

ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ : กรณีศึกษาตำบลกุตาไก้ อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม

The Influence of Social and Cultural Factors on Health Care Behaviors: A Case Study of Kuta Kai Sub-district, Pla Pak District, Nakhon Phanom Province

ชัชวาล นามพลแสน¹ พิมพัญดา สุนา^{2*} ณรงค์ฤทธิ์ หนูคล้าย³ และ ศศิประภา ดวงอุปมา⁴

Chatchawan Namponsaen¹, Pimyada Suna^{2*}, Naronglit Nukhlai³ and Sasiphapa Duanguppama⁴

^{1,2,3}โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุตาไก้ อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม

⁴โรงเรียนขอนแก่นวิทยายน อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

^{1,2,3}Kuta Kai Subdistrict Health Promoting Hospital, Pla Pak District, Nakhon Phanom Province

⁴Khon Kaen Wittayayon School, Mueang District, Khon Kaen Province

*Corresponding author email: Pimyada.sun@ku.th

วันที่รับบทความ (Received)

22 สิงหาคม 2568

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข (Revised)

20 กันยายน 2568

วันที่ตอบรับบทความ (Accepted)

21 กันยายน 2568

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทางสังคมและปัจจัยทางวัฒนธรรมรวมทั้งพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนในตำบลกุตาไก้ อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม จำนวน 451 คน การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามโดยได้รับการตรวจสอบคุณภาพ พบว่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 ค่า Cronbach's Alpha = 0.89 และค่า KMO = 0.82 ผู้วิจัยดำเนินการตามหลักจริยธรรม โดยใช้แจ้งวัตถุประสงค์ ขอความยินยอมโดยสมัครใจ และรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางวัฒนธรรม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับมาก เมื่อวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ พบว่า ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 161.534, p = 0.001$) โดยอธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 41.90 ($R^2 = 0.419$) ทั้งนี้ ปัจจัยทางสังคมมีอิทธิพลสูงสุด ($\beta = 0.423, t = 7.672, p = 0.001$) รองลงมาคือปัจจัยทางวัฒนธรรม ($\beta = 0.265, t = 4.794, p = 0.001$) ข้อค้นพบพบว่าปัจจัยทั้งสองมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ควรสานบทบาทครอบครัวและองค์กรท้องถิ่นในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อความยั่งยืน

คำสำคัญ: ปัจจัยทางสังคม, ปัจจัยทางวัฒนธรรม, พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

Abstract

This qualitative study aimed to examine social factors, cultural factors, and health care behavior among community members, and to analyze the relationships of these factors with health care behavior. The sample comprised 451 residents of Kutakai Subdistrict, Pla Pak District, Nakhon Phanom Province, selected using stratified sampling. The instrument was a questionnaire which had its quality verified: IOC ranged from 0.67–1.00, Cronbach's alpha was 0.89, and KMO was 0.82. The researchers adhered to ethics by explaining the objectives, obtaining voluntary informed consent, and ensuring confidentiality. Statistics used for data analysis included the mean, standard deviation, and multiple linear regression. The results showed that social factors, cultural factors, and health care behavior were at high levels. Multiple linear regression indicated that social and cultural factors jointly and significantly predicted health care behavior ($F = 161.534$, $p = 0.001$), explaining 41.90% of the variance ($R^2 = 0.419$). Social factors had the strongest positive effect ($\beta = 0.423$, $t = 7.672$, $p = 0.001$), followed by cultural factors ($\beta = 0.265$, $t = 4.794$, $p = 0.001$). These findings suggest that both factors are associated with health care behavior; therefore, integrating the roles of families and local organizations into health promotion is recommended to achieve sustainability.

Keywords: Social Factors, Cultural Factors, Health Care Behaviors

บทนำ

การดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนถือเป็นประเด็นสำคัญที่สะท้อนถึงคุณภาพชีวิตและศักยภาพในการพัฒนาที่ยั่งยืนของสังคม ปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมสุขภาพมิได้จำกัดอยู่เพียงแรงจูงใจส่วนบุคคล แต่ยังครอบคลุมถึงอิทธิพลทางสังคม วัฒนธรรม และนโยบายที่โอบล้อมบุคคลอยู่ [1] แนวคิดเชิงนิเวศวิทยาสังคม (Social Ecological Model: SEM) จึงอธิบายได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพถูกกำหนดโดยหลายระดับ ตั้งแต่ปัจจัยส่วนบุคคล (ความรู้ ทักษะ ทักษะ) ปัจจัยระหว่างบุคคล (ครอบครัว เพื่อน เครือข่ายสังคม) ปัจจัยระดับองค์กรและชุมชน ไปจนถึงปัจจัยด้านนโยบายสาธารณะ ทั้งหมดล้วนมีบทบาทซ้อนทับและสัมพันธ์กันอย่างเป็นระบบ ในทำนองเดียวกัน ทฤษฎีอิทธิพลสามประการ (Theory of Triadic Influence: TTI) ของ Nyambe [2] ได้บูรณาการแนวคิดจาก Bronfenbrenner และ Bandura เพื่อชี้ให้เห็นเส้นทางอิทธิพลที่หลากหลาย ได้แก่ อิทธิพลใกล้ (Proximal) เช่น การรับรู้ความสามารถและเจตนาพฤติกรรม อิทธิพลระดับกลาง (Distal) เช่น บรรทัดฐานทางสังคม และอิทธิพลระดับสุดท้าย (Ultimate) เช่น ค่านิยมทางสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งปัจจัยทั้งหมดนี้สะท้อนถึงการที่พฤติกรรมสุขภาพมิใช่ผลจากการเลือกของปัจเจกเพียงลำพัง หากแต่เป็นพลวัตทางสังคมและวัฒนธรรมที่ซ้อนทับกัน ในมิติของ ปัจจัยทางสังคม งานวิจัยจำนวนมากพบว่าการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) มีบทบาทต่อการดูแลสุขภาพและการปรับตัวของบุคคล โดยเฉพาะจากครอบครัว เพื่อน และชุมชน [3-6] การรับรู้ว่าตนเองได้รับความช่วยเหลือและการดูแลทำให้บุคคลมีแรงจูงใจในการรักษาพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น [7] ขณะเดียวกันในสังคมไทย ความเข้มแข็งของเครือข่ายครอบครัวและบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยขับเคลื่อนพฤติกรรมสุขภาพในระดับชุมชน ในมิติของปัจจัยทางวัฒนธรรม [8] ชี้ให้เห็นว่าค่านิยมทางวัฒนธรรม เช่น มิติกลุ่มนิยม-ปัจเจกนิยม ระยะห่างอำนาจ หรือการหลีกเลี่ยงความไม่แน่นอน ล้วนมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจและพฤติกรรมของบุคคล [9] ในบริบทของชุมชนท้องถิ่น ค่านิยมเหล่านี้สะท้อนผ่านบทบาทของครอบครัว การยอมรับผู้นำชุมชน และความเชื่อทางศาสนา ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพและการตอบสนองต่อความเสี่ยงทางสุขภาพ เช่น การระบาดของโรคใหม่ ๆ [10]. เพื่อการพัฒนาผู้ปฏิบัติงานที่มีสมรรถนะด้านวัฒนธรรม (Cultural Competence Taxonomy) ได้มีการนำเสนอเป็นแนวทางในการสร้าง

บุคลากรที่สามารถทำงานได้อย่างเหมาะสมกับความหลากหลายทางสังคมและวัฒนธรรม โดยมีรากฐานจากอนุกรมวิธานเชิงประสบการณ์ของ Steiner และ Bell ที่เชื่อมโยงมิติทางปัญญา อารมณ์ และพฤติกรรม โมเดลนี้ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ความตระหนักรู้ด้านวัฒนธรรม (cultural awareness), ความรู้ด้านวัฒนธรรม (Cultural Knowledge) ความเข้าใจด้านวัฒนธรรม (Cultural Understanding), ความอ่อนไหวต่อวัฒนธรรม (Cultural Sensitivity), และสมรรถนะทางวัฒนธรรม (Cultural Competence) การพัฒนาสมรรถนะเหล่านี้ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานเข้าใจและจัดการกับอิทธิพลของปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมต่อพฤติกรรมสุขภาพของคนในชุมชน ได้อย่างรอบด้าน ไม่ว่าจะเป็นบทบาทของค่านิยม ความเชื่อ การจัดโครงสร้างอำนาจภายในครอบครัวและชุมชน หรือการสร้างอัตลักษณ์ทางสังคมที่มีผลต่อการตัดสินใจด้านสุขภาพ ทั้งนี้ การเน้นการประยุกต์ใช้เชิงปฏิบัติ (Praxis-Oriented) ทำให้สามารถแปลงองค์ความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดข้อจำกัดจากการมองวัฒนธรรมเพียงแค่เชื้อชาติหรือชาติพันธุ์ และเปิดโอกาสให้เข้าใจมิติทางวัฒนธรรมที่ลึกซึ้งและพลวัตมากขึ้น อันจะนำไปสู่การพัฒนากลยุทธ์และมาตรการด้านการดูแลสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของชุมชนได้ดียิ่งขึ้น [11]

