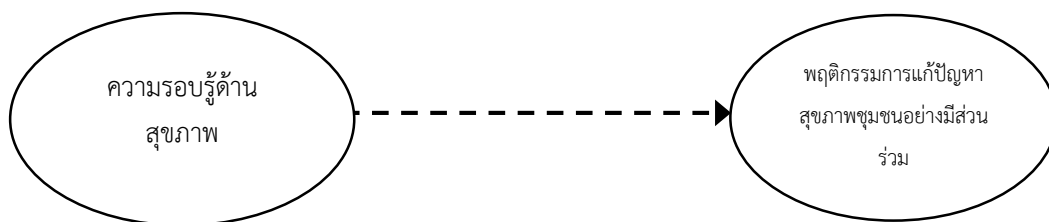
สมมติฐานการวิจัยที่ 1.3 “การรับรู้ความสามารถตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม” ซึ่งผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน เป็นตัวแปรเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ดังนั้น ผลการวิจัยจึงสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อ 1.3



ภาพประกอบ 16 สมมติฐานที่ 1.3 และผลวิจัยที่พบ

นอกจากนั้นผลการศึกษพบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ตามสมมติฐานข้อที่ 1.3 ข้อค้นพบดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การรับรู้ความสามารถตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน คือ การที่นักศึกษาที่มีความเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน ทั้งด้านการตัดสินใจ ด้านการปฏิบัติการ และด้านการประเมินผล จะส่งผลต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาเอง ข้อค้นพบดังกล่าวอธิบายด้วยแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) ที่กล่าวว่า ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเป็นสิ่งที่ตัดสินใจว่าบุคคลจะสามารถกระทำพฤติกรรมใดๆ นั้นได้หรือไม่ และข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับการวิจัยของ สุนีย์ เจริญภูมิการกิจ (2551) ศึกษาปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยทางจิตและสังคมที่ส่งผลต่อการทำงานให้การปรึกษาของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนต่อการทำงานให้การปรึกษา ร่วมกับปัจจัยอื่นๆ สามารถทำนายการทำงานให้การปรึกษาได้ร้อยละ 58.2 เช่นเดียวกับงานวิจัยของ กุลณิศา สุขจันทร์ (2556) ศึกษาปัจจัยทางจิตและสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการให้บริการการแพทย์แผนไทยของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสาธารณสุขของรัฐ เขตตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุขเขต 4 พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองในการให้บริการการแพทย์แผนไทย ร่วมกับปัจจัยอื่นๆ สามารถทำนายพฤติกรรมการให้บริการการแพทย์แผนไทยได้ร้อยละ 47.6 ในขณะที่งานวิจัยของ วันเพ็ญ ยอดคง และปริญญา จิตอร่าม (2553) พบว่า ความสามารถแห่งตนในการศึกษาชุมชนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการศึกษาชุมชนของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เช่นเดียวกับ ปริญญา จิตอร่าม และอาภาพร กฤษณพันธ์ (2558) พบว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการแก้ปัญหาทันตสาธารณสุขในชุมชนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการแก้ปัญหาทันตสาธารณสุขในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมมติฐานการวิจัยที่ 1.4 “ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม” ซึ่งผลการศึกษพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ดังนั้นผลการวิจัยจึงไม่สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อ 1.4



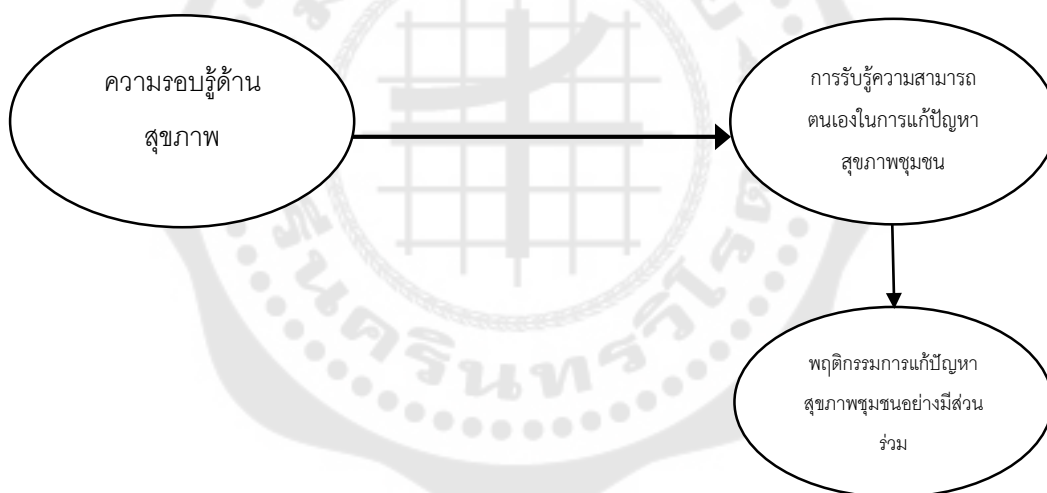
ภาพประกอบ 17 สมมติฐานที่ 1.4 และผลวิจัยที่พบ

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรม การแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น ผลการวิจัย ดังกล่าวจึงสรุปได้ว่า ปฏิเสธสมมติฐานย่อยข้อที่ 1.4 โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้าน สุขภาพไม่ส่งผลทางตรงต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

ข้อค้นพบดังกล่าวอธิบายได้ด้วยแนวคิดของ Berkman (2011) ที่อธิบายว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยผ่านผลลัพธ์คั่นกลางที่ หลากหลายทั้งด้านคุณลักษณะบุคคล เช่น ความรู้ การรับรู้ความสามารถ การกำกับตนเอง ทักษะ พฤติกรรม และสภาพแวดล้อมทางสังคม เช่น บรรทัดฐานทางสังคม ระบบบริการสุขภาพ การ สนับสนุนจากผู้ให้บริการสุขภาพ และยังมีความสัมพันธ์ของความรู้ด้านสุขภาพของบุคคล ระหว่าง อายุ เชื้อชาติ หรือภูมิหลังทางวัฒนธรรม และประสิทธิภาพของการจัดกิจกรรม ที่เป็นตัว แปรกำกับให้ความรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์สุดท้ายที่แตกต่างกันได้ ฉะนั้นความรู้ด้าน สุขภาพปัจจัยเดียวอาจจะไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมได้ ทั้งนี้ผู้วิจัยมีความเห็นว่าผลลัพธ์คั่นกลางที่ ต้องคำนึงถึงเช่น นักศึกษาจะต้องมีตัวส่งผ่านในการให้บริการกับประชาชนนักศึกษาต้องเป็น บุคคลที่มีจิตบริการ(Service Mind) ร่วมด้วย แต่พบว่าการมีจิตบริการของนักศึกษาอาจจะยังมี น้อย ทำให้พฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมมีน้อย สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุกัญญา จันโตและคณะ (2561) ศึกษาพัฒนาโมเดลการวัดจิตบริการของนักศึกษาวิทยาลัยการ สาธารณสุขสิรินธรทั้ง 9 ด้าน ซึ่งการแก้ปัญหาก็เป็นส่วนหนึ่งของการวัดจิตบริการด้วย พบว่า นักศึกษาที่เรียนในระดับชั้นที่สูงขึ้น คือ ในชั้นปีที่ 3 มีจิตบริการลดลงเกือบทุกด้าน และเพิ่มขึ้น เล็กน้อยในชั้นปีที่ 4 ซึ่งผู้ที่ทำงานบริการจะต้องให้บริการแก่ผู้รับบริการด้วยจิตใจที่รักงานบริการ และแสดงออกถึงความเอาใจใส่ต่อผู้รับบริการอย่างแท้จริง ดังนั้นการมีความรู้ด้านสุขภาพ เพียงอย่างเดียวอาจจะไม่เพียงพอ

สมมติฐานการวิจัยที่ 1.5 และ สมมติฐานการวิจัยที่ 1.6 “ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมโดยผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน” ซึ่งผลการศึกษพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมโดยผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน ดังนั้นผลการวิจัยจึงสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อ 1.5

สมมติฐานการวิจัยที่ 1.6 “ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน” ซึ่งผลการศึกษพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางตรงการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน ดังนั้นผลการวิจัยจึงสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อ 1.6



ภาพประกอบ 18 สมมติฐานที่ 1.5 และ 1.6 และผลวิจัยที่พบ

ผลการศึกษพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมกรแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมโดยผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ดังนั้น ผลการวิจัยดังกล่าวจึงสรุปได้ว่า สนับสนุนสมมติฐานย่อยข้อที่ 1.5 โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมกรแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมผ่านการรับรู้ความสามารถ



ตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ตามสมมติฐานย่อยข้อที่ 1.5 และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้ความสามารถตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ตามสมมติฐานข้อที่ 1.6 ผลของการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ยิ่งนักศึกษาสาธารณสุขมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าใจ ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการประเมิน และความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการประยุกต์ใช้ ตามแนวคิดของ Sorensen (2012) มากเท่าไร ก็จะช่วยส่งเสริมให้นักศึกษามีพฤติกรรมในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมมากขึ้นด้วย โดยผ่านการรับรู้ความสามารถตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยผ่านผลลัพธ์คั่นกลาง เช่น การรับรู้ความสามารถ ที่เป็นตัวแปรกำกับให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์สุดท้ายที่แตกต่างกันได้ ข้อค้นพบดังกล่าวสามารถอธิบายจากแนวคิดของ Bandura (1997) กล่าวว่า ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเป็นสิ่งที่ตัดสินว่าบุคคลจะสามารถกระทำพฤติกรรมใดๆ นั้นได้หรือไม่ ซึ่งความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถของตนเองนี้จะมีผลกระทบต่อทั้งความคิด ความรู้สึก และแรงจูงใจที่บุคคลมีต่อตนเอง รวมถึงพฤติกรรมที่บุคคลกระทำ การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสำคัญต่อแรงจูงใจและการบรรลุเป้าหมายของบุคคล ดังนั้นสิ่งหนึ่งที่มีความสำคัญที่จะส่งผลต่อความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองนั้นคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษานั้นเอง ถ้านักศึกษามีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีจะก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ซึ่งผลจะแตกต่างกับนักศึกษาที่ไม่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับการวิจัยของ Jones et al (2016) ศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นตัวคั่นกลางอิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่มีต่อสุขภาพช่องปากในกลุ่มประชากรชาติพันธุ์ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำมีอิทธิพลต่อสุขภาพช่องปากที่ไม่ดี โดยผ่านการรับรู้ความสามารถตนเองในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Kim & Yu (2010) ศึกษาอิทธิพลคั่นกลางของการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีต่อความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและสถานะทางสุขภาพในผู้สูงวัยชาวเกาหลี พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำมีอิทธิพลทางอ้อมต่อสถานะทางสุขภาพกายและจิตที่ไม่ดี โดยผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### ผลวิจัยที่พบเพิ่มเติมจากสมมติฐานการวิจัย

นอกจากนั้น การวิจัยครั้งนี้ได้ค้นพบ 1) แหล่งทรัพยากรบริบททางสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน มีค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.41 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 2) แหล่งทรัพยากรบริบททางสังคมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม โดยผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน มีค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.09 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

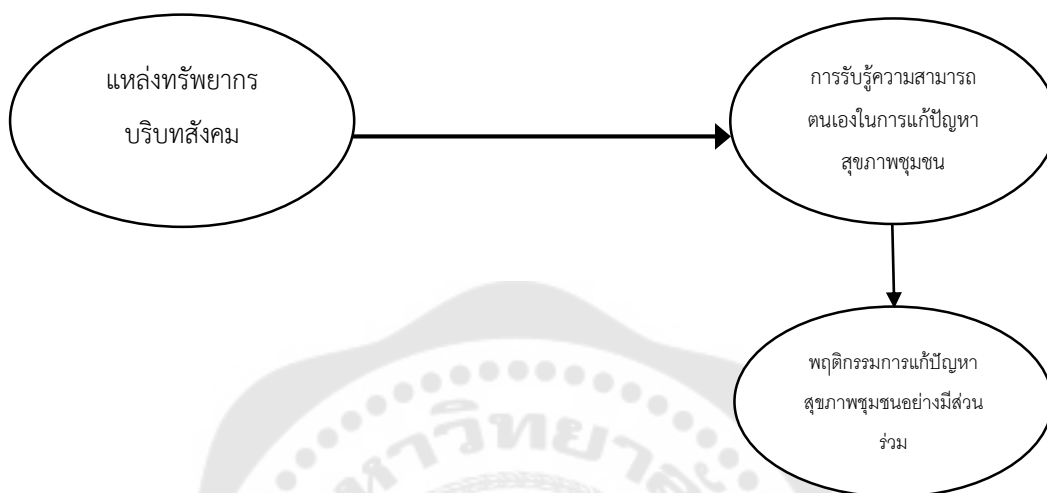
1) แหล่งทรัพยากรบริบททางสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน มีค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.41 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ตามภาพประกอบ 19



ภาพประกอบ 19 ผลวิจัยที่พบ

ในงานวิจัยครั้งนี้ผลการศึกษาพบว่า แหล่งทรัพยากรบริบทสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางตรงการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ กัญญ์สิริ จันทร์เจริญ และ สุกันยา นัครามนตรี (2559) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับทักษะชีวิต พบว่า การสนับสนุนทางสังคม (จากครอบครัว จากเพื่อน และจาก อาจารย์) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทักษะชีวิตของนักศึกษาในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $r = .470$ ) ทักษะชีวิตของนักศึกษาประกอบด้วย ทักษะความคิดวิเคราะห์ ทักษะความคิดสร้างสรรค์ ทักษะความตระหนักรู้ในตน ทักษะความเห็นใจผู้อื่น ทักษะความภูมิใจในตนเอง ทักษะความรับผิดชอบต่อสังคม ทักษะการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา ทักษะการจัดการกับอารมณ์และการจัดการกับความเครียด

2) แหล่งทรัพยากรบริบททางสังคมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม โดยผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน มีค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.09 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01



ภาพประกอบ 20 ผลวิจัยที่พบ

ในงานวิจัยครั้งนี้ผลการศึกษาพบว่า แหล่งทรัพยากรบริบทสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมโดยผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Shearer (2009) ที่กล่าวว่า แหล่งทรัพยากรบริบทสังคม ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม (Social support) และ การใช้บริการทางสังคม (Social service utilization) การสนับสนุนทางสังคม เป็นความรู้สึกของบุคคลถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับได้รับความรัก เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น รู้สึกว่ามีคุณค่าในตนเอง โดยได้รับจากกลุ่มบุคคลในระบบสังคม เป็นผู้สนับสนุนด้านจิตอาวมณ์ วัสดุอุปกรณ์ ข่าวสาร อันจะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ทางจิตวิทยาสังคมของบุคคลที่เกิดจากการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่บุคคลรับรู้ หรือประเมินว่าจะได้รับความช่วยเหลือและได้รับการตอบสนองความต้องการของตน ทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม และเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และความผูกพันซึ่งกันและกัน (อังศินันท์ อินทรกำแหง และคณะ, 2550) ผู้วิจัยได้พิจารณาว่า ผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคม เป็นบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เห็นอกเห็นใจผู้อื่น เข้าใจถึงปฏิสัมพันธ์ของการให้และการรับ การได้รับการยอมรับรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น รับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน โดยได้จากกลุ่มคนในระบบของสังคมนั้น เป็นต้น โดยในการวิจัยครั้งนี้ นักศึกษาจำเป็นต้องมีการสนับสนุนทางสังคม มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับ

ผู้อื่น เห็นอกเห็นใจผู้อื่น ลักษณะดังกล่าว จะช่วยให้นักศึกษามีปฏิสัมพันธ์ที่ดี กล่าวที่จะแก้ปัญหา สุขภาพชุมชนได้อย่างมีส่วนร่วม ทำให้นักศึกษามีพฤติกรรมในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมต่อไป ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของงานวิจัยของจักรี ปัดพี และนวนลฉลิ ประเสริฐ สุข (2559) พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกับปัจจัยอื่นๆ สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพประชาชนของอาสาสมัครสาธารณสุขได้ร้อยละ 23.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ งานวิจัยของวันเพ็ญ ยอดคง และปริญญา จิต อร่าม (2553) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมในการศึกษาชุมชนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ พฤติกรรมการศึกษาชุมชนของนักศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สมมติฐานการวิจัยข้อ 2 รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษา สาธารณสุข ระหว่างสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน กับสาขาวิชาทันตสาธารณสุขมีความแตกต่างกัน

ผลการศึกษาพบว่า จากสมมติฐานข้อที่ 2 ที่กำหนดว่าผลการเปรียบเทียบ รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรม การแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข ระหว่างสาขาวิชา สาธารณสุขชุมชน กับสาขาวิชาทันตสาธารณสุข มีรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปร แตกต่างกัน จากการวิเคราะห์โดยไม่มีกำหนดให้รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของทั้งสอง กลุ่มมีความเท่ากัน พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีรูปแบบความสัมพันธ์ในเชิงโมเดลการวัด (measurement model) ที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น การวัดตัวแปรแฝงทุกตัวแปรเท่าเทียม กัน ส่วนความสัมพันธ์ในเชิงโครงสร้าง (Structural model) มีอิทธิพลระหว่างตัวแปรแฝงได้แก่ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม 2) แหล่ง ทรัพยากรบริบททางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม 3) แหล่ง ทรัพยากรบริบททางสังคมที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพ ชุมชนอย่างมีส่วนร่วม และ 4) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน อย่างมีส่วนร่วมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม แตกต่างกัน ( $\Delta\chi^2 = 20.14$ ,  $\Delta df = 3$ ,  $p < 0.05$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รูปแบบความสัมพันธ์ในเชิงโมเดลการวัด (measurement model) ไม่แตกต่างกัน กล่าวคือ รูปแบบความสัมพันธ์ในเชิงโมเดลการวัดที่พัฒนาขึ้นนั้นสามารถนำมาใช้อธิบายการ วัดตัวแปรแฝงของทั้งสองกลุ่มสาขาวิชาได้ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทาง สุขภาพ (Shearer et al, 2010) และโมเดลตามเหตุผลเพื่อการวิเคราะห์ในการศึกษาความรอบรู้

ด้านสุขภาพ (Berkman, 2011) ที่ใช้อธิบายรูปแบบความสัมพันธ์ของพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

ส่วน ความสัมพันธ์ในเชิงโครงสร้าง (Structural model) พบว่า ขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแฝงในแบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข ระหว่างสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน กับสาขาวิชาทันตสาธารณสุขมีความแตกต่างกันใน 4 ประเด็น ซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยดังนี้

