

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในชุมชนริมคลองภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร

Factors Predicting the Participatory Health Management in Klong Phasi Charoen Waterfront Community

รัฐกานต์ ขำเขียว, วท.ม., Ruttakarn Kamkhiew, M.Sc.^{1*}

ศนิกันต์ ศรีมณี, ประ.ด., Sanikan Seemane, Ph.D.²

ศิรินา สันทัดงาน, ศศ.ม., Sirina Suntudhan, M.A.³

¹อาจารย์, ประจำสาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

¹Instructors, Department of Community Health Nursing, Faculty of Nursing, Siam University

²อาจารย์ ดร., ประจำสาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

²Instructors, Ph.D., Department of Community Health Nursing, Faculty of Nursing, Siam University

³อาจารย์, ประจำสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

³Instructors, Department of Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing,
Siam University

*Corresponding Author Email: Ruttakarn.kam@siam.edu

Received: April 20, 2023

Revised: November 24, 2023

Accepted: December 2, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาวิเคราะห์ บรรยาย (Exploratory Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาพฤติกรรมการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชน 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชน และ 3) เพื่อศึกษา ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชนริมคลอง เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนริมคลอง เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร จำนวนหากกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*power version 3.1.9.7 สำหรับการทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Pearson's correlation ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 138 คน ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถาม ด้านปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของคน ในชุมชน ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยคำนวณ หาค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าเฉลี่ยเท่ากับ .91 และ .869 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ

ความถี่ ร้อยละ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัย พบว่า 1) ระดับพฤติกรรมจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของประชาชนที่อาศัยอยู่ใน ชุมชนริมคลอง เขตภาษีเจริญ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.06$, $SD = .571$) 2) ปัจจัยปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการสุขภาพ แบบมีส่วนร่วมในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .409$, $.557$, และ $.545$ ตามลำดับ) 3) ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม สามารถร่วมกันทำนายการจัดการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมของประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนริมคลอง เขตภาษีเจริญได้ ร้อยละ 36.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

คำสำคัญ: การจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ชุมชนริมคลองภาษีเจริญ

Abstract

This descriptive research aimed to study the participatory health management of people living in Klong Phasi Charoen Waterfront community and examine the relationship between predisposing, enabling and reinforcing factors and participatory health management. Sample size was 138, calculated using G*Power version 3.1.9.7. Research instrument was a questionnaire including 5 parts: demographic data, predisposing factors, enabling factors, reinforcing factors, and participatory health management behaviors, which all were validated and approved by professional experts and The Cronbach's alpha coefficient reliability of the questionnaire was tested yielding values of .91 and .954 respectively. Data were analyzed using frequency, percentage, Pearson product moment correlation, and multiple regression analysis. The research findings were as follows. 1) The majority of people living in Phasi Charoen waterfront community had participatory health managements at a moderate level ($\bar{X} = 3.06$, $SD = .571$). 2) The predisposing factors, enabling factors, and reinforcing factors correlated with participatory health managements, were significantly positive ($r = .409$, $p < .01$, $r = .577$, $p < .01$, and $r = .545$, $p < .01$, respectively). 3) The enabling factors, and reinforcing factors together with these two variables, accounted for 36.4% of the variance in participatory health managements of living by the Phasi Charoen Canal (significance at the 1% level).

Keyword: Participatory Health Managements, Community

บทนำ

ท่ามกลางความซับซ้อนในวิถีชีวิตของผู้คนที่อาศัยอยู่ในสังคมเมืองที่มีการเติบโต อย่างไรก็ตามประกอบกับความต้องการบริการสุขภาพที่หลากหลายนั้นย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้คนในชุมชนเหล่านั้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่กำลังพัฒนา (McMichael, 2000) โดยผลการเปรียบเทียบความชุกของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างผู้ที่อาศัยอยู่ในชนบทและชุมชนเมืองของ Jana and Chattopadhyay (2022) ที่พบว่า ผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองแม้จะมีการศึกษาสูงกว่าแต่มีความชุกของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงกว่า (ร้อยละ 29) โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 68 จากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งหมด สอดคล้องกับการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตชุมชนเมืองในประเทศไทยที่เพิ่มมากขึ้นทุกปี (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2565)

สุขภาพของชุมชนขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านตัวบุคคล และปัจจัยด้านการบริการสุขภาพ (Bishoge, Aremu, Ajayi, & Mfinanga, 2023) ดังนั้น การดำเนินงานด้านสุขภาพชุมชนจึงจำเป็นต้องอาศัยความเข้าใจในเรื่องปรัชญาการส่งเสริมสุขภาพทั้งในสถานที่ทำงาน โรงเรียนและในที่สาธารณะของทุกภาคส่วนเพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่ให้เกิดความร่วมมือในการรักษาสุขภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี เกิดการพึ่งตนเองด้านสุขภาพนำไปสู่การพัฒนาในด้านอื่น ๆ เพราะสุขภาพที่ดี หมายถึงคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย ดังคำกล่าวในกฎบัตรออกอตตาวา (Ottawa Charter) ปี พ.ศ. 2529 ที่ให้คำนิยามการสร้างเสริมสุขภาพ คือ “กระบวนการที่ช่วยให้ผู้คนสามารถควบคุมและเพิ่มพูนสุขภาพให้กลับคืนได้โดยใช้ 5 กลยุทธ์ ได้แก่ การสร้างนโยบายสาธารณะ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลและการปรับเปลี่ยนการบริการสุขภาพ” (WHO, 2012) จาก

เหตุผลดังกล่าว การส่งเสริมให้ประชาชนมีการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วม กล่าวคือ ประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีการแสดงความคิดเห็น วิเคราะห์ ตัดสินใจเลือกและกำหนดแนวทางให้ขึ้นไปตามความต้องการและความจำเป็นตามบริบทและวัฒนธรรมของพื้นที่ที่มีผลต่อชีวิตความเป็นอยู่ของตนเอง ควบคู่ไปกับการทำงานของทุกภาคส่วนจึงเป็นกุญแจสำคัญในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนเมืองอย่างยั่งยืน สอดคล้องกับ “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3” ที่เน้น การออกแบบระบบสุขภาพให้สามารถใช้ประโยชน์จากโอกาสของความเป็นเมือง โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชนทุกภาคส่วนในพื้นที่ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2565)

ชุมชนริมคลองเขตภาษีเจริญ เป็นแหล่งชุมชนที่สำคัญแห่งหนึ่งของกรุงเทพฯ โดยเป็นที่ตั้งของกิจการร้านค้าต่าง ๆ มาอย่างต่อเนื่องยาวนาน โดยเฉพาะบริเวณบางแคที่มีการเจริญเติบโตทางกายภาพจากการเพิ่มขึ้นของประชากร และสิ่งปลูกสร้างอย่างรวดเร็วทำให้เกิดปัญหาความเสี่ยงต่อสุขภาพที่มีความซับซ้อนอย่างมากในการแก้ไขปัญหา (สุธาวัลย์ ธรรมสังวาลย์, 2565) เนื่องจากการดำรงชีวิตท่ามกลางมลพิษจากการสร้างตึกและถนน การเข้าถึงบริการสุขภาพที่ไม่เพียงพอและการขาดแคลนอาหารสุขภาพ (Hamidi, Ewing, Tatalovich, Grace, & Berrigan, 2018) นอกจากนี้ ผลการศึกษาสุขภาพทางกายของประชาชนโดยรอบศูนย์ชุมชนสร้างสรรค์ภาษีเจริญยังพบว่า ประชาชนส่วนมาก มีภาวะอ้วนระดับ 1 (ร้อยละ 49.5) และมีโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 32.02)

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าชุมชนริมคลองเขตภาษีเจริญจะมีระบบการดูแลสุขภาพขององค์กรหลัก คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในการจัดการกับประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอย่าง

สม่ำเสมอและเป็นรูปธรรม แต่การขาดความรู้สึกร่วมกันของความเป็นเจ้าของร่วมในการบริหารจัดการพื้นที่ ทำให้ขาดความร่วมมือในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของซิดซนิก ปลื้มปรีดี และพรเพ็ญ อรัญยณะ (2563) ที่กล่าวว่า ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการมาใช้บริการศูนย์ชุมชนสร้างสรรค์ ภาษีเจริญอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 27.83) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านอาชีพและระยะทางจากบ้าน/ที่พัก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากสภาพการณ์จริงและการศึกษาที่ผ่านมา ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษากลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในชุมชนริมคลองเขตภาษีเจริญ ซึ่งเป็นชุมชนหลักในการบริการวิชาการของมหาวิทยาลัยสยาม เพื่อให้ทราบถึงแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการโดยมุ่งเน้นไปที่ปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ทั้งปัจจัยภายนอกและภายในตัวบุคคล ซึ่งผู้วิจัยเลือกใช้กระบวนการการศึกษาสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพตามกรอบแนวคิด PRECEED-PROCEED Model ขั้นตอนที่ 4 คือ การวิเคราะห์ทางการศึกษาและนิเวศ (Phase 4: Education and Ecological Assessment) เพื่อหาสาเหตุของพฤติกรรมทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยนำที่ส่งผลต่อพฤติกรรมจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วม คือ การรับรู้ด้านการดูแลสุขภาพทัศนคติในการดูแลสุขภาพ ความเชื่อเกี่ยวกับการดูแล/รักษา และความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และปัจจัย