นอกจากนี้ พฤติกรรมสุขภาพยังถูกกำหนดโดยทั้งปัจจัยภายในและภายนอก งานวิจัยชี้ว่าปัจจัยประชากรศาสตร์ เช่น เพศ อายุ การศึกษา และรายได้ มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนมักมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติสุขภาพได้ดีขึ้น [12-14] ในชุมชนชนบทไทย เช่น ตำบลกุดตาไก อำเภอลำปลาย จัหวัดนครพนม ความสัมพันธ์เชิงสังคม วัฒนธรรมการเกื้อกูล และบทบาทของ อสม. ล้วนเป็นตัวขับเคลื่อนสำคัญที่ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลไม่ได้ขึ้นอยู่กับแรงกดดันใจของปัจเจกเพียงอย่างเดียว แต่เป็นผลจากอิทธิพลหลายระดับตามแนวคิดเชิงนิเวศวิทยาสังคม (Social Ecological Model: SEM) และทฤษฎีอิทธิพลสามประการ (Theory of Triadic Influence: TTI) ที่ชี้ว่าปัจจัยส่วนบุคคล ความสัมพันธ์ทางสังคม วัฒนธรรม และนโยบาย ล้วนหลอมรวมกันและกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ ในบริบทของตำบลกุดตาไก อำเภอลำปลาย จัหวัดนครพนม ปัจจัยทางสังคม เช่น ครอบครัว เพื่อน เครือข่ายชุมชน รวมทั้งบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข มีส่วนช่วยส่งเสริมการดูแลสุขภาพ ขณะที่ปัจจัยทางวัฒนธรรม เช่น ค่านิยม ความเชื่อ และบทบาทของผู้นำท้องถิ่น มีอิทธิพลต่อทัศนคติและการปฏิบัติด้านสุขภาพของประชาชน ดังนั้น พฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นผลจากการ บูรณาการของปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในการทำความเข้าใจพลวัตของการดูแลสุขภาพในชุมชน จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวจะเห็นได้ว่าปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมมีบทบาทอย่างยิ่งต่อการดูแลสุขภาพของประชาชน และเป็นเงื่อนไขสำคัญในการออกแบบมาตรการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน จากการศึกษางานวิจัยทั้งในและต่างประเทศพบว่า “ปัจจัยทางสังคม” และ “ปัจจัยทางวัฒนธรรม” มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันสุขภาพ อย่างไรก็ดี ยังขาดการศึกษาที่พิจารณาปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมพร้อมกัน ในบริบทชุมชนชนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย โดยใช้กรอบทฤษฎี SEM/TTI และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางสังคมและปัจจัยทางวัฒนธรรมที่มีต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพซึ่งเป็นช่องว่าง (Research Gap) ที่ผู้วิจัยมุ่งศึกษาต่อไปในพื้นที่ตำบลกุดตาไก อำเภอลำปลาย จัหวัดนครพนม

จากเหตุผลดังกล่าว การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาปัจจัยทางสังคมและปัจจัยทางวัฒนธรรมที่มีต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของประชาชนตำบลกุดตาไก อำเภอลำปลาย จัหวัดนครพนม โดยมีคำถามวิจัยคือปัจจัยทางสังคมและปัจจัยทางวัฒนธรรมมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนหรือไม่ เพียงใด จากคำถามงานวิจัยดังกล่าวจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางวัฒนธรรม และพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของคนในชุมชน ซึ่งผลการศึกษาจะช่วยสร้างความเข้าใจเชิงประจักษ์และสามารถนำไปสู่การกำหนดแนวทางเชิงนโยบายและการปฏิบัติด้านสุขภาพที่เหมาะสมและยั่งยืนในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางวัฒนธรรม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเชิงนิเวศวิทยาสังคม (Social Ecological Model)

แบบจำลองเชิงนิเวศทางสังคม (Social Ecological Model: SEM) พัฒนาขึ้นจากแนวคิดระบบนิเวศของ และต่อ ยอดโดย McLeroy et al. (1988) และ Townsend & Foster Townsend and Foster [15] โดยเน้นว่าพฤติกรรมสุขภาพ ของบุคคลได้รับอิทธิพลจากหลายระดับ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (ความรู้ ทักษะ และทักษะ) ปัจจัยระหว่างบุคคล (เครือข่าย สังคม ครอบครัว เพื่อน) ปัจจัยระดับองค์กร (สถาบันและบริการสุขภาพในพื้นที่) ปัจจัยชุมชน (วัฒนธรรมท้องถิ่นและเครือข่าย ทางสังคม) และปัจจัยด้านนโยบายสาธารณะ (กฎหมาย มาตรการ และนโยบายด้านสุขภาพ) แนวคิดนี้ชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรม สุขภาพในชุมชนไม่ได้เกิดจากการตัดสินใจของปัจเจกเพียงอย่างเดียว แต่เป็นผลลัพธ์ของอิทธิพลหลายมิติที่ซ้อนทับกัน ใน ทำนองเดียวกัน ทฤษฎีอิทธิพลสามประการ (Theory of Triadic Influence: TTI) Petraitis Flay, Hu [16] พัฒนาขึ้น ได้ บูรณาการแนวคิดจาก Bronfenbrenner และ Bandura เพื่ออธิบายพฤติกรรมสุขภาพผ่านเส้นทางอิทธิพลสามระดับ ได้แก่ อิทธิพลใกล้ (Proximal) ที่สะท้อนการรับรู้ความสามารถและเจตนาพฤติกรรม อิทธิพลระดับกลาง (Distal) ที่เกี่ยวข้องกับ บรรทัดฐานทางสังคมและการประเมินผลลัพธ์ และอิทธิพลระดับสุดท้าย (Ultimate) ที่ครอบคลุมค่านิยมทางสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ TTI ยังจำแนกกระแสอิทธิพลออกเป็นสามด้าน ได้แก่ ภายในบุคคล ระหว่างบุคคล และระดับ วัฒนธรรม-สิ่งแวดล้อม ซึ่งทั้งหมดมีปฏิสัมพันธ์กันและร่วมกันกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อนำ SEM และ TTI มาประยุกต์ใช้ กับบริบทตำบลกุตาไก้ อำเภอบลาปาก จังหวัดนครพนม จะช่วยอธิบายได้ว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ มิได้ถูกกำหนดโดยปัจจัยส่วนบุคคลเพียงประการเดียว แต่ยังได้รับอิทธิพลจากครอบครัว เครือข่ายชุมชน วัฒนธรรมท้องถิ่น และนโยบายด้านสาธารณสุขที่ครอบคลุม ทั้งสองทฤษฎีจึงเป็นฐานสำคัญในการทำความเข้าใจพลวัตของปัจจัยทางสังคมและ วัฒนธรรมที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน และสามารถนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม กับบริบทท้องถิ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ [2]

ปัจจัยทางสังคม (Social Factors)