1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ระหว่างสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน กับสาขาวิชาทันตสาธารณสุขมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลระหว่างตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมในกลุ่มสาขาวิชาสาธารณสุขมากกว่ากลุ่มสาขาวิชาทันตสาธารณสุข

นักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชนจะมีการเรียนการสอนที่เน้นเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ควบคุมโรค ตรวจประเมินและบำบัดโรคเบื้องต้น การดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย การส่งต่อผู้ป่วย และการฟื้นฟูสภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างเป็นองค์รวม ในขณะที่ นักศึกษาสาขาทันตสาธารณสุขจะเน้นเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก นั้นจะทำให้ นักศึกษากลุ่มสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชนมีพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมมากกว่านักศึกษากลุ่มทันตสาธารณสุข สอดคล้องกับงานวิจัยของอังคินันท์ อินทรกำแหง และฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล (2560) ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2) แหล่งทรัพยากรบริบททางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ระหว่างสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน กับสาขาวิชาทันตสาธารณสุขมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลระหว่างตัวแปรแหล่งทรัพยากรบริบททางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ในกลุ่มสาขาวิชาสาธารณสุขมากกว่ากลุ่มสาขาวิชาทันตสาธารณสุข

นักศึกษาสาขาสาธารณสุขชุมชนจะเน้นการลงไปมีส่วนร่วมกับชุมชนในการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน โดยจะต้องมีการลงไปในพื้นที่ มีการทำงานร่วมกับชุมชน ไม่ว่าจะเป็นผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) ประชาชน ดังนั้น จะทำให้นักศึกษาสาธารณสุขชุมชนจึงมีปฏิสัมพันธ์ และเครือข่ายในการทำงานเป็นจำนวนมาก ในขณะที่นักศึกษา



สาขาทันตสาธารณสุขจะเน้นทั้งสุขภาพช่องปากและสุขภาพชุมชน จึงมีความเป็นไปได้ที่ภาระงานมากกว่า ทำให้นักศึกษาให้ความสำคัญกับสุขภาพชุมชนน้อยกว่า เพราะต้องแบ่งเวลาไปดูแลสุขภาพช่องปากด้วย จึงมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนน้อย ทำให้มีเครือข่ายในการทำงานน้อย ซึ่งจะส่งผลให้มีพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมน้อยกว่านักศึกษาสาขาสาธารณสุขชุมชน สอดคล้องกับการวิจัยของจักรี ปัดพี และนวลฉลี ประเสริฐสุข (2559) ที่พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับปัจจัยอื่นส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพประชาชนของอาสาสมัครสาธารณสุข และงานวิจัยของวันเพ็ญ ยอดคง และปริญญา จิตอร่าม (2553) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมในการศึกษาชุมชนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการศึกษาชุมชนของนักศึกษา

3) แหล่งทรัพยากรบริบททางสังคมที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ระหว่างสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน กับสาขาวิชาทันตสาธารณสุขมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลระหว่างตัวแปรแหล่งทรัพยากรบริบททางสังคมที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ในกลุ่มสาขาวิชาสาธารณสุขต่ำกว่ากลุ่มสาขาวิชาทันตสาธารณสุข

เนื่องจากนักศึกษาสาขาวิชาทันตสาธารณสุข ได้รับแหล่งทรัพยากรบริบททางสังคม การได้รับการสนับสนุนทางสังคม จากบุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน อาจารย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ให้การสนับสนุนด้านต่างๆ ในการทำกิจกรรมแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม นอกจากนั้น มีแหล่งบริการทางสังคม ที่ทำให้นักศึกษาได้รับแหล่งประโยชน์จากแหล่งบริการทางสังคมของหน่วยบริการชุมชนต่างๆ ทั้งด้านการศึกษา และสุขภาพอนามัย รวมทั้งบริการสังคมทั่วไป ที่เอื้อประโยชน์ต่อการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม สอดคล้องกับทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพของ Shearer (2009) แหล่งทรัพยากรบริบททางสังคม การสร้างเครือข่ายสังคม การเสริมแรงทางสังคม การส่งเสริมการแก้ปัญหา การส่งเสริมการสร้างเครือข่าย ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการบรรลุเป้าหมาย ได้แก่ การตระหนักรู้ ทางเลือก อีกระยะในการกระทำ การมีส่วนร่วมในการสร้างการเปลี่ยนแปลง และการมีเป้าหมายสุขภาพส่วนบุคคล นอกจากนั้น แหล่งทรัพยากรบริบททางสังคมซึ่งเป็นตัวแปรการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลง (Shearer et al. 2010) ในขณะที่นักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขได้รับแหล่งทรัพยากรบริบททางสังคมจากหลายภาคส่วน โดยความสำเร็จในการดูแลสุขภาพชุมชนได้รับความร่วมมือร่วมใจของหลายภาคส่วนที่เป็นเจ้าของเรื่องสุขภาพชุมชนทั้ง 3



ส่วน คือ 1) ประชาชน องค์กรชุมชน กลุ่มเครือข่าย เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน คณะกรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ 3) หน่วยบริการสุขภาพในชุมชน เช่น พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งอาจจะไม่ได้รับความร่วมมือจากทั้ง 3 ส่วน ทำให้นักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขมีแหล่งทรัพยากร บริบททางสังคมต่ากว่านักศึกษาสาขาวิชาทันตสาธารณสุขชุมชน จึงทำให้มีพฤติกรรม การแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนเกิดขึ้นน้อยกว่านักศึกษาสาขาวิชาทันตสาธารณสุขชุมชน สอดคล้องกับ การวิจัยของจักรี บัณฑิต และนวลฉวี ประเสริฐสุข (2559) ที่พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับปัจจัยอื่นสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประชาชน ของอาสาสมัครสาธารณสุข สอดคล้องกับการวิจัยของวันเพ็ญ ยอดคง และปริญญา จิตอร่าม (2553) พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการศึกษาชุมชนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ พฤติกรรมการศึกษาชุมชนของนักศึกษา

และ 4) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่าง มีส่วนร่วมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ระหว่างสาขาวิชา สาธารณสุขชุมชน กับสาขาวิชาทันตสาธารณสุขมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01 โดยค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลระหว่างตัวการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหา สุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ในกลุ่มสาขาวิชาสาธารณสุขต่ากว่ากลุ่มสาขาวิชาทันตสาธารณสุข

นักศึกษาสาขาวิชาทันตสาธารณสุขมุ่งเน้นความรู้ความเข้าใจในการสร้าง เสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพแบบองค์รวม โดยเน้นการจัดการสุขภาพ ช่องปาก เพื่อสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ป้องกันและบำบัดโรคในช่องปากตามขอบเขตที่กฎหมาย กำหนดได้อย่างเป็นระบบ สามารถทำงานร่วมกับทีมสุขภาพในวิชาชีพที่เกี่ยวข้องได้ โดยหน้าที่ หลักเมื่อนักศึกษาได้ไปฝึกงานภายในชุมชนจะจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องทันตสุขภาพ การดูแลทำ ความสะอาดช่องปากและฟัน การเลือกรับประทานอาหาร พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่อง ปาก และให้บริการตรวจสุขภาพช่องปาก อุดฟัน ชูดหินน้ำลาย ถอนฟัน และให้คำปรึกษา ในขณะที่ นักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มีบทบาทหน้าที่ 1) ศึกษา และวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนและกำหนดกลวิธีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ งานยาเสพติด และงาน สุขภาพจิต 2) วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีการส่งเสริมสุขภาพ งานยาเสพติด และ งานสุขภาพจิต 3) การสนับสนุน และพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ งานยาเสพติด และงานสุขภาพจิต ของหน่วยงานสาธารณสุข 4) ติดตาม กำกับ และประเมินผลการ

ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ งานยาเสพติด และงานสุขภาพจิต ของหน่วยงานสาธารณสุข 5) ประสาน และเสริมสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ งานอนามัยสิ่งแวดล้อม งานยาเสพติด และงานสุขภาพจิต โดยมีงานส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย งานส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก งานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน งานส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่น งานส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน งานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ งานโภชนาการ และงานออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ภาระงานของนักศึกษาทันตสาธารณสุขที่ฝึกงานจะเน้นที่สุขภาพช่องปากของชุมชน ซึ่งมีภาระงานที่น้อยกว่านักศึกษาสาธารณสุขชุมชนที่ฝึกปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขชุมชน ดำเนินการให้บริการสุขภาพในสถานบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งกระบวนการแก้ปัญหาสาธารณสุขในชุมชน เมื่อนักศึกษาทันตสาธารณสุขได้ดำเนินงานได้ประสบความสำเร็จก็จะทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ดังนั้น นักศึกษาสาขาทันตสาธารณสุขมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนได้มากกว่านักศึกษาสาธารณสุขชุมชน ตามแนวคิดของ สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2539) การประสบความสำเร็จในการกระทำเป็นแหล่งที่มีอิทธิพลมากที่สุด เพราะเป็นประสบการณ์ความสำเร็จที่แท้จริงของบุคคล ความสำเร็จทำให้ประเมินตนเองสูง ส่วนความล้มเหลวบ่อยๆ ทำให้ประเมินความสามารถของตนเองต่ำลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าความล้มเหลวหลายครั้งจะก่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนมีความสามารถไม่ได้ โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถส่งผลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ตามกระบวนการที่ Bandura (1977) และสอดคล้องกับการวิจัยของ ปริญา จิตอร่าม และอาภาพร กฤษณพันธ์ (2558) พบว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการแก้ปัญหาทันตสาธารณสุขในชุมชนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการแก้ปัญหาทันตสาธารณสุขในชุมชน สอดคล้องกับการวิจัยของกุลฎิสา สุขจันทร์ (2556) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนร่วมกับปัจจัยอื่น สามารถทำนายพฤติกรรมการให้บริการทางการแพทย์

สมมติฐานการวิจัยข้อ 3 ค่าเฉลี่ยของตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ การเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาด้านสาธารณสุข ระหว่างสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน กับสาขาวิชาทันตสาธารณสุขมีไม่แตกต่างกัน

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ค่าเฉลี่ยของตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน

อย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาขาสาธารณสุข ระหว่างสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชนกับสาขาวิชาทันตสาธารณสุขไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 ทั้งนี้ ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามตัวแปรแฝง ดังนี้

1) พฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ระหว่างสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชนกับสาขาวิชาทันตสาธารณสุขไม่แตกต่างกัน ( $Mean_{diff} = 0.11, t = 1.89, p > .05$ ) อาจเนื่องมาจากนักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชนกับสาขาวิชาทันตสาธารณสุข ได้รับการฝึกปฏิบัติให้ลงชุมชน โดยมีการฝึกปฏิบัติการเกี่ยวกับศึกษา วิเคราะห์ วางแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุข จัดทำแผนงานโครงการสาธารณสุขแบบมีส่วนร่วมกับสถานบริการสาธารณสุข สถานประกอบการ และหน่วยงานที่จัดกิจกรรมเกี่ยวกับการแก้ปัญหาสาธารณสุขในระดับพื้นที่ และประมวลผล วิเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอผลการดำเนินงาน ซึ่งการฝึกปฏิบัติที่กล่าวมาข้างต้น ถือเป็น การแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนของนักศึกษา และนักศึกษาต้องมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชนนั้นในบันทึกกระบวนการขั้นตอน ดังนั้น ค่าเฉลี่ยของตัวแปรแฝงของพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชนกับสาขาวิชาทันตสาธารณสุขจึงไม่แตกต่างกัน

2) การรับรู้ความสามารถตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน ระหว่างสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชนกับสาขาวิชาทันตสาธารณสุขไม่แตกต่างกัน ( $Mean_{diff} = 0.04, t = 1.51, p > .05$ ) อาจเนื่องมาจากนักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชนกับสาขาวิชาทันตสาธารณสุขมีความเชื่อมั่นในทักษะความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ การแสดงออกของพฤติกรรม การที่รับรู้ความสามารถของตนเองสูงและมีความคาดหวังในผลของการกระทำนั้นจะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมที่ต้องการนั้นให้ประสบผลสำเร็จได้ (Bandura, 1997) รวมทั้งอาจารย์ผู้สอน ที่เลี้ยงได้ให้การรับการสนับสนุนทางสังคมอย่างมากเพื่อให้นักศึกษาสามารถปฏิบัติงานได้เหมาะสมและทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ สอดคล้องกับการวิจัยของปริญา จิตอร่าม และอาภาพร กฤษณพันธุ์ (2558) พบว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการแก้ปัญหาทันตสาธารณสุขในชุมชนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการแก้ปัญหาทันตสาธารณสุขในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระหว่างสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชนกับสาขาวิชาทันตสาธารณสุขไม่แตกต่างกัน ( $Mean_{diff} = 0.05, t = 1.13, p > .05$ ) อาจเนื่องมาจากนักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชนกับสาขาวิชาทันตสาธารณสุข ได้รับการฝึกฝนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ โดยการฝึกภาคคนสนานั้นเป็นส่วนสำคัญของกระบวนการเรียนการสอนของ

สาธารณสุขชุมชน ที่จะก่อให้เกิดความคิดรวบยอดของสาธารณสุข เสริมสร้างทักษะการทำงาน เป็นทีมสาขาวิชาชีพเดียวกันและต่างสาขาวิชาชีพ เรียนรู้วัฒนธรรมและชีวิตความเป็นอยู่ของคน ในชุมชน โดยเน้นที่ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการวางแผนและแก้ไขปัญหา สาธารณสุข นอกจากนั้น ยังมีการปลูกจิตสำนึกที่ดี มีคุณธรรม และความรับผิดชอบต่อสังคม ในการพัฒนางานสาธารณสุขต่อไปในอนาคต ได้รับการพัฒนาและเพิ่มพูนศักยภาพของชุมชนในการ ฟังตนเองอันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี เมื่อนักศึกษาได้เรียนรู้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ตามหลักสูตรได้จัดขึ้นทำให้นักศึกษามีความรอบรู้ด้านสุขภาพ พร้อมในการปฏิบัติงานในอนาคต ได้ สอดคล้องกับการวิจัยของกรรณก ลัธนันท์ และจันทร์เพ็ญ นิลวัชรเมธี ที่ศึกษาความรอบรู้ ด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครทุ่งเทพ พบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีค่าคะแนนเฉลี่ยรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพมากที่สุดเท่ากับ 97.91 และระดับความรอบรู้ด้าน สุขภาพในภาพรวม เท่ากับ 72.51 สอดคล้องการวิจัยของ วันวิสาข์ ศรีสุเมธชัย (2558) พบว่า การ ออกฝึกภาคสนามของนักศึกษาสาธารณสุขทำให้นักศึกษามีความรู้ความสามารถในการ ปฏิบัติงานได้ดี

4) แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล ระหว่างสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชนกับ สาขาวิชาทันตสาธารณสุขไม่แตกต่าง ( $Mean_{diff} = -0.07, t = -1.33, p > .05$ ) อาจเนื่องมาจาก นักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชนและสาขาวิชาทันตสาธารณสุขได้มองเห็นศักยภาพแห่งตน โดยรับรู้ว่าคุณสามารถพัฒนาตนเองได้ เปิดรับประสบการณ์ใหม่ๆ อยู่เสมอ ปรับปรุงพฤติกรรม ตนเองตลอดเวลา และเปลี่ยนแปลงตัวเองให้ดีขึ้น (Ryff, 1995) นอกจากนั้น นักศึกษามีเป้าหมาย ตั้งใจ และรับรู้ถึงเป้าหมาย มีจุดมุ่งหมายของการใช้ชีวิตของตนเอง (ยรัตน์ดุล เลหาหิระพานิช, 2558) จากนั้น นักศึกษามีการยอมรับตนเองซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการบรรลุถึงศักยภาพแห่งตน (Self-actualization) ยอมรับสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับตนเอง และรู้สึกดีต่อตัวเอง สอดคล้องกับ งานวิจัยของกมลรัตน์ นุ่นคง (2561) พบว่า นักศึกษามีความเป็นตัวของตัวเอง มีเป้าหมายในชีวิต อยู่ในระดับมาก

และ 5) แหล่งทรัพยากรบริบททางสังคม ระหว่างสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน กับสาขาวิชาทันตสาธารณสุขไม่แตกต่าง ( $Mean_{diff} = 0.11, t = 1.84, p > .05$ ) อาจเนื่องมาจาก นักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชนกับสาขาวิชาทันตสาธารณสุข ในการจัดการฝึกปฏิบัติงานจะมีอาจารย์พี่เลี้ยง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน โดยนักศึกษาได้รับการสนับสนุน จากบุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อาจารย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้การสนับสนุนด้านต่างๆ ในการทำ กิจกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม นอกจากนั้น ยังได้มีแหล่งประโยชน์จากแหล่ง

บริการทางสังคมของหน่วยบริการชุมชนต่างๆ ทั้งด้านการศึกษา และสุขภาพอนามัยร่วมทั้งบริการสังคมทั่วไปที่เอื้อประโยชน์ต่อการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมกับชุมชนสอดคล้องกับงานวิจัยของวันเพ็ญ ยอดคง และปริญญา จิตอร่าม (2553) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมในการศึกษาชุมชนของนักศึกษาอยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกับการวิจัยของจักรี ปัทพี และนวลฉวี ประเสริฐสุข (2559) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีระดับมาก ดังนั้นหลักสูตรของนักศึกษาสาธารณสุขจึงอาจไม่มีอิทธิพลมากพอที่จะส่งผลให้ค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงเหล่านี้แตกต่างกัน

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

### 1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร เป็นสถาบันที่มุ่งผลิตบัณฑิตนักสาธารณสุขเพื่อตอบสนองระบบสาธารณสุขของประเทศ โดยเฉพาะในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ต้องปฏิบัติงานภายใต้พรบ.พ.ศ. 2556 ต้องให้ความสำคัญในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การควบคุมโรค การตรวจประเมินและการบำบัดโรคเบื้องต้น การดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย การฟื้นฟูสภาพ การอาชีวอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อลดความเสี่ยงจากการเจ็บป่วย และต้องมีสมรรถนะนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นผู้ที่มีจิตวิญญาณในการให้บริการสุขภาพในชุมชน ดังนั้นทุกวิทยาลัยจะต้องสร้างบัณฑิตให้มีสมรรถนะในด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกิดขึ้นในตัวนักศึกษา อีกทั้งวิทยาลัยต้องมีสนับสนุนทางสังคมให้กับนักศึกษาในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพ การสนับสนุนจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน อาจารย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ให้การสนับสนุนด้านต่างๆ ในการทำกิจกรรมแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม และแหล่งบริการทางสังคม คือให้นักศึกษารับรู้ถึงแหล่งใช้ประโยชน์ จากแหล่งบริการทางสังคมของหน่วยบริการชุมชนต่างๆ ทั้งทางด้านการศึกษา และสุขภาพอนามัย รวมทั้งบริการสังคมทั่วไป ที่จะเอื้อประโยชน์ต่อการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ก็จะทำให้นักศึกษาของวิทยาลัยการสาธารณสุขมีสมรรถนะด้านการทำงานในชุมชนดียิ่งขึ้นที่จะตอบสนองความต้องการของระบบบริการสาธารณสุขได้ต่อไป

