

ปัจจัยที่ส่งผลต่อระบบการดูแลสุขภาพชุมชนแบบผสมผสาน
ตามแนวคิดพหุลักษณะทางการแพทย์ของตำบลหนองโรง
อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี*

Factors Affecting the Integrated Community Health Care System According to
the Medical Pluralistic Concept of Nong Rong Subdistrict,
Phanom Thuan District, Kanchanaburi Province

¹อภิชาติ ใจอารีย์, ²อุดมพร บุญชู
³เสมอใจ จงเจริญคุณวุฒิ และ ⁴ไพฑูล คำคองสาร

¹Apichart Jai-aree, ²Udomporn Boonchoo

³Samerjai Jongchreankhunwut and ⁴Paitool Kamkronsan

คณะศึกษาศาสตร์และพัฒนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน นครปฐม

Faculty of Education and Development Sciences Kasetsart University Kamphaeng Saen Campus, Nakhon Pathom

E-mail: ¹feucadj@ku.ac.th, ²Udonporn15@gmail.com

³samerjai2515@gmail.com and ⁴fedupk@ku.ac.th

Received May 31, 2023; Revised June 15, 2023; Accepted August 5, 2023

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์ระบบการดูแลสุขภาพชุมชนแบบผสมผสาน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน และ 2) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระบบการดูแลสุขภาพชุมชนแบบผสมผสานตามแนวคิดพหุลักษณะทางการแพทย์ของชุมชนหนองโรง อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสานวิธี เก็บข้อมูลจากการวิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้อง การสำรวจชุมชน และการทำแบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลวิจัยพบว่า ชุมชนหนองโรงมีระบบการดูแลสุขภาพชุมชนแบบผสมผสานตามแนวคิดพหุลักษณะทางการแพทย์ หรือมีระบบมีสุขภาพชุมชนอยู่ในระดับสูง จากการนำตัวแปรปัจจัยด้านสุขภาพ

*ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน

ทั้งหมด เมื่อนำเข้าสู่สมการถดถอยในขั้นสุดท้ายของการวิเคราะห์ เพื่อทำนายตัวแปรเกณฑ์ คือ สุขภาวะชุมชน พบว่ามีตัวแปรที่เข้าสู่สมการทั้งหมด 5 ตัวแปร คือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ ทศนคติต่อการดูแลสุขภาพ และการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายสุขภาวะชุมชนได้ร้อยละ 32.2 สามารถเขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน ได้ดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

$$\hat{Y} = 1.880 + 0.318(X_7) + 0.368(X_1) + 0.345(X_2) + 0.288(X_4) + 0.125(X_{12})$$

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$\hat{Z}_Y = 0.258(Z_{X7}) + 0.221(Z_{X1}) + 0.278(Z_{X2}) + 0.232(Z_{X4}) + 0.110(Z_{X12})$$

คำสำคัญ: ระบบการดูแลสุขภาพชุมชน; ระบบการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน; แนวคิดพหุลักษณะทางการแพทย์

Abstract

The purposes of the article were 1) to analyze the integrated community health care system and the factors relating to the integrated community health care system based on the medical pluralistic concept, and 2) to analyze the factors affecting the integrated community health care system based on the medical pluralistic concept in Nong Rong subdistrict, Phanom Thuan district, Kanchanaburi province. The article used a mixed method. Document analysis, community surveys, and questionnaires collected the data. The data were analyzed by descriptive statistics, the Pearson product-moment correlation coefficient, and stepwise multiple regression. The qualitative data used content analysis.

It was found that the Nong Rong community had an integrated community health care system based on the medical pluralistic concept, or the well-being community's system was high. As for all variables of health factors in the final stepwise multiple regression analysis to predict the criterion variable, community health, it found five variables, namely self-health care behavior, health knowledge, health perception, self-health care attitude, and access to health services. It can be predicted that community health was at 32.2%. The predictive equation could be constructed from unstandardized scores and standardized scores.

The predictive equation in the unstandardized score:

$$\hat{Y} = 1.880 + 0.318(X_7) + 0.368(X_1) + 0.345(X_2) + 0.288(X_4) + 0.125(X_{12})$$

The predictive equation in the standardized score:

$$\hat{Z}_Y = 0.258(Z_{X7}) + 0.221(Z_{X1}) + 0.278(Z_{X2}) + 0.232(Z_{X4}) + 0.110(Z_{X12})$$

Keywords: Community Health Care's System; Integrated Community Health Care System; Medical Pluralistic Concept

บทนำ

แนวคิดระบบสุขภาพชุมชนที่ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเวศ วะสี (2549) กล่าวถึง ยุทธศาสตร์ของการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน คือ การทำให้องค์ประกอบของระบบสุขภาพชุมชนทั้งหมดมีความเป็นหนึ่งเดียวกัน เสมือนร่างกายที่มีทั้งสมอง ปอด ตับ หัวใจ ฯลฯ ที่เชื่อมโยงกันเป็นหนึ่งชีวิตและหัวใจที่สำคัญของการทำให้ “ระบบสุขภาพชุมชนมีความแข็งแรง” คือการสร้าง “ชุมชนเข้มแข็ง” กระบวนทัศน์ทางสุขภาพ พบว่า มีการปรับเปลี่ยนไปตามสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปจากในยุคอดีตมนุษย์แสวงหาแนวทางในการรักษาโรคจากอำนาจเหนือธรรมชาติ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และยงศักดิ์ ตันติปิฎก, 2550) ต่อมามนุษย์มีการดิ้นรนเพื่อที่จะเอาชนะธรรมชาติที่แฝงเข้ามาในร่างกายในรูปของเชื้อโรคหรือความเสื่อมของสภาพร่างกายตามสังขาร ด้วยการอาศัยระบบการแพทย์แผนตะวันตก ที่ได้ชื่อว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาโรคที่สูงและมีการใช้เทคโนโลยี เพื่อมายับยั้งสิ่งที่จะก่อให้เกิดโรคต่างๆ ได้ รวมถึงการค้นพบข้อบ่งชี้และทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวกับการรักษาโรคไว้มากมาย (ธีรวัฒน์ บุระวัฒน์, 2553) ทำให้ระบบการแพทย์แผนตะวันตกได้รับความสนใจจากคนในสังคมเป็นอย่างมาก เพราะนอกจากจะมีความน่าเชื่อถือแล้วยังสามารถช่วยขจัดความทุกข์ทางด้านร่างกายได้อย่างรวดเร็ว จนสังคมปัจจุบันยกย่องให้เป็นการแพทย์กระแสหลัก แต่ในความเป็นจริงของสังคมพบว่า สังคมมีการเปลี่ยนแปลงในทุกมิติอยู่ตลอดเวลาภายใต้ระบบเศรษฐกิจทุนนิยม ที่เน้นถึงการแข่งขันและความเป็นปัจเจกของคน ซึ่งสิ่งเหล่านี้ย่อมมีผลกระทบต่อกฎวิถีชีวิตและสุขภาพของคนเป็นอย่างมาก การนำเอาเทคโนโลยีขั้นสูงมาใช้ในการดูแลรักษาโรค จึงมีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่เพิ่มสูงขึ้นและก่อให้เกิดปัญหาความเหลื่อมล้ำ ความยากลำบากในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ตลอดจนละเลยภูมิปัญญาและวัฒนธรรมชุมชนด้านสุขภาพที่ช่วยหล่อหลอมให้บุคคลเกิดสุขภาวะทางจิตใจได้