ปัจจัยทางสังคมคือปฏิสัมพันธ์หรือความสัมพันธ์ทางสังคมที่มอบความช่วยเหลือ กำลังใจ หรือความรู้สึกผูกพัน ระหว่างบุคคลหรือกลุ่มบุคคล โดยมีพื้นฐานอยู่บนการรับรู้ว่าตนเองเป็นที่ห่วงใยหรือได้รับความเอื้ออาทร [17] งานวิจัยจำนวนมากยืนยันว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีบทบาทสำคัญต่อการปรับตัวเชิงบวกและความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล [18-20] ในบริบทของชุมชนท้องถิ่น แหล่งสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และชุมชน [21] ครอบครัวถือเป็น หน่วยพื้นฐานที่ส่งผลโดยตรงต่อการดูแลสุขภาพผ่านบทบาทการให้กำลังใจ ความมั่นคงทางจิตใจ และการสร้างความ ภาคภูมิใจในตนเอง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด [22, 23] นอกจากนี้ เพื่อนบ้าน และเครือข่ายสังคมยังเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ ช่วยให้เกิดการแบ่งปันข้อมูลด้านสุขภาพ และการส่งเสริมการปฏิบัติด้าน สุขภาพที่เหมาะสมในชุมชน [24-26] ในสังคมไทย โดยเฉพาะในตำบลกุตาไก้ อำเภอบลาปาก จังหวัดนครพนม ความสัมพันธ์ ทางสังคมมีรากฐานมาจากวัฒนธรรมชุมชนที่เข้มแข็ง ความผูกพันภายในครอบครัวและชุมชนทำให้การดูแลสุขภาพไม่ใช่เรื่อง ของปัจเจก แต่เป็นเรื่องของเครือข่ายสังคมที่เกื้อกูลซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งทำหน้าที่เป็นตัวกลางในการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ถ่ายทอดข้อมูลสำคัญ และสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพใน ระดับปฐมภูมิ

นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมยังสะท้อนออกมาในมิติทางวัฒนธรรม เช่น ความเชื่อทางศาสนาและค่านิยมการ ช่วยเหลือกัน ซึ่งมีส่วนสำคัญในการสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน สอดคล้องกับแนวคิด

“เจริญรุ่งเรืองผ่านความสัมพันธ์” (Thriving Through Relationships) ที่ชี้ให้เห็นว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมช่วยส่งเสริมสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ผ่านการเพิ่มพูนการรับรู้เชิงบวก [27, 28] ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่เชื่อมโยงระหว่างโครงสร้างทางวัฒนธรรมกับพฤติกรรมสุขภาพของคนในชุมชนตำบลกุดาไ้ ซึ่งช่วยให้เข้าใจพลวัตของการดูแลสุขภาพในระดับครอบครัวและชุมชนได้อย่างลึกซึ้ง ดังนั้น ปัจจัยทางสังคมซึ่งสะท้อนผ่านเครือข่ายความสัมพันธ์ การสนับสนุนในระดับครอบครัวและชุมชน ตลอดจนค่านิยมการอยู่ร่วมกัน อาจเป็นกลไกสำคัญที่กำหนดรูปแบบและความต่อเนื่องของพฤติกรรมดูแลสุขภาพของคนในชุมชน ด้วยเหตุนี้ จึงตั้งสมมติฐานว่าปัจจัยทางสังคมอาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของคนในชุมชน

H1 : ปัจจัยทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของคนในชุมชน

ปัจจัยทางวัฒนธรรม (Cultural Factors)

วัฒนธรรมได้รับการพัฒนาให้เป็น อนุกรมวิธานของค่านิยมทางวัฒนธรรม (Cultural Value Taxonomy) เพื่อใช้วัดค่านิยมและความเชื่อพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งกลายเป็นกรอบสำคัญในการทำความเข้าใจอิทธิพลของวัฒนธรรมต่อพฤติกรรมต่าง ๆ รวมถึงพฤติกรรมดูแลสุขภาพ งานวิจัยด้านภาษาศาสตร์เชิงคอมพิวเตอร์ (NLP) ได้ให้ความสนใจต่อประเด็น “วัฒนธรรม” อย่างกว้างขวาง แต่ยังขาดความเข้าใจร่วมกันในความหมายของคำนี้ [29, 30] การสร้างอนุกรมวิธานที่ละเอียดและสอดคล้องกันจึงเป็นประโยชน์ในการวิเคราะห์ความก้าวหน้าทางวิชาการ รวมถึงการประยุกต์เพื่อทำความเข้าใจพฤติกรรมสุขภาพในระดับชุมชน ในอีกมิติหนึ่ง การแทนค่ามรดกทางวัฒนธรรมผ่านภาพ ทั้งด้วยเครื่องมือดั้งเดิมและเทคโนโลยีดิจิทัลสมัยใหม่แบบ 2 มิติ และ 3 มิติ ได้สะท้อนให้เห็นความพยายามจัดระบบความรู้และคุณค่าทางวัฒนธรรมเป็นอนุกรมวิธานที่ชัดเจน [31] วิธีคิดเชิงอนุกรมวิธานนี้สามารถประยุกต์ใช้กับการวิเคราะห์ค่านิยมและความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งมักถูกมองว่าเป็นปัจจัยสำคัญของความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มชนกลุ่มน้อยทางเชื้อชาติ/ชาติพันธุ์ที่เผชิญภาระโรคในช่องปากสูงกว่ากลุ่มอื่น [32] การศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า ความเชื่อและค่านิยมทางวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม เช่น ความเชื่อด้านสาเหตุและการป้องกันโรคส่งผลต่อการเข้าถึงการดูแลสุขภาพช่องปาก การมีผู้ดูแลหลายคนในครอบครัว โดยเฉพาะผู้สูงอายุ มีบทบาทสำคัญต่อการตัดสินใจด้านสุขภาพ ขณะที่ความกลัวทันตกรรมจากความเชื่อของชุมชนหรือประสบการณ์เชิงลบส่วนบุคคล ล้วนส่งผลโดยตรงต่อทัศนคติและการเข้ารับการดูแลป้องกัน [33] นอกจากนี้แบบจำลองล่าสุดยังได้ชี้ให้เห็นการเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ความวิตกกังวลทั่วไป ความไวต่อสิ่งเร้ามากเกินไป (Sensory Over-responsivity) และความกลัวการทำฟัน (Dental Fear and Anxiety: DFA) กับผลลัพธ์ด้านสุขภาพช่องปาก ซึ่งเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาแผนการแทรกแซงที่เหมาะสม [34]

ขณะเดียวกัน มิติทางวัฒนธรรมในเชิงโครงสร้างสังคม เช่น มิติระยะห่างของอำนาจ อธิบายถึงการยอมรับบทบาทของผู้นำชุมชนหรือบุคลากรสาธารณสุขที่สามารถกำหนดทัศนคติและพฤติกรรมของคนในชุมชนได้ อีกทั้ง มิติการหลีกเลี่ยงความไม่แน่นอน ยังช่วยอธิบายระดับความกังวลของประชาชนต่อสถานการณ์ที่ไม่สามารถคาดเดาได้ เช่น การระบาดของโรคใหม่ ๆ ซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพและการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ [29, 30] แม้ว่าแนวคิดทางวัฒนธรรมจำนวนมากถูกพัฒนาขึ้นในระดับชาติ แต่การนำมาประยุกต์ใช้ในระดับชุมชนก็มีคุณค่าอย่างยิ่ง เนื่องจากสามารถอธิบายได้ว่าค่านิยม ความเชื่อ และโครงสร้างทางสังคมวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวันของประชาชนอย่างไร อันจะนำไปสู่การออกแบบมาตรการและการแทรกแซงที่สอดคล้องกับบริบทจริงของชุมชน แต่งานวิจัยในชุมชนตำบลกุดาไ้ อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม ยังไม่ได้ทำการศึกษาข้อมูลเชิงประจักษ์ เพื่ออธิบายปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของคนในชุมชน อันจะช่วยให้สามารถพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบททางวัฒนธรรมท้องถิ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยเหตุนี้ ปัจจัยทางวัฒนธรรมซึ่งสะท้อนผ่านค่านิยม ความเชื่อ และวิถีปฏิบัติร่วมกัน จึงอาจเป็นกลไกสำคัญที่กำหนดรูปแบบและทิศทางของพฤติกรรมดูแลสุขภาพของคนในชุมชน ดังนั้น จึงตั้งสมมติฐานว่าปัจจัยทางวัฒนธรรมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของคนในชุมชน

H2 : ปัจจัยวัฒนธรรมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน

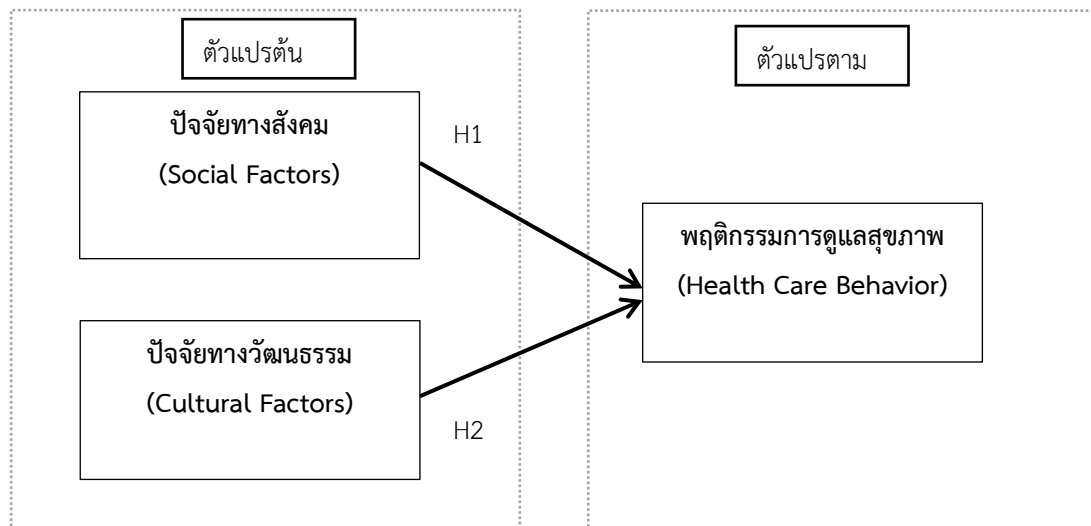
พฤติกรรมด้านสุขภาพ (Health Behavior)

พฤติกรรมด้านสุขภาพ (Health Behavior) ถือเป็นกระบวนการที่บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความเชื่อ และทัศนคติของตนเองไปสู่การมีวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ทั้งในมิติการป้องกันโรค การดูแลสุขภาพ และการปรับตัวต่อสภาวะทางกายและจิตใจ การทบทวนวรรณกรรมชี้ให้เห็นถึง ปัจจัยกำหนดพฤติกรรมสุขภาพทางจิตวิทยา (Psychological Health Behavior Determinants) ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการอธิบายและการออกแบบการแทรกแซงด้านสุขภาพ โดยจำแนกออกเป็น 4 กลุ่มหลัก ได้แก่ ปัจจัยที่อิงความเชื่อ ปัจจัยด้านการกำกับตนเอง กระบวนการที่ไม่ตระหนักรู้ และปัจจัยเชิงบุคลิกภาพ ซึ่งแต่ละปัจจัยส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในระดับที่ต่างกัน และสัมพันธ์กับกลไกทางทฤษฎี ตลอดจนเงื่อนไขเชิงบริบทที่อาจเสริมสร้างหรือบั่นทอนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น [35] สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 เป็นตัวอย่างสำคัญที่สะท้อนอิทธิพลของปัจจัยทางจิตวิทยาและสังคมต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพ โดยมีหลักฐานว่าประชากรกลุ่มเด็กและวัยรุ่นร้อยละ 18-60 อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า อีกทั้งยังพบการใช้เวลาหน้าจอและสื่อสังคมออนไลน์ที่เพิ่มขึ้นควบคู่กับการมีกิจกรรมทางกายลดลง [36] ขณะเดียวกัน ความเชื่อเชิงสมคบคิดเกี่ยวกับโควิด-19 ก็มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ และความสัมพันธ์เชิงบวกกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นแหล่งข้อมูล ในทางตรงกันข้าม การใช้สื่อกระจายเสียง (Broadcast Media) กลับมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติตามพฤติกรรมป้องกันสุขภาพ [37] สิ่งเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าความเชื่อและแหล่งข้อมูลข่าวสารเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดทิศทางของพฤติกรรมด้านสุขภาพในสังคม

ในอีกด้านหนึ่ง งานวิจัยเกี่ยวกับ พฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับระดับความรู้ การรับรู้ความไวต่อโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy) และสิ่งกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) ผลลัพธ์เหล่านี้สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนา โครงการให้ความรู้เชิงระบบ ที่สามารถสร้างความตระหนักและคำนึงถึงปัจจัยด้านความเชื่อสุขภาพ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคในสตรีอย่างมีประสิทธิภาพ [38] ในบริบทของโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน การจัดการพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพทางจิตใจ ถือเป็นรากฐานสำคัญในการบรรลุเป้าหมายการรักษา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ การให้ความรู้และการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย (DSMES) การบำบัดด้วยโภชนาการทางการแพทย์ (MNT) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การเลิกสูบบุหรี่ และการดูแลด้านจิตสังคม โดยการดูแลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Person-Centered Collaborative Care) ผ่านการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็น และสามารถติดตามผลลัพธ์ทางการแพทย์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วงที่คุณภาพชีวิตมีแนวโน้มถดถอย [39] จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมด้านสุขภาพเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการบูรณาการของปัจจัยทางจิตวิทยา ความเชื่อส่วนบุคคล และโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรม การทำความเข้าใจองค์ประกอบเหล่านี้จึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการพัฒนามาตรการส่งเสริมสุขภาพ การออกแบบการแทรกแซง และการจัดระบบการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนและสังคมในปัจจุบัน นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม เช่น บทบาทของครอบครัว เครือญาติ เพื่อนบ้าน รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ทำหน้าที่ทั้งให้ความรู้ ให้กำลังใจ และส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชน รวมถึงค่านิยมทางวัฒนธรรม เช่น การช่วยเหลือเกื้อกูล ความเชื่อทางศาสนา และการยอมรับในคำแนะนำของผู้นำชุมชน ยังมีบทบาทสำคัญในการผลักดันให้ประชาชนเกิดการปรับตัวและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน

จากการทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดทางทฤษฎี ผู้วิจัยได้พัฒนาโมเดลงานวิจัยเชิงสมมติฐานที่มุ่งอธิบายอิทธิพลของปัจจัยทางสังคมและปัจจัยทางวัฒนธรรมต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน โดยโมเดลประกอบด้วยตัวแปรต้น 2 ตัว ได้แก่ ปัจจัยทางสังคม (Social Factors) และ ปัจจัยทางวัฒนธรรม (Cultural Factors) ซึ่งคาดว่าจะส่งผลโดยตรงต่อ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (Health Care Behavior) ของคนในชุมชนตำบลกุดดัก อำเภอบลาเป้า จังหวัด

นครพนม ทั้งนี้ การกำหนดสมมติฐานวิจัยได้พิจารณาจากแนวคิดทางทฤษฎีและหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยตั้งสมมติฐานว่า (H1) ปัจจัยทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน และ (H2) ปัจจัยทางวัฒนธรรมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน กรอบแนวคิดงานวิจัยที่พัฒนาขึ้นจึงสะท้อนให้เห็นถึงกลไกเชิงสาเหตุระหว่างโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งสามารถนำไปทดสอบเชิงประจักษ์ในบริบทของชุมชนตำบลกุดดักได้อย่างเหมาะสม ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดงานวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลกุดดัก อำเภอลำปาก จังหวัดนครพนม จำนวนทั้งสิ้น 7,465 คน ตามทะเบียนราษฎรขององค์การบริหารส่วนตำบลกุดดัก ผู้ให้ข้อมูลที่ถูกกำหนดเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้มีอายุ 18 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่อย่างน้อย 6 เดือน และให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณตามสูตรของ [40] สำหรับการประมาณสัดส่วนใช้ค่าสัดส่วน $p = 0.50$ ตามแนวทางเมื่อไม่ทราบค่าจริง (Cochran, 1977) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และค่าคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 384 คน วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยขั้นแรกแบ่งตำบลกุดดักตามหมู่บ้านทั้งหมดเป็นชั้น (Strata) จำนวน 13 หมู่บ้าน และกำหนดจำนวนตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้านตามสัดส่วนประชากร (Proportional Allocation) ขั้นที่สองสุ่มครัวเรือนภายในหมู่บ้านด้วยการสุ่มเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) และขั้นสุดท้ายสุ่มเลือกผู้ให้ข้อมูลหนึ่งคนต่อครัวเรือน โดยคัดกรองผู้มีสิทธิ (อายุ ≥ 15 ปี อาศัย ≥ 6 เดือน) คัดเลือกผู้ตอบ 1 คน ซึ่งในการลงพื้นที่เก็บข้อมูลจริง พบว่า มีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 451 คน และสอดคล้องกับเกณฑ์การพิจารณาว่ามีการมีจำนวนผู้ตอบที่มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่กำหนดถือเป็นสิ่งที่จะช่วยเสริมความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย [41]
3. การคุ้มครอง การวิจัยครั้งนี้ให้ความสำคัญกับจรรยาบรรณทางการวิจัย โดยผู้วิจัยเคารพสิทธิ ความเป็นส่วนตัว และการรักษาความลับของผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างเคร่งครัด ก่อนการเก็บข้อมูล คณะผู้วิจัยจะแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และระยะเวลาการวิจัย รวมถึงสิทธิในการยินยอมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ผู้เข้าร่วมสามารถยุติการมีส่วนร่วมได้ตลอดเวลา ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บรักษาอย่างปลอดภัย ไม่มีการเปิดเผยชื่อ นามสกุล หรือที่อยู่ของผู้ให้ข้อมูล และจะนำเสนอผลการวิจัยในลักษณะที่ไม่สามารถระบุตัวตนได้