### 2. ข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิบัติ

2.1 จากผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรสาเหตุ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน อย่างมีส่วนร่วม และความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน



อย่างมีส่วนร่วม เมื่อพิจารณาจากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนมีความสำคัญ เพราะถึงแม้นักศึกษาจะมีความรอบรู้ทางสุขภาพแต่ก็ไม่ส่งผลทางตรงต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมได้ แต่ความรอบรู้ด้านสุขภาพต้องมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนเป็นตัวส่งผ่าน ดังนั้นข้อค้นพบในงานวิจัยนี้จะเป็นแนวทางให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างๆ เช่น วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร หรือสถาบันการศึกษาที่ผลิตบุคลากรทางด้านสาธารณสุขต่างๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต โดยเฉพาะอาจารย์ผู้สอนต้องให้ความสำคัญกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนของนักศึกษา เนื่องจากการที่บุคคลใดมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งสูง บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นสูงมากกว่าบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมนั้นต่ำ โดยต้องมีการพัฒนาสมรรถนะด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองของนักศึกษาให้เพิ่มขึ้น เพราะถ้านักศึกษาทราบว่าตนเองนั้นมีความสามารถ จะเป็นบุคคลที่มีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอย และประสบความสำเร็จในที่สุด และสามารถนำไปปรับใช้ในการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุขศาสตร์ และพัฒนาหลักสูตรเพื่อให้นักศึกษามีสมรรถนะด้านการทำงานในชุมชนดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ จากผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมโดยผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน ซึ่งกล่าวได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงด้านเดียวคงจะไม่เพียงพอในการที่จะส่งเสริมให้นักศึกษาสาธารณสุขมีพฤติกรรมแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม แต่หน่วยที่เกี่ยวข้องกับการผลิตนักศึกษาสาธารณสุขจะต้องคำนึงถึงการรับรู้ความสามารถของนักศึกษาประกอบกันด้วย

2.2 จากผลการวิจัยพบว่า แหล่งทรัพยากรบริบทสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมแล้ว งานวิจัยนี้ยังพบเพิ่มเติมอีกว่าแหล่งทรัพยากรบริบททางสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนด้วยเช่นกัน และแหล่งทรัพยากรบริบททางสังคมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม โดยผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน กล่าวได้ว่าแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะส่งเสริมพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษา กล่าวคือเมื่อนักศึกษาสาธารณสุขได้รับรู้การสนับสนุนจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง เช่น วิทยาลัยหรือชุมชน และการที่นักศึกษารับรู้ถึงแหล่ง



ใช้ประโยชน์จากแหล่งบริการทางสังคมของหน่วยบริการชุมชนต่างๆ จะทำให้นักศึกษาสาธารณสุข รู้สึกว่าได้รับการยอมรับรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น รับผิดชอบต่อตนเอง โดยได้จากกลุ่มคนในระบบของสังคมนั้น จะช่วยให้นักศึกษามีปฏิสัมพันธ์ที่ดี กล้าที่จะ แก้ปัญหาสุขภาพชุมชนได้อย่างมีส่วนร่วม ดังนั้น หากต้องการให้นักศึกษาสาธารณสุขมีพฤติกรรม การแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการผลิตนักศึกษาสาธารณสุข ก็ควรให้การสนับสนุนในด้านของ ครอบครัวย เพื่อน อาจารย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ให้การ สนับสนุนด้านต่างๆ ในการทำกิจกรรม การสนับสนุนเหล่านี้จะเป็นแรงเสริมทำให้นักศึกษา แก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมต่อไป

2.3 จากผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน อย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน สองอันดับแรก คือ แหล่งทรัพยากร บริบททางสังคม และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังนั้น จึงควรมีทำการวิจัยเชิงทดลองโดยสร้าง โปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม โดยอาจใช้ตัวแปร ทรัพยากรบริบททางสังคม และความรอบรู้ด้านสุขภาพในตัวนักศึกษาพัฒนาควบคู่ไปด้วย เพื่อให้ พฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน สูงขึ้นต่อไป

2.4 จากผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน อย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาขาวิชาทันตสาธารณสุข สองอันดับแรก คือ ความรอบรู้ด้าน สุขภาพ และการรับผิดชอบต่อตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน จึงควรมีทำการวิจัย เชิงทดลองโดยสร้างโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม โดยอาจใช้ตัวแปรความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการรับผิดชอบต่อตนเองในการแก้ปัญหา สุขภาพชุมชน ในตัวนักศึกษาพัฒนาควบคู่ไปด้วย เพื่อให้พฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน อย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาขาวิชาทันตสาธารณสุขสูงขึ้นต่อไป

### 3. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

3.1 เนื่องจากตัวแปรภายในแบบจำลอง ตามทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ และโมเดลตามเหตุผลเพื่อการวิเคราะห์ในการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่คัดเลือกมาใช้ในการวิจัยสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมี ส่วนร่วมของนักศึกษา ได้ร้อยละ 40 แสดงว่ายังคงมีความแปรปรวนที่ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยตัว แปรดังกล่าวเหลือประมาณร้อยละ 60 และโดยความคลาดเคลื่อนหรือส่วนที่เหลือดังกล่าวจัดเป็น

ความแปรปรวนที่มีระบบซึ่งสามารถอธิบายได้ด้วยตัวแปรภายนอกกรอบทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ และโมเดลตามเหตุผลเพื่อการวิเคราะห์ในการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการวิจัยครั้งต่อไปจึงควรนำตัวแปรภายนอกดังกล่าวมาร่วมศึกษาเพื่อให้สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมและการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมได้สูงขึ้น

3.2 เนื่องจากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ความแตกต่างของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมระหว่างนักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชนกับสาขาวิชาทันตสาธารณสุข ดังนั้นจึงควรมีการขยายขอบเขตของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มนักศึกษาหลักสูตรอื่นๆของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร เช่น นักศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทย นักศึกษาหลักสูตรเทคนิคเภสัชกรรมหรือกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มนักศึกษาของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีที่ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ซึ่งเป็นสถาบันระดับอุดมศึกษาของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งผลิตและพัฒนา นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้เป็นบุคลากรที่มีคุณภาพ ซึ่งบางส่วนปฏิบัติงานในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิด้วยเช่นเดียวกัน ทั้งนี้เพื่อค้นพบความแตกต่างของกลุ่มนักศึกษา ให้มีความครอบคลุมและละเอียดมากยิ่งขึ้น

3.3 เนื่องจากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาทั้งสองสาขาวิชา ประกอบด้วย แหล่งทรัพยากรบริบททางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน ดังนั้น จึงสร้างโปรแกรมพัฒนา ในการเป็นเครื่องมือเพื่อทำความเข้าใจถึงคุณลักษณะที่สำคัญของพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ในการวิจัยเชิงทดลองพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม โดยคำนึงถึงปัจจัยเชิงเหตุที่ต้องจัดกระทำในโปรแกรม คือ กระบวนการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพในด้านแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม การรับรู้ความสามารถตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน และความรอบรู้ด้านสุขภาพ

3.4 เนื่องจากผลการศึกษาในงานวิจัยนี้ไม่พบอิทธิพลของแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลและความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ซึ่งมีความเป็นไปได้ว่างานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross – sectional survey) ที่ทำการศึกษาแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลและความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ณ เวลาจุดใจจุดหนึ่งเพียงครั้งเดียว เป็นการวัดตัวแปรสาเหตุและผลพร้อมกัน เพื่อให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้นว่าแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลและความรอบรู้ด้าน

สุขภาพจะส่งผลต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมหรือไม่ ดังนั้น งานวิจัย  
ครั้งต่อไปควรใช้การออกแบบการวิจัยเชิงสำรวจระยะยาว (Longitudinal survey research)  
เพื่อให้เห็นพัฒนาการหรือสภาพลักษณะการเปลี่ยนแปลง และเป็นการยืนยันผลการศึกษา





- กองสุขศึกษา, และ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ) .2556). คู่มือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ  
ของคนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ในการปฏิบัติตามหลัก 3อ 2ส. โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์  
การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด .
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข) .2554). ความฉลาดทางสุขภาพ .  
กรุงเทพฯ :โรงพิมพ์นิเวศรวมดาการพิมพ์)ประเทศไทย (จำกัด .
- กิจปพน ศรีธานี. (2555). รูปแบบการจัดการความรู้ด้านสุขภาพชุมชน. ปรินิพนธ์ ป.ร.ด.  
(วารสารเทคโนโลยีศึกษา). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.  
กิตติพัทธ์ เอี่ยมรอด และพิมพ์เพ็ญ เจนอักษร) .2555). สมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุข  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล .วารสารพุทธชินราชเวชสาร, 29(2), 186.  
กุนนที พุ่มสงวน) .2557). การสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพ :บทบาทที่สำคัญของพยาบาล.  
วารสารพยาบาลทหารบก, 15(3), 86-90.
- กุลชญา ลอยหา และคณะ) .2560). การเสริมสร้างศักยภาพบทบาทของนักจัดการสุขภาพชุมชน  
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลบุเปือย อำเภอคำชะอี จังหวัด  
อุบลราชธานี .วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น, 24(1), 1-13.
- กุลณิศา สุขจันทร์) .2556). ปัจจัยทางจิตและสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรให้บริการ  
การแพทย์แผนไทยของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสาธารณสุขของรัฐ เขตตรวจ  
ราชการกระทรวงสาธารณสุขเขต 4. ปรินิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต)การวิจัย  
พฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์.(กรุงเทพ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.  
กัญญ์สิริ จันท์เจริญ, สุกันยา นัครามนตรี.) 2559(. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม  
กับทักษะชีวิตของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. วารสารเครือข่ายวิทยาลัย  
พยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 3(2), 85-99.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์) .2554). อัตลักษณ์และการกอบกู้ศักดิ์ศรีวิชาชีพสาธารณสุขของหมอ  
อนามัย. วารสารหมออนามัย, 21(3), 9-23.
- ชนิษฐา นันทบุตร) .2553). ระบบสุขภาพชุมชน กระบวนการทำงานร่วมกันของ 3 ระบบใหญ่ใน  
ชุมชน .นนทบุรี :เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ .
- คณะพยาบาลศาสตร์, และ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่) .2557). รายงานพิเศษ .เชียงใหม่.นิต.
- จุกวาร์ตน์ ชมพันธุ์) .2555 .(การวิเคราะห์หลัก ”การมีส่วนร่วมของประชาชน”ใน “ The Public  
Participation Handbook: Making Better Decision through Citizen Involvement ”ใน  
บริบทประเทศไทย .วารสารการจัดการสิ่งแวดล้อม ,8(1), 123-141

- จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ).2560). *พฤติกรรมสุขภาพ :แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้* .พิษณุโลก : สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยนเรศวร .
- จักรี บัดพี; และนวลฉวี ประเสริฐสุข) .2559). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพประชาชนของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี . *Veridian E-Journal, Silpakorn University* ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และ ศิลปะ, 9(3), 1190-1205.
- จินตกีร์ เกษมสุข. (2554). *การสื่อสารกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เจษฎา สุวรรณวารี และทิพย์วัลย์ สุรินยา. )2558). การมองโลกในแง่ดี การเสริมสร้างพลังสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของพนักงานรถไฟ เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร .วารสารสำนักบัณฑิตอาสาสมัคร,1(2), 39-64.
- วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ) .2558). สรุปผลการประเมินความคิดเห็น ของผู้ใช้บัณฑิตต่อการปฏิบัติงาน ตามกรอบมาตรฐานผลการเรียนรู้ 6 ด้าน และ คุณลักษณะตามอัตลักษณ์ของบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน รุ่นที่ 1 ปีการศึกษา 2557.
- ฉัตรศิริ ปิยะพิมลสิทธิ์. (2541). การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน. *วารสารการวัดผลการศึกษา*, 20(59), 27-42.
- เฉลิมพล ต้นสกุล) .2541). พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข .พิมพ์ครั้งที่ 2 .กรุงเทพฯ :สหประชา พาณิชย์ .
- ชนิชา ธนิกกุล) .2550). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขในศูนย์ สุขภาพชุมชนจังหวัดสมุทรสงคราม .สารนิพนธ์ วท.ม) .วิทยาการสังคมและการจัดการ ระบบสุขภาพ.(นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร .*
- ชาลิตี เอี่ยมศรี) .2549). *การพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียน เพื่อส่งเสริมการคิด อย่างมีวิจารณญาณและทักษะการแก้ปัญหาการปฏิบัติงานด้านสุขภาพของเจ้าหน้าที่ระดับ ตำบล. ปริญญานิพนธ์ ค.ด) .การศึกษานอกระบบโรงเรียน.(กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.*
- ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. (25530). *การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- ดารณี จามจรี) .2545). *การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรค*



- เรือรัง.ปริญญาานิพนธ์การศึกษาดุษฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร .กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ทัศนพร ชูศักดิ์; และคณะ. (2555). รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พื้นที่สาธารณสุขเขต 18. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*, 10(1), 63-77.
- ธีราพร ทองปัญญา. (2557). กระบวนการเสริมพลังอำนาจแบบมีส่วนร่วมเพื่อสร้างจิตสำนึกในการพัฒนาชุมชนของเยาวชน. ปริญญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และชุมชน. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร และ เดชา เกตุฉ่ำ. )2554). การพัฒนาเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 (ระยะที่ 1). กรุงเทพฯ :กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข.
- รัตนา ทองบัวบาน. )2556). การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนตามแนวทฤษฎีคอนสตรัคติวิสต์ และการรับใช้สังคม เพื่อส่งเสริมสมรรถนะการส่งเสริมสุขภาพชุมชน) .ปริญญาานิพนธ์ปริญญาการศึกษาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาหลักสูตรและการสอน .(มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก .
- นาตยา เต๋อป้อม) .2547). ความฉลาดทางอารมณ์ การรับรู้เกี่ยวกับการบริหารงานบุคคล กับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ .ปริญญาานิพนธ์ปริญญาพยาบาลมหาบัณฑิต )การบริหารการพยาบาล.(ชลบุรี : มหาวิทยาลัยบูรพา.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นากูร) .2555). การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย :คุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา .กรุงเทพฯ :โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .
- ประจักษ์ น้ำประสานไทย) .2558). การจัดบริการสังคมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ .*วารสารสังคมศาสตร์*, 11(1), 85-121.
- ประทีป จินนี่) .2540). การวิเคราะห์พฤติกรรมและการปรับพฤติกรรม) เอกสารประกอบการสอน (กรุงเทพฯ :สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ .
- ปริญญา จิตอร่าม และอาภาพร กฤษณพันธ์) .2558). พฤติกรรมการแก้ปัญหาทันตสาธารณสุขในชุมชนของนักศึกษาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต) ทันตสาธารณสุข (วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี .*วารสารทันตภิบาล*, 26(2), 1-24.
- ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ) .2546). กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา .

- กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย .
- พงศ์วัช วิวังสุ. (2546). *ปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงานและลักษณะทางจิตที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการประกันคุณภาพการศึกษา*. ปริญญาานิพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- พนิดา วสุธาพิทักษ์. (2552). *การจัดการความรู้ในเครือข่ายสุขภาพชุมชน: กรณีศึกษาเครือข่ายสุขภาพชุมชนของมูลนิธิแพทย์ชนบท*. ปริญญาานิพนธ์ ศศ.ม. (การจัดการทรัพยากรชีวภาพ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี. ถ่ายเอกสาร.
- พรพิมล วรวุฒิปุทพงษ์ และสงคราม เขาวนศิลป์) .2549). การสร้างแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม .*มนุษยศาสตร์สาร*, 7(2), 33-47.
- พรวิจิตร ปานนาค; สุทธิพร มูลศาสตร์ และเชษฐา แก้วพรม) .2561). ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตำบลบางบัว อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา .*วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 27(3), 91-106.
- พัชรี ดำรงสุนทรชัย. (2550). *แนวทางการจัดการความรู้เพื่อสุขภาพชุมชน* . จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ.
- ภมรพรรณ อยุธยาตรี) .2554). *การศึกษาและพัฒนาความฉลาดทางจิตใจของนิสิตนักศึกษาในมหาวิทยาลัย* .ปริญญาานิพนธ์ ปริญญาการศึกษาดุสิตบัณฑิต )จิตวิทยาการให้คำปรึกษา.(กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ภาควิชาสาธารณสุขชุมชน. (2558). *สรุปผลการประเมินความคิดเห็นของผู้ใช้บัณฑิตต่อการปฏิบัติงาน ตามกรอบมาตรฐานผลการเรียนรู้ 6 ด้าน และคุณลักษณะตามอัตลักษณ์ของบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน รุ่นที่ 1 ปีการศึกษา 2557*. อุบลราชธานี: วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
- ยรัตน์ดูล เล่าหีระพานิช) .2558). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความขัดแย้งระหว่างผู้ปกครองกับสุขภาพจิตของนิสิตนักศึกษา โดยมีการริเริ่มพัฒนาความองกามแห่งตนเป็นตัวแปรส่งผ่าน* .ปริญญาานิพนธ์ปริญญา ศศ.ม) .จิตวิทยา .(กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .ระพีพัฒน์ ศรีมามลา และคณะ) .2561). *การจัดการสุขภาพชุมชนแบบมีส่วนร่วม: กรณีศึกษาชุมชน*

