

The Causal Relationship Model of Health Empowerment and Health Literacy Affect Community Health Problem Solving Behavior by Participation Approach¹

Kamon Arjdee², Ungsinun Intarakamhang³, Kanchana Patrawiwat⁴, and Wirin Kittipichai⁵

Received: March 17, 2020 Revised: June 7, 2020 Accepted: June 9, 2020

Abstract

The purpose of this study was to empirically validate the causal relationship model of health empowerment and health literacy affecting community health problem solving behavior by participation approach among students. The sample consisted of 760 undergraduate students. Proportion stratified random sampling was used. Questionnaires were used to collect data, with Cronbach's Alpha coefficient between 0.87 to 0.97. Data were analyzed by structural equations modeling technique. The results showed that the proposed model fitted with the empirical data ($\chi^2 = 333.57$, $df = 77$, $p < .01$, $RMSEA = .066$, $GFI = 0.94$, $AGFI = 0.91$, $CFI = .99$, $TLI = .98$, $SRMR = .043$). The result of path analysis showed that the factors which have the total effects on the community health problem solving behavior by participation approach were social contextual resources, self-efficacy in community health problem solving (TE = .53, TE = .34 respectively). Health literacy have the direct effects on self-efficacy in community health problem solving (DE = .92). Health literacy have the indirect effects on community health problem solving behavior by participation approach (IE = .31) Therefore, the approach to promote community health problem solving behaviors by participation approach in public health students should first assess the social contextual resources and then promote knowledge and understanding about self-efficacy in community health problem solving. While also creating of health literacy in each area relating to community health problem solving behavior by participation approach.

Keywords: Community health problem solving behavior, Participation, Personal resources, Social contextual resources.

¹ This paper submitted in partial fulfillment of Doctoral dissertation in Applied Behavioral Science Research, Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University

² Graduate student, Doctoral degree in Applied Behavioral Science Research, Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University. E-mail: kamonarjdee@gmail.com

³ Associate Professor at Behavioral Sciences Research Institute, Srinakharinwirot University

⁴ Assistant Professor at Behavioral Sciences Research Institute, Srinakharinwirot University

⁵ Assistant Professor at Faculty of Public Health, Mahidol University

รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรม การแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม¹

กมล อาจดี² อังศิรินทร์ อินทรกำแหง³ กาญจนา ภัทรวิวัฒน์⁴ และ วิริณธ์ กิตติพิชัย⁵

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อทดสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษา ตัวอย่างคือนักศึกษาปริญญาตรี จำนวน 760 คน ได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วน รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.87 ถึง 0.97 และใช้การวิเคราะห์สมการโครงสร้างเชิงเส้นในการตรวจสอบความกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุมีกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ หลังจากการปรับโมเดลด้วยค่าสถิติที่ยอมรับได้ ($\chi^2 = 333.57$, $df = 77$, $p < .01$, $RMSEA = .066$, $GFI = 0.94$, $AGFI = 0.91$, $CFI = .99$, $TLI = .98$, $SRMR = .043$) ผลการทดสอบเส้นอิทธิพล พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลรวมสูงสุดต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ได้แก่ แหล่งทรัพยากรบริบทสังคม รองลงมา การรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน ($TE = .53$, $TE = .34$ ตามลำดับ) ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน ($DE = 0.92$) และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ($IE = 0.31$) ดังนั้น แนวทางส่งเสริมพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมในกลุ่มนักศึกษาสาธารณสุขควรเริ่มจากการประเมินแหล่งทรัพยากรบริบทสังคมเป็นลำดับแรก และจากนั้นส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน ควบคู่กับสร้างความรู้ด้านสุขภาพในแต่ละด้านที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน อย่างมีส่วนร่วม แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล แหล่งทรัพยากรบริบทสังคม

¹ บทความวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ระดับดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

² นิสิตปริญญาเอก สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
อีเมล: kamonarjdee@gmail.com

³ รองศาสตราจารย์ ประจำสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ อีเมล: ungsinun@gmail.com

⁴ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

⁵ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ที่มาและความสำคัญของปัญหาวิจัย

การแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมมีความสำคัญ เนื่องจากรูปแบบการเกิดโรคที่มีการเพิ่มขึ้นของอัตราการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและอุบัติเหตุ หน้าที่ของผู้ให้บริการสุขภาพได้เปลี่ยนเป็นผู้ให้การสนับสนุนสุขภาพ การดูแลสุขภาพเป็นหน้าที่ของประชาชนทุกคน ประชาชนจึงแสดงบทบาทเชิงรุก (active) ด้วยการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชน สุขภาพชุมชนเป็นการมองสุขภาพของทุกคนหรือประชากรของชุมชนโดยรวม เพื่อส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณที่ดีของทุกคน (Khungtumneam, 2016) การแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนต้องใช้กระบวนการในการดูแลสุขภาพชุมชน ซึ่งเป็นวิธีการศึกษาภาวะสุขภาพและความต้องการของประชาชนเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาร่วมกับชุมชน โดยต้องมีกระบวนการประเมินปัญหาสุขภาพชุมชนที่ชัดเจนและสอดคล้องกับสภาพจริง ใช้เครื่องมือหลายอย่างประกอบ เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การใช้แบบสอบถาม เป็นต้น และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เพื่อกำหนดปัญหาและความต้องการของชุมชน วางแผนเพื่อแก้ไขปัญหา ดำเนินการตามแผนร่วมกับชุมชนและประเมินผลการปฏิบัติงานร่วมกันเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานเพื่อสร้างสุขภาพของคนในชุมชนต่อไป ระบบบริการสุขภาพจึงได้มุ่งเน้นงานสร้างเสริม และป้องกันโรคมามากขึ้น บุคลากรสุขภาพที่จะดำเนินงานนี้จึงเป็นบุคลากรสุขภาพที่ทำงานในพื้นที่ระดับชุมชน ทั้งนักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานทันตภิบาล คุณลักษณะขีดความสามารถของบุคลากรสุขภาพเหล่านี้ ควรมีความสอดคล้องกับสถานการณ์ หรือระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป (Sawaengdee et al., 2017) การพัฒนาศักยภาพและความสามารถของชุมชนที่ร่วมกันขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนให้มีสุขภาพที่ดี ทั้งภาวะของบุคคลทางกาย จิต ปัญญา และสังคมที่สมบูรณ์ จึงเป็นการเปลี่ยนกระบวนการทัศนในการดูแลสุขภาพของตนเองของชุมชนให้พึ่งตนเองได้ ซึ่งต่างจากการบริการสุขภาพเฉพาะบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ทั้งนี้สภาพบริบทในชุมชนเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย เช่น ด้านสังคมวัฒนธรรม ประเพณี ค่านิยมของชุมชน เป็นต้น และบุคลากรสาธารณสุขในชุมชนต้องมีความเข้าใจในลักษณะของชุมชน เพื่อกำหนดรูปแบบการทำงานชุมชนที่ไม่เหมือนกันในแต่ละชุมชน ประกอบกับกระบวนการมีส่วนร่วม เป็นหัวใจสำคัญของการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนในทุกๆระดับ ที่ก่อให้เกิดพลังของทุกฝ่ายร่วมกันคิด ร่วมกันทำและร่วมกันรับผิดชอบต่อแทน อันนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพภายในชุมชนร่วมกัน (Walaisathien et al., 2003) และก่อให้เกิดกำลังแรงใจและปัญญาให้กับชุมชนอย่างยั่งยืน (Srimala et al., 2018; Powwattana et al., 2018) หากบุคลากรสาธารณสุขมีศักยภาพในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมจึงย่อมเป็นแนวทางหนึ่งในการพัฒนาระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผล (Ratchathawan et al., 2018)

พระราชบัญญัติวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน ได้กำหนดอัตลักษณ์ (identity) มาตรฐานวิชาชีพและจรรยาบรรณไว้ว่า บุคลากรสาธารณสุขจะต้องมีความเชี่ยวชาญในเรื่องสุขภาพชุมชน ทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในชุมชน ด้วยทักษะที่เน้นชุมชนเป็นฐาน (community based skill) (Chuengsatiansup, 2011) รวมถึงการให้บริการทางวิชาการแก่สังคมโดยเน้นความร่วมมือกับชุมชนและการให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุข ซึ่งสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างทั่วถึงและมีศักยภาพสูงขึ้น สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลในเรื่องการศึกษาและเรียนรู้และแผนการปฏิรูปประเทศด้านการสาธารณสุข จึงเป็นความท้าทายของ

หลักสูตรในการผลิตบัณฑิตให้มีความรู้ทักษะการแก้ปัญหาชุมชนที่เน้นชุมชนเป็นฐาน แต่พบปัญหาที่สำคัญจากการศึกษาของ Sawaengdee et al. (2017) พบว่า ควรเพิ่มคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของกำลังคนด้านสุขภาพที่อยู่ในความรับผิดชอบการผลิตของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ผู้บริหารระดับส่วนภูมิภาค หัวหน้างาน ผู้ร่วมงาน อาจารย์ ผู้สอน และความคิดเห็นของประชาชนผู้มารับบริการส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าควรสร้างคุณลักษณะที่พึงประสงค์เพิ่มเติม คือ ความสามารถในการวินิจฉัยชุมชน การเข้าถึงความต้องการของชุมชน การทำงานร่วมกับชุมชน การทำงานในเชิงรุก สอดคล้องกับผลวิจัยของ Department of Community Public Health (2015) ได้รับการประเมินจากผู้ใช้บัณฑิตอยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำกว่าร้อยละ 50 ในด้านใฝ่รู้ (ประกอบด้วยความรู้ในการปฏิบัติงานร้อยละ 30.8 - 33.3 การพัฒนาตนเองร้อยละ 41) ด้านจิตบริการ (ทักษะในการปฏิบัติงานร้อยละ 38.5) ด้านวินัย (ความร่วมมือ ความสามัคคีร้อยละ 41.0 - 43.6) และที่ผ่านมานักสาธารณสุขยังมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนว่า แนวคิดการมีส่วนร่วมเป็นเพียงการให้โอกาสกับประชาชนในการเข้าร่วมกิจกรรม/ผ่านเวทีประชาพิจารณ์เท่านั้น แต่ในความหมายที่แท้จริงแล้วกลับมีความลุ่มลึกและท้าทายกว่านั้นมาก (Walaisathien et al., 2003; Chompunth, 2012) จึงส่งผลให้การมีส่วนร่วมของประชาชนไม่ประสบความสำเร็จ ในการส่งเสริมและสนับสนุนให้นักศึกษาสามารถแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องทราบถึงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุขที่จะเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่มีคุณภาพต่อไปในอนาคต ในการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ (health empowerment) ของ Shearer (2009) และ Shearer et al. (2010) กำหนดปัจจัย 2 ด้าน คือ ด้านทรัพยากรบุคคล ได้แก่ ความเจริญงอกงามในตน การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต และการยอมรับตนเอง ด้านทรัพยากรบริบทสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และการใช้บริการทางสังคม บูรณาการกับโมเดลตามเหตุผลเพื่อการวิเคราะห์ในการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Berkman et al., 2011) ที่อธิบายว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพคือ สุขภาวะ (well-being) ได้แก่ สุขภาวะชุมชน (community well-being) โดยผ่านผลลัพธ์คั่นกลาง ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน และพฤติกรรมแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่นำมาสู่การพัฒนาแบบความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างทางพฤติกรรมในครั้งนี้ได้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีผลต่อพฤติกรรมแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุขพร้อมค้นหาปัจจัยที่มีอิทธิพลสำคัญในงานวิจัยครั้งนี้ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้พัฒนาคุณภาพการจัดการศึกษาให้สอดคล้องกับความต้องการด้านสาธารณสุขของประเทศ

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อทดสอบความสอดคล้องของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุขกับข้อมูลเชิงประจักษ์
- 2) เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

พฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม เป็นการบูรณาการแนวคิดการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ (Khaopatunthip, 2013; Ratchathawan et al., 2018) กับพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน (Khungtumneam, 2016; McNamara, 1999) นำสู่การให้นิยามของพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม หมายถึง การแสดงออกของนักศึกษาที่มีต่อการแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชนโดยเปิดโอกาสให้สมาชิก/ผู้แทนในชุมชนเข้ามาร่วมในทุกกิจกรรม ด้วยการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ร่วมกันจากการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน ทั้งผลประโยชน์ทางด้านวัตถุและทางด้านจิตใจในพื้นฐานที่เท่าเทียมกันจะมีอยู่ในทุกขั้นตอนของการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน ทั้งนี้พฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) ด้านการตัดสินใจอย่างมีส่วนร่วม หมายถึง การแสดงออกของนักศึกษาที่มีต่อการแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชนโดยเปิดโอกาสให้สมาชิก/ผู้แทนในชุมชนเข้ามาร่วมตัดสินใจ ในการทำความเข้าใจปัญหา การระบุนสาเหตุของปัญหา การเลือกวิธีแก้ปัญหา การวางแผนในการดำเนินงานในการตัดสินใจกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพชุมชน 2) ด้านการปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วม หมายถึง การแสดงออกของนักศึกษาที่มีต่อการแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชนโดยเปิดโอกาสให้สมาชิก/ผู้แทนในชุมชนเข้ามาร่วมสนับสนุนทรัพยากร ช่วยลดเวลา แรงงาน หรือสละทรัพย์สินส่วนตัวเพื่อใช้ในกิจกรรมของสุขภาพชุมชนตามกำลังความสามารถของตน รวมถึงการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน และ 3) ด้านการประเมินผลอย่างมีส่วนร่วม หมายถึง การแสดงออกของนักศึกษาที่มีต่อการแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชนโดยเปิดโอกาสให้สมาชิก/ผู้แทนในชุมชนเข้ามาร่วมติดตามความก้าวหน้า ความสำเร็จของการดำเนินกิจกรรม ติดตามปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น และได้ร่วมประชุมเสนอแนะปรับปรุงแนวทางการดำเนินกิจกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน

สำหรับแนวคิดในการวิเคราะห์สาเหตุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ผู้วิจัยได้อธิบายโดยประยุกต์ใช้ 2 ทฤษฎีหลัก ได้แก่ 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) และ 2) โมเดลตามเหตุผลเพื่อการวิเคราะห์ในการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ (Berkman et al., 2011) ที่อธิบายว่าความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพคือ สุขภาวะ (well-being) โดยผ่านผลลัพธ์คั่นกลาง ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นต้น

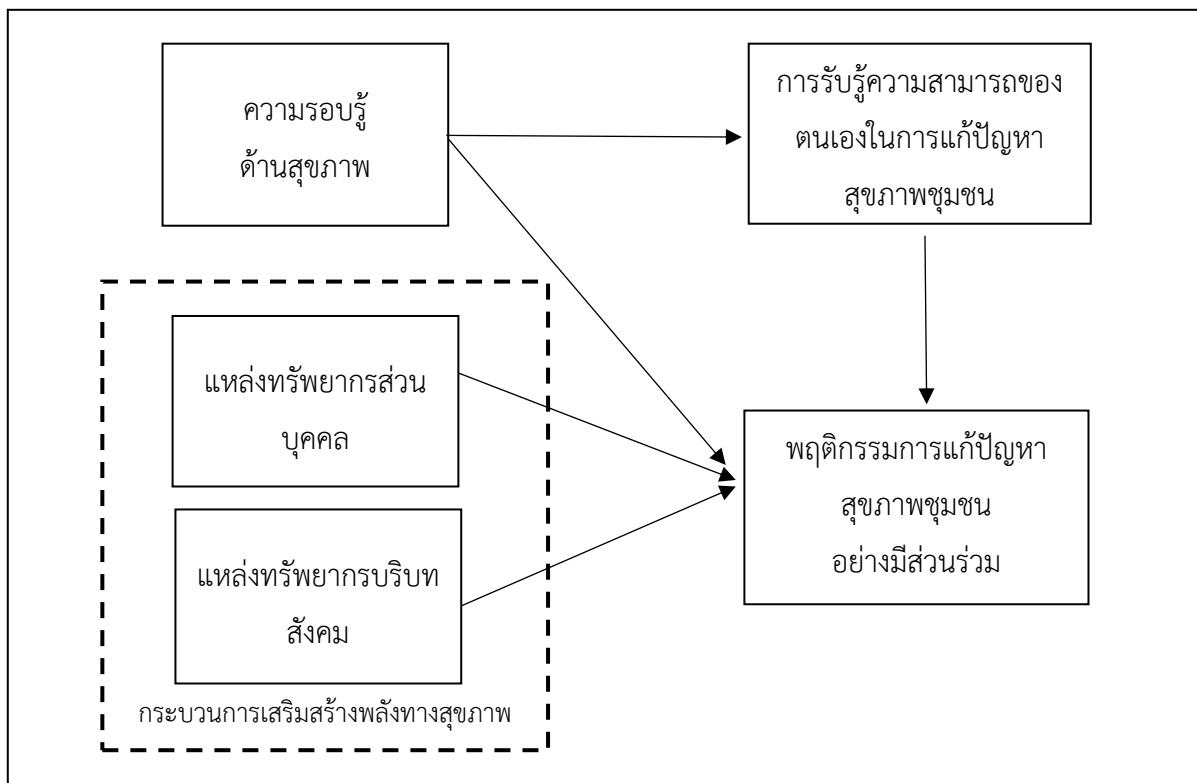
ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ กระบวนการที่ช่วยเสริมสร้างความสามารถและพัฒนาศักยภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน โดยนักสาธารณสุขมีบทบาทผู้สร้างเสริมพลังใจและสร้างแรงจูงใจให้ชุมชนเรียนรู้มองเห็นคุณค่าของตนเองด้วยการมีสัมพันธภาพที่ดี ทำให้ชุมชนไว้วางใจ ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และเสริมพลังให้เชื่อมั่นในการดูแลตนเอง และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เมื่อต้องการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ เพื่อให้ นักศึกษาเกิดพฤติกรรมการแก้ปัญหาทางด้านสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม แต่หากขาดความรู้และทักษะทางด้าน

สุขภาพก็จะทำให้นักศึกษาไม่สามารถแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมนั้นได้ ซึ่ง Berkman et al. (2011) ได้เสนอโมเดลเชิงเหตุผลเพื่อการวิเคราะห์การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ (a logic model for analyzing studies of health literacy) พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม เนื่องจาก ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ส่งผลต่อเจตนาในการกระทำพฤติกรรม ทั้งนี้ ความรู้ด้านสุขภาพสามารถช่วยสนับสนุนความสำเร็จในการทำงานด้านสุขภาพและการเข้าถึงคุณภาพในการดูแลสุขภาพของประชาชนได้ (Choeisuwat, 2017; Coleman et al., 2012) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ จึงได้นำตัวแปรทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพ และตัวแปรการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพชุมชน มาอธิบายและทำนายพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมมา กำหนดเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยดังรายละเอียดในภาพประกอบ 1

ภาพประกอบ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



สมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานหลักของการวิจัย คือ รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุตามสมมติฐาน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีสมมติฐานย่อยตามเส้นทางอิทธิพลของตัวแปรในรูปแบบความสัมพันธ์ ได้แก่

- 1) พฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมได้รับอิทธิพลทางตรงจากแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล
- 2) พฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมได้รับอิทธิพลทางตรงจากแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม
- 3) พฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมได้รับอิทธิพลทางตรงจากความรู้ด้านสุขภาพ

4) พฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมได้รับอิทธิพลทางตรงจากการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน 5) พฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมได้รับอิทธิพลทางอ้อมจากความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยผ่านการรับรู้ความสามารถตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน 6) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนได้รับอิทธิพลทางตรงจากความรอบรู้ด้านสุขภาพ

วิธีการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล โดยได้รับความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยและให้ข้อมูล ตามใบรับรองจริยธรรมการวิจัย หมายเลขรับรอง SWUEC/X/G-193/2562 จากสถาบันยุทธศาสตร์ทางปัญญาและวิจัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และได้มีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

การกำหนดประชากรและการเลือกตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ นักศึกษาสาธารณสุขระดับปริญญาตรี ระดับชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 ที่กำลังศึกษาในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก จำนวน 7 แห่ง รวมจำนวนทั้งสิ้น 1,074 คน สำหรับการเลือกตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์โครงสร้างความสัมพันธ์ปัจจัยเชิงสาเหตุแบบมีตัวแปรแฝง (causal structural model with latent variable) และใช้วิธีการประมาณค่าแบบแมกซ์ลิคไลฮูด (maximum likelihood) การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามการแนะนำของ Comrey and Lee (1992) และ Velicer and Fava (1998) หากต้องการความมั่นใจในการทดสอบมากขึ้นควรใช้กลุ่มตัวอย่าง 300 หน่วยขึ้นไปถือว่าดี (as a good) ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งเป็นกลุ่มนักศึกษาสาธารณสุขสาขาสาธารณสุขชุมชน จำนวน 380 คน และกลุ่มนักศึกษาสาธารณสุข สาขาทันตสาธารณสุข จำนวน 380 คน รวมทั้งหมด 760 คน ซึ่งเป็นขนาดที่มากพอที่จะทำให้มีความเชื่อมั่นในผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วนของประชากรในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร 7 แห่ง (stratified random sampling) และกำหนดสัดส่วนตามกลุ่มหลักสูตร เท่าๆ กัน กลุ่มละ 380 คน และทำการสุ่มตามสัดส่วนของประชากรระหว่างประชากรต่อหน่วยตัวอย่าง เท่ากับ 1:0.7 (proportional stratified sampling) ในแต่ละวิทยาลัยจนครบจำนวนกลุ่มละ 380 คน รวม 760 คน แต่เนื่องจากอาจมีผลจากจำนวนตอบกลับและส่งคืนแบบสอบถาม (response rate) ที่อาจมีสัดส่วนที่ไม่สูง ผู้วิจัยจึงพิจารณาเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแจกแบบสอบถามกับทุกหน่วยของกลุ่มประชากร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 2 ตอน ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม ตอนที่ 2 เป็นแบบวัดเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล แหล่งทรัพยากรบริบทสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่งผลต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข จำนวน 5 ฉบับ สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.60-0.80 และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัก (Cronbach's Alpha Coefficient) ตรวจสอบความเชื่อมั่นและตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้ 1) พฤติกรรม

การแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม 2) แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล 3) แหล่งทรัพยากรบริบทสังคม 4) การรับรู้ความสามารถตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน 5) ความรอบรู้ทางสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายในแบบอัลฟาทั้งฉบับเท่ากับ 0.96, 0.91, 0.87, 0.93, 0.97 ตามลำดับ และผลการทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างพบที่มีความตรงเชิงโครงสร้างในทุกตัวแปร โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบรายข้อคำถามจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน อยู่ระหว่าง 0.79-0.91, 0.39-0.85, 0.61-0.83, 0.72-0.86, 0.60-0.88 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นโดยการหาค่าสถิติพื้นฐาน และ 2) การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุตามสมมติฐานการวิจัยกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยใช้โปรแกรม LISREL โดยใช้การประมาณค่าพารามิเตอร์ของแบบจำลองด้วยวิธี Maximum Likelihood โดยใช้สถิติการตรวจสอบความกลมกลืนของแบบจำลอง (goodness-of-fit-index) ตามเกณฑ์ในทางปฏิบัติ (the rule of thumb) ดังนี้ RMSEA อยู่ระหว่าง .05 - .08, CFI และ TLI มากกว่า .90 และ SRMR น้อยกว่า .50 (Kline, 2005; Bollen, 1989)

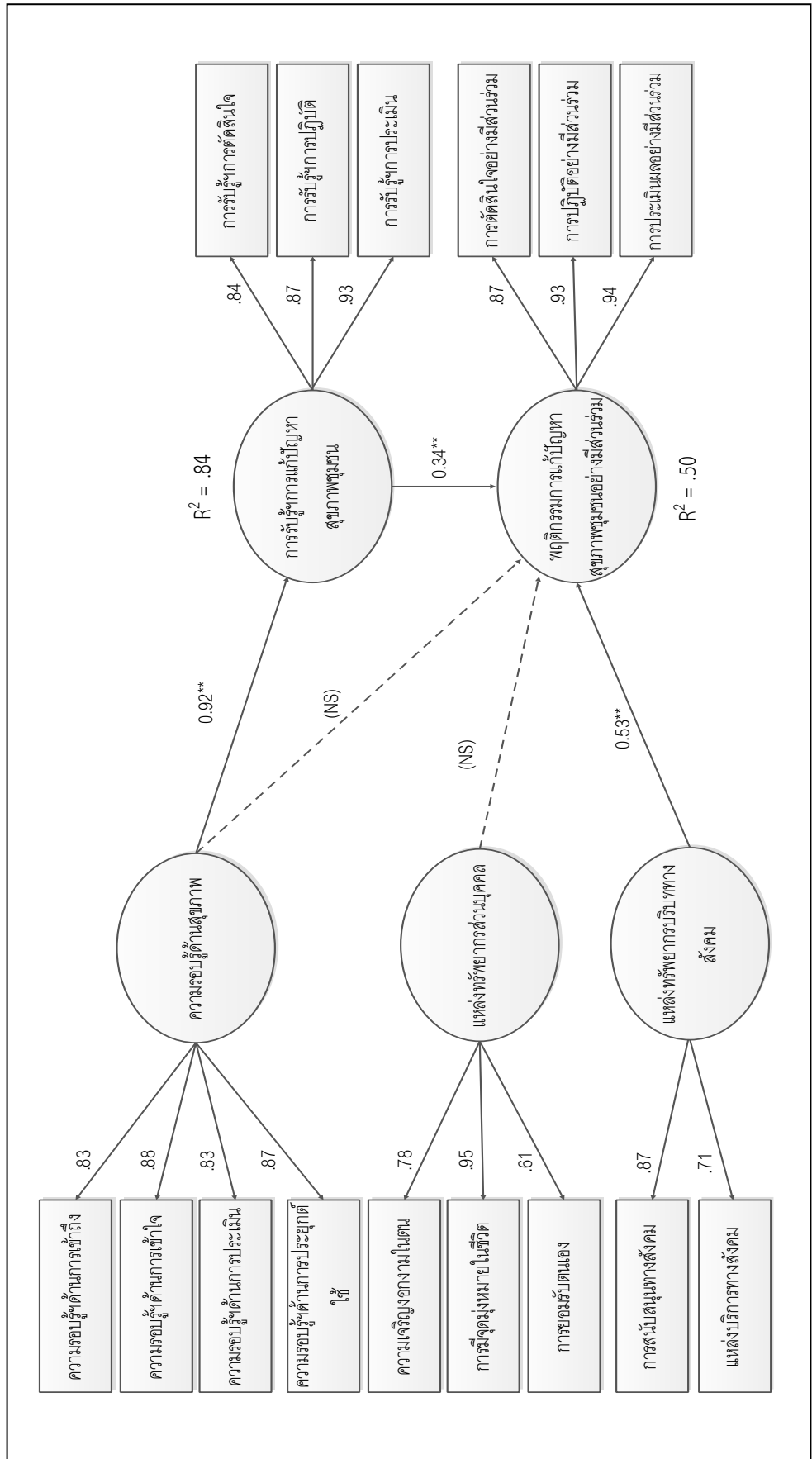
ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 760 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 85.70 ส่วนใหญ่อยู่วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี คิดเป็นร้อยละ 15.80 รองลงมาคือวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี คิดเป็นร้อยละ 15.70 ส่วนใหญ่อยู่ปีที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 54.20 อายุส่วนใหญ่ 21 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.80 รองลงมาคือ 22 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.30 อายุเฉลี่ย เท่ากับ 21.68 ปี (SD = 1.51) อายุต่ำสุด คือ 20 ปี อายุสูงสุด คือ 39 ปี เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตทั้ง 15 ตัวแปร พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ อยู่ระหว่าง .005 ถึง .74

จากการทดสอบความกลมกลืนของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมแก้ปัญหสุขภาพชุมชนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยใช้การประมาณค่าด้วยวิธี Maximum Likelihood พบว่า แบบจำลองมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับที่ยอมรับได้ ได้แก่ $\chi^2 = 333.57$, $df = 77$, $p < .01$, $RMSEA = .066$, $GFI = 0.94$, $AGFI = 0.91$, $CFI = .99$, $TLI = .98$, $SRMR = .043$ ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ของตัวแปรพฤติกรรมแก้ปัญหสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหสุขภาพชุมชน ได้ร้อยละ 50 และ 84 ตามลำดับ พฤติกรรมแก้ปัญหสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมได้รับอิทธิพลทางตรงจากแหล่งทรัพยากรบริบทสังคมและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหสุขภาพชุมชน ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.53 และ 0.34 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ตามลำดับ พฤติกรรมแก้ปัญหสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมได้รับอิทธิพลทางอ้อมจากความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยผ่านการรับรู้ความสามารถตนเองในการแก้ปัญหสุขภาพชุมชน ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.31 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหสุขภาพชุมชนได้รับอิทธิพลทางตรงจากความรอบรู้ด้านสุขภาพ ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.92 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนพฤติกรรมแก้ปัญหสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมได้รับอิทธิพลทางตรงจากแหล่งทรัพยากรทางสังคมและความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังแสดงในภาพประกอบ 2 และตาราง 1

ภาพประกอบ 2

รูปแบบความสัมพันธ์ของการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาของนักศึกษาสาธารณสุข



ตาราง 1

ผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม อิทธิพลรวม ของตัวแปรภายนอกที่มีต่อตัวแปรภายใน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุคูณกำลังสองของตัวแปร

ตัวแปรภายนอก	ตัวแปรภายใน					
	การรับรู้ความสามารถของตนเองใน การแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน ($r^2 = .77$)			พฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพ ชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ($r^2 = .46$)		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE
แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล	-	-	-	0.00	-	0.00
แหล่งทรัพยากรบริบทสังคม	-	-	-	.53**	-	.53**
การรับรู้การแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน	-	-	-	.34**	-	.34**
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	.92**	-	.92**	-.11	.31**	.20**

DE หมายถึง อิทธิพลทางตรง (Direct effect) IE หมายถึง อิทธิพลทางอ้อม (Indirect effect) TE หมายถึง อิทธิพลรวม (Total effect)

**หมายเหตุ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p < .01$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการทดสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเสริมสร้างพลังและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก พบว่า รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่พัฒนาขึ้นมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ภายหลังจากปรับค่าดัชนีความกลมกลืนส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลตามสมมติฐานย่อยของการวิจัย แสดงตามตาราง 2 และสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ตาราง 2

สรุปผลการวิเคราะห์และผลการทดสอบสมมติฐาน

สรุปผล	ผลการทดสอบสมมติฐาน	
	เป็นไปตาม	ไม่เป็นไปตาม
	สมมติฐาน	สมมติฐาน
อิทธิพลของแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล		
H1 _{DE} : ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม (.00) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ		✓
อิทธิพลของแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม		
H2 _{DE} : ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม (.53**)	✓	

ตาราง 2 (ต่อ)

สรุปผล	ผลการทดสอบสมมติฐาน	
	เป็นไปตาม สมมติฐาน	ไม่เป็นไปตาม สมมติฐาน
อิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพ		
H3 _{DE} : ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม (-.11) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ		✓
H5 _E : ส่งผลโดยอ้อม (ผ่านการรับรู้ความสามารถตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน) ไปยังต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม (.31**) ✓	✓	
H6 _{DE} : ส่งผลโดยตรงต่อการรับรู้ความสามารถตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน (.92**) ✓	✓	
อิทธิพลของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน		
H4 _{DE} : ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม (.34**) ✓	✓	

หมายเหตุ ** p < .01 และตัวเลขในวงเล็บคือค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น ผลการวิจัยดังกล่าวจึงสรุปได้ว่า ปฏิเสธสมมติฐานย่อยข้อที่ 1 แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลไม่ส่งผลทางตรงต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ข้อค้นพบดังกล่าวอธิบายได้ว่าในความเป็นจริงนักศึกษาสาธารณสุขเป็นวัยรุ่น ยังอยู่ในช่วงของการศึกษาเรียนรู้องค์ความรู้ต่างๆ ยังไม่ครบตามหลักสูตร ยังไม่สำเร็จการศึกษา ดังนั้นศักยภาพแห่งตน (self-capacity) ซึ่งเป็นจุดแข็งของนักศึกษาตามแนวคิดของ Shearer (2009) ยังไม่สูง เป้าหมายในชีวิตของนักศึกษายังไม่เด่นชัด โดยเฉพาะการยอมรับตนเองด้านความรู้ความสามารถยังมีน้อย สาเหตุเนื่องจากประสบการณ์ในการทำงานชุมชนในพื้นที่ในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ ทำให้ไม่มีผลที่ชัดเจนกับพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม สอดคล้องตามที่ Shepard (1979) กล่าวว่า การยอมรับตนเองถือเป็นสิ่งที่ยอมรับเกิดขึ้นก่อนที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงใด ๆ และอาจลุล่วงได้โดยการหยุดพิจารณา และแก้ข้อบกพร่องของตนก่อน แล้วจึงยอมรับการเปลี่ยนแปลงนั้นให้เกิดขึ้นกับตนได้นั้นคือการยอมรับให้เกิดข้อบกพร่องขึ้นกับตนเองได้เพียงบางส่วนเท่านั้น แต่ในนักศึกษาอาจจะเห็นข้อบกพร่องในตนมากกว่าจุดเด่นที่มี นักศึกษานั้นจะมีการยอมรับตนเองต่ำได้ซึ่งจะส่งผลต่อการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Nunkong (2018) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและศักยภาพของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรังกับความสามารถในการแก้ปัญหาและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน

พบว่า ศักยภาพของนักศึกษาด้านเป้าหมายในชีวิต ด้านความเป็นตัวของตัวเอง ไม่มีศักยภาพด้านใดที่อยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่านักศึกษายังไม่ค่อยมีภาวะผู้นำ และยังขาดความมั่นใจในตนเอง

ผลการศึกษาพบว่า แหล่งทรัพยากรบริบทสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ตามสมมติฐานย่อยข้อที่ 2 โดยที่ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างแหล่งทรัพยากรบริบทสังคมและพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม อธิบายได้ด้วยทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพของ Shearer et al. (2010) ที่อธิบายว่า กระบวนการสำคัญที่ทำให้เกิดการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ เกิดมาจากแหล่งหรือปัจจัยภายนอกตัวบุคคล นั่นคือ แหล่งทรัพยากรบริบทสังคม (social resources) ซึ่งหมายถึง การที่นักศึกษามีแหล่งทางด้านสังคมที่มีอยู่ และได้รับการสนับสนุนเพื่อเผชิญกับชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และ แหล่งบริการทางสังคม ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับการวิจัยของ Yodkung and Jitaram (2010) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการศึกษาชุมชนของนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรชั้นสูงสาธารณสุขศาสตร์ (สาธารณสุขชุมชน) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมในการศึกษาชุมชนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการศึกษาชุมชนของนักศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้ งานวิจัยของ Sulaeman et al. (2017) ศึกษารูปแบบการเสริมสร้างพลังในชุมชน (community empowerment) ที่มีต่อความสามารถในการแก้ปัญหาสุขภาพ: การศึกษาโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในประเทศอินโดนีเซีย พบว่า ทูตทางสังคม ร่วมกับปัจจัยอื่นๆ สามารถทำนายความสามารถในการแก้ปัญหาสุขภาพได้ร้อยละ 64.2

ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น ผลการวิจัยดังกล่าวจึงสรุปได้ว่า ปฏิเสธสมมติฐานย่อยข้อที่ 3 โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ส่งผลทางตรงต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ข้อค้นพบดังกล่าวอธิบายได้ด้วยแนวคิดของ Berkman et al. (2011) ที่อธิบายว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยผ่านผลลัพธ์คั่นกลางที่หลากหลายทั้งด้านคุณลักษณะบุคคล เช่น ความรู้ การรับรู้ความสามารถ การกำกับตนเอง ทักษะพฤติกรรม และสภาพแวดล้อมทางสังคม เช่น บรรทัดฐานทางสังคม ระบบบริการสุขภาพ การสนับสนุนจากผู้ให้บริการสุขภาพ และยังมีความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคลระหว่าง อายุ เชื้อชาติ หรือภูมิหลังทางวัฒนธรรม และประสิทธิภาพของการจัดกิจกรรม ที่เป็นตัวแปรกำกับให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์สุดท้ายที่แตกต่างกันได้ ฉะนั้นความรอบรู้ด้านสุขภาพปัจจัยเดียวอาจจะไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมได้ ทั้งนี้ผู้วิจัยมีความเห็นว่าผลลัพธ์คั่นกลางที่ต้องคำนึงถึง เช่น นักศึกษาจะต้องมีตัวส่งผ่านในการให้บริการกับประชาชนนักศึกษาต้องเป็นบุคคลที่มีจิตบริการ (service mind) ร่วมด้วย แต่พบว่าการมีจิตบริการของนักศึกษาอาจจะยังมีน้อย ทำให้พฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมมีน้อย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Jandai et al. (2018) ศึกษาพัฒนาโมเดลการวัดจิตบริการของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรทั้ง 9 ด้าน การแก้ปัญหาที่เป็นส่วนหนึ่งของการวัดจิตบริการด้วย พบว่า นักศึกษาที่เรียนในระดับชั้นที่สูงขึ้น คือ ในชั้นปีที่ 3 มีจิตบริการลดลงเกือบทุกด้าน และเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในชั้นปีที่ 4 ซึ่งผู้ทำงาน

บริการจะต้องให้บริการแก่ผู้รับบริการด้วยจิตใจที่รักงานบริการและแสดงออกถึงความเอาใจใส่ต่อผู้รับบริการอย่างแท้จริง การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียวอาจจะไม่เพียงพอ

ผลการศึกษากลับพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม โดยผ่านการรับรู้ความสามารถตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ตามสมมติฐานย่อยข้อที่ 5 และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้ความสามารถตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.92 ตามสมมติฐานข้อที่ 6 ผลของการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ยิ่งนักศึกษาศาสนาธรรมมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าใจ ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการประเมินและความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการประยุกต์ใช้ ตามแนวคิดของ Sorensen (2013) มากเท่าไร ก็จะช่วยส่งเสริมให้นักศึกษามีพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมมากขึ้นด้วย โดยผ่านการรับรู้ความสามารถตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยผ่านผลลัพธ์คั่นกลาง เช่น การรับรู้ความสามารถ ที่เป็นตัวแปรกำกับให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์สุดท้ายที่แตกต่างกันได้ ข้อค้นพบดังกล่าวสามารถอธิบายจากแนวคิดของ Bandura (1997) กล่าวว่า ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเป็นสิ่งที่ดีตราบใบบุคคลจะสามารถกระทำพฤติกรรมใดๆ นั้นได้หรือไม่ ซึ่งความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถของตนเองนี้จะมีผลกระทบต่อทั้งความคิด ความรู้สึกและแรงจูงใจที่บุคคลมีต่อตนเอง รวมถึงพฤติกรรมที่บุคคลกระทำ การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสำคัญต่อแรงจูงใจและการบรรลุเป้าหมายของบุคคล การที่บุคคลใดมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งสูง บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นสูง แต่ถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมนั้นต่ำ บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นต่ำ หรืออาจไม่ทำพฤติกรรมนั้นก็ได้ ดังนั้นสิ่งหนึ่งที่มีความสำคัญที่จะส่งผลต่อความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองนั้นคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษานั้นเอง ถ้า นักศึกษามีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีจะก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ซึ่งผลจะแตกต่างกับนักศึกษาที่ไม่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับการวิจัยของ Jones et al. (2016) ศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นตัวคั่นกลางอิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่มีต่อสุขภาพช่องปากในกลุ่มประชากรชาติพันธุ์ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำมีอิทธิพลต่อสุขภาพช่องปากที่ไม่ดี โดยผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Kim and Yu (2010) ศึกษาอิทธิพลคั่นกลางของการรับรู้ความสามารถตนเองที่มีต่อความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและสถานะทางสุขภาพในผู้สูงวัยชาวเกาหลี พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำมีอิทธิพลทางอ้อมต่อสถานะทางสุขภาพกายและจิตที่ไม่ดี โดยผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนผลการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ตามสมมติฐานข้อที่ 4 ข้อค้นพบดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การรับรู้ความสามารถตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน คือ การที่

นักศึกษามีความเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน ทั้งด้านการตัดสินใจ ด้านการปฏิบัติการ และด้านการประเมินผล จะส่งผลต่อพฤติกรรมในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาเอง ข้อค้นพบดังกล่าวอธิบายด้วยแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) ที่กล่าวว่า ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเป็นสิ่งที่ตัดสินว่าบุคคลจะสามารถกระทำพฤติกรรมใดๆ นั้นได้หรือไม่ และข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับการวิจัยของ Rhainpumikarkit (2008) ศึกษาปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยทางจิตและสังคมที่ส่งผลต่อการทำงานให้การปรึกษาของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนต่อการทำงานให้การปรึกษา ร่วมกับปัจจัยอื่นๆ สามารถทำนายการทำงานให้การปรึกษาได้ร้อยละ 58.2 เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Yodkung and Jitaram (2010) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการศึกษาชุมชนของนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงสาธารณสุขศาสตร์ (สาธารณสุขชุมชน) พบว่า ความสามารถแห่งตนในการศึกษาชุมชนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการศึกษาชุมชนของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เช่นเดียวกับ Jitaram and Kitsanapun (2015) ศึกษาพฤติกรรมในการแก้ปัญหาทันตสาธารณสุขในชุมชนของนักศึกษาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ทันตสาธารณสุข) พบว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการแก้ปัญหาทันตสาธารณสุขในชุมชนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการแก้ปัญหาทันตสาธารณสุขในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าตัวแปรสาเหตุ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนและแหล่งทรัพยากรบริบทสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนโดยผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน เมื่อพิจารณาจากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนมีความสำคัญ เพราะถึงแม้นักศึกษาจะมีความรอบรู้ทางสุขภาพแต่ก็ไม่ส่งผลทางตรงต่อพฤติกรรมในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมได้ แต่ความรอบรู้ด้านสุขภาพต้องมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนเป็นตัวส่งผ่าน ดังนั้นข้อค้นพบในงานวิจัยนี้จะเป็นแนวทางให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ เช่น วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร หรือสถาบันการศึกษาที่ผลิตบุคลากรทางด้านสาธารณสุขต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอน บูรณาการกับรายวิชาของหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ โดยเฉพาะสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาหรือปรับปรุงการฝึกประสบการณ์วิชาชีพให้กับนักศึกษาให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น โดยการสนับสนุนทั้งด้านการสนับสนุนทางสังคม สนับสนุนแหล่งบริการทางสังคมให้กับนักศึกษา ส่งเสริมให้นักศึกษามีการสร้างเครือข่ายทางสังคม และอาจารย์ผู้สอนต้องให้ความสำคัญกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนของนักศึกษา เนื่องจากการที่นักศึกษามีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งสูง บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นสูง โดยพัฒนาสมรรถนะด้านการรับรู้

ความสามารถของตนเองของนักศึกษาให้เพิ่มขึ้น เพราะถ้านักศึกษารู้ว่าตนเองนั้นมีความสามารถ จะเป็นบุคคลที่มีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอย และประสบความสำเร็จในที่สุด และสามารถนำไปปรับใช้ในการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุขศาสตร์ และพัฒนาหลักสูตรเพื่อให้นักศึกษามีสมรรถนะด้านการทำงานในชุมชนดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผลการวิจัยที่พบว่า ตัวแปรสาเหตุที่มีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ได้แก่ แหล่งทรัพยากรบริบทสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ รับรู้ความสามารถของตนเอง ในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน ข้อค้นพบดังกล่าวจึงนำมาซึ่งข้อเสนอแนะเชิงนโยบายให้หน่วยงานของสถาบันพระบรมราชชนก ทั้งระดับคณะพยาบาลศาสตร์ หรือคณะสาธารณสุขและสหเวชศาสตร์ ที่เป็นสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางในสังกัดกระทรวง นำไปกำหนดนโยบายส่งเสริมให้มีการวางแผนหรือจัดทำกลยุทธ์ โดยนำผลการวิจัยที่พบสอดแทรกในหลักสูตรเรียนการสอนทุกชั้นปี มีการจัดกิจกรรมบรรยายหรือการจัดประสบการณ์ตรงให้กับกลุ่มนักศึกษาเพื่อส่งเสริมการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ซึ่งจะทำให้นักศึกษามีสมรรถนะด้านการทำงานในชุมชนดียิ่งขึ้นที่จะตอบสนองความต้องการของระบบบริการสาธารณสุขได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการขยายขอบเขตของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มนักศึกษาหลักสูตรอื่นๆของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร เช่น นักศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทย นักศึกษาหลักสูตรเทคนิคเภสัชกรรม หรือกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มนักศึกษาของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี้อีกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสถาบันระดับอุดมศึกษาของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งผลิตและพัฒนา นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้เป็นบุคลากรที่มีคุณภาพ ซึ่งบางส่วนปฏิบัติงานในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิด้วยเช่นเดียวกัน ทั้งนี้เพื่อค้นพบความแตกต่างของกลุ่มนักศึกษา ให้มีความครอบคลุมและละเอียดมากยิ่งขึ้น ในครั้งต่อไปอาจใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม หรือสร้างโปรแกรมพัฒนา ในการเป็นเครื่องมือเพื่อทำความเข้าใจถึงคุณลักษณะที่สำคัญของพฤติกรรม การแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. Freeman.
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., Viera, A., Crotty, K., Holland, A., Brasure, M., Lohr, K. N., Harden, E., Tant, E., Wallace, I., & Viswanathan, M. (2011). *Health Literacy Interventions and Outcomes: An Updated Systematic Review*. Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- Bollen, K. A. (1989). *Structural Equations with Latent Variables*. John Wiley & Sons.
- Choeisuwan, V. (2017). Khwām rōprū dān sukkhaphāp: Næōkhit læ kān prayuk sū kān patibat phayabān [Health literacy: Concept and application for nursing practice]. *Royal Thai Navy Medical Journal*, 44(3), 183-197.