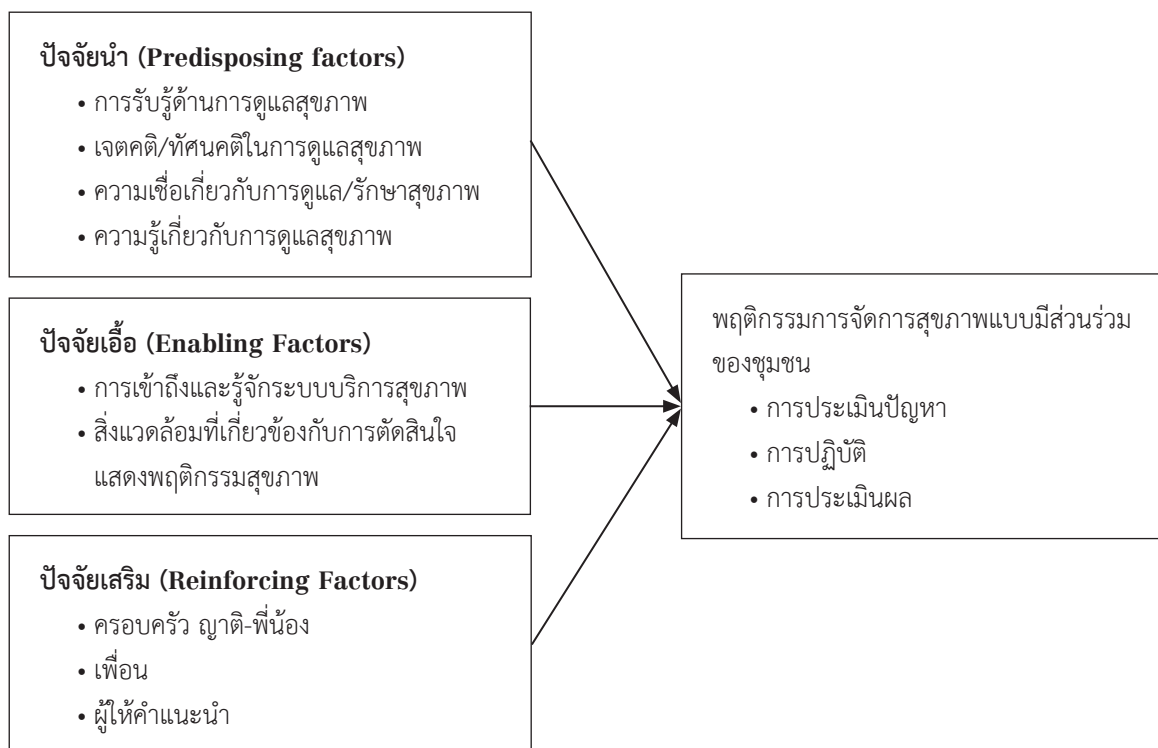
เสริม คือ การมีแบบอย่างที่ดีและรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ ผ่านการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและสังคม เพื่อให้สามารถบริหารจัดการส่งเสริมและสนับสนุนพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเพื่อให้ประชาชนมีความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชนเพิ่มมากขึ้นซึ่งจะเป็นพื้นฐานของการพัฒนาความร่วมมือในการสร้างชุมชนเข้มแข็งทางสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชนริมคลอง ในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชนริมคลอง ในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชนริมคลอง ในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด PRECEED-PROCEED Model (Porter, 2016) ที่ว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล มีสาเหตุมาจากปัจจัยที่หลากหลายและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต้องอาศัย ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาวิเคราะห์ บรรยาย (Exploratory Descriptive Research)

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.7 สำหรับการทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Pearson's correlation โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ = .05 ค่า power = .95 การประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร effect size เป็น .3 ซึ่งเป็นค่าความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ซึ่งสามารถใช้ประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 115 ราย ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 138 ราย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือเป็นผู้ที่เป็นประชาชนอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

ที่อาศัยอยู่ในชุมชนริมคลอง ในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร และเป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน และสามารถแจ้งความประสงค์ที่จะขอถอนตัวจากโครงการได้ตลอดเวลา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ความพอเพียงของรายรับรายจ่าย ต่อเดือนของครอบครัว โรคประจำตัวและสิทธิรักษาพยาบาล โดยลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านปัจจัยนำ