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วยคำถามจำนวน 5 ข้อ ใช้รูปแบบคำถามปลายปิดแบบตัวเลือก (Multiple Choice Questions) ส่วนที่ 2 ปัจจัยทางสังคม ดำเนินการสร้างข้อคำถามจากแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมจำนวน 6 ข้อ ใช้รูปแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ส่วนที่ 3 ปัจจัยทางวัฒนธรรม ดำเนินการสร้างข้อคำถามจากแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมจำนวน 6 ข้อ ใช้รูปแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ดำเนินการสร้างข้อคำถามจากแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมจำนวน 10 ข้อ ใช้รูปแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยดำเนินการลงพื้นที่จริงเพื่อแจกจ่ายแบบสอบถามแก่ประชาชนในเขตพื้นที่ศึกษา และชี้แจงหรืออธิบายข้อสงสัยเกี่ยวกับคำถามได้โดยตรง

5. วิธีการเก็บข้อมูล หรือ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยมีขั้นตอนดังนี้

5.1) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูล แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบคุณภาพ 3 ด้าน ได้แก่ (1) ความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านที่มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพและสังคม โดยทุกข้อพบว่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 [42] (2) ความเชื่อมั่น จากการทดสอบนำร่อง 30 คนก่อนการเก็บข้อมูลจริง ได้ทดสอบนำร่องแบบสอบถามกับผู้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์อายุ ≥ 18 ปี จำนวน 30 คน ในหมู่บ้านที่มีลักษณะประชากรใกล้เคียงภายในตำบลอื่น (หมู่บ้านที่ไม่ถูกรวมอยู่ในกลุ่มตัวอย่างหลัก) เพื่อประเมินความชัดเจนของข้อคำถามและระยะเวลาในการตอบ ก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง ซึ่งมีค่า Cronbach's Alpha รวมทั้งฉบับ = 0.89 และรายตัวแปร ค่าความเชื่อมั่นได้แก่ ปัจจัยทางสังคม $\alpha = 0.86$, ปัจจัยทางวัฒนธรรม $\alpha = 0.83$, และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ $\alpha = 0.90$ อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ [43] และ (3) ความตรงเชิงโครงสร้าง จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (EFA) พบค่า KMO = 0.82, Bartlett's Test of Sphericity มีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) และค่า factor loading อยู่ระหว่าง 0.62–0.85 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ สรุปได้ว่าแบบสอบถามมีคุณภาพเหมาะสมต่อการเก็บข้อมูลจริง

5.2) ขออนุญาตและการประสานงานในพื้นที่ ผู้วิจัยได้จัดทำหนังสือบันทึกถึงผู้นำชุมชนตำบลกุดตาไก อำเภอลำพาน จังหวัดนครพนม เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลในพื้นที่ จากนั้นได้เชิญอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้าร่วมประชุมเพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการสนับสนุนการเก็บข้อมูลภาคสนามในแต่ละพื้นที่

5.3) การชี้แจงกลุ่มตัวอย่างและการขอความยินยอม ก่อนเริ่มการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมได้ทุกขั้นตอน ความสมัครใจในการให้ข้อมูล รวมถึงการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล โดยข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บรักษาอย่างเคร่งครัด และนำเสนอในลักษณะภาพรวมเชิงสถิติโดยไม่เปิดเผยชื่อหรือข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนของผู้ให้ข้อมูลได้ ทั้งนี้ ได้ขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนการตอบแบบสอบถาม

5.4) การเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม ผู้วิจัยได้ดำเนินการแจกแบบสอบถามให้แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยใช้รูปแบบการตอบด้วยตนเอง (Self-administered Questionnaire) และคอยให้คำแนะนำในกรณีที่ผู้ตอบมีข้อสงสัย เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ตอบเข้าใจคำถามได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้ครอบคลุมกลุ่มผู้รับบริการที่มีความหลากหลายตามช่วงเวลา

5.5) โครงสร้างของแบบสอบถาม แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วนหลัก ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม และพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้มาตราส่วนลิเคิร์ต 5 ระดับ (Likert Scale) ในการประเมินระดับความคิดเห็น

5.6) การตรวจสอบและบันทึกข้อมูล หลังการเก็บข้อมูลในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม บันทึกข้อมูลลงในระบบอิเล็กทรอนิกส์ และส่งให้คณะอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูล

5.7 การศึกษาครั้งนี้เป็นการสำรวจเชิงปริมาณความเสียดำ เก็บข้อมูลแบบไม่ระบุตัวตนและไม่เกี่ยวข้องกับการแทรกแซงทางคลินิก จึงไม่ได้ยื่นขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยกับมนุษย์ อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยกับมนุษย์และกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลอย่างเคร่งครัด โดยผู้เข้าร่วมให้ความยินยอมโดยสมัครใจก่อนตอบแบบสอบถาม ข้อมูลถูกเก็บรักษาอย่างปลอดภัยและนำเสนอเฉพาะในภาพรวมโดยไม่สามารถระบุตัวตนได้

6. การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ใช้การแจกแจงความถี่โดยใช้ร้อยละในการแจกแจงตัวแปรเชิงกลุ่ม ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ใช้ในการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ โดยนำเสนอผลค่า β (ความสัมพันธ์ของตัวแปร) ค่า R^2 (ความสามารถในการทำนาย) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางด้านสถิติในการวิเคราะห์

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผู้วิจัยได้แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ส่วน ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์ที่ 1 เพื่อศึกษาปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางวัฒนธรรม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปและข้อมูลระดับความคิดเห็น ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ตอบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 311 คน คิดเป็นร้อยละ 68.96 เมื่อพิจารณาด้านอายุ พบว่ากลุ่มอายุที่มากกว่า 50 ปี มีจำนวนสูงสุด 273 คน คิดเป็นร้อยละ 60.53 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 41–50 ปี จำนวน 108 คน คิดเป็นร้อยละ 23.95 และอายุต่ำกว่า 20 ปี มีเพียง 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.44 สำหรับด้านระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 231 คน คิดเป็นร้อยละ 51.22 รองลงมาคือมัธยมศึกษา จำนวน 191 คน คิดเป็นร้อยละ 42.35 ขณะที่การศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า พบเพียง 8 คน คิดเป็นร้อยละ 1.77 ด้านอาชีพ พบว่าเกือบทั้งหมดประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 399 คน คิดเป็นร้อยละ 88.47 รองลงมาคือพ่อค้า/แม่ค้า 10 คน คิดเป็นร้อยละ 2.22 และอาชีพรับจ้างทั่วไป 16 คน คิดเป็นร้อยละ 3.55 เมื่อพิจารณารายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่าผู้ตอบส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท จำนวน 366 คน คิดเป็นร้อยละ 81.15 รองลงมาคือกลุ่มที่มีรายได้ 10,001–15,000 บาท จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 14.86 ส่วนผู้ที่มีรายได้มากกว่า 20,000 บาท พบเพียง 7 คน คิดเป็นร้อยละ 1.55 ด้านพื้นที่อาศัยของผู้ตอบ พบว่า มีการกระจายอยู่ในหลายหมู่บ้าน โดยหมู่ที่ 2 มีผู้ตอบมากที่สุด จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 15.96 รองลงมาคือหมู่ที่ 3 จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 13.75 และหมู่ที่ 4 จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 13.30 ตามลำดับ

2) ผลการศึกษาปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางวัฒนธรรม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน รายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 1 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นต่อปัจจัยทางสังคมในระดับ มาก ($\bar{x}$ = 4.11, S.D. = 0.878) โดยข้อที่รับค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ “สมาชิกในครอบครัวของท่านให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพของกันและกัน” ($\bar{x}$ = 4.18, S.D. = 0.878) รองลงมาคือ “ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจากคนในชุมชน เช่น เพื่อนบ้าน อสม. หรือผู้นำหมู่บ้าน” ($\bar{x}$ = 4.17, S.D. = 0.984) และ “ความสัมพันธ์ที่ดีในชุมชนช่วยให้ท่านมีสุขภาพจิตดีขึ้น” ($\bar{x}$ = 4.15, S.D. = 0.971) ส่วนข้อที่ได้ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ “การมีผู้นำชุมชนที่ใส่ใจสุขภาพมีส่วนช่วยให้ท่านดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้น” ($\bar{x}$ = 4.02, S.D. =