- แห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา .วารสารวิจัยและพัฒนาวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์, 11(3), 159.
- รัตนวดี ทองบัวบาน. (2556). การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนตามแนวทฤษฎีคอนสตรัคติวิสต์และการรับใช้สังคม เพื่อส่งเสริมสมรรถนะการส่งเสริมสุขภาพชุมชน. การศึกษาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาหลักสูตรและการสอน. มหาวิทยาลัยรัตนนคร.
- รัตยานภิศ รัชตะวรรณ และคณะ) .2561). กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ. วารสารเทคโนโลยีภาคใต้, 11(1), 231-238.
- ราชบัณฑิตยสถาน) .2545). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ .2525. กรุงเทพฯ :อักษรเจริญทัศน์ .
- เริงวิชญ์ นิลโคตร; และนพพร จันทรนำชู. (2561). การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาการเรียนรู้อาสาสมัครแนวปฏิบัติเพื่อสุขภาพชุมชน. สังกของ: วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ (สทมส.), 24(1), 167-180.
- รัชราพร เขยสุวรรณ) .2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ : แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติพยาบาล .วารสารแพทยนาวิ, 44(3), 183-197.
- วันเพ็ญ ยอดคง และปริญญา จิตอร่าม) .2553). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการศึกษาชุมชนของนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรชั้นสูงสาธารณสุขศาสตร์) สาธารณสุขชุมชน .(สุพรรณบุรี :วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี.
- วันวิสาข์ ศรีสุเมธชัย. (2558). การจัดการความรู้ด้านสาธารณสุขเพื่อออกฝึกภาคสนามของนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ .วารสารร่วมพฤษ มหาวิทยาลัยเกริก, 33(3), 137-155.
- วิชุดา คงเหมือนเพชร) .2559). ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปากด้วยตนเองของผู้มารับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลจังหวัดอ่างทอง .ปริญญาานิพนธ์ วท.ม) .การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ .(กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ .
- วิภา เพ็งเสงี่ยม; พัชราภรณ์ ไชยสังข์ และ ปัญญาภรณ์ ยะเกษม,. (2058). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจ และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน .วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 8(1), 152-165.
- วิลาวลัย รัตน) .2552). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. สารนิพนธ์) กศ.ม) .จิตวิทยา

- พัฒนาการ( กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.  
 วีระศักดิ์ จงสูวิวัฒน์วงศ์) .2550). แนวคิดและทิศทางการพัฒนาสถาบันการศึกษาสาธารณสุข  
 )เอกสารประกอบการบรรยาย .(กรุงเทพฯ :แผนการพัฒนาสถาบันการศึกษาสาธารณสุข .  
 ศตวรรษ ศรีสมบัติ) .2559). ผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาเพื่อแก้ปัญหาทันตสาธารณสุขในชุมชน  
 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัด  
 อุบลราชธานี .ปริญญาณิพนธ์ ส.ม) .สาธารณสุขศาสตร์ .(มหาสารคาม : มหาวิทยาลัย  
 มหาสารคาม .  
 ศรีนทร์ทิพย์ ชวพันธ์, )2561). การเสริมสร้างพลังอำนาจทางสุขภาพในเด็กโรคอ้วน .วารสารการ  
 พยาบาลและการศึกษา, 11(1), 7.  
 ศิริมาศ รุยไกรรัตน์) .2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเจตนาเชิงพฤติกรรมการจัดการสุขภาพ  
 ชุมชนของผู้นำชุมชนในจังหวัดพัทลุง .ปริญญาณิพนธ์ วท.ม) .การจัดการระบบสุขภาพ .(  
 สงขลา : มหาวิทยาลัยทักษิณ.  
 สถาบันพระบรมราชชนก) .2550). หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต ฉบับปรับปรุง พ.ศ .2550  
 กรุงเทพฯ :สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข .  
 สมใจ วินิจกุล) .2552). อนามัยชุมชน .กระบวนการวินิจฉัยและการแก้ปัญหา .กรุงเทพฯ :บพิศ  
 การพิมพ์.  
 สมโภชน์ เขียมสุภาษิต. (2539). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม.กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์  
 มหาวิทยาลัย.  
 สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย) .2558). รายงานโครงการพัฒนาความแตกฉาน  
 ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุในตำบลเมืองศรีไค อำเภอวารินชำราบ อุบลราชธานี .  
 นนทบุรี :กระทรวงสาธารณสุข.  
 สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. (2555). นโยบายสาธารณะ: เครื่องมือการขับเคลื่อน  
 ระบบสุขภาพชุมชน. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน.  
 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2560). แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคน  
 ด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2560 – 2564. กรุงเทพฯ: บริษัท กราฟิกโก ซิสเต็ม จำกัด.  
 สุกัญญา จันได และคณะ) .2561). การพัฒนาโมเดลการวัดจิตบริการของนักศึกษาวิทยาลัยการ  
 สาธารณสุขสิรินธร .วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 11(3), 95-111.  
 สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์) .2549). แบบจำลองสมการโครงสร้าง .การใช้โปรแกรม LISREL PRELIS  
 และ SIMPLIS (เทคนิคการวิเคราะห์เชิงปริมาณที่นิยมใช้กันมากในปัจจุบัน .(กรุงเทพฯ:

ห้างหุ้นส่วนจำกัดสามลดา .

สุทธิศักดิ์ สุวีร์รักษ์ และคณะ) .2560). ผลการสังเคราะห์ตัวชี้วัดสมรรถนะตามอัตลักษณ์ของบัณฑิต  
หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร) สาธารณสุขชุมชน (วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบัน  
พระบรมราชชนก .วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 10(4), 76-94.

สุนีย์ เจริญภูมิการกิจ) .2551). ปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยทางจิตและสังคมที่ส่งผลต่อการทำงานให้  
การบริการของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย  
กรุงเทพมหานคร .ปริญญาณิพนธ์ ปริญญา วท.ม) .การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ .(  
กรุงเทพฯ; มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ .

สุพิชญา ทองแท้) .2546). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติงานให้บริการสุขภาพแก่  
ประชาชนของเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดสระบุรี .ปริญญาณิพนธ์ปริญญา วท.ม.  
(สุศึกษา .(กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ .

สุวัฒน์ บำรุงศรี และทัศพร ชูศักดิ์) .2560). แบบจำลองสมการโครงสร้างปัจจัยที่มีผลต่อการ  
ปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) อสม (.จังหวัด  
นครสวรรค์ .วารสารสมาคมนักวิจัย, 22(1), 124-136.

อภิญา อินทรรัตน์) .2557). ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ .วารสาร  
พยาบาลทหารบก, 15(3), 174-178.

อภิวรรณ พลอยฉาย) .2557). ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมจัดการความเครียดของผู้  
ให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร .ปริญญาณิพนธ์  
วท.ม) .การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์.( กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนคร  
รินทรวิโรฒ .

อมร สุวรรณนิมิต) .2553). การพยาบาลปฐมภูมิกับการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน .มหาสารคาม :  
อภิชาติการพิมพ์ .

อรรถัย ก๊กผล) .2552). คู่คิด คู่มือ การมีส่วนร่วมของประชาชนสำหรับนักบริหารท้องถิ่น .  
กรุงเทพฯ : จริยสุนิทวงศ์การพิมพ์ .

อวยพร ตันมุขกุล) .2540). พลังอำนาจกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในวิชาชีพพยาบาล .วารสาร  
พยาบาลสาร, 24(1), 1-9.

อังคินันท์ อินทรกำแหง) .2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ : การวัดและการพัฒนา .กรุงเทพฯ :  
บริษัทสุขุมวิทการพิมพ์ จำกัด .

อังคินันท์ อินทรกำแหง และฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล) .2560). อิทธิพลของจิตวิทยาเชิงบวก และ



บรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและสุขภาพครอบครัวโดย  
ส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพของครอบครัวในชุมชนกึ่งเมือง .การวิจัยผสมผสานวิธี .

กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิไลน.

อังคินันท์ อินทรกำแหง; อรพินท์ ชูชม; และอัจฉรา สุขารมณ) .2550). รายงานการวิจัยการ  
วิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเหตุและด้นนี้วัดภาวะวิกฤตชีวิตสตรีไทยสมรสวัยกลางคนที่  
ทำงานนอกร้านในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล .กรุงเทพฯ :สถาบันวิจัยพฤติกรรม  
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิไลน.

อัญชลี จันทรินทรการ) .2557). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมการ  
ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข) อสม (.ในเขตเทศบาล  
ตำบลสวนหลวง อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร .ปริญญาานิพนธ์ วท.ม) .สุข  
ศึกษา.(กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ .

อาภาพร เฝ้าวัดนา) .2558). การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในการพัฒนาศักยภาพชุมชน :  
แนวคิดและการประยุกต์ใช้ .กรุงเทพฯ :แดเน็กซ์ อินเทอร์เน็ตปอเรชั่น .

อาภาพร เฝ้าวัดนา และคณะ) .2561). การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน .การ  
ประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติฉบับปรับปรุง .(กรุงเทพฯ :เอ็มเอ็น คอมพิวเตอร์  
เซต จำกัด.

อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2549). การเสริมสร้างพลังอำนาจในระบบบริการพยาบาล. ใน เอกสาร  
การถอดชุดการพัฒนาศักยภาพระบบบริการการพยาบาล หน่วยที่ 10-15 วิชาการ  
พัฒนาศักยภาพระบบบริการพยาบาล. นนทบุรี: สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change.  
*Psychological Review*, 84(2), 191-215.

Bell, F. H. (1978). *Teaching and Learning Mathematics: In Secondary School*. Dubuque,  
IA: W. C. Brown.

Berkman, N. D. (2011). *Health literacy interventions and outcomes: An updated  
systematic review*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality  
(US).

Beyer, B., K. . (1987). *Practica strategies for teaching of thinking*. Boston: Atlyn and  
Bacon.



- Bohanny, W. (2013). Health Literacy, Self-efficacy, and Self-Care Behaviors in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. . *Journal of the American Association of Nurse Practitioners.*, 25(9), 495-502.
- Bollen, K. A. (1989). *Structural Equations with Latent Variables.* . New York: JohnWiley & Sons.
- Bulatao, R. A. A., N. B. . (2004). *Understanding Racial and Ethnic Differences in Health in Late Life: A Research Agenda.* . Washington, DC: National Research Council of the National Academies.
- Center for Health Care Strategies, I. (2000). *What is Health Literacy?* Princeton. NJ: CHCS.
- Chin, J. (2011). The Process-Knowledge Model of Health Literacy: Evidence from a Componential Analysis of Two Commonly Used Measures. . *Journal of Health Communication.*, 16(Suppl 3), 222-241.
- Cibula, D. A. (2003). Community Health Assessment. . *American Journal of Preventive Medicine.*, 24(Suppl 4), 118-123.
- Coleman, C., et al. (2012). *The Calgary Charter on Health Literacy: Rational and core principles for development of health literacy.*
- Comrey, A. L., & Lee, H. B. (1992). *A First Course in Factor Analysis.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Ellis-Stoll, C. P.-V., S. (1998). A Concept Analysis on the Process of Empowerment. . *Journal of Advanced Nursing.*, 16: 354-361.
- Edwards, M. (2012). The Development of Health Literacy in Patients with a Long-Term Health Condition: The Health Literacy Pathway Model. . *BMC Public Health.* , 12: 130.
- Gibson, C. H. (1991). A Concept Analysis of Empowerment. . *Journal of Advanced Nursing.*, 16: 354-361.
- Gow, A. J., and Mortensen, E. L. (2016). Social Resources and Cognitive Ageing Across 30 Years: The Glostrup 1914 Cohort. . *Age and Ageing.*, 45(4): 480-486.
- Hair, J. F & Black, W.C. & Babin, B. J. & Anderson, R.E. (2010). *Multivariate data analysis:*

*A Global perspectives.* 7<sup>th</sup> ed . New Jersey : Prentica Hall.

- Hobfoll, S. E. (2003). Resource Loss, Resource Gain, and Emotional Outcomes among Inner City Women. . *Journal of Personality and Social Psychology.*, 84, 632-643.
- Jones, K. & Brennane. a. D. S. & Parker E. J. & Mills H. & Jamiesan L. (2016). Does Self-Efficacy Mediate the Effect of Oral Health Literacy on Self-Rated Oral Health in an Indigenous Population? . *Journal of Public Health Dentistry.*, 76, 350-355.
- Kenny, D. A. (2011). *Multiple Groups*. Retrieved March 4 2015, from <http://davidakenny.net/cm/mgroups.htm>.
- Kieffer, C. (1984). Citizen Empowerment: A Development Perspective. . *Prevention in Human Services.*, 3, 9-36.
- Kim, S. & Yu, X. (2010). The Mediating Effect of Self-Efficacy on the Relationship between Health Literacy and Health Status in Korean Older Adults: A Short Report. . *Aging & Mental Health.* , 14(7), 870-873.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and Practice of Structural EQuation Modeling.* (2<sup>nd</sup> Edition ed.). New York: The Guilford Press.
- Koufman, F. (1949). H. F. Participation Organized Activities in Selected Kentucky Localities. *Agricultural Experiment Station Bulletins.*, 4(2), 5-50.
- Krulik, S. R., J. A. . (1993). *Reasoning and Problem Solving: A Handbook for Elementary School Teacher.* . Boston: Allyn & Bacon.
- Lambert, M. e. a. (2014). Health Literacy: Health Professionals' Understandings and Their Perceptions of Barriers that Indigenous Patient Encounter. . *BMC Health Services Research.*, 14, 614.
- Lee, E. L. Y. W. M., S. H. . (2016). A Structural Equation Model Linking Health Literacy to Self-Efficacy, Self-Care Activities, and Health-Related Quality of Life in Patients with Type 2 Diabetes. . *Asian Nursing Research.*, 10(1), 82-87.
- Luthans, F. A., B. J. . (2009). The "Point" of Positive Organizational Behavior. . *Journal of Organizational Behavior.*, 30, 291-307.
- Luthans, F. e. a. (2007). Positive Psychological Capital: Measurement and Relationship with Performance and Satisfaction. . *Personnel Psychology.*, 60, 541-572.

- Macabasco-O'Connell, A. F.-B., E. K. (2011). Knowledge and Perceptions of Health Literacy among Nursing Professionals. . *Journal of Health Communication.*, 16(Suppl 3), 295-307.
- Mantwill, S. M.-U., S.; & Schultz, P. J. (2015). The Relationship between Health Literacy and Health Disparities: A Systematic Review. . *PLoS ONE.*, 10(12).
- Mayerl, H. e. a. (2017). The Moderating Role of Personal Resources in the Relationship between Psychosocial Job demands and Health: A Cross-Sectional Study. *BMJ Open.* , 7, e015710.
- McNamara, C. (1999). *Basic Guidelines to Problem Solving and Decision Making*. Retrieved January 14, 2019, from <http://www.authenticityconsulting.com>
- McQueen, D. V. e. a. (2007). *Health and Modernity: The Role of Theory in Health Promotion.* . New York: Springer.
- Mullan, J. e. a. (2017). Health Literacy amongst Health Professional University Students: A Study Using the Health Literacy Questionnaire. . *Education Sciences.*, 7(2), 1-11.
- Nutbeam, D. (2000). Health Literacy as a Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21st Century. *Health Promotion International.* , 15(3), 259-267.
- Nutbeam, D. (2008). The Evolving Concept of Health Literacy. *Social Science & Medicine.*, 67, 2072-2078.
- Osborne, R. H. e. a. (2013). The Grounded Psychometric Development and Initial Validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). . *BMC Public Health.*, 13, 658.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness Is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology.*
- Ryff, C. D. K., C. L. M. . (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. . *Journal of Personality and Social Psychology.*, 69, 719-727.
- Schumacker, R. E. L., R. G. . (2004). *A Beginner,s Guide to Structural Equation Modeling.* (2nd ed). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Severtson, D. J. B., L. C.; & Will, J. A. . (2002). A Participatory Assessment of

- Environmental Health Concerns in an Ojibwa Community. . *Public Health Nursing.*, 19(1), 47-58.
- Shearer, N. B. (2004). Relationships of Contextual and Relational Factors to Health Empowerment in Women. . *Research and Theory for Nursing Practice.*, 18(4), 357-370.
- Shearer, N. B. (2007). Toward a Nursing Theory of Health Empowerment in Homebound Older Women. . *Journal of Gerontological Nursing.*, 33(12), 38-45.
- Shearer, N. B. (2009). Health Empowerment Theory as a Guide for Practice. . *Geriatric Nursing.*, 30(Suppl. 2), 4-10.
- Shearer, N. B., Fleury, J. D., and Belyea, M. (2010). Randomized Control Trial of the Health Empowerment Intervention: Feasibility and Impact. . *Nursing Research.*, 59(3), 203-211.
- Shepard, L.A. (1979). Self-acceptance: The evaluative component of the self-concept construct. *American Educational Research Journal*, 16(2), 139-160.
- Shuster, G. F. (2014). Community as Client: Assessment and Analysis. In *Public Health Nursing: Population-Centered Health Care in the Community*. Edited by M. Stanhope; & J. Lancaster (Eds.), 8<sup>th</sup> ed. (pp. 396-426). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.
- Sørensen, K. (2012). Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. . *BMC Public Health.*, 12, 80.
- Suka, M. e. a. (2015). Relationship between Health Literacy, Health Information Access, Health Behavior, and Health Status in Japanese People. *Patient Education and Counseling.*, 98(5), 660-668.
- [Sulaeman, Endang Sutisna, Karsidi, Ravik, Murti, Bhisma & Kartono, Drajat Tri.](#) (2017). Community Empowerment Model on the ability in Health Problem Solving: A Community-Based Study in Indonesia. *Advanced Science Letters*, 23(1), 427-431.
- Thakur, R. D. (2017). *Feasibility Study of the Health empowerment Intervention to Evaluate the Effect on Self-Management, Functional Health, and Well-Being in*

- Older Adults with Heart Failure*. . (Doctoral Dissertation (Nursing Practice)).  
Arizona State University. .
- Van den Heuvel, M. e. a. (2010). *Personal Resources and Work Engagement in the Face of Change*. In *Contemporary Occupational Health Psychology: Global Perspectives on Research and Practice*.
- Wagner von, C. e. a. (2009). Health Literacy and Self-Efficacy for Participating in Colorectal Cancer Screening: The Role of Information Processing. . *Patient Education and Counseling*., 75(3), 352-357.
- Weir, J. J. (1974). Problem Solving is Everybody's Problem. . *The Science Teacher*., 4, 16-18.
- World Health Organization. (1986). *Ottawa charter for health promotion*. In *First International Conference on Health Promotion*. . Ottawa, Canada: n.p.
- World Health Organization. (2011). *Social determinants approaches to public health: from concept to practice*. . Malta: WHO.
- World health Organization. (2009). *Track 2: Health Literacy and Health Behaviour*. In *7th Global Conference on Health Promotion*. from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>
- Wu, Q. C., J. C. . (2013). Social Service Utilization, Sense of Community, Family Functioning and the Mental Health of New Immigrant Women in Hong Kong. . *International Journal of Environmental Research and Public Health*. , 10(5), 1735-1746.
- Zarcadoolas, C. P., A.; & Greer, D. S. . (2005). Understanding Health Literacy: An Expanded Model. . *Health Promotion International*., 20(2), 195-203.
- Zimmerman, M. A. (1995). Psychological Empowerment: Issues and Illustrations. . *American Journal of Community Psychology*., 23, 581-599.