(Predisposing Factors) เป็นชุดคำถามเกี่ยวกับปัจจัยในตัวบุคคล ด้านสภาพการณ์ ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยมและการรับรู้ทางสุขภาพที่สัมพันธ์กับแรงจูงใจภายในที่อาจนำไปสู่การกระทำในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของบุคคล มีจำนวน 18 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านปัจจัยเอื้อ

(Enabling Factors) เป็นชุดคำถามเกี่ยวกับปัจจัยที่สนับสนุนหรือยับยั้งไม่ให้เกิดพฤติกรรมจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของบุคคล ได้แก่ การเข้าถึงระบบสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของคนในชุมชน มีจำนวน 18 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามด้านปัจจัยเสริม

(Reinforcing Factors) เป็นชุดคำถามเกี่ยวกับการเสริมแรงหรือแรงกระตุ้นที่เป็นปัจจัยภายนอกที่มาจากคนหรือกลุ่มคนผู้ที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับหรือไม่ยอมรับพฤติกรรมจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของคนในชุมชน มีจำนวน 17 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการ

สุขภาพแบบมีส่วนร่วม เป็นชุดคำถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการจัดการระบบสุขภาพในระดับชุมชน มีจำนวน 18 ข้อ

แบบสอบถามชุดที่ 2-5 เป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับโดยให้ความหมาย ระดับ 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด ระดับ 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก ระดับ 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง ระดับ 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย และระดับ 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด และกำหนดการแปลความหมายใช้คะแนนที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลมาเทียบเกณฑ์เพื่อนำมาหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยคะแนนเฉลี่ย 4.51- 5 หมายถึง เห็นด้วยระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง เห็นด้วยระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง เห็นด้วยระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.50- 2.50 หมายถึง เห็นด้วยระดับ

น้อยและคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง เห็นด้วยระดับน้อยที่สุด

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญสาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน จำนวน 4 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (IOC) โดยเลือกค่าดัชนีความสอดคล้องที่มีคะแนนมากกว่า .5 ขึ้นไป แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำไปหาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเฉลี่ยเท่ากับ .91 และ .869 ตามลำดับ

4. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม เอกสารรับรองเลขที่ 2565/001.24/06 ผู้วิจัยเก็บรักษาข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัย และจะทำลายข้อมูลหลังจากมีการเผยแพร่วิจัยแล้ว

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้เข้าพบเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขและผู้นำชุมชนที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบเพื่อขออนุญาตนัดหมาย เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยวางแผนการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster Random Sampling) จากประชาชนผู้ที่มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปอาศัยอยู่ในชุมชนริมคลองเขตภาษีเจริญ และยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม จำนวน 8 ชุมชน ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2565 อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาและวิธีการเก็บข้อมูลรวมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจที่จะทำแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์

สำเร็จรูปโดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistic) เพื่อทำความเข้าใจข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และค้นหาตัวแปรพยากรณ์พฤติกรรมกรรมการจัดการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมที่ดีโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) ด้วยวิธี Enter เพื่อคัดเลือกตัวแปรพยากรณ์เข้าสมการด้วยการวิเคราะห์เพียงขั้นตอนเดียว และเพื่อให้ทราบว่าตัวแปรแต่ละตัวที่ศึกษาจะสามารถพยากรณ์ตัวแปรเกณฑ์ได้หรือไม่มากนักน้อยเพียงใด ทั้งนี้ก่อนการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของสถิติที่ใช้แล้วพบว่า เป็นข้อมูลที่มีลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) มีความเป็นเอกภาพ (Homoscedasticity) ไม่มี Outliers ตัวแปรอิสระแต่ละตัวไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้นสูง ไม่เกิดปัญหาจากความคลาดเคลื่อน มีความสัมพันธ์ (Durbin-Watson = 2.120)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 83.3) มีอายุระหว่าง 31-40 ปี (ร้อยละ 31.9) จบการศึกษาสูงสุด คือ ประถมศึกษา (ร้อยละ 33.3) รองลงมาได้แก่ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. (ร้อยละ 23.9) รายได้ของครอบครัวต่อเดือน อยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท (ร้อยละ 26.8) รองลงมาอยู่ที่ 10,000-15,000 บาท (ร้อยละ 20.3) กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีรายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 50.7) มีสถานภาพสมรส คู่ มีโรคประจำตัว และใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 50.7, 66.7, 66.7 และ 58.0 ตามลำดับ)

2. สำหรับระดับการมีปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมกรรมการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนริมคลอง เขตภาษีเจริญ พบว่า ทั้งหมดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.41$, $SD = .603$; $\bar{x} = 3.26$, $SD = .677$; $\bar{x} = 3.43$, $SD = .631$ และ $\bar{x} = 3.06$, $SD = .571$ ตามลำดับ) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและพฤติกรรมกรรมการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชนริมคลอง ในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร

ระดับของปัจจัยและพฤติกรรม		SD	ระดับ
ปัจจัยนำ	3.41	.603	ปานกลาง
ปัจจัยเอื้อ	3.26	.677	ปานกลาง
ปัจจัยเสริม	3.43	.631	ปานกลาง
พฤติกรรมกรรมการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วม	3.06	.571	ปานกลาง

1. ความสัมพันธ์ระหว่างภาพรวมของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมกรรมการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชนริมคลอง ในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร พบว่า ทั้งหมดมีความสัมพันธ์ทางบวก

ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .409$, $r = .577$, $r = .545$) โดยปัจจัยนำรายด้าน ได้แก่ การรับรู้การดูแลสุขภาพ ทักษะคติในการดูแลสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์

ทางบวกระดับน้อยกับพฤติกรรมจัดการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($r = .324, .309$ และ $.300$ ตามลำดับ) ส่วนความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมจัดการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($r = .444$) **ปัจจัยเอื้อรายด้าน** ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยกับพฤติกรรมจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .394$)

การมีสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .557$) **ส่วนปัจจัยเสริมรายด้าน** ได้แก่ การสนับสนุนทางครอบครัวและสังคม และโอกาสในการรับรู้ข้อมูลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .515$ และ $.505$) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชนริมคลองในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร

ตัวแปร	<i>r</i>	<i>p-value</i>	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยนำ			
การรับรู้ด้านการดูแลสุขภาพ	.324	.00	น้อย
ทัศนคติในการดูแลสุขภาพ	.309	.00	น้อย
ความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาโรค	.444	.00	ปานกลาง
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ	.300	.00	น้อย
รวม	.409	.00	ปานกลาง
ปัจจัยเอื้อ			
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	.394	.00	น้อย
สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม	.557	.00	ปานกลาง
รวม	.577	.00	ปานกลาง
ปัจจัยเสริม			
การสนับสนุนทางครอบครัวและสังคม	.515	.00	ปานกลาง
โอกาสในการรับรู้ข้อมูลสุขภาพ	.505	.00	ปานกลาง
รวม	.545	.00	ปานกลาง

2. ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุกับการพยากรณ์พฤติกรรมการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยตัวแปรพยากรณ์ทั้งสองตัวสามารถร่วมกันพยากรณ์ระดับการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมได้ ร้อยละ 36.4 จากสมการถดถอยที่คำนวณโดยใช้คะแนนดิบ คือ $\hat{y} = 1.103 + .286(X_2) + .270(X_3)$ (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชนริมคลองในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร

ปัจจัยทำนาย	B	SE	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	1.103	.248		4.445	.000
ปัจจัยเอื้อ (X2)	.286	.082	.339	3.498	.001
ปัจจัยเสริม (X3)	.270	.091	.299	2.980	.003

$R = .604, R^2 = .364, adj.R^2 = .350, sig. F = 25.59*** SE = .460 p-value = .000$

อภิปรายผล

1. พฤติกรรมการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชนริมคลองในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับปานกลาง สาเหตุอาจมาจากการที่แบบสอบถามส่วนมากมีอายุระหว่าง 31-41 ปีและมีรายได้ไม่มากนัก ประมาณ 5,000-10,000 บาทต่อเดือน ซึ่งอยู่วัยทำงานไม่มีโอกาสเข้ารับบริการสุขภาพและมองว่าการเข้ารับบริการสุขภาพหรือเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชนเป็นภาระที่ต้องลงแรงหรือขาดรายได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิวิมล บุรณะเรข, พิมพ์รัตน์ ธรรมรักษา, ไชยภา แก้วจันทร์, และ มณูชัชฌาณี ขำวงษ์ (2560) ที่สำรวจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของชุมชนริมคลองสามเสน เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร แล้วพบว่า คนในชุมชนส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงสิทธิ์การรักษาได้ง่ายและสะดวก แต่มองว่าการเข้ารับบริการสุขภาพเป็นภาระ (ร้อยละ 45.67) กล่าวคือ ต้องลงแรงและทำให้ขาดรายได้มากถึง ร้อยละ 91.19 และสอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