แนวคิดพหุลักษณะทางการแพทย์ของ Arthur Kleinman (1980) มองว่า พหุลักษณะทางการแพทย์เป็นสังขธรรมทางสังคมของระบบสุขภาพชุมชน ซึ่งมีทั้งจุดอ่อนและจุดแข็งของแต่ละระบบที่แตกต่างกัน รวมถึงมีการบรรจุองค์ความรู้ที่หลากหลายฐานคิดเข้ามา โดยมีความเชื่อที่ว่าความรู้ที่มาจากกระบวนทัศน์ทางสุขภาพเพียงฐานคิดเดียวนั้น ไม่สามารถอธิบายความเป็นจริงทางสุขภาพได้

ทั้งหมด เพราะความรู้ในแต่ละฐานคิดย่อมมีนิยามความจริงที่แตกต่างกัน รวมถึงวิธีวิทยาและญาณวิทยาในการตรวจสอบความรู้ก็แตกต่างกันไปด้วย ตามรากฐานของหลักปรัชญาในแต่ละระบบ ในการดูแลสุขภาพของประชาชนถือว่ามีความเป็นพหุลักษณะทางการแพทย์ มีการแสวงหาหนทางในการรักษาสุขภาพตามความคิด ความเชื่อที่ตนได้รับ (กรรณิการ์ พรหมเสาร์ และ สรรสิริ อินจัน, 2540) ดังนั้นพหุลักษณะทางการแพทย์ในระดับสากล พบว่า ในทุกภูมิภาคมีการทำองค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้านที่มีคุณค่ามาปรับประยุกต์ใช้ให้เข้ากับสถานการณ์ในโลกยุคปัจจุบัน สำหรับพหุลักษณะทางการแพทย์ของไทยในปัจจุบัน จากแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) มียุทธศาสตร์ที่ชัดเจนในการสร้างทางเลือกให้กับสุขภาพที่หลากหลายโดยผสมผสานภูมิปัญญาไทยและสากลอย่างรู้เท่าทัน ซึ่งถือได้ว่าเป็นการจุดประกายความเป็นพหุลักษณะทางการแพทย์ให้กับสาธารณสุขไทย และสืบเนื่องต่อมาในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) ในยุทธศาสตร์ที่ 1 ได้ระบุถึงการมุ่งเสริมสร้างความเข้มแข็งในระบบสุขภาพ การพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพบนพื้นฐานภูมิปัญญาไทย เป็นยุทธศาสตร์ที่มุ่งพัฒนาการระบบสุขภาพชุมชนบนพื้นฐานวัฒนธรรมชุมชนเพื่อสังคมแห่งสุขภาวะ ทั้งนี้ วิภาณันท์ ม่วงสกุล และคณะ (2561) ได้สรุปว่า พหุลักษณะทางการแพทย์เป็นสิ่งที่พบได้ในทุกชุมชน ที่แสดงถึงความหลากหลายของดูแลสุขภาพสุขภาพตามความคิด ความเชื่อ และทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของสังคมและนโยบายทางสุขภาพย่อมมีผลต่อการแสวงหาบริการทางสุขภาพของประชาชนสำหรับการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่อง พหุลักษณะทางการแพทย์ที่ผ่านมามุ่งชี้ให้เห็นถึงประเด็นความหลากหลายของการแพทย์ที่มีอยู่

จากการการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ควรมีการทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อร่วมกันศึกษาวิจัยการผสมผสานพหุลักษณะทางการแพทย์ โดยอาจกำหนดพื้นที่ศึกษาให้ชัดเจนเพื่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ร่วมกัน และร่วมกันพัฒนาโดยใช้องค์ความรู้แบบผสมผสานระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์พื้นบ้าน และการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน รวมทั้งควรมีการศึกษาวิจัยทางด้านสุขภาพในชุมชนที่มีบริบทวัฒนธรรมเฉพาะ โดยอาศัยความร่วมมือกันของทุกภาคส่วนในระบบสุขภาพชุมชน ที่มองเห็นคุณค่าของระบบสุขภาพในฐานคิดต่างๆ เพื่อนำสิ่งที่ดีของในแต่ละระบบมาช่วยกันหนุนเสริม เติมเต็ม และจัดการให้เกิดสุขภาวะชุมชนที่สมบูรณ์ (วิภาณันท์ ม่วงสกุล และคณะ, 2561) สำหรับงานวิจัยในต่างประเทศเกี่ยวกับพหุลักษณะทางการแพทย์ที่ศึกษา มีดังนี้ Jennings (2005) ได้ยืนยันจากงานวิจัยถึงความหลากหลายของการแพทย์ ใน Dar es Salaam ที่มีนำการแพทย์แผนจีนเข้ามาในพื้นที่ทั้งที่มีฐานคิดและประเพณีที่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นผลมาจากกระแสการเปลี่ยนแปลงของโลกนี้ นำไปสู่การการซึมซับของการแพทย์ที่ต้องอาศัยเวลาและความยืดหยุ่นของการแพทย์แบบพหุลักษณะ

ชุมชนหนองโรง อำเภอนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี ถือได้ว่าเป็นชุมชนที่มีอุดมสมบูรณ์ของฐานทรัพยากรชีวภาพ เช่น ป่าชุมชนที่มีความหลากหลายของพรรณไม้และพืชสมุนไพร เป็นต้น เป็นชุมชนชนบทที่ยังมีวัฒนธรรมแบบสังคมเกษตรกรรมที่คนในชุมชนมีความสัมพันธ์แบบเครือญาติ มีศาสนาและความเชื่อเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของคน คนในชุมชนมีการเรียนรู้และสืบทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นและ

ความหลากหลายของการจัดการทางสุขภาพ และมีวิถีชีวิตทางสุขภาพที่น่าสนใจ เช่น การรักษาอาการป่วยด้วยหมอยาโดยใช้ตำรับยาแผนโบราณ การรักษาโรคเหงือกอักเสบด้วยกิ่งและใบแจง การใช้สมุนไพรจากต้นแจงรักษาอาการอักเสบปวดเมื่อย ใช้เป็นส่วนประกอบในการทำลูกประคบและเข้าตำรับยาในการรักษาอาการอักเสบเมื่อทำการถอนนิ้วแบบโบราณ การนวดแผนโบราณ เป็นต้น (อภิชาติ ใจอารีย์ และคณะ, 2563) รวมทั้งจากผลการดำเนินงานโครงการอนุรักษ์พันธุกรรมพืชอันเนื่องมาจากพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี (อพ.สธ.) และโครงการสำรวจและจัดทำแผนพัฒนาการใช้ประโยชน์จากต้นแจง เพื่อเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจบนฐานความหลากหลายทางชีวภาพของชุมชนหนองโรง อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรีที่กล่าวในข้างต้นทางวิสาหกิจชุมชนฯ ร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบลหนองโรง และมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน จึงเล็งเห็นถึงความสำคัญของระบบการดูแลสุขภาพชุมชนที่แสดงถึงความเป็นพหุลักษณะทางการแพทย์นี้ มีลักษณะการผสมผสานของระบบสุขภาพชุมชนในพื้นที่ตำบลหนองโรงเป็นอย่างไร ภายใต้กระแสการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและแนวคิดพหุลักษณะทางการแพทย์ โดยในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความเชื่อในการนำศักยภาพของประชาชนมาร่วมพัฒนาสุขภาพชุมชนควบคู่ไปกับภาคีต่างๆ พร้อมกับนาทุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชนมาผสมผสานและประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับพื้นที่ ถือได้ว่าเป็นการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ที่จะนำไปสู่ชุมชนเข้มแข็ง และตอบสนองความต้องการทางสุขภาพของคนในตำบลหนองโรงได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และยั่งยืนให้กับชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์ระบบการดูแลสุขภาพชุมชนแบบผสมผสาน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานตามแนวคิดพหุลักษณะทางการแพทย์ชุมชนหนองโรง อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระบบการดูแลสุขภาพชุมชนแบบผสมผสานตามแนวคิดพหุลักษณะทางการแพทย์ของชุมชนหนองโรง อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี

การทบทวนวรรณกรรม

แนวคิดระบบสุขภาพชุมชนแบบผสมผสาน เป็นรากฐานที่สำคัญของการสร้างให้ประชาชนมีสุขภาพดีได้อย่างเท่าเทียมและทั่วถึง แต่ความเข้าใจในเรื่องของการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนในกลุ่มผู้เกี่ยวข้องยังมีจำกัด และมีความเข้าใจที่แตกต่างกัน หลากหลาย แต่ก็พบว่าประเทศไทยมีประสบการณ์การจัดการและการพัฒนาในเรื่องชุมชนเข้มแข็งกระจายไปอย่างมากมาย ทั้งที่เป็นการพัฒนาในด้านการรวมกลุ่มพัฒนาอาชีพ การพัฒนาด้านความเป็นอยู่ สิ่งแวดล้อม รวมทั้งการ พัฒนาในด้านกองทุนสวัสดิการต่างๆ ซึ่งน่าจะเป็นฐานสำคัญของการพัฒนาสุขภาพะของชุมชน อีกทั้งการพัฒนาในเรื่อง การดูแลสุขภาพก็มีตัวอย่างเพิ่มขึ้นเช่นกัน แต่อาจจะยังไม่มีการพัฒนาและขยายฐานการพัฒนาชุมชน และ

พัฒนาสุขภาพของชุมชนได้อย่างกว้างขวางเป็นระบบทั่วทุกพื้นที่ อีกทั้งสภาพสังคมไทยก็มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ทำให้ชุมชน หน่วยงานต่างๆ จำเป็นที่จะต้องมีการปรับตัวในเรื่องกระบวนการจัดการและการพัฒนาของชุมชนเพิ่มขึ้น ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวแนวคิดระบบสุขภาพชุมชน เพื่อทำความเข้าใจถึงความหมาย กระบวนทัศน์และปรากฏการณ์ของระบบการดูแลสุขภาพของชุมชน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลสุขภาพของชุมชน แนวคิดพหุลักษณะทางการแพทย์เพื่อทำความเข้าใจถึงความหลากหลายของระบบสุขภาพในสังคมไทย ที่ประกอบด้วย 3 ระบบย่อย คือ ภาคประชาชน (Popular Sector) ภาคการแพทย์พื้นบ้าน (Folk Sector) และภาคบุคลากรวิชาชีพทางการแพทย์ (Professional Sector) ที่ช่วยหนุนเสริมให้บุคคลได้มีสุขภาพที่ดี (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2547; 2549; 2550; โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ ยงศักดิ์ ดันติปัญญ, 2550; โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2551; ประเวศ วะสี, 2549; วิภาณันท์ ม่วงสกุล และคณะ, 2562; Jennings, 2005; Kleinman, 1980)

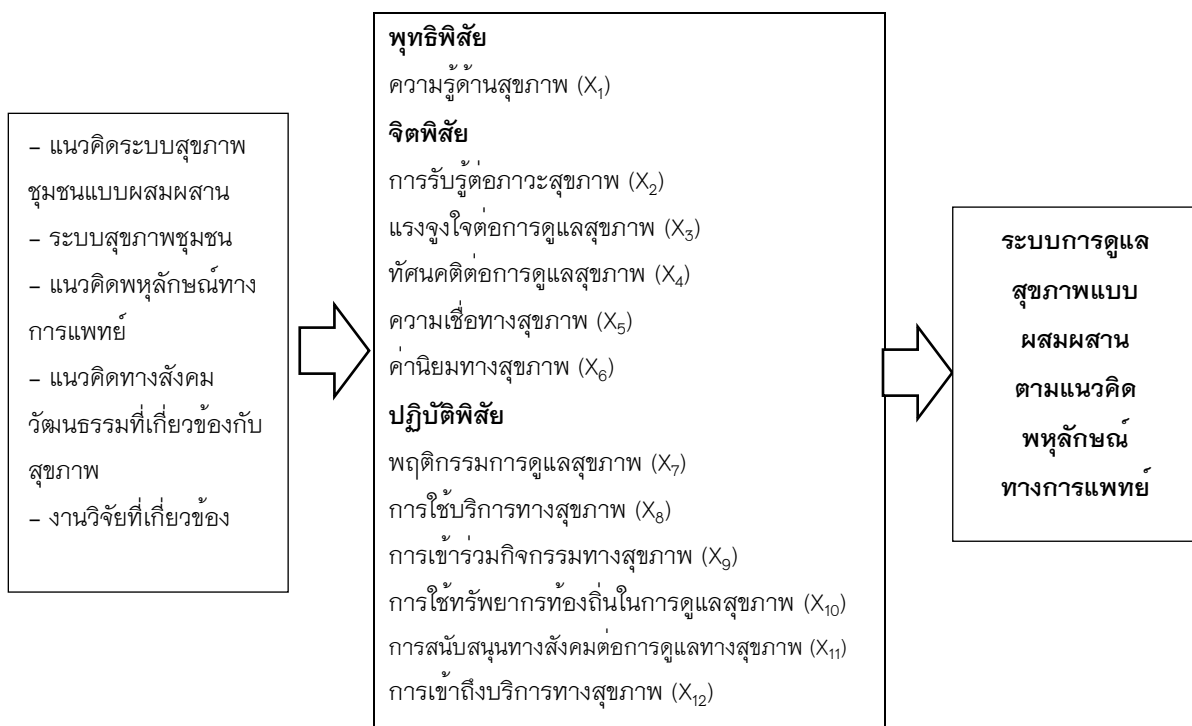
ระบบสุขภาพชุมชน หมายถึง ระบบที่ประกอบด้วยองค์ประกอบต่างๆ ที่สัมพันธ์กันและทำให้เกิดสุขภาพของประชาชนในชุมชน โดยความร่วมมือกันของสมาชิกกลุ่มต่างๆ ในชุมชน สถาบันวิจัย และพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.) เป็นหน่วยงานหลักที่เข้ามาขับเคลื่อนเรื่องนี้โดยตรงโดยพยายามจัดวางเครื่องมือซึ่งมีโครงสร้างหลักเน้นการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชน มุ่งเน้นพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ระบบการจัดการ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน ระบบการดูแลสุขภาพตนเองและช่วยเหลือกัน เพื่อทำให้เกิดการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของชุมชน โดยกลุ่มคนต่างๆ ในชุมชน จะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและต่อเนื่องเช่น ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เด็กและสตรี ที่จะต้องมีระบบการดูแลสุขภาพเงิน ระบบสวัสดิการ เพื่อการดูแลในด้านต่างๆ มีกลุ่มอาชีพที่สามารถเลี้ยงดูตนเองได้ (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2555) ส่วน ประเวศ วะสี (2549) กล่าวทำนองเดียวกันว่า ระบบสุขภาพชุมชน คือ การทำงานเพื่อสร้าง “สุขภาพะชุมชน” (Community health) เป็นเรื่องที่สำคัญมาก เป็นงานที่สร้างสรรค์คนทำงานในระบบการพัฒนาสุขภาพชุมชน ถ้าสามารถเข้าใจการทำงานสุขภาพชุมชนร่วมกันอย่างเป็นระบบได้สุขภาพะของสังคมไทยก็必将มีความเปลี่ยนแปลง เราจะสามารถสร้างสุขภาพของคนไทยก้าวหน้าไปได้ไกล

แนวคิดทางสังคมวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เนื่องจากสุขภาพเป็นปรากฏการณ์ทางสังคมวัฒนธรรมที่มีความสลับซับซ้อนและแตกต่างกันย่อมมีผลต่อภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย การทำความเข้าใจในแนวคิดวัฒนธรรมชุมชนทำให้มองเห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของชุมชนที่มีการเปิดรับสิ่งใหม่อยู่ตลอดเวลา แนวคิดการผสมกลมกลืนทางวัฒนธรรม ซึ่งเป็นแนวคิดที่เกิดจากความต้องการให้เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของสังคม นอกจากนี้รวมถึงแนวคิดการยอมรับสิ่งใหม่และวัฒนธรรมที่แตกต่าง เชื่อมโยงสู่มุมมองเกี่ยวกับระบบการดูแลสุขภาพชุมชน

(ยศ สันตสมบัติ, 2556; รังสรรค์ ณะพรพันธุ์, 2546ก, 2564ข; วรุฒิ โรมรัตน์พันธ์, 2548; อคิน รพีพัฒน์, 2551; อภิชาติ ใจอารีย์, 2555; เอี่ยม ทองดี, 2547;)

การทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในเรื่องของภูมิปัญญาด้านสุขภาพ ระบบพหุลักษณะทาง การแพทย์ การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพชุมชน และการสำรวจฐานทรัพยากรชีวภาพ (กิจปพน ศรีธานี และ ลำปาง แม่นมาตย์ (2557); วิภาณันท์ ม่วงสกุล และคณะ, 2562; ศรีณัฐ ไทรชมภู, 2558; อภิชาติ ใจอารีย์, 2557; อภิชาติ ใจอารีย์ และคณะ, 2563; Emmanuel, 2021; Jennings, 2005; Mattavangkul et al., 2014)

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาที่ใช้กระบวนการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methodology) พื้นที่วิจัย คือ ศึกษาตำบลหนองโรง อำเภอนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี เนื่องจากตำบลหนองโรงเป็นชุมชนที่มีความอุดมสมบูรณ์ของฐานทรัพยากรชีวภาพ ภูมิปัญญาท้องถิ่นและความหลากหลายของการจัดการทางสุขภาพเป็นอย่างมาก มีวิถีชีวิตทางสุขภาพที่น่าสนใจ และผู้นำชุมชนให้ความสำคัญในการต่อยอดและสร้างคุณค่าจากฐานทรัพยากรชีวภาพ และภูมิปัญญาท้องถิ่น สู่การสร้างเสริมสุขภาพที่ดีให้กับประชาชนในชุมชน

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ตัวแทนครัวเรือนที่มีรายชื่อปรากฏอยู่ในข้อมูลทะเบียนราษฎร์ของ อบต.หนองโรงประกอบด้วย 17 หมู่บ้าน จำนวนครัวเรือนทั้งสิ้น 2,526 ครัวเรือน (ข้อมูลทะเบียนราษฎร์ของ อบต.หนองโรง พ.ศ. 2564) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ตัวแทนครัวเรือน ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นผู้มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎร์ของ อบต.หนองโรง พ.ศ. 2564 จำนวน 400 คน (Yamane, 1973) ซึ่งใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย การสัมภาษณ์เชิงลึก การประชุมกลุ่มย่อย การสำรวจชุมชน และการสังเกตเกี่ยวกับความคิด ความเชื่อ ค่านิยม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนตำบลหนองโรงต่อการแสวงหาแนวทางการรักษาสุขภาพให้กับตนเอง การทำแบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลสุขภาพของชุมชน

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย

- แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลสุขภาพของชุมชน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วยแบบสอบถามคุณลักษณะของผู้ตอบแบบสอบถาม ปัจจัยทางสุขภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม และมาตรวัดสุขภาวะ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยเป็นคำถามแบบเลือกตอบและเติมข้อมูลในช่องว่าง จำนวน 19 ข้อ ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) จำนวนสมาชิกภายในครอบครัว 5) การนับถือศาสนา 6) เชื้อชาติ 7) การศึกษาสูงสุด 8) การอ่านออกเขียนได้ 9) อาชีพ 10) รายได้ 11) สถานะทางการเงิน 12) ลิขสิทธิ์ยาพยาบาล 13) โรคประจำตัว 14) การแสวงหาแนวทางการรักษา 15) เหตุผลในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง 16) เหตุผลในการรักษาจากหมอพื้นบ้าน 17) เหตุผลในการรักษาที่สถานบริการสาธารณสุข 18) การเดินทางไปรับการรักษาจากหมอพื้นบ้าน 19) การเดินทางไปรับบริการทางสุขภาพจากสถานบริการสาธารณสุข

ส่วนที่ 2 ปัจจัยทางสุขภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการตรวจเอกสาร เพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ จำนวน 12 ตัวแปร ประกอบด้วย 1) ความรู้ด้านสุขภาพ 2) การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ 3) แรงจูงใจต่อการดูแลสุขภาพ 4) ทักษะติดต่อการดูแลสุขภาพ 5) ความเชื่อทางสุขภาพ 6) ค่านิยมทางสุขภาพ 7) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 8) การใช้บริการทางสุขภาพ 9) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสุขภาพ 10) การใช้ทรัพยากรท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพ 11) การสนับสนุนทางสังคมต่อการดูแลสุขภาพ และ 12) การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประเมินตนเองว่าข้อความแต่ละข้อตรงกับสิ่งที่ตนรับรู้มากน้อยเพียงใดโดยคำตอบของแบบสอบถามมีตั้งแต่มาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับโดยค่า 1 หมายถึงตรงกับผู้ตอบน้อยที่สุดและค่า 5 หมายถึงตรงกับผู้ตอบมากที่สุด และแบบสอบถามแบบเลือกตอบ 2 ระดับ ได้แก่ ใช่และไม่ใช่ ใช่และไม่ใช่ เข้าร่วมและไม่เข้าร่วม การพัฒนาแบบสอบถามปัจจัยทางสุขภาพผู้วิจัยได้ทำการตรวจเอกสารจากทฤษฎีทางสุขภาพ ทฤษฎีมานุษยวิทยาทางการแพทย์

ส่วนที่ 3 มาตรการสุขภาพในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้มาตรวัด PWS (Perceived Wellness Survey) เป็นมาตรวัดสุขภาพที่เป็นไปตามกรอบแนวคิดของ Adams et al. (1997) เนื่องจากเป็นมาตรวัดที่เน้นการรับรู้ต่างๆของบุคคลอย่างเป็นองค์รวมและมีคุณภาพที่ดี (Adams et al., 1997; Adams et al., 2000) โดยผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากผู้สร้างมาตรวัด PWS ให้สามารถนำมาใช้ในการทำวิจัยในครั้งนี้ โดยมาตรวัด PWS ประเมินสุขภาพ 6 ด้านได้แก่ ด้านร่างกายด้านจิตวิญญาณด้านปัญญาและการรู้คิดด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านอารมณ์โดยมาตรวัดนี้จะมีจำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 36 ข้อลักษณะของมาตรวัดเป็นมาตรประมาณค่าแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 6 ระดับโดยค่า 1 หมายถึงไม่เห็นด้วยมากที่สุด ส่วนค่า 6 หมายถึงเห็นด้วยมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย การหาความเที่ยงตรง (Validity) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อ (Index of item objective congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นประชากรที่อาศัยอยู่ในตำบลหนองสาหร่าย จำนวน 30 คน ได้ความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของ Cronbach (Cronbach's Alpha Coefficient) ส่วนที่ 2 เท่ากับ 0.953 และส่วนที่ 3 เท่ากับ 0.840

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เนื้อหาโดยการตีความและให้ความหมายของข้อมูล และนำข้อมูลมาจัดประเด็นและจัดหมวดหมู่ของข้อมูล วิธีการตรวจสอบข้อมูลใช้เทคนิคสามเส้าเพื่อเปรียบเทียบข้อมูลจากต่างแหล่งของข้อมูล (ชาย โพธิ์สิตา, 2556; ผ่องพรรณ ตรียมงคลกุล และสุภาพ นัตรการณ, 2555; Creswell, 2014) ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลสุขภาพของชุมชนใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์สหสัมพันธ์เชิงซ้อน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุ

ผลการวิจัย

คุณลักษณะของผู้ตอบแบบสอบถาม

คุณลักษณะของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า กว่าครึ่ง (56.5%) เป็นเพศหญิง เกือบครึ่ง (41.5%) อายุอยู่ในช่วง 41–60 ปี ส่วนมาก (81.0%) สถานภาพสมรสอยู่ด้วยกันประมาณสามในสี่ (69.5%) มีการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาประมาณหนึ่งในสาม (34.8%) ประกอบอาชีพรับจ้างกว่าครึ่ง (56.2%) มีรายได้อยู่ในช่วง 3,000 – 10,000 บาท เกือบครึ่ง (48.8%) มีสถานทางการเงินจะเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ในการใช้สิทธิการรักษา พบว่า เกือบทั้งหมด (93.2%) ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ และพบว่าเกือบครึ่ง (48%) มีโรคประจำตัว โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคทางเดินหายใจและโรคในช่องปาก รองลงมา คือ ความดันโลหิตสูง

พฤติกรรมการแสวงหาแนวทางการรักษาของประชาชน

จากการศึกษาพฤติกรรมการแสวงหาแนวทางการรักษาของประชาชนพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ (98.8%) เมื่อเจ็บป่วยจะใช้ดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งใกล้เคียงกับการไปรับบริการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุข (98.3%) นอกจากนี้ยังพบว่า ประชาชนไปรับการรักษาจากหมอพื้นบ้าน (38.5%)

เหตุผลในการเลือกรับการรักษาระบบการดูแลสุขภาพชุมชนแบบผสมผสานตามแนวคิดพหุลักษณะทางการแพทย์

จากการศึกษาเหตุผลในการเลือกรับการรักษาระบบการดูแลสุขภาพชุมชนแบบผสมผสานตามแนวคิดพหุลักษณะทางการแพทย์ พบว่า ประชาชนตำบลหนองโรงส่วนใหญ่ใช้ระบบสุขภาพภาคประชาชน และภาคบุคลากรวิชาชีพทางการแพทย์ โดยพบว่าเหตุผลในการเลือกรับการรักษาระบบสุขภาพภาคประชาชนส่วนใหญ่ ให้เหตุผลว่าง่ายในการปฏิบัติ รองลงมาประมาณสองในห้า ให้เหตุผลในเรื่องไม่ยุ่งยากเป็นภาระผู้อื่น และประมาณหนึ่งในสาม ให้เหตุผลว่าต้องการให้มีสุขภาพดี สำหรับเหตุผลในการเลือกการรักษากับภาคบุคลากรวิชาชีพทางการแพทย์นั้น พบว่าส่วนใหญ่ ให้เหตุผลว่าสามารถไปรับบริการการรักษาได้ง่าย รองลงมา คือ เชื่อมั่นในผลการรักษา และมีสิทธิในการรักษาพยาบาลและการเลือกการรักษากับภาคการแพทย์พื้นบ้านพบเพียงหนึ่งในสาม โดยให้เหตุผลในการเลือกการรักษากับภาคการแพทย์พื้นบ้านว่าเชื่อมั่นในผลการรักษา รองลงมา คือ สามารถไปรับบริการการรักษาได้ง่าย และมีความศรัทธาในตัวหมอพื้นบ้านและยังเป็นการรักษาที่บรรพบุรุษเคยใช้รักษา

“...ถ้าเป็นโรคที่มีอาการไม่รุนแรงเช่นเป็นเริม ก็จะไปหาหมอเป่าสักพักก็หายนะ มันง่ายไม่ต้องไปรักษาตัวที่โรงพยาบาล แต่ถ้าเป็นหนักต้องกินยาประจำลูกๆ ก็จะให้พาไปที่อนามัย (รพ.สต.) หรือโรงพยาบาลท่านเจ้าคุณฯ มันก็แล้วแต่โรคและแต่อาการ บางโรคเป็นเองก็หายเอง...”

ปัจจัยด้านสุขภาพ

จากการศึกษา ปัจจัยด้านสุขภาพ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีปัจจัยด้านพุทธิพิสัย คือ มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=18.0$, S.D. = 2.9) ส่วนปัจจัยด้านจิตพิสัยที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง 3 ตัวแปร คือ ทศตนคติต่อการดูแลสุขภาพ แรงจูงใจต่อการดูแลสุขภาพ และความเชื่อทางสุขภาพ ($\bar{x}=75.6$, S.D. = 8.4, $\bar{x}=47.5$, S.D. = 6.9 และ $\bar{x}=44.1$, S.D. = 9.1 ตามลำดับ) และปัจจัยด้านปฏิบัติพิสัยที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง 3 ตัวแปร คือ การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมต่อการดูแลสุขภาพ ($\bar{x}=86.5$, S.D. = 6.8, $\bar{x}=7.6$, S.D. = 2.4 และ $\bar{x}=48.3$, S.D. = 4.2 ตามลำดับ) และมีสุขภาพะชุมชนอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=163.7$, S.D. = 9.8) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยด้านสุขภาพ

(n=400)

ปัจจัยด้านสุขภาพ	ต่ำสุด	สูงสุด	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
พุทธิพิสัย					
ความรู้ด้านสุขภาพ (X ₁)	12	24	18.0	2.9	สูง
จิตพิสัย					
การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ (X ₂)	36	71	55.2	3.8	ปานกลาง
แรงจูงใจต่อการดูแลสุขภาพ (X ₃)	24	64	74.5	6.9	สูง
ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพ (X ₄)	44	100	75.6	8.4	สูง
ความเชื่อทางสุขภาพ (X ₅)	26	60	44.1	9.1	สูง
ค่านิยมทางสุขภาพ (X ₆)	34	92	63.4	9.5	ปานกลาง
ปฏิบัติพิสัย					
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (X ₇)	46	90	68.6	6.8	ปานกลาง
การใช้บริการทางสุขภาพ (X ₈)	14	55	33.4	8.3	ปานกลาง
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสุขภาพ (X ₉)	0	10	7.6	2.4	สูง
การใช้ทรัพยากรท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพ (X ₁₀)	3	49	27.5	9.8	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคมต่อการดูแลสุขภาพ (X ₁₁)	18	60	48.3	4.2	สูง
การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ (X ₁₂)	58	100	86.5	6.8	สูง
สุขภาพชุมชน/ระบบการดูแลสุขภาพชุมชนแบบผสมผสาน (Y)	124	190	163.7	9.8	สูง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุขภาพกับสุขภาพชุมชน/หรือระบบการดูแลสุขภาพชุมชนแบบผสมผสาน

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุขภาพกับสุขภาพชุมชน พบว่า ปัจจัยด้านสุขภาพของประชาชนมีความสัมพันธ์กับสุขภาพชุมชนอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 จำนวน 11 ตัวแปร โดยเรียงลำดับความสัมพันธ์จากมากไปน้อยดังนี้ ความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพ แรงจูงใจต่อการดูแลสุขภาพ ค่านิยมทางสุขภาพ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมต่อการดูแลสุขภาพ ความเชื่อทางสุขภาพ การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสุขภาพ และการใช้ทรัพยากรท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพ ($r = .638 .387 .358 .322 .322 .298 .283 .223 .214 .162$ และ 141 ตามลำดับ) ส่วนการใช้บริการทางสุขภาพไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับสุขภาพชุมชน ($r = 0.090$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุขภาพกับสุขภาวะชุมชนหรือระบบการดูแลสุขภาพชุมชนแบบผสมผสาน