ภาคผนวก ก  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

## แบบสอบถามสำหรับนักศึกษาสาธารณสุข

แบบสอบถามฉบับนี้มีทั้งหมด 6 ตอน คือ

ตอนที่ 1: ข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2: แบบสอบถามพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

ตอนที่ 3: แบบสอบถามวัดแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล

ตอนที่ 4: แบบสอบถามวัดแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม

ตอนที่ 5: แบบสอบถามวัดการรับรู้ความสามารถตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพ

ชุมชน

ขอความอนุเคราะห์จากท่านกรุณาตอบแบบสอบถามฉบับนี้โดยอ่านคำถามแต่ละข้อให้ชัดเจน และกรุณาทำแบบสอบถามทุกตอนทุกข้อ ความสมบูรณ์ของคำตอบที่ได้รับจากท่านมีคุณค่าอย่างยิ่งต่อผลการวิจัย และขอรับรองว่าการตอบของท่านจะเป็นความลับและไม่สามารถระบุตัวตนของท่านจากการตอบได้ และจะรายงานผลในภาพรวมเท่านั้นและขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ตอนที่ 1: ข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม

**คำชี้แจง** กรุณากรอกข้อมูลและทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในกล่องสี่เหลี่ยม (□) หรือเติม

ข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของท่าน

1. เพศ

ชาย

หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สาขาวิชาที่ศึกษา

สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน

สาขาทันตสาธารณสุข

อื่น.....

4. ระดับชั้น

ชั้นปีที่ 3

ชั้นปีที่ 4

## ตอนที่ 2: แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

ข้อความ	มาก ที่สุด	มาก	ค่อนข้าง ข้าง มาก	ค่อนข้าง ข้าง น้อย	น้อย	น้อย ที่สุด
1. ฉันร่วมนำเสนอปัญหาด้านสุขภาพ ในที่ประชุมหมู่บ้าน ร่วมกับตัวแทนคนในชุมชนในที่ประชุมหมู่บ้าน						
2. ฉันร่วมค้นหาสาเหตุของปัญหาสุขภาพกับคนในชุมชน						
3. ฉันทำความเข้าใจปัญหาสุขภาพชุมชนเอง โดยไม่ได้ ซักถามคนในชุมชน						
4. ฉันจัดลำดับความสำคัญปัญหาสุขภาพชุมชนโดยลำพัง เฉพาะกลุ่มนักศึกษาด้วยกัน						
5. ฉันร่วมพิจารณาเลือกวิธีแก้ปัญหาสุขภาพด้วยกันกับ คนในชุมชนอยู่เสมอ						
6. ฉันร่วมวางแผนจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกับคนใน ชุมชน						
7. ฉันและสมาชิกในชุมชนร่วมกันออกแบบกิจกรรม เสริมสร้างสุขภาพให้กับคนในชุมชน						
8. ฉันร่วมเตรียมอุปกรณ์ในสถานที่เพื่อปฏิบัติงานด้าน สุขภาพกับคนในชุมชน						
9. ฉันร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับรายละเอียด ของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกับคนในชุมชน						
10. ฉันเปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและ ป้องกันปัญหาสุขภาพในชุมชน						
11. ฉันเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมเป็นกรรมการ แก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชน						
12. ฉันปฏิบัติงานในพื้นที่ชุมชนเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพโดย ขอความร่วมมือกับเครือข่ายในชุมชน						
13. ฉันให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้เรื่องสุขภาพกับคนใน ชุมชน						
14. ฉันทำกิจกรรมส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพชุมชน ร่วมกับคนในชุมชน						

## ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อความ	มาก ที่สุด	มาก	ค่อนข้าง ข้าง	ค่อนข้าง ข้าง	น้อย	น้อย ที่สุด
15. ฉันกับคนในชุมชนร่วมกันทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแผนที่ได้ตั้งไว้						
16. ฉันประสานงานร่วมกับกลุ่มผู้นำชุมชน และหน่วยงานของรัฐ เพื่อการทำงานเป็นทีมในการพัฒนางานสุขภาพชุมชน						
17. เมื่อมีการลงมือกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพชุมชน ฉันมักดำเนินการด้วยตนเอง โดยไม่จำเป็นต้องปรึกษาใคร						
18. ฉันเปิดโอกาสให้ชุมชนได้ร่วมกันสะท้อนปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการดำเนินกิจกรรม						
19. ฉันมักประเมินปัญหาอุปสรรคในชุมชนด้วยตนเองโดยไม่ได้ตรวจสอบกับคนในชุมชน						
20. ฉันเปิดโอกาสให้ชุมชนร่วมกันสรุปผลของการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชน						
21. ชุมชนร่วมกับฉันติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงาน กิจกรรม และโครงการส่งเสริมสุขภาพกับผู้แทนชุมชน						
22. ฉันไม่ได้มีส่วนร่วมในการสรุปผลการดำเนินการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกับคนในชุมชน						
23. ฉันเปิดโอกาสให้คนในชุมชนร่วมประเมินผลการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ						
24. ฉันไม่ค่อยได้เสนอแนะแนวทางปรับปรุงการจัดกิจกรรมให้กับคนในชุมชนทราบ						
25. ฉันเปิดโอกาสให้ชุมชนร่วมเสนอแนะข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในครั้งต่อไป						
26. ฉันร่วมรับฟังข้อชี้แจงต่าง ๆ จากคนในชุมชนเกี่ยวกับปัญหาและการแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชน						

ตอนที่ 3: แบบสอบถามวัดแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

ข้อความ	มาก ที่สุด	มาก	ค่อนข้าง	ค่อนข้าง	น้อย	น้อย ที่สุด
1. ฉันเชื่อว่าการเรียนรู้เป็นสิ่งสำคัญสำหรับการดำเนินชีวิต			ข้าง	ข้าง		
2. ยิ่งได้เรียนรู้ ฉันยิ่งรู้สึกว่าคุณโลกนี้มีอะไรน่าสนใจ			มาก	น้อย		
3. ฉันชอบที่จะอยู่แบบเดิมๆ มากกว่า						
4. ฉันคิดว่าประสบการณ์ใหม่ๆ เป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับฉัน						
5. ฉันพยายามพัฒนาตนเองตลอดเวลา						
6. ฉันสนใจในกิจกรรมพัฒนาตนเอง						
7. ฉันพร้อมที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ						
8. ฉันรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถนำความรู้ที่ได้จากการเรียนไปประยุกต์ใช้ได้จริง						
9. ฉันรู้สึกเบื่อหน่ายกับการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ						
10. ฉันคิดว่าความรู้ที่ฉันมีอยู่ตอนนี้เพียงพอที่จะไม่ต้องเรียนรู้อะไรเพิ่มเติมอีก						
11. ฉันรู้สึกไร้จุดหมายในชีวิต ไม่รู้ว่าจะทำอะไร						
12. ฉันไม่รู้เป้าหมายในชีวิตของฉันคืออะไร						
13. ฉันวางแผนชีวิตอย่างเป็นขั้นเป็นตอนเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้						
14. ก่อนที่ฉันจะทำอะไร ฉันมักเตรียมวางแผนไว้ก่อนเสมอ						
15. ฉันดำเนินชีวิตในแต่ละวัน โดยไม่เคยคิดถึงเรื่องในอนาคต						
16. ถ้าฉันทำตามแผนที่วางไว้ ฉันมั่นใจว่าชีวิตของฉันต้องประสบผลสำเร็จอย่างแน่นอน						
17. ฉันเชื่อมั่นว่าฉันมีโอกาสไปถึงเป้าหมายที่วางไว้						
18. ฉันคิดว่าการตั้งเป้าหมายในชีวิตเป็นสิ่งที่ไร้ประโยชน์						

## ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อความ	มาก ที่สุด	มาก	ค่อนข้าง ข้าง	ค่อนข้าง ข้าง	น้อย	น้อย ที่สุด
19. ฉันไม่เห็นลู่ทางในอนาคตของตนเอง						
20. บางคนดำเนินชีวิตโดยไม่มีจุดหมายที่แน่นอน ฉันก็เป็นหนึ่งคนในนั้น						
21. ฉันหลีกเลี่ยงที่จะรับรู้ข้อบกพร่องของตนเอง						
22. ฉันอยากให้ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นกับฉันเป็นเรื่องไม่จริง						
23. ถึงแม้ฉันจะเคยทำอะไรผิด แต่ฉันก็ยอมรับความผิดนั้นไว้เป็นบทเรียน						
24. ฉันไม่พอใจในรูปร่างหน้าตาของตนเอง						
25. ฉันพึงพอใจในความสามารถของตนเอง						
26. เมื่อทำบางสิ่งไม่สำเร็จทั้ง ๆ ที่พยายามเต็มที่แล้ว ฉันรู้สึกว่าคุณเองแย่มาก						
27. ฉันไม่อยากนึกถึงสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองในอดีต						
28. ฉันหวังให้ชีวิตของตนเอง แตกต่างไปจากที่เป็นอยู่ตอนนี้						
29. ฉันรู้สึกผิดหวังกับเรื่องต่าง ๆ ในชีวิตของตนเอง						
30. โดยทั่วไปแล้ว ฉันรู้สึกมั่นใจและรู้สึกดีกับตนเอง						



ตอนที่ 4: แบบสอบถามวัดแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม

**คำชี้แจง** กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

ข้อความ	มาก ที่สุด	มาก	ค่อนข้าง ข้าง มาก	ค่อนข้าง น้อย	น้อย	น้อย ที่สุด
1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อาจารย์/อาจารย์พี่เลี้ยงเปิดโอกาสให้ฉันร่วมแสดงความคิดเห็นต่อการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างเต็มที่						
2. อาจารย์กระตุ้นหรือเตือนให้ฉันแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน						
3. อาจารย์มักไม่ให้คำแนะนำหรือตอบข้อสงสัยเกี่ยวกับการลงพื้นที่เพื่อปฏิบัติงานสุขภาพชุมชน เมื่อฉันสอบถาม						
4. เพื่อนมักดำเนินการจัดกิจกรรมแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนด้วยตนเองมากกว่าที่จะรับฟังหรือยอมรับความคิดเห็นของฉัน						
5. เพื่อนร่วมงานเป็นผู้รับฟังที่ดีเมื่อฉันต้องการระบายความในใจเกี่ยวกับการทำกิจกรรมแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน						
6. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมักให้กำลังใจฉันเมื่อฉันรู้สึกท้อแท้ในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพชุมชน						
7. เพื่อนร่วมงานมักปรึกษาปัญหาในการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพกับฉันอยู่เสมอ						
8. ฉันได้รับการสนับสนุนเงินทุนงบประมาณเพื่อจัดกิจกรรมแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนจากหมู่บ้าน						
9. ฉันได้รับคำชมเชยจากคนในชุมชนเมื่อฉันจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้ชุมชน						
10. ฉันได้รับคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม						
11. ฉันรับรู้ว่าแหล่งข้อมูลที่จะทำให้รู้อัตราการเจ็บป่วยของประชาชนในชุมชน สามารถค้นหาได้จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/รพช/อื่นๆ						
12. ฉันรับรู้ว่ารพสต. หรือศูนย์บริการสาธารณสุขมีเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่พร้อมต่อการดูแลสุขภาพของประชาชน						

## ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อความ	มาก ที่สุด	มาก	ค่อนข้าง ข้าง มาก	ค่อนข้าง าง น้อย	น้อย	น้อย ที่สุด
13. ฉันรับรู้ว่าการบริการสาธารณสุขสามารถจัดตั้ง อำนวยความสะดวกต่อการจัดกิจกรรมดูแลสุขภาพได้						
14. ฉันรับรู้ว่าการบริการสาธารณสุขมีไม่เพียงพอต่อ ความต้องการของชุมชน						
15. ฉันรับรู้ว่าการบริการสาธารณสุขสามารถให้ คำปรึกษากับประชาชนได้เป็นที่น่าพอใจ						
16. ฉันรับรู้ว่าการบริการปฏิบัติต่อผู้มารับบริการอย่าง เท่าเทียม						
17. ฉันรับรู้ว่าการบริการสาธารณสุขสามารถไปรักษา เมื่อเจ็บป่วยได้สะดวก						
18. ฉันรับรู้ว่าการบริการสาธารณสุขสามารถแจ้งข้อมูล เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพให้แก่ชุมชนทราบ						
19. ฉันรับรู้ว่าการบริการสาธารณสุขมีส่วนร่วมช่วยในการจัด กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้กับคนในชุมชน						

ตอนที่ 5: แบบสอบถามวัดการรับรู้ความสามารถตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

ข้อความ	มาก ที่สุด	มาก	ค่อนข้าง ข้าง มาก	ค่อนข้าง น้อย	น้อย	น้อย ที่สุด
1. ฉันมั่นใจว่าสามารถร่วมกำหนดแผนแม่บทโครงการในการแก้ปัญหาสุขภาพร่วมกับชุมชนได้						
2. ฉันสามารถค้นหาสาเหตุของปัญหาสุขภาพกับคนในชุมชน						
3. ฉันเชื่อว่าฉันสามารถทำความเข้าใจปัญหาสุขภาพชุมชนได้						
4. ฉันไม่มั่นใจว่าสามารถจัดลำดับความสำคัญปัญหาสุขภาพชุมชนได้						
5. ฉันเชื่อว่าฉันสามารถเลือกวิธีแก้ปัญหาสุขภาพให้คนในชุมชนได้						
6. ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถวางแผนจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับคนในชุมชนได้						
7. ฉันมั่นใจว่าฉันตัดสินใจเลือกกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง โดยได้ถามสมาชิกในชุมชนก่อน						
8. ฉันเชื่อว่าฉันสามารถเข้าร่วมประชุมเพื่อวางแผนจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับชุมชนได้						
9. ฉันสามารถสื่อสารให้ผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างถูกต้องเกี่ยวกับการวางแผนปฏิบัติงานด้านสุขภาพ						
10. ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกับคนในชุมชน						
11. ฉันมั่นใจว่าสามารถติดต่อขอความช่วยเหลือในการดำเนินโครงการกับผู้นำชุมชนได้						
12. ฉันสามารถเป็นผู้นำเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชนได้						
13. ฉันเชื่อว่าฉันสามารถขอความร่วมมือกับเครือข่ายในชุมชนเพื่อ ปฏิบัติงานในพื้นที่ชุมชนในการแก้ปัญหาสุขภาพ						

## ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อความ	มาก ที่สุด	มาก	ค่อนข้าง ข้าง มาก	ค่อนข้าง าง น้อย	น้อย	น้อย ที่สุด
14. ฉันไม่มั่นใจว่าฉันสามารถให้คำแนะนำถ่ายทอด ความรู้เรื่องสุขภาพกับคนในชุมชนได้						
15. ฉันเชื่อว่าฉันสามารถเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริม ป้องกัน ปัญหาสุขภาพให้กับคนในชุมชนได้ทุกครั้ง						
16. ฉันไม่สามารถตรวจสุขภาพให้กับคนในชุมชนได้						
17. ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถปฏิบัติตามแผนเพื่อส่งเสริม สุขภาพที่วางไว้กับชุมชน						
18. ฉันเชื่อว่าฉันสามารถประสานงานกลุ่มผู้นำชุมชน และ หน่วยงานของรัฐ เพื่อพัฒนางานสุขภาพชุมชนได้						
19. ฉันมั่นใจว่าฉันจัดทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพกับ หน่วยงานต่าง ๆ เช่น โรงเรียน อบต. เป็นต้น ได้						
20. เมื่อมีกิจกรรมที่เร่งด่วน ฉันไม่มั่นใจว่าฉันสามารถ ดำเนินการจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพได้						
21. ฉันมั่นใจว่าสามารถจัดประชุมกับชาวบ้านเพื่อสรุปผล การดำเนินงานเป็นระยะ ๆ ในช่วงที่ฝึกภาคสนาม						
22. ฉันสามารถเสนอแนะข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการจัด กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในครั้งต่อ ๆ ไปได้						
23. ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถติดตามความก้าวหน้าของการ ดำเนินงาน กิจกรรม และโครงการส่งเสริมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง						
24. ฉันไม่มั่นใจว่าฉันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ งบประมาณที่ใช้จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพได้						
25. ฉันเชื่อว่าฉันสามารถนำเสนอสรุปผลการดำเนินการ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกับคนในชุมชนได้						
26. ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถประเมินผลการดำเนินกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพได้						
27. ฉันไม่มั่นใจว่าฉันสามารถเสนอแนะแนวทางปรับปรุง การจัดกิจกรรมให้กับคนในชุมชนทราบได้อย่างถูกต้อง						

## ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อความ	มาก ที่สุด	มาก	ค่อนข้าง ข้าง มาก	ค่อนข้าง ข้าง น้อย	น้อย	น้อย ที่สุด
28. ฉันสามารถสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบได้อย่างถูกต้องเกี่ยวกับผลของการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน						
29. ฉันเชื่อว่าฉันสามารถเข้ารับฟังข้อชี้แจงต่าง ๆ จากคนในชุมชนเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพในชุมชน						

## ตอนที่ 6: แบบสอบถามวัดความรอบรู้ทางสุขภาพ

**คำชี้แจง** กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

ข้อความ	มาก ที่สุด	มาก	ค่อนข้าง มาก	ค่อนข้าง น้อย	น้อย	น้อย ที่สุด
1. ฉันสามารถค้นหาข้อมูลสุขภาพ เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนที่ถูกต้องได้จากหลายแหล่ง เช่น จากผู้รู้ จากสื่อสิ่งพิมพ์ สื่อออนไลน์ เป็นต้น						
2. ฉันเปิดรับข้อมูลสุขภาพ เพื่อนำมาใช้แก้ปัญหาสุขภาพชุมชน						
3. ฉันสามารถค้นหาข้อมูลสุขภาพได้ด้วยตนเองโดยไม่พึ่งใคร						
4. ฉันสามารถสืบค้นข้อมูลสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพชุมชนที่ฉันพบเจอได้						
5. ฉันมั่นใจว่า แหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่ฉันค้นหานั้น ตรงกับความต้องการที่ฉันอยากรู้หรือจะนำมาใช้เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน						
6. เมื่อต้องการทราบข้อมูลด้านสุขภาพ ฉันสามารถค้นหาได้ทันทีจากผู้รู้ สื่อสิ่งพิมพ์และสื่อออนไลน์						
7. ฉันทราบวิธีที่จะสืบค้นข้อมูลสุขภาพ เพื่อให้ได้คำตอบที่ฉันต้องการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน						