0.955) แต่ยังคงอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน แสดงให้เห็นว่าทุกปัจจัยทางสังคมมีส่วนเกื้อหนุนต่อการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยทางสังคม(n= 451)

ปัจจัยทางสังคม	$\bar{x}$	S.D.	ระดับความคิดเห็น	ลำดับที่
ท่านได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านเมื่อมีปัญหาสุขภาพหรือเหตุฉุกเฉิน	4.04	0.952	มาก	5
สมาชิกในครอบครัวของท่านให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพของท่านและกัน	4.18	0.986	มาก	1
ท่านมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น ตรวจสุขภาพ เคลื่อนไหวร่างกาย หรืออบรมความรู้สุขภาพ]	4.08	1.021	มาก	6
การมีผู้นำชุมชนที่ใส่ใจสุขภาพมีส่วนช่วยให้ท่านดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้น	4.02	0.955	มาก	4
ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจากคนในชุมชน เช่น เพื่อนบ้าน อสม. หรือ ผู้นำหมู่บ้าน	4.17	0.984	มาก	2
ความสัมพันธ์ที่ดีในชุมชนช่วยให้ท่านมีสุขภาพจิตดีขึ้น	4.15	0.971	มาก	3
รวม	4.11	0.878	มาก	

ตารางที่ 2 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นต่อปัจจัยทางวัฒนธรรมโดยรวมอยู่ในระดับ มาก ($\bar{x} = 3.75$, S.D. = 0.774) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ “การปฏิบัติตามวิถีชีวิตดั้งเดิม เช่น การเคารพผู้ใหญ่ การอยู่ร่วมกันหลายรุ่นในครอบครัว มีผลต่อความรู้สึกมั่นคงและสุขภาพของท่าน” ($\bar{x} = 3.99$, S.D. = 1.038) รองลงมา คือ “กิจกรรมทางวัฒนธรรม เช่น การฟังธรรมะ การสวดมนต์ หรือการทำบุญ มีส่วนช่วยให้สุขภาพจิตของท่านดีขึ้น” ($\bar{x} = 3.96$, S.D. = 1.077) และ “การเข้าร่วมงานบุญหรือพิธีกรรมทางศาสนา” ($\bar{x} = 3.92$, S.D. = 0.997) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยด้านวัฒนธรรมมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตของคนในชุมชน ขณะที่ข้อที่ได้ค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ “ความเชื่อเกี่ยวกับโรคร้าย เช่น โรคเกิดจากกรรมหรือสิ่งลี้ลับ” ($\bar{x} = 3.32$, S.D. = 1.014) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าความเชื่อเชิงเหนือธรรมชาติยังคงมีอิทธิพล แต่ลดลงเมื่อเทียบกับปัจจัยทางวัฒนธรรมด้านอื่น ๆ

ตารางที่ 3 พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนต่ำลงทุกข้อโดยรวมอยู่ในระดับ มาก ($\bar{x} = 3.63$, S.D. = 0.774) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ “การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ” ($\bar{x} = 4.12$, S.D. = 1.140) รองลงมาคือ “ความสุขหรือความพึงพอใจในชีวิต” ($\bar{x} = 4.05$, S.D. = 1.157) และ “ความรู้สึกร่างกายแข็งแรงเพียงพอต่อการใช้ชีวิตประจำวัน” ($\bar{x} = 3.90$, S.D. = 1.075) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ขณะที่ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ “การรู้สึกเครียด วิตกกังวล หรือหงุดหงิด” ($\bar{x} = 2.84$, S.D. = 1.165) แสดงให้เห็นถึงความท้าทายด้านสุขภาพจิตและภาวะเจ็บป่วยที่ยังคงมีอยู่ในกลุ่มคนบางส่วนของชุมชน

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยทางวัฒนธรรม(n= 451)

ปัจจัยทางวัฒนธรรม	$\bar{x}$	S.D.	ระดับความคิดเห็น	ลำดับที่
ท่านยังคงเชื่อและใช้สมุนไพรหรือภูมิปัญญาพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพ	3.57	0.815	มาก	5
การเข้าร่วมงานบุญหรือพิธีกรรมทางศาสนาช่วยให้ท่านรู้สึกผ่อนคลายหรือมีจิตใจที่สงบขึ้น	3.92	0.997	มาก	3
ท่านรับประทานอาหารพื้นบ้านตามวิถีดั้งเดิม ซึ่งเชื่อว่าดีต่อสุขภาพ	3.80	0.940	มาก	4
ความเชื่อของท่านเกี่ยวกับโรคภัย เช่น โรคเกิดจากกรรม หรือสิ่งลี้ลับ มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจรักษา	3.32	1.014	ปานกลาง	6
กิจกรรมทางวัฒนธรรม เช่น การฟังธรรมะ การสวดมนต์ หรือการทำบุญมีส่วนช่วยให้สุขภาพจิตของท่านดีขึ้น	3.96	1.077	มาก	2
การปฏิบัติตามวิถีชีวิตดั้งเดิม เช่น การเคารพผู้ใหญ่ การอยู่ร่วมกันหลายรุ่นในครอบครัว มีผลต่อความรู้สึกมั่นคงและสุขภาพของท่าน	3.99	1.038	มาก	1
รวม	3.75	0.774	มาก	

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมดูแลสุขภาพ (n= 451)

พฤติกรรมดูแลสุขภาพ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับความคิดเห็น	ลำดับที่
ท่านรู้สึกว่าร่างกายของท่านแข็งแรงเพียงพอต่อการใช้ชีวิตประจำวัน	3.90	1.075	มาก	3
ท่านมีอาการเจ็บป่วยหรือไม่สบาย	2.96	1.072	ปานกลาง	9
ท่านสามารถทำงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ ได้โดยไม่รู้สึกเหนื่อยล้าเกินไป	3.37	1.014	มาก	8
ท่านออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกายเป็นประจำ	3.86	1.068	มาก	6
ท่านรับประทานอาหารเช้า 3 มื้อและถูกสุขลักษณะ	3.89	1.142	มาก	4
ท่านรู้สึกเครียด วิตกกังวล หรือหงุดหงิด	2.84	1.165	ปานกลาง	10
ท่านสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ดีเมื่อพบเจอปัญหาหรือเหตุการณ์ไม่คาดฝัน	3.47	1.096	มาก	7
ท่านมีคนในครอบครัวหรือเพื่อนที่สามารถพูดคุยหรือให้กำลังใจเมื่อรู้สึกไม่สบายใจ	3.87	1.085	มาก	5
ท่านรู้สึกมีความสุขหรือพึงพอใจกับชีวิตของตนเอง	4.05	1.157	มาก	2
ท่านสามารถนอนหลับพักผ่อนได้อย่างเพียงพอ	4.12	1.140	มาก	1
รวม	3.63	0.774	มาก	

วัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของคนในชุมชน ผลการศึกษาดังนี้

ตารางที่ 4 พบว่า ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่า ปัจจัยทางสังคมและปัจจัยทางวัฒนธรรม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพของคนในชุมชนตำบลกุดดักได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 161.534$, $p\text{-value} = 0.001$) โดยมีค่า $R = 0.647$ สะท้อนถึงความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามในระดับค่อนข้างสูง อีกทั้งมีค่า $R^2 =$

0.419 แสดงว่าปัจจัยทั้งสองสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้ร้อยละ 41.9 ขณะที่ค่า Adjusted R² = 0.416 ยืนยันว่าแบบจำลองถดถอยที่สร้างขึ้นมีความเหมาะสมและมีเสถียรภาพ สามารถใช้ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณของปัจจัยทางสังคมและปัจจัยทางวัฒนธรรมต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ตัวแปร	Unstandardized Coefficients	Standardized Coefficients				Collinearity Statistics	
	B	Std.Error	β	t	p-value	Tolerance	VIF
(ค่าคงที่)	1.110	0.144		7.689	0.001*		
ปัจจัยทางสังคม	0.373	0.049	0.423	7.672	0.001*	0.426	2.348
ปัจจัยทางวัฒนธรรม	0.265	0.055	0.265	4.794	0.001*	0.426	2.348
ค่าคงที่ (Constant) = 1.110							
R= 0.647	R ² =0.419	Adjust R ² = 0.416		SE _{est} =0.591			
F=161.534	Sing of F =0.001						

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (Coefficients) พบว่า ปัจจัยทางสังคม มีอิทธิพลเชิงบวกต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (B = 0.373, β = 0.423, t = 7.672, p = .001) แสดงว่าหากปัจจัยทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น 0.373 หน่วย โดยเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงที่สุดเมื่อเทียบกับตัวแปรอื่น ปัจจัยทางวัฒนธรรม มีอิทธิพลเชิงบวกต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (B = 0.265, β = 0.265, t = 4.794, p = .001) แสดงว่า หากปัจจัยทางวัฒนธรรมเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น 0.265 หน่วย การตรวจสอบปัญหาความสัมพันธ์เชิงเส้นพหุคูณ (Multicollinearity) พบว่า ค่า Tolerance ของทั้งสองตัวแปรเท่ากับ 0.426 และค่า VIF = 2.348 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ 10 (Hair et al., 2019) แสดงว่าไม่มีปัญหา Multicollinearity ในการวิเคราะห์ครั้งนี้

ดังนั้น สามารถเขียนสมการถดถอยพหุคูณในรูปแบบ Unstandardized ได้ดังนี้

$$\text{พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ} = 1.110 + 0.373 (\text{ปัจจัยทางสังคม}) + 0.265 (\text{ปัจจัยทางวัฒนธรรม})$$

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าปัจจัยทางสังคมและปัจจัยทางวัฒนธรรมมีอิทธิพลเชิงบวกต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนตำบลกุดดู่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพได้ถึงร้อยละ 41.9 สะท้อนว่าพฤติกรรมสุขภาพมิได้เป็นผลจากการตัดสินใจของปัจเจกเพียงลำพัง แต่เป็นพลวัตที่เกิดจากปัจจัยเชิงโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรมที่โอบล้อมอยู่รอบด้าน (McLeroy et al., 1988; Nyambe et al., 2016) ผลการวิเคราะห์พบว่าปัจจัยทางสังคมมีอิทธิพลสูงที่สุด ซึ่งตอกย้ำบทบาทของครอบครัว เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน และเครือข่ายทางสังคมที่ช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจและกำหนดทิศทางการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับแนวคิดทุนทางสังคมที่อธิบายว่าความสัมพันธ์และการสนับสนุนทางสังคมสามารถสร้างพลังร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ [32] รวมถึงงานวิจัยที่ยืนยันว่าการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนมีบทบาทสำคัญต่อการปรับตัวและการรักษาสุขภาพ โดยเฉพาะในสังคมไทยที่ครอบครัว เครือญาติ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลไกหลักในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

ในอีกด้านหนึ่ง ปัจจัยทางวัฒนธรรมก็มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ โดยสะท้อนผ่านความเชื่อ ประเพณี และวิถีชีวิตชุมชน เช่น การใช้สมุนไพรพื้นบ้าน การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา และการดำเนินชีวิตตามวิถีดั้งเดิม

แม้ความเชื่อเหนือธรรมชาติ เช่น โรคเกิดจากกรรมหรือสิ่งลี้ลับจะลดบทบาทลง แต่ยังคงมีอิทธิพลบางส่วน สอดคล้องกับแนวคิด Cultural Health Belief System ที่อธิบายว่าค่านิยมและความเชื่อร่วมกันในชุมชนส่งผลต่อการรับรู้ การวินิจฉัย และการเลือกแนวทางการรักษาของบุคคล ผลลัพธ์ดังกล่าวยังสะท้อนความเชื่อมโยงกับกรอบแนวคิดเชิงนิเวศวิทยาสังคม (SEM) ที่ชี้ว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเป็นผลจากอิทธิพลหลายระดับ ตั้งแต่บุคคล ครอบครัว ชุมชน ไปจนถึงนโยบายสาธารณะ รวมทั้งสอดคล้องกับทฤษฎีอิทธิพลสามประการ (TTI) ที่อธิบายว่าพฤติกรรมสุขภาพเกิดจากการผสมผสานของอิทธิพลใกล้ (Proximal) เช่น การรับรู้ความสามารถตนเอง อิทธิพลระดับกลาง (distal) เช่น บรรทัดฐานทางสังคม และอิทธิพลระดับสุดท้าย (Ultimate) เช่น ค่านิยมวัฒนธรรม

โดยสรุป การศึกษานี้ไม่เพียงยืนยันผลลัพธ์ของงานวิจัยก่อนหน้า แต่ยังตอกย้ำความสำคัญของการผสมผสานปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมในการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชนชนบทไทย ซึ่งมีนัยสำคัญต่อการกำหนดมาตรการและนโยบายส่งเสริมสุขภาพในระดับชุมชน โดยควรเน้นการสร้างความมีส่วนร่วมของครอบครัวและเครือข่ายทางสังคม ควบคู่กับการบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นและกิจกรรมทางวัฒนธรรม เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทจริงและยั่งยืนในระยะยาว

สรุปผล

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยทางสังคมและปัจจัยทางวัฒนธรรมมีอิทธิพลเชิงบวกต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนตำบลกุดดัก เมื่อพิจารณาจากปัจจัย พบว่า ปัจจัยทางสังคม มีอิทธิพลสูงสุด สะท้อนถึงความสำคัญของครอบครัว เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน และความสัมพันธ์ในชุมชนที่เกื้อหนุนต่อการสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ขณะที่ ปัจจัยทางวัฒนธรรม แม้มีอิทธิพลรองลงมา แต่ก็มิได้มีบทบาทเชิงบวกผ่านการสืบทอดความเชื่อ ประเพณี วิถีชีวิต และภูมิปัญญาท้องถิ่น แม้ว่าความเชื่อเหนือธรรมชาติจะลดความสำคัญลง แต่ยังคงปรากฏอยู่บางส่วน

ข้อเสนอแนะ

1. เจริญนโยบาย หน่วยงานสาธารณสุขควรเสริมบทบาทครอบครัว ผู้นำ และเครือข่ายชุมชนในการณรงค์ดูแลสุขภาพ เนื่องจากผลวิจัยพบว่าปัจจัยทางสังคมมีอิทธิพลสูงสุดต่อพฤติกรรมสุขภาพ การดูแลสุขภาพ เพื่อสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เข้มแข็งและยั่งยืน
2. เชิงวิชาการ ควรมีการศึกษาต่อยอดเชิงคุณภาพเพื่อเชิงลึกถึงกลไกทางวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และเปรียบเทียบพื้นที่ต่าง ๆ เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ครอบคลุมมากขึ้น
3. เชิงปฏิบัติการ ควรบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นเข้ากับความรู้สุขภาพสมัยใหม่ เพื่อให้การส่งเสริมสุขภาพของชุมชนมีความสอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. McLeroy, K.R., et al., An ecological perspective on health promotion programs. Health education quarterly, 1988. 15(4): p. 351-377.
<https://doi.org/10.1177/109019818801500401>.
2. Nyambe, A., G. Van Hal, and J.K. Kampen, Screening and vaccination as determined by the Social Ecological Model and the Theory of Triadic Influence: a systematic review. BMC Public Health, 2016. 16(1): p. 1166. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3802-6>.

- 3 Moudatsou, M., et al., The role of empathy in health and social care professionals. *Healthcare (Basel)*, 2020. 8(1). <https://doi.org/10.3390/healthcare8010026>.
- 4 Grey, I., et al., The role of perceived social support on depression and sleep during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Res*, 2020. 293: p. 113452. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113452>.
- 5 Li, F., et al., Effects of sources of social support and resilience on the mental health of different age groups during the COVID-19 pandemic. *BMC Psychiatry*, 2021. 21(1): p. 16. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-03012-1>.
- 6 Qi, W., et al., Effects of family relationship and social support on the mental health of Chinese postpartum women. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2022. 22(1): p. 65. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04392-w>.
- 7 Poraj-Weder, M., A. Pasternak, and M. Szulawski, The development and validation of the health behavior motivation scale. *Frontiers in Psychology*, 2021. 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.706495>.
- 8 Borchers, A. and T. Pieler, Programming pluripotent precursor cells derived from *Xenopus* embryos to generate specific tissues and organs. *Genes (Basel)*, 2010. 1(3): p. 413-26. <https://doi.org/10.3390/genes1030413>.
- 9 Sogari, G., et al., College Students and Eating Habits: A Study Using An Ecological Model for Healthy Behavior. *Nutrients*, 2018. 10(12). <https://doi.org/10.3390/nu10121823>.
- 10 Laroche, H.H., et al., Resource mobilization combined with motivational interviewing to promote healthy behaviors and healthy weight in low-income families: An intervention feasibility study. *SAGE Open Med*, 2022. 10: p. 20503121221102706. <https://doi.org/10.1177/20503121221102706>.
- 11 Lister, P., A taxonomy for developing cultural competence. *Nurse Education Today*, 1999. 19(4): p. 313-318. <https://doi.org/10.1054/nedt.1999.0642>.
- 12 Milne-Ives, M., et al., Mobile apps for health behavior change in physical activity, diet, drug and alcohol use, and mental health: systematic review. *JMIR Mhealth Uhealth*, 2020. 8(3): p. e17046. <https://doi.org/10.2196/17046>.
- 13 Hoenig, K. and S.E. Wenz, Education, health behavior, and working conditions during the pandemic: evidence from a German sample. *European Societies*, 2020. 23(sup1): p. S275-S288. <https://doi.org/10.1080/14616696.2020.1824004>.