ของ นิลภา จิระรัตนาวรรณะ สุคนธ์ วรรณระอมร และ ศรีสุดา รัศมีพงศ์ (2562) ที่ได้สัมภาษณ์ความคิดเห็นในประเด็น “สถานการณ์การสร้างเสริมสุขภาพแต่ละวัย” ที่พบว่า ประชาชนวัยทำงาน หรือวัยผู้ใหญ่ที่กำลังก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุส่วนใหญ่จะไม่อยู่บ้าน มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน เพียงปีละ 1-2 ครั้ง และให้ความสำคัญกับการสร้างรายได้มากกว่า การดูแลสุขภาพ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาอาจมีความรู้ความเข้าใจต่อการดำเนินงานทางสุขภาพไม่ชัดเจนนัก จึงมีส่วนร่วมในระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการวิจัยของแสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี (2559) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ และพฤติกรรมผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค พบว่าการศึกษาคั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดความสามารถในการอ่านและเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ รวมทั้งการ

แสวงหาข้อมูลและการพิจารณาตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลเพื่อดูแลสุขภาพ

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชนริมคลอง ในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานครทั้งในภาพรวม พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชนริมคลอง ในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร สาเหตุอาจมาจาก ปัจจัยนำในการส่งเสริมจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชนนี้ ประกอบด้วย การรับรู้ เจตคติ ความเชื่อ และความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งถือเป็นประสบการณ์ของบุคคลที่จะเป็นปัจจัยพื้นฐานในการกำหนดการแสดงพฤติกรรมหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ สอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ที่กล่าวถึงการรับรู้ด้านการดูแลสุขภาพ ทักษะคติ ความเชื่อและความรู้ที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง (บุรฉัตร จันท์แดง เสาวลักษณ์ โภศลกิตติอัมพร และสัญญา เคนาภูมิ, 2561) และการศึกษาของ พวงเพชร เพ็ชรเกตุ และไกรสร อัมมวรรณ (2561) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้หญิงวัยทองในเขตอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ปัจจัยเอื้อในการส่งเสริมจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชนนี้ ประกอบด้วย การเข้าถึงและรู้จักระบบบริการสุขภาพและการส่งเสริมให้มีสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจแสดงพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นหรือช่วยให้การแสดงพฤติกรรมนั้นเป็นไปได้โดยง่าย (Green, & Kreuter, 2005) สอดคล้องกับผลการดำเนินโครงการศึกษาพัฒนาอุปกรณ์และพื้นที่ต้นแบบเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกายและสนับสนุน ให้เกิดเครือข่ายชุมชนสุขภาพ โดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการ

สร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมกับ ศูนย์บริการวิชาการ แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตามนโยบายขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่ต้องการส่งเสริมให้ประชากรโลกมีสุขภาพที่ดี ในการออกนโยบายและจัดสรรพื้นที่ต้นแบบสุขภาพะโดยการจัดให้มีอุปกรณ์ออกกำลังกายเพื่อสนับสนุนการมีพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในเขตภาษีเจริญ ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการมีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2564) และปัจจัยเสริมในการส่งเสริมจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชนนี้ ประกอบด้วย การสนับสนุนทางครอบครัวและสังคมในการรับรู้ข้อมูลสุขภาพ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ ที่พบว่า การได้รับคำแนะนำและสนับสนุนด้านสุขภาพจากครอบครัว เพื่อนและคนรัก มีความสัมพันธ์กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อทำให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี (อรุณรัตน์ สารวิโรจน์ และกานดา จันท์แย้ม, 2557)

3. ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม สามารถร่วมกันทำนวยระดับการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในชุมชนแห่งนี้ได้ร้อยละ 36.4 อภิปรายได้ว่า ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมมีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วม เนื่องจากการมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพและการได้รับคำแนะนำสนับสนุนด้านสุขภาพจากบุคคลต่าง ๆ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในทางบวก ทั้งทางตรงและทางอ้อมผ่านแรงผลักดันทางสังคม (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002) ดังจะเห็นได้จากการสนับสนุนให้มีการเข้าถึงบริการและการส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพที่จำเป็นต่อการสร้างพฤติกรรมสุขภาพร่วมกันของคนในครอบครัวและในชุมชนนั้นมีความจำเป็นอย่างมากในการพัฒนาความมั่นคงทางสุขภาพของคนในชุมชนเมือง