## ตาราง 6 (ต่อ)

ข้อความ	มาก ที่สุด	มาก	ค่อนข้าง มาก	ค่อนข้าง น้อย	น้อย	น้อย ที่สุด
8. ฉันรู้และเข้าใจในข้อมูลด้านสุขภาพที่เผยแพร่ทาง โทรทัศน์ วิทยุ สื่อออนไลน์ผ่านโทรศัพท์มือถือ อินเทอร์เน็ต ยูทูป เพื่อนำมาใช้แก้ปัญหาสุขภาพในชุมชน ได้						
9. ฉันสามารถอ่านข้อมูล คำศัพท์ ความรู้ต่าง ๆ ด้าน สุขภาพชุมชนได้อย่างเข้าใจ						
10. ฉันเข้าใจในคำอธิบายเกี่ยวกับวิธีการต่าง ๆ ในการ แก้ปัญหาสุขภาพชุมชน						
11. ฉันมีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพอย่างเพียงพอที่จะ นำมาใช้แก้ปัญหาสุขภาพชุมชนได้ (+)						
12. ฉันเข้าใจสาเหตุและผลกระทบจากปัญหาสุขภาพ ชุมชน						
13. ฉันสามารถอธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจในข้อมูลในการ แก้ปัญหาสุขภาพชุมชนได้						
14. ฉันเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในคู่มือ เอกสารสิ่งพิมพ์ แผ่นพับที่เกี่ยวข้องกับการแก้ปัญหา สุขภาพชุมชนได้						
15. ฉันสามารถตัดสินใจความน่าเชื่อถือของข้อมูลเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วยจากสื่อออนไลน์ผ่านโทรศัพท์มือถือ อิน เทอร์เน็ต ยูทูป						
16. ฉันมักตรวจสอบข้อมูลสุขภาพนั้นก่อนที่จะตัดสินใจ เชื่อหรือนำมาแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน						
17. ฉันมักศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลสุขภาพจากหลายแหล่ง ก่อนที่จะเชื่อหรือนำมาแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน						
18. ฉันมักสอบถามผู้รู้หรือผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพเพื่อ ยืนยันความเชื่อต่อการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน						
19. ฉันรู้ว่าจะหาข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องในการแก้ปัญหา สุขภาพชุมชนได้จากแหล่งใด ก่อนที่จะทำตาม						



## ตาราง 6 (ต่อ)

ข้อความ	มาก ที่สุด	มาก	ค่อนข้าง มาก	ค่อนข้าง	น้อย	น้อย ที่สุด
20. เมื่อได้รับข้อมูลวิธีการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน ฉัน ตรวจสอบแหล่งที่มาของข้อมูลนั้นก่อนเสมอ						
21. ก่อนที่ฉันจะเลือกวิธีการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนใด ๆ ฉันจะเปรียบเทียบหลาย ๆ วิธีการเพื่อค้นหาวิธีที่ดีที่สุด ก่อนที่จะทำตาม						
22. ฉันสามารถตัดสินใจว่าฉันจะป้องกันตัวเองจากการ เจ็บป่วยได้อย่างไรโดยพิจารณาจากข้อมูลในสื่อ						
23. ฉันมีข้อมูลด้านสุขภาพที่จำเป็นและเพียงพอต่อการ แก้ปัญหาสุขภาพชุมชน						
24. ฉันมีข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้อง มาใช้ในการช่วยเหลือ ชาวบ้านที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาสุขภาพชุมชนได้						
25. ฉันนำข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่มีอยู่เพียงพอ มาใช้ เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน เพื่อให้คนในชุมชนมีสุขภาพ ที่ดี						
26. ฉันสามารถนำข้อมูลสุขภาพชุมชน มาปรับปรุงการใช้ ชีวิตให้มีความเหมาะสมและมีสุขภาพที่ดีได้						
27. ฉันเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อนำ ประสบการณ์มาพัฒนาและแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน เพื่อให้ชาวบ้านสุขภาพดี						
28. ถึงแม้ว่าฉันจะยุ่ง ไม่มีเวลาว่าง ฉันก็ยังสามารถแบ่ง เวลาเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนได้						



ภาคผนวก ข

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย

### รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย

ผศ.ดร.นริศรา พึ่งโพธิ์สม	สถาบันวิจัยพฤกษศาสตร์
อาจารย์ ดร.จรัล อุ่นจิติวัฒน์	สถาบันวิจัยพฤกษศาสตร์
อาจารย์ ดร.สุดาร์ตน์ ตันติวิวัฒน์	สถาบันวิจัยพฤกษศาสตร์
อาจารย์ ดร.รัชมี สุขนรินทร์	อาจารย์สอนหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร บัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จ.พิษณุโลก
อาจารย์ ดร.ไพฑูรย์ สอนทน	อาจารย์สอนหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์



ภาคผนวก ค

เอกสารรับรองและอนุมัติการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน





หนังสือยืนยันการยกเว้นการรับรอง  
คณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

(เอกสารนี้เพื่อแสดงว่าคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ ได้พิจารณาโครงการวิจัยนี้)

ชื่อโครงการวิจัย : รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพและผล  
ของ พฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข วิทยาลัย  
การสาธารณสุขสิรินธร ใบสังกัด สถาบันพระบรมราชชนก

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย : นายกมล อาจดี

หน่วยงานต้นสังกัด : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

รหัสโครงการวิจัย : SWUEC-G-193/2562X

โครงการวิจัยนี้เป็นโครงการวิจัยที่เข้าข่ายยกเว้น (Research with Exemption from SWUEC)

วันที่ยืนยัน : 10 มกราคม 2563

ยืนยันโดย : คณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

คณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ดำเนินการ  
รับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the  
Belmont Report, CIOMS Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical  
Practice (ICH-GCP)

ออกให้ ณ วันที่ 10 มกราคม 2563

(ลงชื่อ)

.....  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทันตแพทย์หญิงณปภา เอี่ยมจิตรกุล)  
กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการจริยธรรม  
สำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

หมายเลขรับรอง : SWUEC/X/G-193/2562

(ลงชื่อ)

.....  
(แพทย์หญิงสุวิพร ภัทรสุวรรณ)  
ประธานคณะกรรมการจริยธรรม  
สำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

ภาคผนวก ง

ผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น ( $\alpha$  – Coefficient) รายด้านและค่าสหสัมพันธ์

ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมที่ปรับแก้

(Correlate Item – Total Correlation)



ตาราง ค่าความเชื่อมั่น ( $\alpha$  – Coefficient) รายด้านและค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมที่ปรับแก้ (Correlate Item – Total Correlation) ของแบบวัดพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

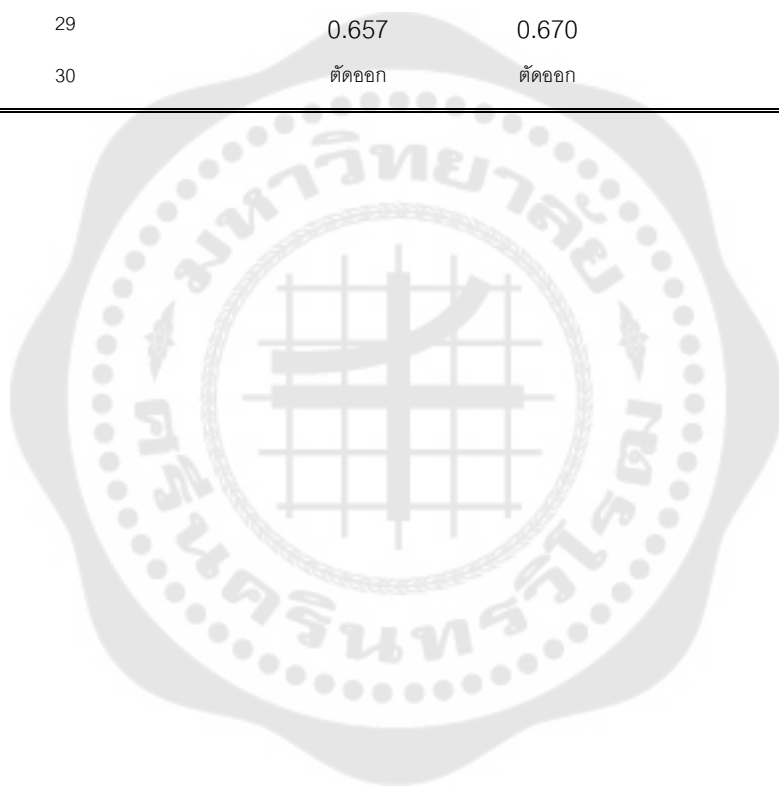
องค์ประกอบ/ข้อ	Correlate Item – Total		$\alpha$ – Coefficient	
	Correlation		ฉบับทดลองใช้ (n = 40)	ฉบับใช้จริง (n = 760)
	ฉบับทดลองใช้ (n = 40)	ฉบับใช้จริง (n = 760)		
การตัดสินใจอย่างมีส่วนร่วม			0.95	0.95
1	0.855	0.831		
2	0.864	0.835		
3	ตัดออก	ตัดออก		
4	0.421	0.849		
5	0.847	0.885		
6	0.916	0.875		
7	0.901	0.858		
8	0.852	0.854		
9	0.902	0.849		
การปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วม			0.94	0.95
10	0.938	0.831		
11	0.937	0.884		
12	0.934	0.889		
13	0.944	0.818		
14	0.940	0.822		
15	0.943	0.821		
16	0.952	0.819		
17	ตัดออก	ตัดออก		

องค์ประกอบ/ข้อ	Correlate Item – Total		$\alpha$ – Coefficient	
	Correlation		ฉบับทดลองใช้ (n = 40)	ฉบับใช้จริง (n = 760)
	ฉบับทดลองใช้ (n = 40)	ฉบับใช้จริง (n = 760)		
การประเมินผลอย่างมีส่วนร่วม			0.91	0.85
18	0.795	0.722		
19	ตัดออก	ตัดออก		
20	0.757	0.733		
21	0.752	0.688		
22	0.440	0.324		
23	0.824	0.707		
24	0.679	0.345		
25	0.826	0.699		
26	0.677	0.749		

ตาราง ค่าความเชื่อมั่น ( $\alpha$  – Coefficient) รายด้านและค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมที่ปรับแก้ (Correlate Item – Total Correlation) ของแบบวัดแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล

องค์ประกอบ/ข้อ	Correlate Item – Total Correlation		$\alpha$ – Coefficient	
	ฉบับทดลองใช้ (n = 40)	ฉบับใช้จริง (n = 760)	ฉบับทดลองใช้ (n = 40)	ฉบับใช้จริง (n = 760)
	ความเจริญงอกงามในตน			0.81
1	0.651	0.507		
2	0.690	ตัดออก		
3	0.501	0.456		
4	0.642	0.492		
5	0.436	0.527		
6	0.452	0.537		
7	0.428	0.570		
8	0.529	0.482		
9	0.591	0.598		
10	0.349	0.550		
การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต			0.83	0.86
11	0.580	0.703		
12	0.507	0.709		
13	0.626	0.388		
14	0.592	0.372		
15	0.605	0.633		
16	0.431	0.353		
17	0.475	0.469		
18	0.497	0.533		
19	0.806	0.768		
20	0.704	0.781		
การยอมรับตนเอง			0.78	0.80
21	0.336	0.562		
22	0.607	0.483		
23	ตัดออก	ตัดออก		

องค์ประกอบ/ข้อ	Correlate Item – Total		$\alpha$ – Coefficient	
	Correlation		ฉบับทดลองใช้ (n = 40)	ฉบับใช้จริง (n = 760)
	ฉบับทดลองใช้ (n = 40)	ฉบับใช้จริง (n = 760)		
24	0.355	0.566		
25	ตัดออก	ตัดออก		
26	0.616	0.601		
27	0.470	0.535		
28	0.521	0.403		
29	0.657	0.670		
30	ตัดออก	ตัดออก		



ตาราง ค่าความเชื่อมั่น ( $\alpha$  – Coefficient) รายด้านและค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมที่ปรับแก้ (Correlate Item – Total Correlation) ของแบบวัดแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม

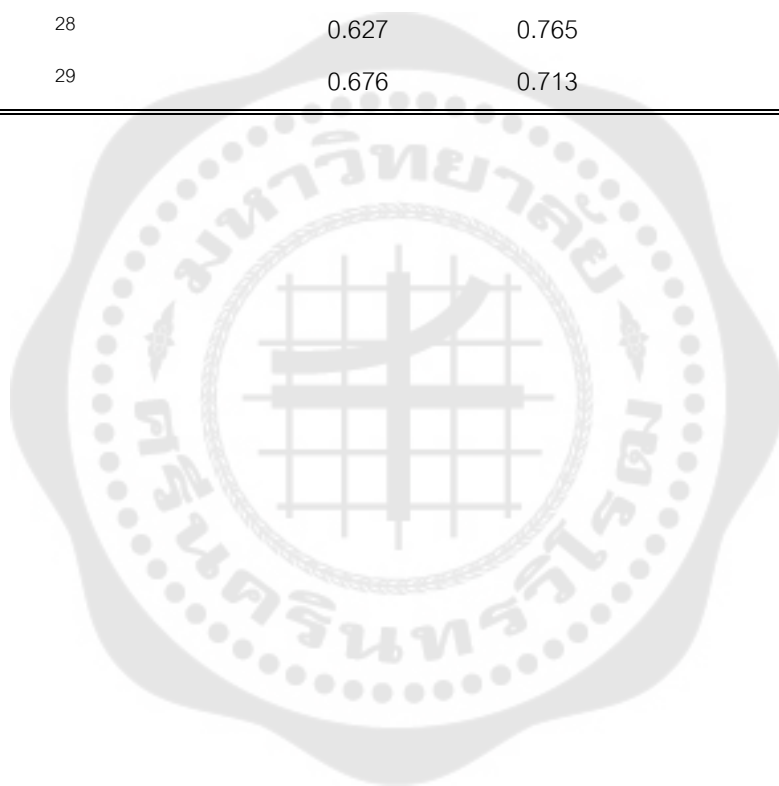
องค์ประกอบ/ข้อ	Correlate Item – Total Correlation		$\alpha$ – Coefficient	
	ฉบับทดลองใช้ (n = 40)	ฉบับใช้จริง (n = 760)	ฉบับทดลองใช้ (n = 40)	ฉบับใช้จริง (n = 760)
	การสนับสนุนทางสังคม			0.86
1	0.673	0.583		
2	0.650	0.528		
3	ตัดออก	ตัดออก		
4	ตัดออก	ตัดออก		
5	0.370	0.508		
6	ตัดออก	ตัดออก		
7	0.698	0.605		
8	0.486	0.430		
9	0.828	0.639		
10	0.798	0.638		
แหล่งบริการทางสังคม			0.80	0.80
11	0.451	0.327		
12	0.321	0.597		
13	0.512	0.339		
14	0.315	ตัดออก		
15	0.440	0.728		
16	0.350	0.724		
17	0.752	0.716		
18	0.812	0.629		
19	0.870	0.665		
20	0.889	0.728		

ตาราง ค่าความเชื่อมั่น ( $\alpha$  – Coefficient) รายด้านและค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมที่ปรับแก้ (Correlate Item – Total Correlation) ของแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน

องค์ประกอบ/ข้อ	Correlate Item – Total Correlation		$\alpha$ – Coefficient	
	ฉบับทดลองใช้ (n = 40)	ฉบับใช้จริง (n = 760)	ฉบับทดลองใช้ (n = 40)	ฉบับใช้จริง (n = 760)
	การรับรู้ความสามารถของตนเองในการ แก้ปัญหาสุขภาพชุมชน			0.90
1	0.638	0.708		
2	0.736	0.752		
3	0.742	0.372		
4	0.356	ตัดออก		
5	0.785	0.680		
6	0.785	0.743		
7	ตัดออก	ตัดออก		
8	0.798	0.747		
9	0.826	0.770		
10	0.820	0.739		
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการ ตัดสินใจ			0.85	0.78
11	ตัดออก	ตัดออก		
12	0.365	0.477		
13	0.615	0.570		
14	0.676	0.472		
15	0.680	0.536		
16	0.684	0.475		
17	0.501	ตัดออก		
18	0.781	0.541		
19	0.740	0.630		
20	0.345	0.329		
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการ ประเมิน			0.86	0.91
21	0.421	0.710		
22	0.782	0.789		



องค์ประกอบ/ข้อ	Correlate Item – Total		$\alpha$ – Coefficient	
	Correlation		ฉบับทดลองใช้ (n = 40)	ฉบับใช้จริง (n = 760)
	ฉบับทดลองใช้ (n = 40)	ฉบับใช้จริง (n = 760)		
23	0.655	0.730		
24	0.538	ตัดออก		
25	0.730	0.773		
26	0.732	0.748		
27	0.494	ตัดออก		
28	0.627	0.765		
29	0.676	0.713		



ตาราง ค่าความเชื่อมั่น ( $\alpha$  – Coefficient) รายด้านและค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมที่ปรับแก้ (Correlate Item – Total Correlation) ของแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ

องค์ประกอบ/ข้อ	Correlate Item – Total		$\alpha$ – Coefficient	
	Correlation		ฉบับทดลองใช้ (n = 40)	ฉบับใช้จริง (n = 760)
	ฉบับทดลองใช้ (n = 40)	ฉบับใช้จริง (n = 760)		
ความรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึง			0.89	0.91
1	0.752	0.690		
2	0.788	0.721		
3	0.549	ตัดออก		
4	0.845	0.768		
5	0.686	0.735		
6	0.832	0.765		
7	0.762	0.789		
ความรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าใจ			0.95	0.92
8	0.791	0.712		
9	0.869	0.763		
10	0.933	0.818		
11	0.868	0.804		
12	0.779	0.792		
13	0.904	0.766		
14	0.821	0.774		
ความรู้ด้านสุขภาพด้านการประเมิน			0.88	0.91
15	0.369	0.535		
16	0.788	0.764		
17	0.818	0.727		
18	0.803	0.803		
19	0.821	0.818		
20	0.807	0.753		
21	0.750	0.780		
ความรู้ด้านสุขภาพด้านการประยุกต์ใช้			0.95	0.91
22	0.866	0.614		
23	0.819	0.720		