- 14 Papageorge, N.W., et al., Socio-demographic factors associated with self-protecting behavior during the Covid-19 pandemic. *J Popul Econ*, 2021. 34(2): p. 691-738.
<https://doi.org/10.1007/s00148-020-00818-x>.
- 15 Townsend, N. and C. Foster, Developing and applying a socio-ecological model to the promotion of healthy eating in the school. *Public Health Nutrition*, 2011. 16(6): p. 1101-1108. <https://doi.org/10.1017/s1368980011002655>.
- 16 Flay, B.R., et al., Differential influence of parental smoking and friends' smoking on adolescent initiation and escalation and smoking. *Journal of Health and Social behavior*, 1994: p. 248-265. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7983337/>.
- 17 Kim, J., Y. Kwon, and D. Cho, Investigating factors that influence social presence and learning outcomes in distance higher education. *Computers & Education*, 2011. 57(2): p. 1512-1520. <https://doi.org/10.1016/j.compedu.2011.02.005>.
- 18 Wang, J., J. Yang, and Y. Xue, Subjective well-being, knowledge sharing and individual innovation behavior. *Leadership & Organization Development Journal*, 2017. 38(8): p. 1110-1127. <http://dx.doi.org/10.1108/LODJ-10-2015-0235>.
- 19 van den Heuvel, S., et al., Changes in employee well-being during the covid-19 pandemic: A study among healthcare workers, teachers and sales workers. *Gedrag en Organisatie*, 2021. 34(3): p. 305-327. <https://doi.org/10.5117/GO2021.3.002.HEUV>.
- 20 Tuan, L.T., et al., Fostering well-being among public employees with disabilities: the roles of disability-inclusive human resource practices, job resources, and public service motivation. *Review of Public Personnel Administration*, 2021. 41(3): p. 466-496. <https://doi.org/10.1177/0734371X19897753>.
- 21 Cavite, H.J., P. Mankeb, and S. Suwanmaneepong, Community enterprise consumers' intention to purchase organic rice in Thailand: the moderating role of product traceability knowledge. *British Food Journal*, 2021. 124(4): p. 1124-1148.
<https://doi.org/10.1108/BFJ-02-2021-0148>.
- 22 Bury, M., The sociology of chronic illness: a review of research and prospects. *Sociology of Health & Illness*, 2006. 13(4): p. 451-468.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9566.1991.tb00522.x>.
- 23 Paterson, B.L., The shifting perspectives model of chronic illness. *J Nurs Scholarsh*, 2001. 33(1): p. 21-6. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2001.00021.x>.

- 24 Sharma, P. and P.D. Kaur, Effectiveness of web-based social sensing in health information dissemination—A review. *Telematics and Informatics*, 2017. 34(1): p. 194-219. <https://doi.org/10.1016/j.tele.2016.04.012>.
- 25 Eden, K.B., et al., Barriers and facilitators to exchanging health information: a systematic review. *Int J Med Inform*, 2016. 88: p. 44-51. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2016.01.004>.
- 26 Mutanu, L., K. Gupta, and J. Gohil, Leveraging IoT solutions for enhanced health information exchange. *Technology in Society*, 2022. 68: p. 101882. <https://doi.org/10.1016/j.techsoc.2022.101882>.
- 27 Yang, X. and W. Jo, Roles of work-life balance and trait mindfulness between recovery experiences and employee subjective well-being: A moderated mediation model. *Journal of Hospitality and Tourism Management*, 2022. 52: p. 459-468. <https://doi.org/10.1016/j.jhtm.2022.08.005>.
- 28 Wood, S., K. Daniels, and C. Ogbonnaya, Use of work–nonwork supports and employee well-being: the mediating roles of job demands, job control, supportive management and work–nonwork conflict. *International Journal of Human Resource Management*, 2020. 31(14): p. 1793-1824. <https://doi.org/10.1080/09585192.2017.1423102>.
- 29 Moffett, S., R. McAdam, and S. Parkinson, Developing a model for technology and cultural factors in knowledge management: a factor analysis. *Knowledge and Process Management*, 2002. 9(4): p. 237-255. <https://doi.org/10.1002/kpm.152>.
- 30 Lewis-Fernández, R. and N. Díaz, The cultural formulation: a method for assessing cultural factors affecting the clinical encounter. *Psychiatric Quarterly*, 2002. 73(4): p. 271-295. <https://doi.org/10.1023/A%3A1020412000183>.
- 31 Foni, A.E., G. Papagiannakis, and N. Magnenat-Thalmann, A taxonomy of visualization strategies for cultural heritage applications. *Journal on Computing and Cultural Heritage*, 2010. 3(1): p. 1-21. <https://doi.org/10.1145/1805961.1805962>.
- 32 Butani, Y., J.A. Weintraub, and J.C. Barker, Oral health-related cultural beliefs for four racial/ethnic groups: Assessment of the literature. *BMC Oral Health*, 2008. 8: p. 26. <https://doi.org/10.1186/1472-6831-8-26>.
- 33 Hilton, I.V., et al., Cultural factors and children's oral health care: a qualitative study of carers of young children. *Community Dent Oral Epidemiol*, 2007. 35(6): p. 429-38. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2006.00356.x>.

- 34 Stein Duker, L.I., et al., The Relationship between Dental Fear and Anxiety, General Anxiety/Fear, Sensory Over-Responsivity, and Oral Health Behaviors and Outcomes: A Conceptual Model. *Int J Environ Res Public Health*, 2022. 19(4).
<https://doi.org/10.3390/ijerph19042380>.
- 35 Hagger, M.S., Psychological determinants of health behavior. *Annu Rev Psychol*, 2025. 76(1): p. 821-850. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-020124-114222>.
- 36 Viner, R., et al., School closures during social lockdown and mental health, health behaviors, and well-being among children and adolescents during the first COVID-19 wave: a systematic review. *JAMA Pediatr*, 2022. 176(4): p. 400-409.
<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.5840>.
- 37 Allington, D., et al., Health-protective behaviour, social media usage and conspiracy belief during the COVID-19 public health emergency - CORRIGENDUM. *Psychol Med*, 2021. 51(10): p. 1770. <https://doi.org/10.1017/s003329172000224x>.
- 38 Masoudiyekta, L., et al., Effect of education based on health belief model on the behavior of breast cancer screening in women. *Asia Pac J Oncol Nurs*, 2018. 5(1): p. 114-120. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_36_17.
- 39 American Diabetes, A., 5. Facilitating Behavior Change and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Medical Care in Diabetes-2020. *Diabetes Care*, 2020. 43(Suppl 1): p. S48-S65. <https://doi.org/10.2337/dc22-S005>.
- 40 Cochran, W.G., Sampling techniques (3rd ed.). New York: John Wiley & Sons., 1977.
<https://www.wiley.com/en-sg/Sampling+Techniques%2C+3rd+Edition-p-9780471162407>.
- 41 Krejcie, R.V. and D.W. Morgan, Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 2016. 30(3): p. 607-610.
<https://doi.org/10.1177/001316447003000308>.
- 42 Rovinelli, R.J. and R.K. Hambleton, On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. 1976: p. 1-37.
<https://api.semanticscholar.org/CorpusID:59042188>.
- 43 Hair, J.F., et al., Multivariate Data Analysis (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall., 2010.
<https://www.drnishikantjha.com/papersCollection/Multivariate%20Data%20Analysis.pdf>.