ปัจจัย ด้าน สุขภาพ	Y	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆	X ₇	X ₈	X ₉	X ₁₀	X ₁₁	X ₁₂
Y	1												
X ₁	.638 ^a	1											
X ₂	.298 ^a	-.023	1										
X ₃	.322 ^a	.083	.432 ^a	1									
X ₄	.358 ^a	.116 ^b	.453 ^a	.763 ^a	1								
X ₅	.214 ^a	.093	.124 ^b	.223 ^a	.286 ^a	1							
X ₆	.322 ^a	.036	.333 ^a	.643 ^a	.682 ^a	.379 ^a	1						
X ₇	.387 ^a	.014	.198 ^a	.485 ^a	.481 ^a	.200 ^a	.598 ^a	1					
X ₈	.090	.068	.095	.129 ^a	.164 ^a	.453 ^a	.107 ^b	.114 ^b	1				
X ₉	.162 ^a	.074	.155 ^a	.357 ^a	.311 ^a	.253 ^a	.413 ^a	.230 ^a	.080	1			
X ₁₀	.141 ^a	-.100	.142 ^a	.212 ^a	.153 ^a	.076	.228 ^a	.090	.012	.140 ^a	1		
X ₁₁	.283 ^a	.037	.282 ^a	.489 ^a	.436 ^a	.287 ^a	.276 ^a	.380 ^a	.102 ^b	.257 ^a	.191 ^a	1	
X ₁₂	.223 ^a	.021	.191 ^a	.313 ^a	.345 ^a	.366 ^a	.356	.200 ^a	.151 ^a	.172 ^a	-.013	.354 ^a	1

a มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

b มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปัจจัยที่ส่งผลต่อระบบการดูแลสุขภาพชุมชนแบบผสมผสานตามแนวคิดพหุลักษณะทาง
การแพทย์ของตำบลหนองโรง

จากการนำตัวแปรปัจจัยด้านสุขภาพทั้งหมด เมื่อนำเข้าสู่สมการถดถอยในขั้นสุดท้ายของการ
วิเคราะห์ เพื่อทำนายตัวแปรเกณฑ์ คือ สุขภาวะชุมชน/ระบบการดูแลสุขภาพชุมชนแบบผสมผสาน
พบว่า มีตัวแปรที่เข้าสู่สมการทั้งหมด 5 ตัวแปร โดยตัวแปรพฤติกรรมดูแลสุขภาพสามารถทำนายได้
สูงสุด ร้อยละ 18.4 ส่วนตัวแปรที่มีอิทธิพลร่วมกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ คือ ตัวแปรความรู้ด้าน
สุขภาพ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ ทศนคติต่อการดูแลสุขภาพ และการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ สามารถ
ทำนายได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 2.40, 6.10, 4.50 และ 1.80 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตัวพยากรณ์ทั้ง 5 ตัว
พบว่า สามารถร่วมกันทำนายสุขภาวะชุมชนได้ร้อยละ 32.2 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R)
เท่ากับ 0.519 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเมื่อใช้สภาวะชุมชนเป็นตัวแปรเกณฑ์

(n = 400)

ตัวแปร	R ² change	b	SE _b	β	t	p-value
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (X ₇)	0.184	0.318	0.062	0.258	5.149	0.000 ^a
ความรู้ด้านสุขภาพ (X ₁)	0.024	0.368	0.054	0.221	5.691	0.000 ^a
การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ (X ₂)	0.061	0.345	0.056	0.278	6.484	0.000 ^a
ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพ (X ₄)	0.045	0.288	0.061	0.232	4.324	0.000 ^a
การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ (X ₁₂)	0.018	0.125	0.053	0.110	2.428	0.014 ^b

ค่าคงที่ (a)=1.880; R= 0.519; R²= 0.332

a มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

b มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง สามารถเขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน ได้ดังนี้
สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

$$\hat{Y} = 1.880 + 0.318(X_7) + 0.368(X_1) + 0.345(X_2) + 0.288(X_4) + 0.125(X_{12})$$

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$\hat{Z}_Y = 0.258(Z_{X7}) + 0.221(Z_{X1}) + 0.278(Z_{X2}) + 0.232(Z_{X4}) + 0.110(Z_{X12})$$

อภิปรายผล

ความรู้ด้านสุขภาพ แรงจูงใจต่อการดูแลสุขภาพ ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพ ความเชื่อทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมต่อการดูแลสุขภาพและการเข้าถึงบริการทางสุขภาพเป็นตัวแปรที่อยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เพราะความรู้ด้านสุขภาพนั้นเกิดจากการทำงานในภาคบุคลากรวิชาชีพทางสุขภาพที่นำความรู้การแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์ทางเลือกมาเผยแพร่ในรูปแบบต่างๆ ให้กับประชาชนเพื่อได้นำไปดูแลตนเอง รวมไปถึงประชาชนมีพฤติกรรมแสวงหาความรู้ทางสุขภาพและนำมาปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี แรงจูงใจต่อการดูแลสุขภาพ พบว่า การเจ็บป่วยหรือความสนใจในสุขภาพจะเป็นแรงจูงใจให้ประชาชนได้ดูแลสุขภาพตนเองไปในทิศทางที่เหมาะสม ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพ พบว่า การที่เป็นบุคคลมีมุมมองในชีวิตที่ดี เช่น การเป็นที่พึงให้กับผู้อื่นให้นั้นตนเองต้องมีสุขภาพที่ดีก่อน และการดูแลสุขภาพตนเองนั้นทำได้ไม่ยากเพราะปัจจุบันมีสิ่งอำนวยความสะดวกในชุมชนที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพมากขึ้น ความเชื่อทางสุขภาพ พบว่าฐานคิดความเชื่อทางสุขภาพนั้นมีความแตกต่างกันไปทั้งความเชื่อที่พิสูจน์ได้และพิสูจน์ไม่ได้ โดยความเชื่อทางสุขภาพจะนำไปสู่พฤติกรรมที่ทำให้เกิดความสุขสบายใจและพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสม การสนับสนุนทางสังคมต่อการดูแลสุขภาพ พบว่าส่วนใหญ่มาจากการสนับสนุนของหน่วยงานภาครัฐ โดยจัดกิจกรรมเพื่อให้ประชาชนมุ่งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงไปสู่พฤติกรรมทางสุขภาพ สำหรับการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ พบว่าการเจ็บป่วยที่รุนแรงและอุบัติเหตุ ชุกชุมจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลที่รวดเร็วและทันเวลาที่