- Chompunth, C. (2012). *Kān wikhrō lak kānmi sūanruām khōng prachāchon nai “the public participation handbook: making better decisions through citizen involvement” nai bōribot prathet Thai* [A review of the public participation concept in “the public participation handbook: Making better decisions through citizen involvement” in Thai context]. *Journal of Environmental Management*, 8(1), 123-141.
- Chuengsatiansup, K. (2011). ‘Attalak læ kārōk ‘op kũ saksīwichāchīp sāthāranasuk khōng mō ‘anāmai [Identification and public health dignity of salvation for the public health officer]. *Public Health Journal*, 21(2), 9-23.
- Coleman, C., Kurtz-Rossi, S., McKinney, J., Pleasant, A., Rootman, I., & Shohet, S. (2012). *The Calgary Charter on Health Literacy: Rational and Core Principles for Development of Health Literacy*. The Center for Literacy.
- Comrey, A. L., & Lee, H. B. (1992). *A First Course in Factor Analysis* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Department of Community Public Health. (2015). *Sarup phonkān pramōēn khwāmkhithen khōng phūchai bandit tō kān patibat ngān tām krōp mātrathān phonkān rīanrū hok dān læ khunnalaksana tām ‘attalak khōng bandit thī samret kānsuksā laksūt sāthāranasuk sāttra bandit sākha wīchā sāthāranasuk chumchon run thī nung pīkānsuksā sōngphanharōjhasīpchet. Ubon Ratchathani* [Summary of The Evaluation of Graduates; Opinions on Work Performance in Accordance with the Standard Framework of Learning Outcomes in 6 Areas and Characteristics of The Graduates who have Graduated from the Bachelor of Public Health Program Community Health Program]. Sirindhorn College of Public Health Ubon Ratchathani.
- Jandai, S., Kosaiyawat, S., & Tongkhambanchong, S. (2018). *Kānphatthana mō de lakān wat chīt bōrikān khōng naksuksā wīthayālai kān sāthāranasuksīrinthōn* [A development of measurement models of service mind]. *Journal of Nursing and Education*, 11(3), 95–111.
- Jitaram, P., & Kitsanapun, A. (2015). *Phruttkam kān kae panhā thantasāthāranasuk nai chumchon khōng naksuksā sāthāranasuk sāttra bandit (thantasāthāranasuk) wīthayālai kān sāthāranasuksīrinthōn chāngwat Suphanburī* [Behavior of dental public health solving in a community among dental public health students, Sirindhorn College of Public Health, Suphanburi province]. *Thai Dental Nurse Journal*, 26(2), 1-24.

- Jones, K., Brennan, D. S., Parker, E. J., Mills, H., & Jamieson, 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(4), 350-355.
- Khaopatunthip, K. (2013). *Kānmi sūānrūām khōṅg ‘āsāsamak sāthāranasuk nai kān songscēm sukkhaphāp khōṅg rōṅphayabān songscēm sukkhaphāp tambon ‘amphœ phut monthon chāṅwat Nakhōn Pathom* [Participation of public health volunteers for tambon health promoting hospital in Bhuddha-Monton District, Nakhonpathom Province] (Master's thesis). Srinakharinwirot University, Bangkok.
- Khungtumneam, K. (2016). *Krabūānkān nai kāndūlæ sukkhaphāp chumchon: Botbat phayabān Chumchon* [Community health care process: The role of community nurse]. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 27(2), 140-148.
- Kim, S. H., & 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.
- McNamara, C. (1999). *Basic guidelines to problem solving and decision making*. <http://www.authenticityconsulting.com> <http://ieprh.alexu.edu.eg/wp-content/uploads/2018/12/problem-solving.pdf>
- Nunkong, K. (2018). *Khwāmsamphan rawāṅg patchai sūān bukkhon læ sakkayaphāp khōṅg naksuksā kap khwāmsāmāt nai kān kæ panhā læ phon samrit thāṅkān rian doī chai panhā pen lak khōṅg naksuksā laksūt prakāsāniyabat wichāchīp chan sūṅ sāthāranasuk sāt sākha wichā theknik phēsatchakam witthayalai kān sāthāranasuksirinthōṅ chāṅwat Trang*[Personal factors, students, potential, problem-solving ability, and learning achievements by using Problem-Based Learning (PBL) among students in public health program in Pharmacy Technique, Sirindhorn College of Public Health, Trang]. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 5(2), 247-248.
- Powwattana, A., Kampampakorn, S., Laamphum, S., & Rawiworakun, T. (2018). *Kānsāṅ scēm sukkhaphāp læ pōṅkan rōk nai chumchon: Kān prayuk næokhit læ thritsadi sū kān patibat (chabap prapprung)* [Health Promotion and Disease Prevention in Community: An Application of Concepts and Theories to Practices]. MN Compilopset Ltd.
- Ratchathawan, R., Kaewkrajok, T., Jongkatekit, W., Phromkeaw, P., Sumdangsan, D., & Thonglert, D. (2018). *Krabūānkān mī sūān rūām khōṅg chumchon nai kānphatthana suk phāwa* [The

- community participation process in well-being development]. *Journal of southern technology*, 11(1), 231-238.
- Rhainpumikarkit. S. (2008). *Pati samphan khōṅ patchai thāṅ chit læ sangkhom thī song phon tō kānthamngān haikān pruksā khōṅ bukkhalākōṅ sāthāranasuk sangkat suṅ bōrikān sā thān Na suk samnak 'anāmai Krung Thep Maha Nakhōṅ* [Interaction between psychological and social factors affecting counselling work of public health in public health center under health department Bangkok] (Master's thesis). Srinakharinwirot University.
- Sawaengdee, K., Ratcharom, B., Sornkettarin, A., Chanthra, R., Muangyim, K., Wattanakun, S., Plubchan, S. & Soonthorn, S. (2017). *Kānsuksā thitthāṅ kānphalit kamlang khon sākā sāthāranasuk sākā thanta sāthāranasuk læ sākā theknik phēsatchakam khōṅ Sathāban Phrabōṅmarāchanok* [A study of the healthcare workforce for community public health, dental public health and technical pharmacy under the supervision of Praboromarajchanok Institute for Health Workforce Development]. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(2), 119.
- Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2004). *A Beginner Guide to Structural Equation Modeling* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- 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., & 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.
- Sorensen, K. (2013). *Health Literacy: The Neglected European Public Health Disparity*. Maastricht University, The Netherlands.
- Srimala, R., Hunnirun, P., & Tornee, C. (2018). *Kānchatkān sukkhaphāp chumchon bæp mī suān rūām: Kōrānī suksā chumchon hāṅ nung nai chāngwat cha chōṅg thē rā* [Community health management by participation approach: A case study of Chachoengsao province]. *Research and Development Journal Humanities and Social Science*, 11(3), 159.
- Sulaeman, E. S., Karsidi, R., Murti, B., & Kartono, D. T. (2017). Community empowerment model on the ability in health problem solving: A community-based study in Indonesia. *Advanced Science Letters*, 23(1), 427-431.

- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics* (5th ed.). Pearson.
- 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). Arizona State University, Arizona.
- Velicer, W. F., & Fava, J. L. (1998). Effects of variable and subject sampling on factor pattern recovery. *Psychological Methods*, 3(2), 231-251.
- Walaisathien, P., Oun, P., Wiset, S., Banchasup, C. & Ansanaree, C. (2003). *Krabūānkān læ theknik kānthamngān khōṅ nakphatthana* [Process and Work Techniques of Developers]. The Thailand Research Fund.
- Yodkung, V., & Jitaram, P. (2010). *Patchai thi mi phon to phruttkam kānsuksā chumchon khōṅ naksuksā laksut prakāsanīyabat chan sūṅ sāthāranasuk sāt (sāthāranasuk chumchon)* [Factors Affecting Student Educational Behavior of Students Advanced Certificate Program in Public Health Sciences (Community Public Health)] (Research report). Sirindhorn College of Public Health Suphanburi Province.