แห่งนี้ ดังจะเห็นได้จากรายงานการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method) เพื่อศึกษาบริบทพื้นที่ชุมชนเมือง เพื่อการพัฒนาพื้นที่สุขภาวะเขตภาษีเจริญ กรุงเทพฯ (กุลธิดาจันทร์เจริญ และคณะ, 2556) โดยสำรวจความคิดเห็นในประเด็นความร่วมมือในการพัฒนาพื้นที่สุขภาวะจาก 7 ชุมชน นำร่อง โดยโครงการนี้เริ่มต้นด้วยการส่งเสริมให้เกิดความเปลี่ยนแปลงด้านวงจรอาหารปลอดภัยที่มั่นคงสำหรับคนเมืองกรุงซึ่ง พบว่า ปัญหาส่วนใหญ่ที่ทำให้ไม่เกิดความร่วมมือของคนในชุมชนคือ คนในชุมชนรู้สึกว่าการตัวแทนจากหน่วยงานภาครัฐในการเข้าร่วมเป็นคณะทำงานในการกำหนดยุทธศาสตร์และการบริหารจัดการอย่างยั่งยืน ซึ่งคนในชุมชนพร้อมที่จะให้ความร่วมมือหากเห็นว่าเป็นคุณประโยชน์ สามารถปฏิบัติได้จริงและต่อเนื่อง แต่คนบางกลุ่มยังนึกถึงผลตอบแทนและปากท้องเป็นหลักในการตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ สอดคล้องกับงานวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในชุมชน เขตสุขภาพที่ 5 ของศิลปชัย เนตรทานนท์ และอุทัยวรรณ โคกตาทอง (2558) ที่พบว่า แนวทางการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาพฤติกรรมประกอบด้วยปัจจัย 5 ระดับ กล่าวคือต้องอาศัยความร่วมมือของชุมชนในระดับบุคคล (Intrapersonal Level) ได้แก่ การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับระหว่างบุคคล (Interpersonal Level) ได้แก่ การมีคนในครอบครัวเป็นแบบอย่างที่ดี และการแบ่งปันข้อมูลข่าวสารสุขภาพระหว่างสมาชิกภายในครอบครัวและระหว่างเพื่อนผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ระดับองค์กร (Organization Level) ได้แก่ การสร้างเครือข่ายสุขภาพ การสร้างศรัทธาในเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การส่งเสริมปราชญ์ชาวบ้าน และภูมิปัญญาท้องถิ่น ตลอดจนการจัดการสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อสุขภาพ ระดับชุมชน (Community Level) ได้แก่ การจัดทำลานกีฬา สวนสาธารณะและงานมหกรรมสุขภาพในงานประเพณีท้องถิ่น และสุดท้าย

ระดับนโยบาย ได้แก่ การสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ในขณะที่ปัจจัยนำไม่สามารถทำนายระดับการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในชุมชนนี้ อภิปรายได้ว่าแม้บุคคลจะมีการรับรู้ เจตคติ ความเชื่อ และความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ แต่หากมีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมและทั่วถึง อาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมในการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ดังจะเห็นได้จากผลการวิจัยสุขภาวะชุมชนและการมีส่วนร่วมของประชาชนในการใช้บริการศูนย์ชุมชนสร้างสรรค์ ภาษีเจริญ ของกองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ (ชิตชนก ปลื้มปรีดี และคณะ, 2563) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่แม้จะมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพในระดับสูง แต่กลับพบว่าตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการมีกิจกรรมสุขภาพและมีส่วนร่วมในการมาใช้บริการในศูนย์ชุมชนสร้างสรรค์ภาษีเจริญในระดับต่ำ โดยปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าใช้บริการที่ศูนย์ชุมชนสร้างสรรค์ ได้แก่ อาชีพ และระยะทางจากบ้านมาที่ศูนย์ฯ

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยที่พบว่าปัจจัยเอื้อ กล่าวคือ การส่งเสริมให้ประชาชนในชุมชนรู้จักและเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ การจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการตัดสินใจแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม ร่วมกับปัจจัยเสริม กล่าวคือ การส่งเสริมให้มีผู้ให้คำแนะนำหรือที่ปรึกษาสุขภาพทั้งที่เป็นบุคคลในครอบครัว เพื่อนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่งผลต่อระดับการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชนริมคลอง ในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร ดังนั้น เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่รับผิดชอบ ควรจัดบริการสุขภาพให้หลากหลาย เพียงพอต่อความต้องการของประชาชนทุกกลุ่มอาชีพ โดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงานที่

มีจำนวนมากในชุมชนแต่ยังไม่เห็นความสำคัญของมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของชุมชนและยังอยู่ในวัยที่ต้องสร้างฐานะ (ศศิวิมล บุรณะเรข และคณะ, 2560) เช่น การจัดโครงการสัญจรเพื่อให้ความรู้ที่ห่างสรรพสินค้า ตลาด วัดหรือโรงเรียน โดยใช้ความเจริญของชุมชนเมืองให้เป็นประโยชน์ อีกทั้งยังควรส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ โดยอาศัยความร่วมมือจากผู้นำชุมชนให้เป็นผู้สื่อสารแก่ชุมชนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน และจัดให้มีช่อง

ทางในการติดต่อขอรับบริการหรือข้อมูลให้สอดคล้องความต้องการของบุคคลทุกกลุ่ม ซึ่งจะพื้นฐานของการพัฒนาความร่วมมือในการสร้างชุมชนเข้มแข็งทางสุขภาพต่อไป

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเชิงคุณภาพ ในบริบทเชิงสังคมเชิงวัฒนธรรมเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกสำหรับเป็นแนวทางในการสร้างสุขภาพของชุมชนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2565). รายงานสถานการณ์โรค NCDs พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดดีไซน์.