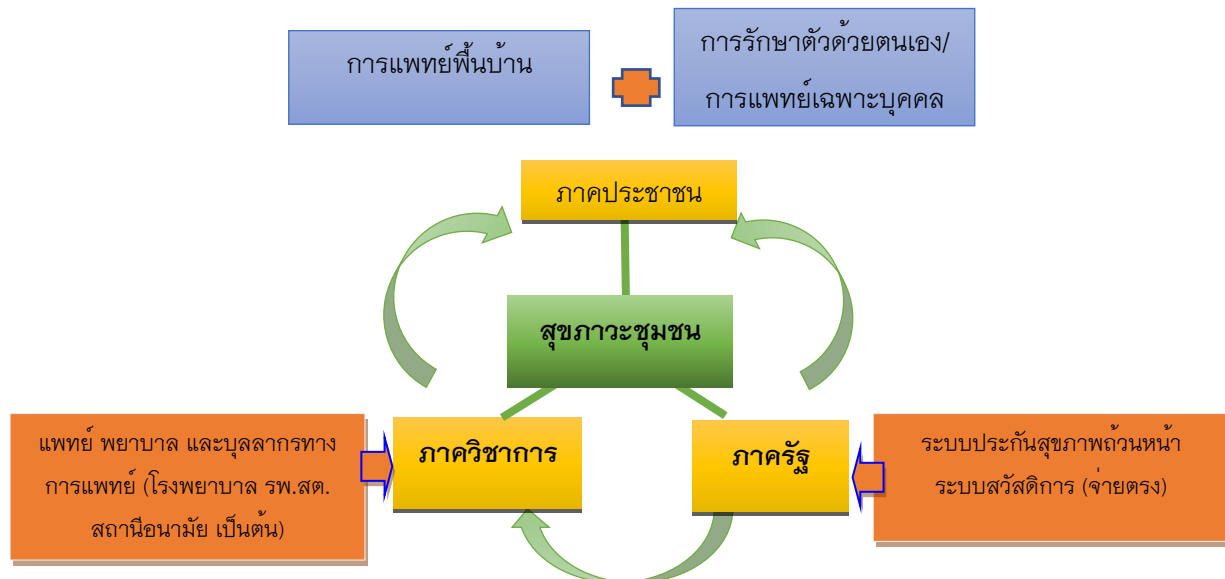
จากการศึกษาถึงบริบทด้านสุขภาวะชุมชนตำบลหนองโรงและพฤติกรรมการแสวงหาแนวทางการรักษาของประชาชนทำให้เห็นได้ว่าตำบลหนองโรงมีสภาพความเป็นพหุลักษณะทางการแพทย์ของตำบลหนองโรง ผู้วิจัยได้วิเคราะห์สภาพความเป็นพหุลักษณะทางการแพทย์ของตำบลหนองโรง การนำเสนอผู้วิจัยแบ่งออกเป็นพหุลักษณะทางการแพทย์แบบทวิภาคและไตรภาค โดยพหุลักษณะทางการแพทย์แบบทวิภาคคือ เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นประชาชนจะใช้เวลาดูแลสุขภาพภาคประชาชนร่วมกับภาควิชาชีพ ซึ่งพบว่ามีถึงสองในสาม (61.8%) นอกจากนี้พหุลักษณะทางการแพทย์แบบทวิภาคยังพบว่า มีการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพพร้อมกับภาคหมอพื้นบ้านซึ่งพบเพียงเล็กน้อย (0.5%) สำหรับพหุลักษณะทางการแพทย์แบบไตรภาคคือ เมื่อมีการเจ็บป่วยประชาชนจะใช้เวลาจัดการสุขภาพร่วมกันทั้ง 3 ฐานคิดคือ การดูแลสุขภาพภาคประชาชน ภาควิชาชีพ และภาคหมอพื้นบ้านพบเพียงหนึ่งในสาม (37.7%)

สำหรับปัจจัยที่ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระบบการดูแลสุขภาพชุมชนแบบผสมผสานตามแนวคิดพหุลักษณะทางการแพทย์ของตำบลหนองโรง พบว่ามีตัวแปร 5 ตัวแปร โดยตัวแปรพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสามารถทำนายได้สูงสุด ส่วนตัวแปรที่มีอิทธิพลร่วมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ คือ ตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ ทักษะคิดต่อการดูแลสุขภาพ และการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิภาณันท์ ม่วงสกุล และคณะ (2562) ที่พบว่าระบบการดูแลสุขภาพชุมชนแบบผสมผสานตามแนวคิดพหุลักษณะทางการแพทย์ควรยึดหลักตาม 4 ปัจจัย คือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ ทักษะคิดต่อการดูแลสุขภาพ และการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ ส่วนปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างจากงานวิจัยดังกล่าว ทั้งนี้ เนื่องมาจากชุมชนหนองโรง เป็นชุมชนชนบทที่ยังยึดถือและปฏิบัติเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้านและการรักษาตัวด้วยตนเอง รวมทั้งมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสืบทอดยังลูกหลานที่อย่างเป็นทางการและมาเป็นการ อื่นทั้งยังได้รับการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพชุมชนผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งสองแห่งอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชูศักดิ์ สุวิมลเสถียร และ ภารดี มหาจันทร์ (2557) และ สมพันธ์ เตชะอธิก และ วินัย วงศ์อาษา (2555) ที่พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและองค์กรส่วนท้องถิ่น ทำให้เห็นถึงการผสมผสานของการแพทย์พื้นบ้านและระบบการแพทย์สามัญชนที่แสดงถึงความคงอยู่ของการรักษาโดยใช้ภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้านผ่านกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ต่างๆ ในชุมชน ทำให้คนในชุมชนเกิดการเรียนรู้และผสมผสานวิธีการในการรักษาสุขภาพของตนเองอย่างเป็นระบบ

องค์ความรู้

ปัจจัยด้านสุขภาพนั้นต้องประกอบไปด้วยบุคคลหลายฝ่ายทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ และภาคประชาชน ที่ต้องขับเคลื่อนเชื่อมโยงไปด้วยกัน โดยภาครัฐนั้นมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนนโยบายที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาพ ภาควิชาการมีบทบาทในการจัดการความรู้ที่เหมาะสมทันต่อยุคสมัย เพื่อนำ

ข้อมูลที่เป็นประโยชน์มาเผยแพร่สู่ประชาชน และภาคประชาชนที่เป็นภาคที่สำคัญในการพัฒนา โดยจากการศึกษาหาทบทวนถึงปัจจัยที่สำคัญต่อสุขภาพ คือ ปัจจัยด้านจิตพิสัย ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานทางความคิดที่อยู่ในตัวบุคคลที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ถือว่าเป็นพลังสำคัญในการผลักดันให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสม



ภาพที่ 1 ความเชื่อมโยงของภาคส่วนต่างๆ ในสังคมสู่การสร้างเสริมปัจจัยด้านสุขภาพ

สรุป

จากการศึกษา ชาวชุมชนหนองโรงมีระบบการดูแลสุขภาพชุมชนแบบผสมผสานตามแนวคิดพหุลักษณะทางการแพทย์ หรือมีระบบมีสุขภาวะชุมชนอยู่ในระดับสูง ปัจจัยด้านสุขภาพ พบว่า ปัจจัยด้านพุทธิพิสัยอยู่ในระดับสูง คือ ความรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านจิตพิสัยอยู่ในระดับสูง 3 ตัวแปร คือ ทศนคติต่อการดูแลสุขภาพ แรงจูงใจต่อการดูแลสุขภาพ และความเชื่อทางสุขภาพ และปัจจัยด้านปฏิบัติพิสัยที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง 3 ตัวแปร คือ การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมต่อการดูแลสุขภาพ จากการนำตัวแปรปัจจัยด้านสุขภาพทั้งหมด เมื่อนำเข้าสู่สมการถดถอยในขั้นสุดท้ายของการวิเคราะห์ เพื่อทำนายตัวแปรเกณฑ์ คือ สุขภาวะชุมชน พบว่ามีตัวแปรที่เข้าสู่สมการทั้งหมด 5 ตัวแปร คือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ ทศนคติต่อการดูแลสุขภาพ และการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายสุขภาวะชุมชนได้ร้อยละ 32.2

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ปัจจัยด้านพุทธิพิสัยอยู่ในระดับสูง คือ ความรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านจิตพิสัยอยู่ในระดับสูง 3 ตัวแปร คือ ทศนคติต่อการดูแลสุขภาพ แรงจูงใจต่อการดูแลสุขภาพ และความเชื่อทางสุขภาพ และปัจจัยด้านปฏิบัติพิสัยที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง 3 ตัวแปร คือ การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมต่อการดูแลสุขภาพ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเชิงพื้นที่ควรเข้าไปสนับสนุนเกี่ยวกับตัวแปรดังกล่าว ส่วนตัวแปรที่อยู่ในระดับปานกลางควรการแก้ไขปัญหาและความต้องการในเบื้องต้นก่อน

ตัวแปรที่เข้าสู่สมการทั้งหมด 5 ตัวแปร คือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ ทศนคติต่อการดูแลสุขภาพ และการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายสุขภาพชุมชนได้ร้อยละ 32.2 ดังนั้นชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการกำหนดนโยบายหรือมาตรการทั้งในรูปแบบการส่งเสริม สนับสนุน พัฒนาตัวแปรทั้ง 5 ให้สามารถทำให้ระบบการดูแลสุขภาพชุมชนแบบผสมผสานตามแนวคิดพหุลักษณะทางการแพทย์ หรือมีระบบมีสุขภาพชุมชนอยู่ในระดับสูง เพื่อให้คนในชุมชนสามารถปรับตัวให้เข้ากับความเปลี่ยนแปลงได้อย่างปกติสุข

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยเชิงปฏิบัติการร่วมกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหมอพื้นบ้าน ประชาชนชาวบ้านเพื่อร่วมกับค้นหาแนวทาง การขับเคลื่อนระบบการดูแลสุขภาพชุมชนแบบผสมผสานตามแนวคิดพหุลักษณะทางการแพทย์ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรรณิการ์ พรหมเสาร์ และ สรรสิริ อินจัน. (2540). การแพทย์พื้นบ้านกับการดูแลสุขภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- โกมาตร จีงเสถียรทรัพย์. (2547). แนวคิดและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการแพทย์พื้นบ้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2(1), 18-30.
- โกมาตร จีงเสถียรทรัพย์. (2549). พหุลักษณะทางการแพทย์กับสุขภาพในมิติสังคมวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน).
- โกมาตร จีงเสถียรทรัพย์. (2550). คู่มือ คู่มือสุขภาพชุมชน. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- โกมาตร จีงเสถียรทรัพย์ และ คณะ. (2551). วัฒนธรรมสุขภาพกับการเยียวยา: แนวคิดทางสังคมและมานุษยวิทยาการแพทย์. (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.

- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ ยงค์กิตติ์ ดันติปิฎก. (2550). *สุขภาพไทยวัฒนธรรมไทย*. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- กิจปพน ศรีธานี และ ลำปาง แม่นมาตย์. (2557). กระบวนการจัดการความรู้ด้านสุขภาพชุมชน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 23(5), 774–787.
- ชาย โพธิ์สิตา. (2556). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ชูศักดิ์ สุวิมลเสถียร และภารดี มหาขันธ์. (2557). วัฒนธรรมสุขภาพ พลังผู้สูงอายุ: พื้นที่เชื่อมต่อกับระบบสุขภาพภาคประชาชน. *วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 22(39), 279–299.
- ธีรวัฒน์ บุระวัฒน์. (2553). *ประวัติศาสตร์ทางการแพทย์ ตอน การค้นพบที่ยิ่งใหญ่*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- ประเวศ วะสี. (2549). *การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน สุขภาวะชุมชนเป็นรากฐานของสุขภาวะทั้งมวล*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.
- พองพรรณ ตรียมงคลกุล และ สุภาพ นัตถารณ. (2555). *การออกแบบการวิจัย*. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ยศ สันตสมบัติ. (2556). *มนุษย์กับวัฒนธรรม*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- รังสรรค์ ธนะพรพันธุ์. (2546 ก). *ทุนวัฒนธรรม: วัฒนธรรมในระบบทุนนิยมโลก เล่มที่ 1*. กรุงเทพฯ: มติชน.
- รังสรรค์ ธนะพรพันธุ์. (2546 ข). *ทุนวัฒนธรรม: วัฒนธรรมในระบบทุนนิยมโลก เล่มที่ 2*. กรุงเทพฯ: มติชน.
- วรฤดี โรมรัตน์พันธ์. (2548). *ทุนทางสังคม*. กรุงเทพฯ: โครงการเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข.
- วิภาณันท์ ม่วงสกุล, สันติ ศรีสวนแดง และ ระวี สัจจโสภณ. (2561). *การผสมผสานพหุลักษณะทาง การแพทย์เพื่อสุขภาวะชุมชนของตำบลธรรมเสน อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี(ปริญา ปรัชญาดุสิตบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และชุมชน)*. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ศรีณัฐ ไทรชมภู. (2558). การท่องเที่ยวเชิงนิเวศบนฐานความหลากหลายทางชีวภาพและภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อการพัฒนาเศรษฐกิจ ในพื้นที่คุ้งบางกะเจ้า อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ. *Academic Journal Phranakhon Rajabhat University*, 6(2), 9–19.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (2555, 11 พฤศจิกายน). *พัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ชุมชนเข้มแข็ง พึ่งพิงตนเองได้*. หนังสือพิมพ์ไทยโพสต์.

- สมพันธ์ เตชะอธิก และ วินัย วงศ์อาสา. (2555). สุขภาวะชุมชนเพื่อความอยู่ดีมีสุข. *วารสารมนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 29(2), 1-22.
- อดิน รพีพัฒน์. (2551). *วัฒนธรรมคือความหมาย: ทฤษฎีและวิธีการของคลิฟฟอร์ด เกียร์ซ*. กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน).
- อภิชาติ ไชอารีย์. (2556). สิทธิชุมชน: สิทธิตามรัฐธรรมนูญเพื่อการดูแลรักษาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. นครปฐม: เพชรเกษมการพิมพ์.
- อภิชาติ ไชอารีย์. (2557). รูปแบบการจัดการความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นการแปรรูปหน่อไม้ของชุมชนบ้านพุเตย จังหวัดกาญจนบุรี. *วารสารการเมืองการปกครอง*, 4(2), 241-258.
- อภิชาติ ไชอารีย์ และคณะ. (2563). การสำรวจ และจัดทำแผนพัฒนาการใช้ประโยชน์จากต้นแจง เพื่อเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจบนฐานความหลากหลายทางชีวภาพของชุมชนหนองโรง อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี. กรุงเทพฯ: โครงการธนาคารความหลากหลายทางชีวภาพระดับชุมชน (Community BioBank), สำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจจากฐานชีวภาพ (องค์การมหาชน).
- เอี่ยม ทองดี. (2547). *ควาย ข้าว พระ ผี พิธีกรรม ในกระบวนการพัฒนาชนบทไทย*. นครปฐม: อาศรมชาวพัฒนาชนบท สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเพื่อพัฒนาชนบท มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา.
- Adams, T., J. Bezner., & Steinhardt, M. (1997). The conceptualization and measurement of perceived wellness: Integrating balance across and within dimensions. *American Journal of Health Promotion*, 11(3), 208-218.
- Adams, T. B., Bezner, J. R., Drabbs, M. E., Zambarano, R. J., & Steinhardt, M. A. (2000). Conceptualization and measurement of the spiritual and psychological dimensions of wellness in a college population. *Journal of American college health*. 48(4), 165-173.
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. (4th ed.). California: SAGE.
- Emmanuel Mamman. (2021). Resolving the Farmers– Herders Conflict in Nigeria: A Way Forward for Sustainable National Development. *International Journal of Social Science and Human Research*, 4(7), 1714-1721. DOI: <https://doi.org/10.47191/ijsshr/v4-i7-19>.
- Jennings, M. (2005). Chinese Medicine and Medical Pluralism in Dares Salaam: Globalisation or Glocalisation. *International Relations*, 19(4), 457-73.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley: University of California.

Mattavangkul, C., Srisuantang, S., & Traimongkolkul, P. (2014). The Synthesis of Adaptation and Standpoint of Indigenous Medical Wisdom in Community Health Systems: A Case Study in Kanchanaburi Province. *KJSS*, 35(2), 206–222.

Yamane, T. (1973). *Statistics: An Introductory Analysis*. (3rd ed). New York: Harper and Row.