องค์ประกอบ/ข้อ	Correlate Item – Total		$\alpha$ – Coefficient	
	Correlation		ฉบับทดลองใช้ (n = 40)	ฉบับใช้จริง (n = 760)
	ฉบับทดลองใช้ (n = 40)	ฉบับใช้จริง (n = 760)		
24	0.806	0.795		
25	0.867	0.806		
26	0.887	0.806		
27	0.848	0.797		
28	0.750	0.681		



ตาราง ค่าความเชื่อมั่น ( $\alpha$  – Coefficient) รายด้านและค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมที่ปรับแก้ (Correlate Item – Total Correlation) ของแบบวัดภาวะสุขภาพ

องค์ประกอบ/ข้อ	Correlate Item – Total		$\alpha$ – Coefficient	
	Correlation		ฉบับทดลองใช้ (n = 40)	ฉบับใช้จริง (n = 105)
	ฉบับทดลองใช้ (n = 40)	ฉบับใช้จริง (n = 105)		
<b>สุขภาวะทางกาย</b>			0.92	0.92
1	0.770	0.852		
2	0.872	0.845		
3	0.850	0.780		
4	0.840	0.838		
<b>สุขภาวะทางจิต</b>			0.91	0.92
5	0.820	0.802		
6	0.912	0.912		
7	0.832	0.827		
8	0.677	0.738		
<b>สุขภาวะทางสังคม</b>			0.77	0.84
9	0.559	0.711		
10	0.637	0.711		
11	0.436	0.479		
12	0.451	0.684		
13	0.470	0.533		
14	0.694	0.741		
<b>สุขภาวะทางจิตวิญญาณ</b>			0.81	0.82
15	0.614	0.628		
16	0.403	0.400		
17	0.664	0.669		
18	0.582	0.680		
19	0.803	0.710		
20	0.633	0.553		

ภาคผนวก จ

ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างและความเที่ยงตรงของข้อคำถาม



ตาราง ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างและความเที่ยงตรงของข้อคำถามในแบบวัด  
พฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

องค์ประกอบ/ข้อ	Factor loading		R <sup>2</sup>	
	ก่อนปรับแบบจำลอง	หลังปรับแบบจำลอง	ก่อนปรับแบบจำลอง	หลังปรับแบบจำลอง
<b>การตัดสินใจอย่างมีส่วนร่วม</b>				
รวม				
1	0.82	ตัดออก	0.67	ตัดออก
2	0.83	0.81	0.70	0.66
5	0.87	0.87	0.76	0.76
6	0.90	0.91	0.81	0.82
7	0.90	0.90	0.81	0.81
8	0.88	0.88	0.77	0.77
9	0.88	0.88	0.77	0.77
Construct Reliability (CR) = 0.952				
Average Variance Extracted (AVE) = 0.767				
<b>การปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วม</b>				
รวม				
10	0.86	ตัดออก	0.75	ตัดออก
11	0.91	0.89	0.83	0.80
12	0.90	0.89	0.81	0.80
13	0.82	0.83	0.67	0.68
14	0.84	0.84	0.70	0.71
15	0.83	0.85	0.70	0.71
16	0.84	0.85	0.70	0.72
Construct Reliability (CR) = 0.944				
Average Variance Extracted (AVE) = 0.737				
<b>การประเมินผลอย่างมีส่วนร่วม</b>				
รวม				
18	0.84	0.84	0.71	0.71
20	0.84	0.84	0.70	0.70
21	0.81	0.82	0.66	0.67
22	0.25	ตัดออก	0.06	ตัดออก
23	0.81	0.81	0.66	0.66
24	0.25	ตัดออก	0.06	ตัดออก
25	0.79	0.79	0.63	0.63

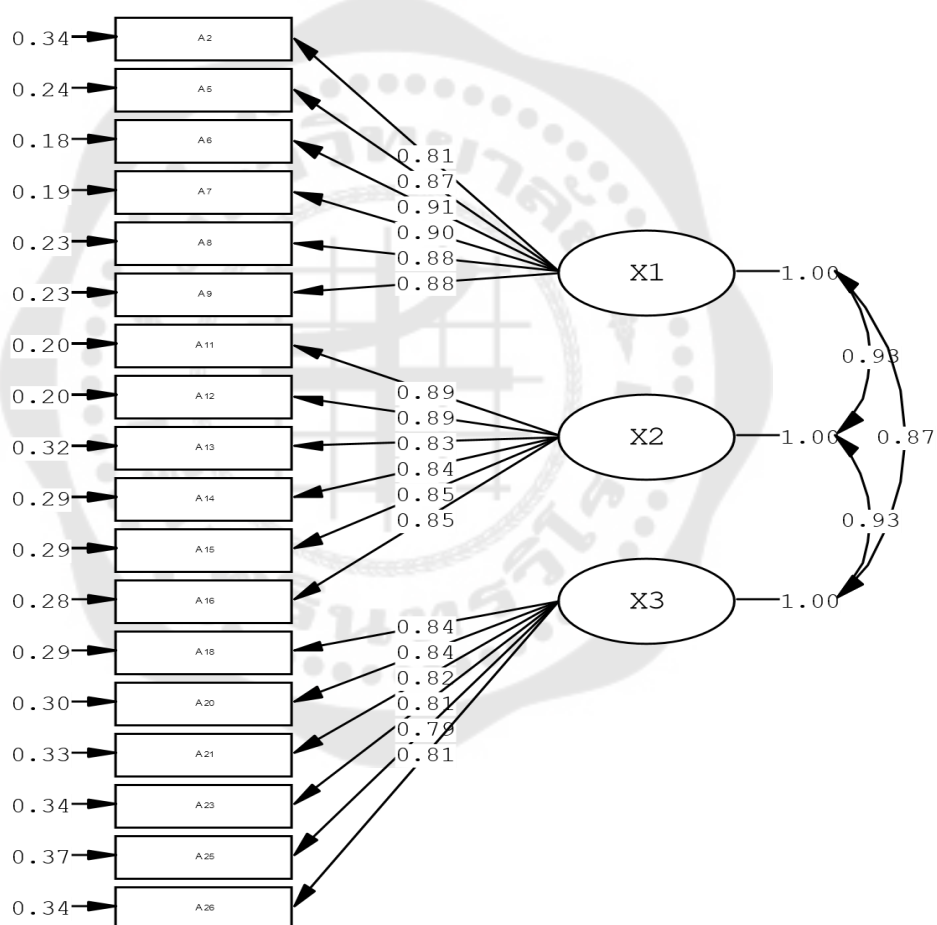
องค์ประกอบ/ข้อ	Factor loading		R <sup>2</sup>	
	ก่อนปรับแบบจำลอง	หลังปรับแบบจำลอง	ก่อนปรับแบบจำลอง	หลังปรับแบบจำลอง
26	0.82	0.81	0.67	0.66

Construct Reliability (CR) = 0.924

Average Variance Extracted (AVE) = 0.670

$\chi^2 = 1853.43$ , df = 206, p < .01, RMSA = 0.10, CFI = 0.97, TLI = 0.97, SRMS = 0.052 (ก่อนปรับแบบจำลอง)

$\chi^2 = 750.35$ , df = 132, p < .01, RMSA = 0.079, CFI = 0.99, TLI = 0.99, SRMS = 0.027 (หลังปรับแบบจำลอง)



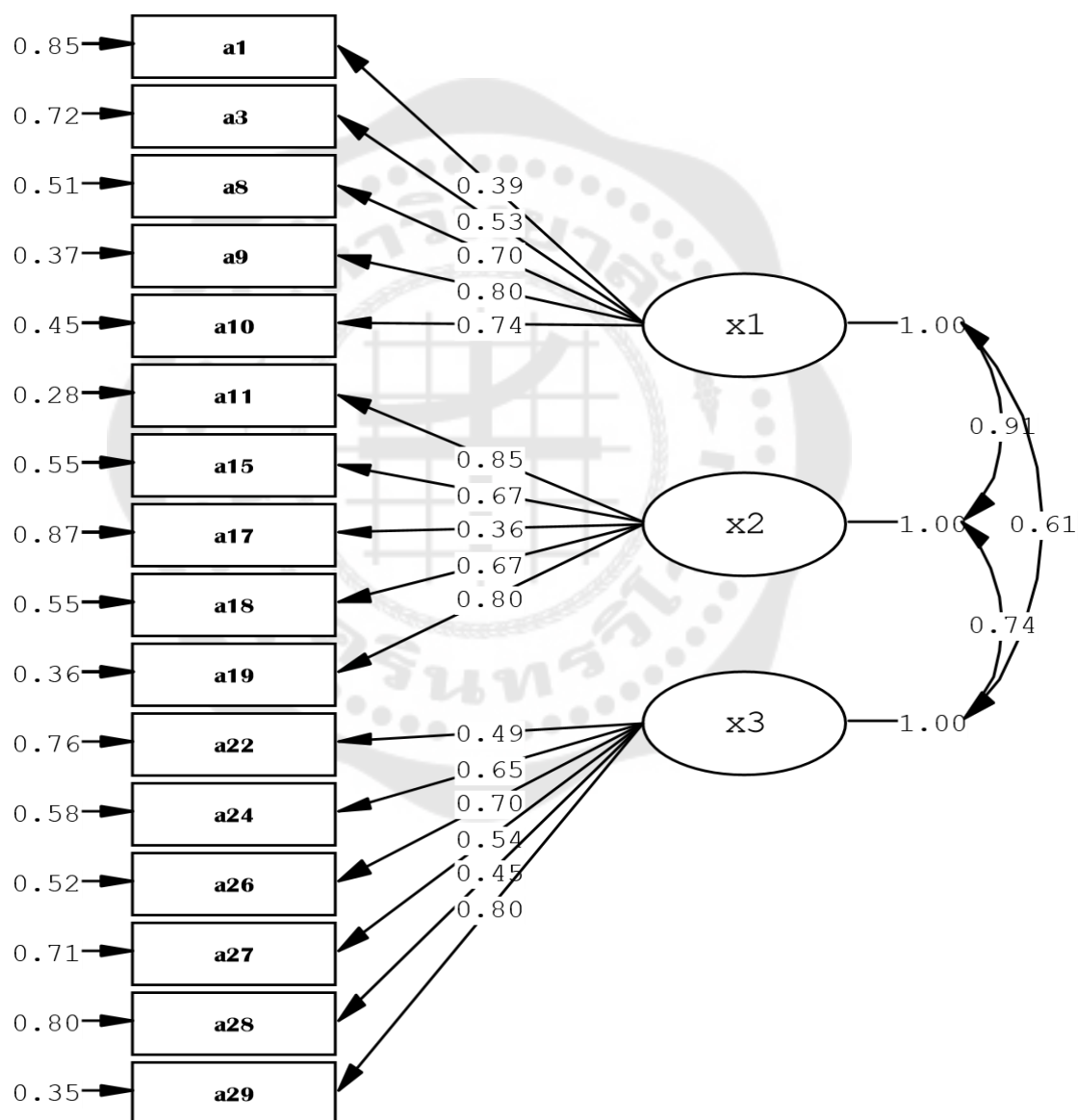
ภาพประกอบ แบบจำลองการวัดพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม



ตาราง ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างและความเที่ยงตรงของข้อคำถามในแบบวัด  
แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล

องค์ประกอบ/ข้อ	Factor loading		R <sup>2</sup>	
	ก่อนปรับแบบจำลอง	หลังปรับแบบจำลอง	ก่อนปรับแบบจำลอง	หลังปรับแบบจำลอง
<b>ความเจริญงอกงามใน</b>				
<b>ตน</b>				
1	0.61	0.39	0.37	0.15
3	0.39	0.53	0.15	0.28
4	0.65	ตัดออก	0.43	ตัดออก
5	0.80	ตัดออก	0.63	ตัดออก
6	0.81	ตัดออก	0.65	ตัดออก
7	0.79	ตัดออก	0.63	ตัดออก
8	0.37	0.70	0.14	0.49
9	0.47	0.80	0.22	0.63
10	0.41	0.74	0.17	0.55
Construct Reliability (CR) = 0.776				
Average Variance Extracted (AVE) = 0.422				
<b>การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต</b>				
11	0.81	0.85	0.65	0.72
12	0.78	ตัดออก	0.61	ตัดออก
13	0.34	ตัดออก	0.11	ตัดออก
14	0.29	ตัดออก	0.08	ตัดออก
15	0.67	0.67	0.45	0.45
16	0.31	ตัดออก	0.09	ตัดออก
17	0.43	0.36	0.19	0.13
18	0.66	0.67	0.44	0.45
19	0.87	0.80	0.75	0.64
20	0.88	ตัดออก	0.77	ตัดออก
Construct Reliability (CR) = 0.811				
Average Variance Extracted (AVE) = 0.478				
<b>การยอมรับตนเอง</b>				
21	0.66	ตัดออก	0.48	ตัดออก
22	0.53	0.49	0.28	0.24
24	0.66	0.65	0.43	0.42
26	0.64	0.70	0.41	0.48
27	0.56	0.54	0.31	0.29
28	0.39	0.45	0.15	0.20
29	0.75	0.80	0.57	0.65

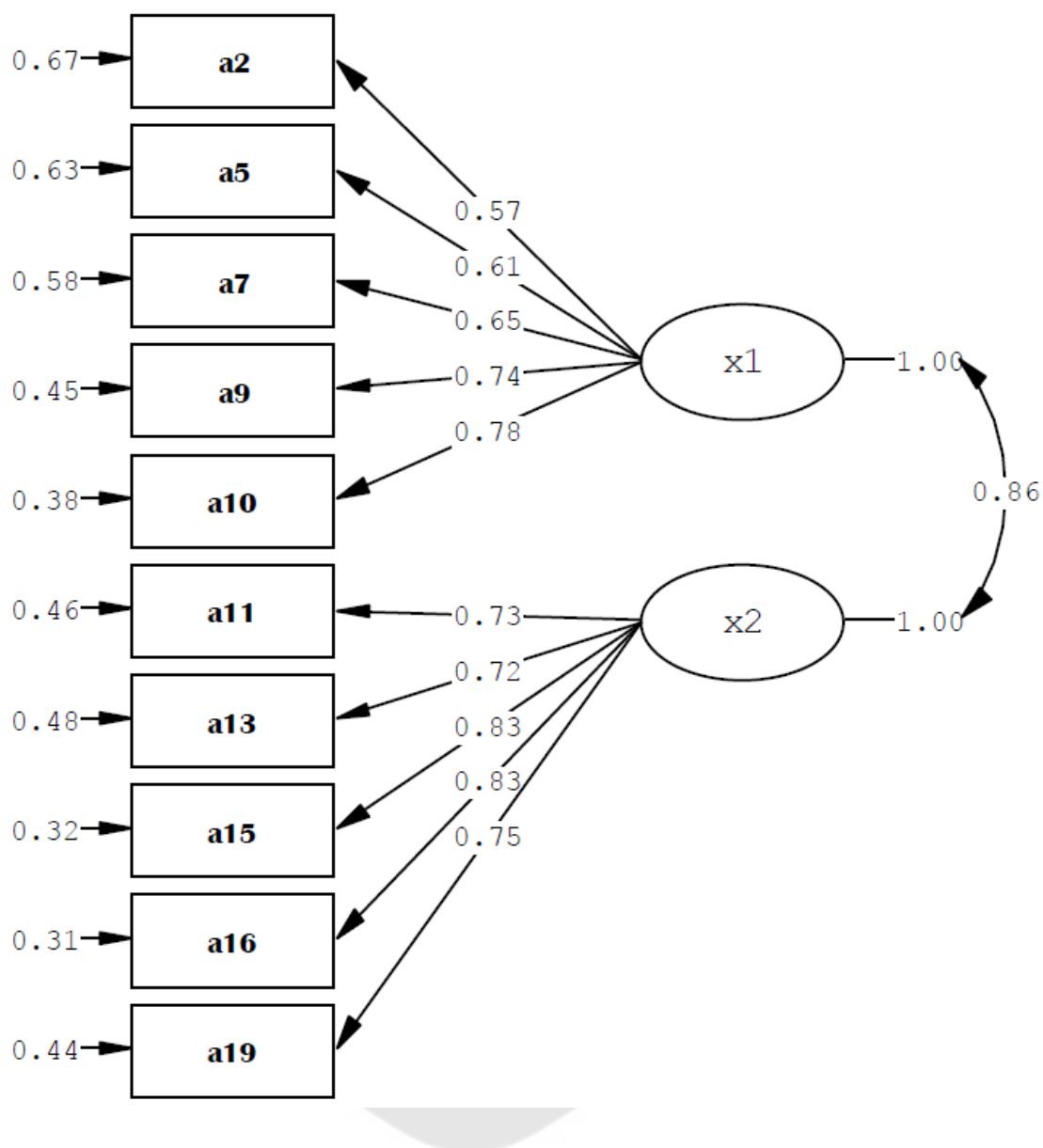
องค์ประกอบ/ข้อ	Factor loading		R <sup>2</sup>	
	ก่อนปรับแบบจำลอง	หลังปรับแบบจำลอง	ก่อนปรับแบบจำลอง	หลังปรับแบบจำลอง
Construct Reliability (CR) = 0.780				
Average Variance Extracted (AVE) = 0.381				
$\chi^2 = 5622.40$ , df = 296 , p < .01, RMSEA = 0.15 , CFI = 0.87 , TLI = 0.86, SRMR = 0.15 (ก่อนปรับแบบจำลอง)				
$\chi^2 = 568.84$ , df = 101 , p < .01, RMSEA = 0.078 , CFI = 0.96 , TLI = 0.95, SRMR = 0.062 (หลังปรับแบบจำลอง)				



ภาพประกอบ แบบจำลองการวัดแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล

ตาราง ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างและความเที่ยงตรงของข้อคำถามในแบบวัด  
แหล่งทรัพยากรบริบทสังคม