ชิดชนก ปลื้มปรีดี และพรเพ็ญ อรัณยะนาถ. (2563). สุขภาวะชุมชนและการมีส่วนร่วมของประชาชนในการมาใช้บริการศูนย์ชุมชนสร้างสรรค์วิชาชีพเจริญ (รายงานวิจัย). กรุงเทพฯ: กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข.

นิลภา จิระรัตนวรรณ, สุนันท์ วรรณระอมร และศรีสุดา รัศมีพงศ์. (2562). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏ*, 6(พิเศษ), 365-381.

บุรฉัตร จันทร์แดง, เสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร และสัญญา เคนาภูมิ. (2561). กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงพฤติกรรมศาสตร์. *วารสารสหวิทยาการวิจัย*, 8(1), 49-60.

พวงเพชร เพ็ชรเกตุ และไกรสร อัมมวรรณ. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้หญิงวัยทองในเขตอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี. *วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์*, 6(1), 1464-1472.

ศิลป์ชัย เนตรทานนท์ และอุทัยวรรณ โคกตาทอง. (2558). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในชุมชน เขตสุขภาพที่ 5 (รายงานการวิจัย). สืบค้นจาก https://hpc.go.th/rcenter/_fulltext/20210830102343_4714/20210830110522_718.pdf

ศศิวิมล บุรณะเรข, พิมพ์รัตน์ ธรรมรักษา, ไชยภา แก้วจันทร์, และมณูชพาณี ขำวงษ์. (2560). ภาวะสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ*, 2(33), 54-63.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2564). *โครงการศึกษาพัฒนาอุปกรณ์และพื้นที่ต้นแบบเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกายและสนับสนุนให้เกิดเครือข่ายชุมชนสุขภาพ*. สืบค้นจาก <https://dol.thaihealth.or.th/Media/Index/a8b12b25-a193-eb11-80ec-00155d09b41f>

- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2565). *ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2556* (ฉบับผ่านคณะรัฐมนตรี). สืบค้นจาก https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/Thamanoon V3_23Jun2022.pdf
- สุธาวัลย์ ธรรมสังวาลย์. (2565). การออกแบบกราฟิกชุด “สองฝั่งคลองภาษีเจริญ” เพื่อสื่อสารเอกลักษณ์ชุมชน ผ่านการวาดภาพฝาผนัง ณ ซอยเพชรเกษม 27 เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร. *วารสารนิเทศสยามปริทัศน์*, 21(2), 28-46.
- แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรรา ประเสริฐศรี. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมการสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(3), 43-54.
- อรุณรัตน์ สารวิโรจน์ และกานดา จันทร์แย้ม. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์วิทยาเขตหาดใหญ่. *วารสารเกษตรศาสตร์ (สังคม)*, 35(2), 223-234.
- Bishoge, O. K., Aremu, A. K., Ajayi, D. D., & Mfinanga, S. G. (2023). Factors that influence individual and community behavioural change regarding environmental health. *Journal of Health Research*, 37(1), 33-43.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health Promotion Planning: An educational and ecological approach* (4th Edition). New York: McGraw Hill.
- Hamidi, S., Ewing, R., Tatalovich, Z., Grace, J. B., & Berrigan, D. (2018). Associations between urban sprawl and life expectancy in the United States. *International journal of environmental research and public health*, 15(5), 861-872.
- Jana, A., & Chattopadhyay, A. (2022). Prevalence and potential determinants of chronic disease among elderly in India: rural-urban perspectives. *Plos one*, 17(3), e0264937.
- McMichael, A. J. (2000). The urban environment and health in a world of increasing globalization: issues for developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(9), 1117-1126.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2002). *Health promotion in nursing practice* (4th ed.) New Jersey: Pearson Education.
- Porter, C. M. (2016). Revisiting Precede-Proceed: A leading model for ecological and ethical health promotion. *Health Education Journal*, 75(6), 753-764.
- World Health Organization. (2012). *Ottawa charter for health promotion*. Retrieved from <https://www.who.int/publications/item/WH-1987>