องค์ประกอบ/ข้อ	Factor loading		R <sup>2</sup>	
	ก่อนปรับแบบจำลอง	หลังปรับแบบจำลอง	ก่อนปรับแบบจำลอง	หลังปรับแบบจำลอง
<b>การสนับสนุนทางสังคม</b>				
1	0.68	ตัดออก	0.47	ตัดออก
2	0.63	0.57	0.40	0.33
5	0.60	0.61	0.36	0.37
7	0.65	0.65	0.43	0.42
8	0.44	ตัดออก	0.20	ตัดออก
9	0.72	0.74	0.52	0.55
10	0.77	0.78	0.59	0.62
Construct Reliability (CR) = 0.805				
Average Variance Extracted (AVE) = 0.455				
<b>แหล่งบริการทางสังคม</b>				
11	0.70	0.73	0.49	0.54
12	0.67	ตัดออก	0.45	ตัดออก
13	0.71	0.72	0.51	0.52
15	0.83	0.83	0.69	0.68
16	0.84	0.83	0.71	0.69
17	0.84	ตัดออก	0.71	ตัดออก
18	0.75	ตัดออก	0.57	ตัดออก
19	0.77	0.75	0.59	0.56
Construct Reliability (CR) = 0.881				
Average Variance Extracted (AVE) = 0.598				
$\chi^2 = 922.86$ , $df = 89$ , $p < .01$ , $RMSEA = 0.11$ , $CFI = 0.95$ , $TLI = 0.95$ , $SRMR = 0.055$ (ก่อนปรับแบบจำลอง)				
$\chi^2 = 185.13$ , $df = 34$ , $p < .01$ , $RMSEA = 0.077$ , $CFI = 0.98$ , $TLI = 0.97$ , $SRMR = 0.037$ (หลังปรับแบบจำลอง)				



ภาพประกอบ แบบจำลองแบบวัดแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม

ตาราง ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างและความเที่ยงตรงของข้อคำถามในแบบวัด  
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน

องค์ประกอบ/ข้อ	Factor loading		R <sup>2</sup>	
	ก่อนปรับแบบจำลอง	หลังปรับแบบจำลอง	ก่อนปรับแบบจำลอง	หลังปรับแบบจำลอง
<b>การรับรู้ความสามารถ ของตนเองในการ ตัดสินใจ</b>				
1	0.76	0.72	0.58	0.51
2	0.81	ตัดออก	0.66	ตัดออก
3	0.74	ตัดออก	0.55	ตัดออก
5	0.75	0.75	0.56	0.56
6	0.79	0.80	0.63	0.63
8	0.83	0.85	0.69	0.72
9	0.83	0.86	0.70	0.73
10	0.83	0.85	0.68	0.73
Construct Reliability (CR) = 0.918				
Average Variance Extracted (AVE) = 0.651				
<b>การรับรู้ความสามารถ ของตนเองในการปฏิบัติ</b>				
12	0.76	0.77	0.58	0.59
13	0.78	0.78	0.61	0.61
14	0.23	ตัดออก	0.05	ตัดออก
15	0.76	0.76	0.58	0.58
16	0.25	ตัดออก	0.06	ตัดออก
18	0.81	0.80	0.65	0.64
19	0.81	0.80	0.66	0.65
20	0.05	ตัดออก	0.00	ตัดออก
Construct Reliability (CR) = 0.887				
Average Variance Extracted (AVE) = 0.612				
<b>การรับรู้ความสามารถ ของตนเองในการ ประเมิน</b>				
21	0.77	0.76	0.59	0.58
22	0.84	0.84	0.70	0.70
23	0.79	0.79	0.62	0.62
25	0.81	0.81	0.66	0.66

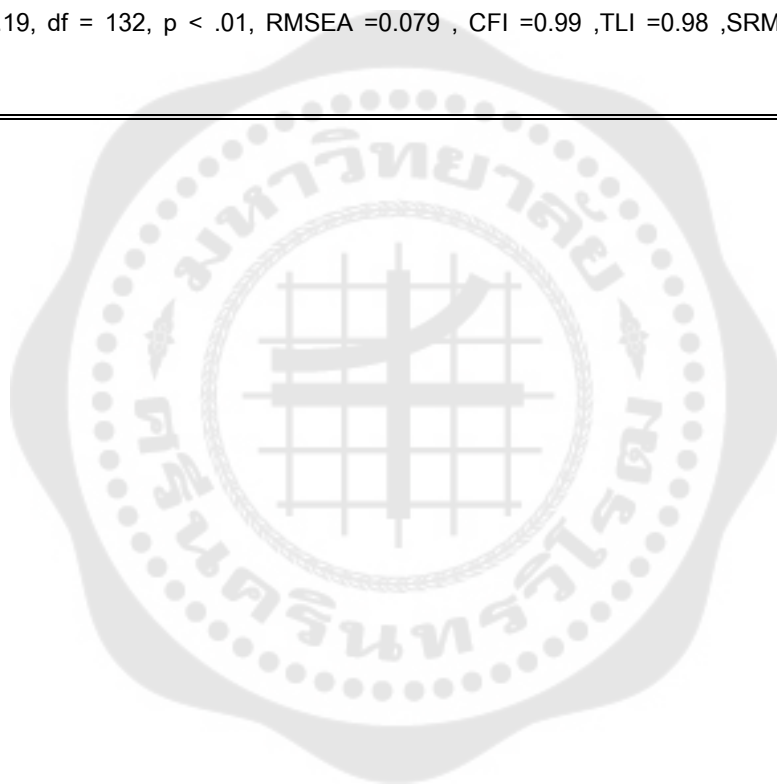
องค์ประกอบ/ข้อ	Factor loading		R <sup>2</sup>	
	ก่อนปรับแบบจำลอง	หลังปรับแบบจำลอง	ก่อนปรับแบบจำลอง	หลังปรับแบบจำลอง
26	0.79	0.79	0.63	0.63
28	0.80	0.80	0.65	0.64
29	0.78	0.77	0.61	0.60

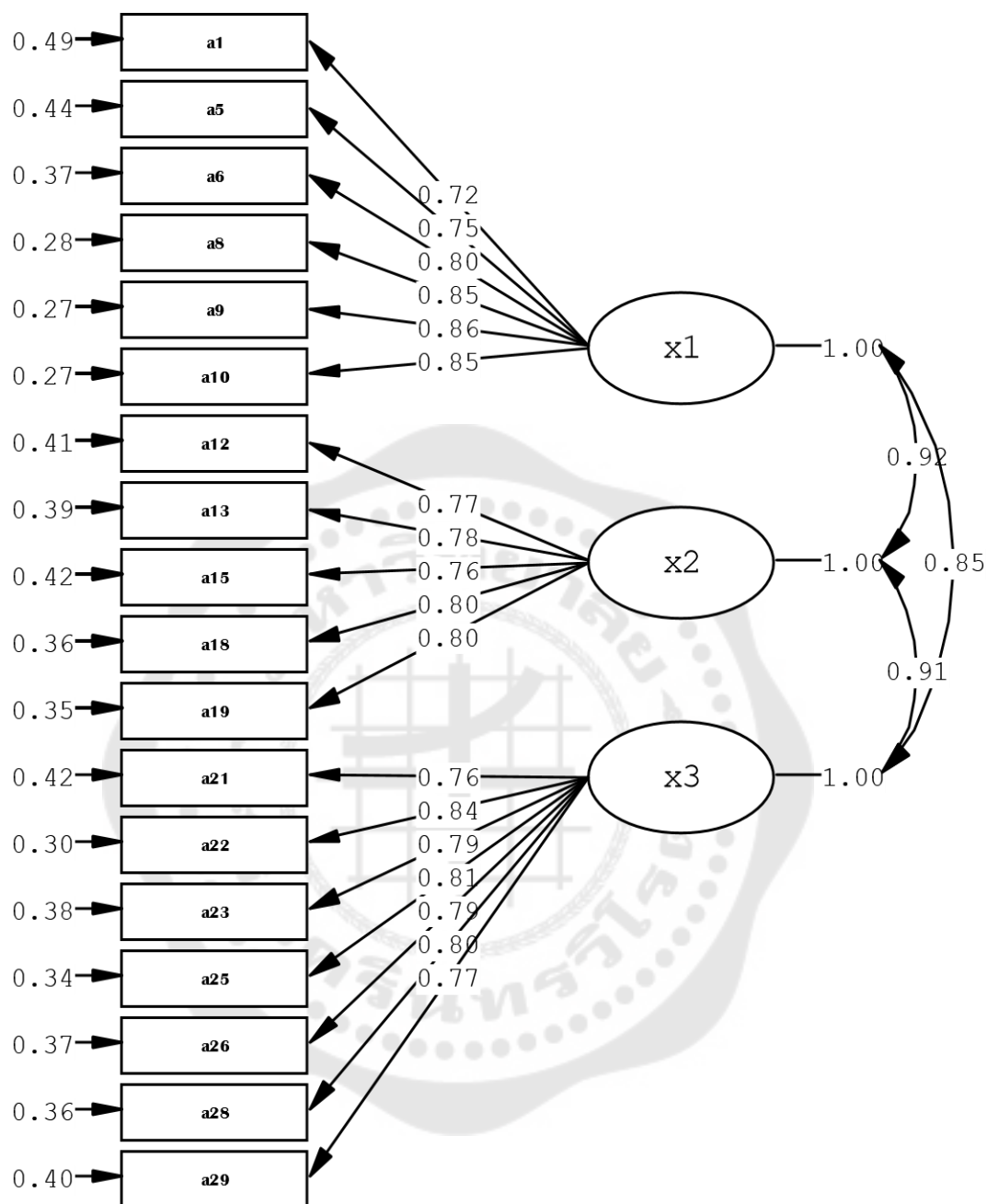
Construct Reliability (CR) = 0.923

Average Variance Extracted (AVE) = 0.631

$\chi^2 = 2029.23$  , df = 227 , p < .01, RMSEA = 0.10 , CFI = 0.97, TLI = 0.96 , SRMR = 0.065 (ก่อนปรับแบบจำลอง)

$\chi^2 = 765.19$ , df = 132, p < .01, RMSEA = 0.079 , CFI = 0.99 , TLI = 0.98 , SRMR = 0.033 (หลังปรับแบบจำลอง)





ภาพประกอบ แบบจำลองการวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน



ตาราง ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างและความเที่ยงตรงของข้อคำถามในแบบวัด  
 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

องค์ประกอบ/ข้อ	Factor loading		R <sup>2</sup>	
	ก่อนปรับแบบจำลอง	หลังปรับแบบจำลอง	ก่อนปรับแบบจำลอง	หลังปรับแบบจำลอง
<b>ความรอบรู้ด้านสุขภาพ</b>				
<b>ด้านการเข้าถึง</b>				
1	0.72	ตัดออก	0.52	ตัดออก
2	0.75	0.72	0.56	0.52
4	0.82	0.82	0.67	0.68
5	0.80	0.82	0.64	0.67
6	0.81	0.81	0.66	0.66
7	0.83	0.83	0.70	0.70
Construct Reliability (CR) = 0.899				
Average Variance Extracted (AVE) = 0.642				
<b>ความรอบรู้ด้านสุขภาพ</b>				
<b>ด้านการเข้าใจ</b>				
8	0.77	0.79	0.59	0.62
9	0.79	0.80	0.63	0.63
10	0.86	0.86	0.74	0.75
11	0.83	0.83	0.70	0.69
12	0.82	0.80	0.67	0.65
13	0.81	ตัดออก	0.65	ตัดออก
14	0.81	0.81	.66	0.65
Construct Reliability (CR) = 0.922				
Average Variance Extracted (AVE) = 0.665				
<b>ความรอบรู้ด้านสุขภาพ</b>				
<b>ด้านการประเมิน</b>				
15	0.60	0.60	0.36	0.36
16	0.80	0.80	0.64	0.64
17	0.77	0.77	0.60	0.60
18	0.84	0.84	0.70	0.71
19	0.87	0.87	0.76	0.76
20	0.81	0.81	0.65	0.66
21	0.83	0.83	0.69	0.69
Construct Reliability (CR) = 0.921				
Average Variance Extracted (AVE) = 0.629				
<b>ความรอบรู้ด้านสุขภาพ</b>				
<b>ด้านการประยุกต์ใช้</b>				
22	0.69	ตัดออก	0.47	ตัดออก
23	0.77	ตัดออก	0.59	ตัดออก
24	0.84	0.83	0.70	0.70
25	0.85	0.88	0.73	0.77

องค์ประกอบ/ข้อ	Factor loading		R <sup>2</sup>	
	ก่อนปรับแบบจำลอง	หลังปรับแบบจำลอง	ก่อนปรับแบบจำลอง	หลังปรับแบบจำลอง
26	0.85	0.87	0.72	0.76
27	0.85	0.85	0.72	0.73
28	0.72	0.72	0.51	0.52

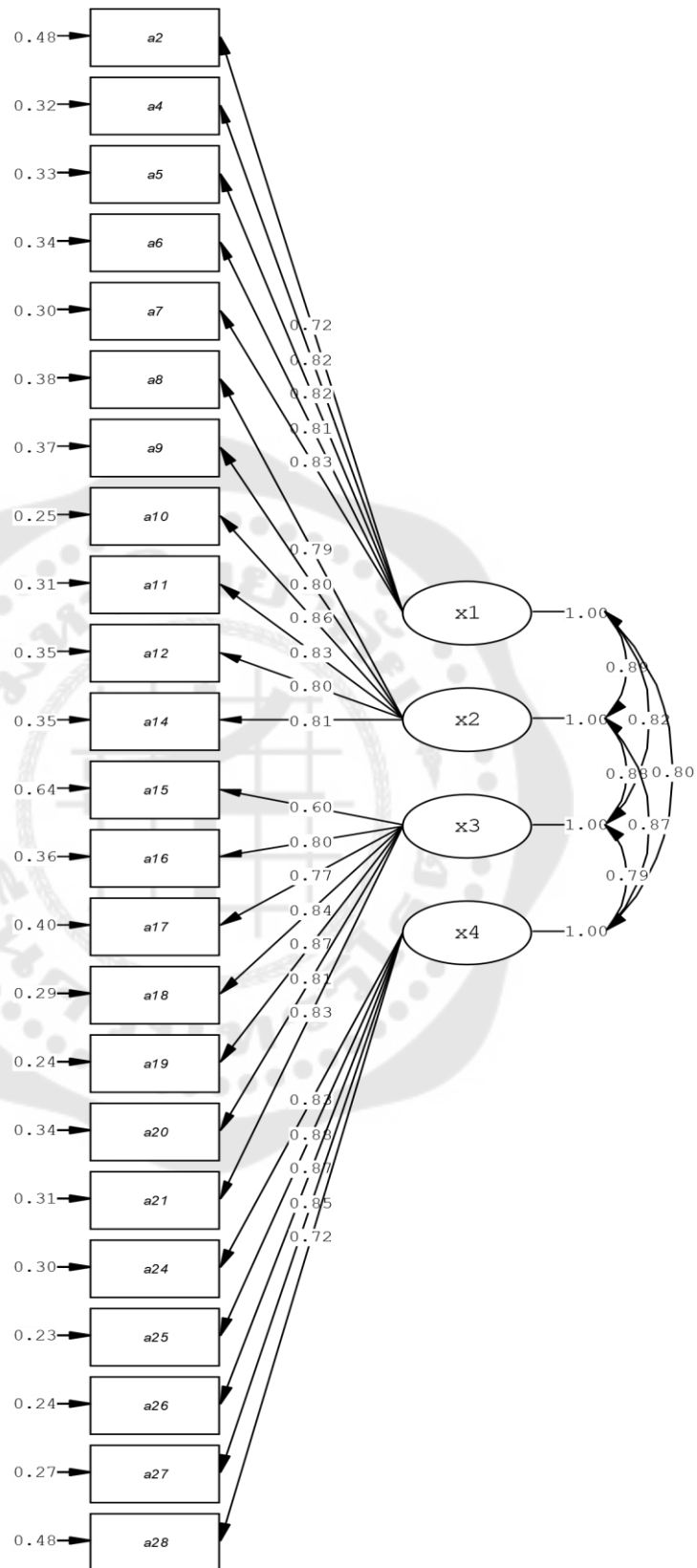
Construct Reliability (CR) = 0.918

Average Variance Extracted (AVE) = 0.692

$\chi^2 = 2235.94$  , df = 318 , p < .01, RMSEA = 0.086 , CFI = 0.98 , TLI = 0.98 , SRMR = 0.047 (ก่อนปรับแบบจำลอง)

$\chi^2 = 1278.64$  , df = 224 , p < .01, RMSEA = 0.079 , CFI = 0.98 , TLI = 0.98 , SRMR = 0.042 (หลังปรับแบบจำลอง)





ภาพประกอบ แบบจำลองการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ



ภาคผนวก ซ

ผลการวิเคราะห์ดัชนีความกลมกลืนของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตาราง การเปรียบเทียบค่าดัชนีความกลมกลืนของแบบจำลองการวัดพฤติกรรมการแก้ปัญหา  
 สุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

Model	$\chi^2$	df	$\Delta\chi^2$	$\Delta$ df	RMSEA	CFI	TLI	SRMR
3 องค์ประกอบ ด้าน1, ด้าน 2, ด้าน 3	750.35	132			0.079	0.99	0.99	0.027
2 องค์ประกอบ ด้าน1+ ด้าน 2, ด้าน 3	1222.43	134	472.08**	2	0.10	0.98	0.98	0.032
ด้าน1, ด้าน 2+ด้าน 3	1071.97	134	321.62**	2	0.096	0.99	0.98	0.032
1 องค์ประกอบ ด้าน1+ ด้าน 2+ ด้าน 3	1787.70	135	1037.35**	3	0.13	0.98	0.97	0.038

ตาราง การเปรียบเทียบค่าดัชนีความกลมกลืนของแบบจำลองการวัดแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล

Model	$\chi^2$	df	$\Delta\chi^2$	$\Delta df$	RMSEA	CFI	TLI	SRMR
3 องค์ประกอบ ด้าน1, ด้าน 2, ด้าน 3	568.84	101			0.078	0.96	0.95	0.062
2 องค์ประกอบ ด้าน1 + ด้าน 2, ด้าน 3	641.98	103	73.14**	2	0.083	0.95	0.095	0.064
1 องค์ประกอบ ด้าน1+ ด้าน 2+ ด้าน 3	1243.68	104	674.84**	3	0.12	0.92	0.91	0.078



ตาราง การเปรียบเทียบค่าดัชนีความกลมกลืนของแบบจำลองการวัดแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม

Model	$\chi^2$	df	$\Delta\chi^2$	$\Delta df$	RMSEA	CFI	TLI	SRMR
2 องค์ประกอบ	185.13	34			0.077	0.98	0.97	0.037
ด้าน1, ด้าน 2								
1 องค์ประกอบ	342.89	35	157.76**	1	0.11	0.97	0.96	0.047
ด้าน1+ ด้าน 2								









## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	กมล อัจฉี
วัน เดือน ปี เกิด	8 ตุลาคม 2512
สถานที่เกิด	ระยอง
วุฒิการศึกษา	พ.ศ. 2538 สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต สาขาบริหารสาธารณสุข จากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2545 ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาประชากรศึกษา จากมหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2563 ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ที่อยู่ปัจจุบัน	29 หมู่ 4 ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี