



**ชุมชนสุขภาวะบนพื้นฐานศักยภาพของชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย: กรณีศึกษา
ชุมชนท่าเสด็จ อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี**

**Community well-being on a Basis of Community Capacity and Network Partners'
Participation: A case study of ThaSadet Communities, Muang District,
Suphanburi Province**

ชุตินา ทองวชิระ¹, สุชาดา โทผล², ณัฐพัชร์ เทียรวรากันต์³, สมศักดิ์ เจริญพูล⁴, จันทรวงศ์ ทรงเดช⁵
ณัฐธิดา กิจเนตร⁵, เมลินีย์ นุ้ยสุดี⁶, สุทัศน์ ด่านตระกูล⁷

Chutima Thongwachira¹, Suchada Thophon², Nutpachara Theanworakant³, Somsak Charoenpul⁴,
Chantarakan Songdach⁵, Nattida Kijate⁵, Maytinee Nuysud⁶, Sutad Dentrakul⁷

บทคัดย่อ

การศึกษาวัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสานวิธี เพื่อศึกษาศักยภาพชุมชนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมชุมชนสุขภาวะ ศึกษารูปแบบการจัดกิจกรรมชุมชนสุขภาวะบนพื้นฐานศักยภาพของชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย รวมทั้งสร้างแกนนำกิจกรรมชุมชนสุขภาวะ ในประชากรชุมชนท่าเสด็จ อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรีเครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถามเชิงปริมาณ 7 ด้านโดยเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง 400 ชุดและแบบสอบถามเชิงคุณภาพในการสัมภาษณ์กลุ่มย่อย แบบบันทึกและแบบสังเกตการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบกิจกรรมชุมชน สุขภาวะ ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ในภาพรวม เท่ากับ 0.85 และนำแบบสอบถามมาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านความรู้ จากสูตร KR-20 เท่ากับ 0.74 และค่าความเชื่อมั่น ด้านทัศนคติและพฤติกรรม คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค เท่ากับ 0.74 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติพรรณนา หาค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพในการสนทนากลุ่ม

¹คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ กรุงเทพมหานคร

²Faculty of Nursing, HRH Princess Chulabhorn College of Medical Science, Bangkok. Thailand. Email: ctchutima@gmail.com

¹คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยสวนดุสิต กรุงเทพมหานคร

¹Faculty of Science and Technology, Suan Dusit University, Bangkok. Thailand

³คณะผลิตกรรมการเกษตร มหาวิทยาลัยแม่โจ้ เชียงใหม่

³Faculty of Agricultural Production, Maejo University, Chiang Mai province. Thailand

⁴คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต กรุงเทพมหานคร

⁴Faculty of Humanities and Social Sciences, Suan Dusit University, Bangkok. Thailand

⁵โรงเรียนการเรือน มหาวิทยาลัยสวนดุสิต กรุงเทพมหานคร

⁵School of Culinary Arts, Suan Dusit University, Bangkok. Thailand

⁶สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสวนดุสิต กรุงเทพมหานคร

⁶Research and Development Institute, Suan Dusit University, Bangkok. Thailand

⁷เทศบาลตำบลท่าเสด็จ อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี

⁷Thasadet community in Muang District, Suphanburi Province. Thailand

ผลการศึกษาพบว่า 1) ศักยภาพชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมชุมชนสุขภาวะ ประเด็นผู้นำชุมชน ทรัพยากรบุคคล และการสื่อสาร พบว่า ชุมชนเห็นว่าทั้ง 3 ประเด็น เป็นสิ่งสำคัญของศักยภาพของชุมชนอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.95$; $SD=0.79$) ส่วนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พบว่าประชาชนเห็นว่าตนเองและ/หรือคนในชุมชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมชุมชนสุขภาวะอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.46$; $SD=1.08$) 2) การศึกษารูปแบบการจัดกิจกรรมชุมชนสุขภาวะบนพื้นฐานศักยภาพของชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พบว่า รูปแบบการจัดกิจกรรมในการสร้างชุมชนสุขภาวะที่ดี ควรมีรูปแบบดังนี้ 1.กิจกรรมมีลักษณะที่ประชาชนสามารถทำด้วยตนเองได้ 2.กิจกรรมที่ทำต้องใช้เวลาสั้นๆ ไม่เป็นอุปสรรคในการประกอบอาชีพ และ 3.กิจกรรมที่ทำหากต้องใช้อุปกรณ์หรือวัสดุต้องสามารถหาได้ง่ายจากชุมชน 3) การสร้างแกนนำกิจกรรมชุมชนสุขภาวะ พบว่าการระดมการสร้างแกนนำโดยการอบรมให้ความรู้และการลงมือปฏิบัติจริง ได้แกนนำ 3 กลุ่ม ได้แก่ แกนนำการออกกำลังกายแบบยืดเหยียดกล้ามเนื้อ แกนนำด้านอาหารสุขภาพ และแกนนำด้านการศึกษาตนเอง

คำสำคัญ: ชุมชนสุขภาวะ, ศักยภาพของชุมชน, การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

Abstract

The research is using mixed method research. This objectives were studying community capacity and network participation in promoting community wellness, forms of community wellness activities based on community capacity and network participation, and a building of community wellness activity leaders at ThaSadet communities, Muang District, Suphanburi Province. The measurements were divided into the samples were 400 quantitative questionnaire for 7 items and qualitative questionnaire for focus group discussion, recording and observing activities according to community activities. The content validity was 0.85 and the questionnaire was reliability of KR-20 was 0.74 and the reliability of attitude and behavior of Cronbach's correlation coefficient in terms was 0.74. Quantitative data were analyzed using frequency, percentage, standard deviation and analysis of qualitative data in focus group discussions.

Finding were as follows. First, a study of community capacity found that community members highly agreed that community leaders, human resource and communication were important ($\bar{X}=3.95$; $SD=0.79$). With regard to network participation, community members highly agreed that they participated in community wellness promotion and development ($\bar{X}=3.46$; $SD=1.08$). Second, a study of forms of community wellness activities based on community capacity and network participation found that community wellness activities should be staged in three forms: activities that people could do by themselves, activities that required less time and not affected to occupations and activities that required equipment or raw materials available in a community. Third, a process to build community wellness leaders by training and practice could generate three types of leaders: exercise with muscle flexibility, foods and individual healthcare.

Keywords: Community Well-being, Community Capacity, Network Partners' Participation

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2003) กล่าวว่า "สุขภาพหรือสุขภาวะ" หมายถึง ภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี ไม่เพียงแต่ปราศจากโรคหรือทุพพลภาพ เขียวภา ตีอัฐสุวรรณ (2555) กล่าวว่า สุขภาวะ (well-being) คือ สภาวะที่มีความสมดุลของมิติทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สติปัญญา สังคม และจิตวิญญาณ



อย่างเป็นองค์รวม มีความสมดุลในระบบการขับเคลื่อน การเชื่อมโยงหรือเกี่ยวพัน ให้เกิดความสมดุลภายในร่างกาย โดยแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (2560-2564) กำหนดเป้าประสงค์ด้านสุขภาพที่มุ่งเน้นประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การเจ็บป่วยและความตายด้วยโรคที่ป้องกันได้ลดลง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560)

การสร้างเสริมสุขภาพให้มีความสมบูรณ์แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ โดยการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน (Pender, Murdaugh & Parson, 2011) โดยมุ่งเน้นการพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็งและสามารถสร้างภูมิคุ้มกันให้แก่ชุมชน ในรูปแบบของเครือข่ายและการสร้างแกนนำเครือข่ายที่มีศักยภาพ และเกิดการร่วมมือในรูปแบบของเครือข่ายอย่างแท้จริง อย่างไรก็ตามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็งคือความร่วมมือของคนในชุมชนและศักยภาพของชุมชนที่ต้องการความร่วมมือด้านวัตถุดิบหรือทรัพยากรในพื้นที่ ด้านทรัพยากร บุคลากร และการสนับสนุนจากรัฐ และหน่วยงานเอกชน การสร้างเครือข่ายด้านสุขภาพแก่ชุมชน เกิดความร่วมมือของชุมชนให้ตระหนัก และปรับเปลี่ยนทัศนคติ (อภิชาติพานสุวรรณ, 2557) ทั้งนี้ศักยภาพของชุมชนจะมีมากขึ้นเมื่อมีการจัดการภาคีเครือข่ายในชุมชน ให้มีโอกาสในการคิดและตัดสินใจในการวางแผน ปฏิบัติ ประเมินผลและรับผลประโยชน์ร่วมกันด้วยความเต็มใจ (พานทิพย์ แสงประเสริฐ และจารุวรรณ วิโรจน์, 2558) รวมทั้งรับผิดชอบร่วมกัน เพื่อแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาชุมชนไปในทิศทางที่ดีขึ้น โดยเป็นชุมชนสุขภาพที่มีเป้าหมาย กล่าวคือการทำบุคคลในชุมชนมีสุขภาพที่ดีทั้งทางกายและทางใจ มีความเป็นอยู่ร่วมกันด้วยดีทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน (พานทิพย์ แสงประเสริฐ, 2554)

การศึกษาครั้งนี้กำหนดพื้นที่ในการศึกษาคือ ชุมชนท่าเสด็จ อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งเป็นชุมชนชนบท มีปัญหาด้านสุขภาพ และการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ แต่จากการสำรวจประชาชนในพื้นที่มีความพร้อมและให้ความสนใจในการพัฒนาสุขภาพของตนเอง รวมทั้งผู้บริหารในท้องถิ่นให้ความสำคัญในการพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชนเป็นอย่างดี คณะผู้วิจัยจึงเห็นว่าชุมชนท่าเสด็จเป็นชุมชนที่มีศักยภาพสามารถพัฒนาได้ จึงได้กำหนดให้เป็นพื้นที่ในการศึกษาและเป็นที่มาของคำถามการวิจัยที่ว่าชุมชนท่าเสด็จมีศักยภาพในการพัฒนาเป็นเครือข่ายด้านสุขภาพหรือไม่ และหากมีศักยภาพแล้วรูปแบบเครือข่ายหรือลักษณะกิจกรรมควรเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาศักยภาพชุมชน และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในการส่งเสริมชุมชนสุขภาพ
2. เพื่อศึกษารูปแบบการจัดกิจกรรมชุมชนสุขภาพบนพื้นฐานศักยภาพของชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
3. เพื่อสร้างแกนนำกิจกรรมชุมชนสุขภาพ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน และกระบวนการวิจัย แบบผสมวิธี (Mixed method) เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ วิธีดำเนินการวิจัยมีรายละเอียดดังนี้

ประชากร เพศชายและหญิง อายุ 15 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในชุมชนท่าเสด็จ อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 2,116 คน

กลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณที่ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่ม .05 ตามสูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Yamane (1973) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 339 คนและเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงเก็บข้อมูลจำนวน 400 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่าง

อย่างเป็นระบบโดยเลือกครัวเรือนที่ศึกษา ตามบัญชีรายชื่อครัวเรือนในชุมชน และใช้วิธีจับสลากเพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างเพียง 1 คนจากแต่ละครัวเรือน ในกรณีที่ครัวเรือนที่ถูกสุ่มมีผู้มีคุณสมบัติไม่ตรงตามที่กำหนดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากครัวเรือนที่อยู่ใกล้เคียงแทน

เครื่องมือในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นเอง ประกอบด้วยเนื้อหา 7 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างมี 7 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกาย 3 ประเด็น ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการออกกำลังกาย 28 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง 3 ประเด็น ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง 30 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร 3 ประเด็น ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร 34 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 5 คักยภาพชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่ส่งเสริมการเป็นชุมชนสุขภาวะ 3 ประเด็น ได้แก่ บทบาทของผู้นำชุมชน การมีส่วนร่วมของคนในชุมชนและข้อมูลเกี่ยวกับภาคีเครือข่ายเพื่อการพัฒนาชุมชนสุขภาวะ 24 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 6 ความต้องการเพื่อการพัฒนาชุมชนสุขภาวะ 9 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 7 ปัญหาและข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาชุมชนสุขภาวะ 2 ข้อ เป็นแบบสอบถามเขียนตอบ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของเครื่องมือวิจัยทั้งแบบสอบถามเชิงปริมาณ และข้อคำถามเชิงคุณภาพ ทาคาดดัชนีความสอดคล้อง (IOC : Index of item Objective Congruence) พบว่าค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือวิจัยในภาพรวมเท่ากับ 0.85 และนำแบบสอบถามมาทดลองใช้กับประชากรที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง (Try-Out) จำนวน 30 คน นำข้อมูลมาทดลองใช้และวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability) แบบสอบถามทั้งหมด (Questionnaire) ได้ผลการตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านความรู้ คำนวนจากสูตร KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74 และค่าความเชื่อมั่นด้านทัศนคติและพฤติกรรมคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) เท่ากับ 0.74

การรวบรวมข้อมูล ติดต่อผู้ประสานงานในพื้นที่เพื่อชี้แจงรายละเอียดของงานวิจัย และมีส่วนร่วมในการเก็บข้อมูล จัดทำกรอบการเก็บข้อมูล ทำบัญชีครัวเรือน และสุ่มตัวอย่าง จัดประชุมอบรมผู้ร่วมวิจัยและผู้ช่วยวิจัย 1 ครั้ง ในการจัดเก็บข้อมูล เพื่อให้สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างถูกต้อง ลดความคลาดเคลื่อนในการตอบแบบสอบถาม ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล แบบสอบถาม 7 ส่วน นำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา หากความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

วิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 35 คน ได้แก่ ตัวแทนประชาชนในชุมชน จำนวน 10 คน ภาคีเครือข่ายภาครัฐที่มีความเกี่ยวข้องกับชุมชน 3 กลุ่ม ได้แก่ บุคลากรด้านสุขภาพ 5 คน บุคลากรด้านสวัสดิการและสังคม 5 คน ตัวแทนจากองค์การบริหารส่วนตำบล 5 คน และภาคีเครือข่ายภาคเอกชน/บริษัท 10 คน



เครื่องมือในการวิจัยเชิงคุณภาพ

1. แบบเก็บข้อมูลการสัมภาษณ์กลุ่มย่อย ประกอบด้วยประเด็นสำคัญ ได้แก่

1.1 แบบประเมินชุมชนเป็นแนวคำถามปลายเปิด โดยใช้ CIPP Model ซึ่งเป็นการประเมินเพื่อนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสม โดยประเมินระบบ 4 ประเด็น ได้แก่ Context (บริบท) Input (ปัจจัยนำเข้า) Process (กระบวนการ) และ Product (ผลผลิต) (กาญจนา วัชรสุนทร, 2551) โดยผู้วิจัยพัฒนาข้อคำถาม ทั้ง 4 ประเด็น รวม 8 ข้อคำถามและสรุปปัญหาหรือความต้องการพัฒนาด้านสุขภาพ ด้านอาหาร และด้านการออกกำลังกาย

1.2 การวิเคราะห์ Logical Framework เพื่อให้ได้แนวทางการดำเนินกิจกรรม โดยมีประเด็นสำคัญได้แก่ ปัญหาหรือสิ่งที่ต้องการพัฒนา สาเหตุของปัญหา ผลลัพธ์ที่ต้องการ และวิธีการหรือกิจกรรมเพื่อการแก้ไขและการพัฒนา

2. แบบบันทึกภาคสนามตามรูปแบบกิจกรรมชุมชนสุขภาวะบนพื้นฐานศักยภาพของชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

3. แบบบันทึกการสังเกตการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบกิจกรรมชุมชนสุขภาวะบนพื้นฐานศักยภาพของชุมชน และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อระดมสมอง คีรณา วิเคราะห์ปัญหา และกำหนดแนวทางการดำเนินงาน ร่วมกับ นายกเทศมนตรี ปลัดเทศบาล ผู้อำนวยการฝ่ายสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ฝ่ายสาธารณสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ผู้นำชุมชน และ อสม.

2) การสนทนากลุ่ม (Focus group) 1 ครั้ง ร่วมกับ กลุ่มตัวแทนชุมชน ผู้นำชุมชน ตัวแทนผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล และภาคีเครือข่ายภายในชุมชน จากการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อระดมสมอง มาวิเคราะห์เนื้อหา และจัดทำร่างรูปแบบกิจกรรมชุมชนสุขภาวะ

3) บันทึกภาคสนามตามรูปแบบกิจกรรมชุมชนสุขภาวะบนพื้นฐานศักยภาพของชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโดยผู้ร่วมวิจัยและผู้ช่วยวิจัย บันทึกเทปและบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรขณะประชุมเชิงปฏิบัติการและสนทนากลุ่ม

4) บันทึกการสังเกตการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบกิจกรรมชุมชนสุขภาวะบนพื้นฐานศักยภาพของชุมชน และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยสังเกตการดำเนินการขณะทำการสนทนากลุ่ม

การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

จากการบันทึก การสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยจัดบันทึกข้อมูลเป็นหมวดหมู่และวิเคราะห์ข้อมูล โดยนำเทปการบันทึกเสียงมาถอดเทปแบบคำต่อคำ ผู้วิจัยอ่านบทสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มหลายๆ รอบ เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล และนำมาจัดหมวดหมู่จัดกลุ่มข้อมูลที่มีความหมายเหมือนกันหรือคล้ายกัน

2. ทีมผู้ร่วมวิจัย อ่านและจัดหมวดหมู่ของข้อมูลอย่างอิสระและไม่ดูตามของผู้วิจัย เพื่อความเที่ยงตรงของวิธีการรวบรวมข้อมูลและจัดหมวดหมู่ของข้อมูลรวมทั้งป้องกันอคติจากผู้วิจัย

3. ผู้วิจัยจัดประเด็นย่อย สรุปประเด็นหลัก (Theme) เขียนอธิบายประเด็นให้เป็นความเรียง ให้มีความต่อเนื่องและกลมกลืนที่ได้จากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม

4. ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลไปตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลจำนวน 5 ราย และสรุปรายงานวิจัย เชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลกับวรรณกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

- 1) ข้อมูลในการสนทนากลุ่ม (focus group) นำมาวิเคราะห์สร้างข้อสรุป เป็นรูปแบบกิจกรรมชุมชนสุขภาวะบนพื้นฐานศักยภาพของชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และนำรูปแบบกิจกรรมชุมชนสุขภาวะ มาดำเนินการร่วมกับชุมชน
- 2) ข้อมูลจากแบบบันทึกภาคสนามและแบบบันทึกการสังเกตการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบกิจกรรมชุมชนสุขภาวะ นำมาวิเคราะห์ และนำไปปรับปรุงรูปแบบกิจกรรมชุมชนสุขภาวะบนพื้นฐานศักยภาพของชุมชน และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มาดำเนินการร่วมกับชุมชนให้เหมาะสม

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยเชิงปริมาณ ศักยภาพชุมชน และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมชุมชนสุขภาวะ

ศักยภาพชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมชุมชนสุขภาวะ พบว่าบทบาทของผู้นำชุมชน ในด้านการส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพชุมชน การสนับสนุนให้มีการรวมกลุ่มกันเพื่อสอดส่องดูแลอาหาร สินค้า และการสนับสนุนให้มีแกนนำสุขภาพด้านต่างๆ มีค่าสูงสุดอยู่ในระดับเห็นด้วย มีค่าเฉลี่ย 3.98 เท่ากันทั้ง 3 ข้อ (SD=0.81, 0.85 และ 0.84) ตามลำดับ และศักยภาพชุมชนในภาพรวม พบว่าผู้นำชุมชนมีความสำคัญในการส่งเสริมและพัฒนาชุมชนสุขภาวะ มีค่าสูงสุดอยู่ในระดับเห็นด้วย มีค่าเฉลี่ย 3.95 (SD=0.79) ส่วนการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับแผนชุมชนที่เกี่ยวกับสุขภาพของคนในชุมชนมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.62 (SD=1.02) และการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในภาพรวมในการส่งเสริมและพัฒนาชุมชนสุขภาวะ พบว่า มีค่าสูงสุดอยู่ในระดับเห็นด้วย มีค่าเฉลี่ย 3.46 (SD=1.08)

ข้อมูลเกี่ยวกับภาคีเครือข่ายชุมชน พบภาคีเครือข่ายภายในชุมชนที่เกี่ยวกับสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44 ชุมชนได้รับการสนับสนุนด้านข่าวสาร ข้อมูล หรือความรู้มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.25 กลุ่มตัวอย่างได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพที่เครือข่ายจัดขึ้น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.25 (SD=1.20)

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ การจัดรูปแบบการจกกิจกรรมเพื่อการพัฒนาชุมชนสุขภาวะโดยประชาชนมีส่วนร่วม ผลการให้ข้อมูลของประชาชนและเจ้าหน้าที่พบว่ามีความสำคัญต่อการพัฒนาชุมชนให้เป็ชุมชนสุขภาวะโดยพิจารณาตาม CIPP model ได้ดังนี้

1. บริบทชุมชน พบว่าขนาดของชุมชน ถ้านาดใหญ่จำนวนประชากรมาก การได้รับงบประมาณสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐในชุมชนจึงค่อนข้างน้อย ด้านนโยบายของรัฐต่อการดูแล สุขภาพของประชาชน มีนโยบายชัดเจนแต่มีปัญหาในทางปฏิบัติ ด้านเศรษฐกิจในชุมชน มุ่งเน้นรายได้ในชุมชน ประชาชนมีรายได้พอเพียงแต่ยังกังวลเกี่ยวกับปัญหาหารายได้ ทำให้ขาดความสนใจในการดูแลรักษาสุขภาพ และปัจจัยความร่วมมือกับเครือข่ายภายนอก ชุมชนมักอยู่ในสถานะของผู้รับหน่วยงานภายนอกเข้ามาทำกิจกรรมตามโครงการหรืองบประมาณที่ได้รับอนุมัติ แต่ดำเนินกิจกรรมไม่ต่อเนื่อง

2. ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยด้านแผนการดำเนินงานการดูแลสุขภาพ ยังขาดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดแผนความร่วมมือในชุมชน มีความร่วมมือเฉพาะกลุ่ม ปัจจัยด้านจำนวนบุคลากรยังมีจำนวนไม่เพียงพอ ปัจจัยด้านความตระหนักถึงปัญหาสุขภาพของประชาชน ด้านทัศนคติที่ยังไม่คำนึงถึงการดูแลสุขภาพของตนเอง แต่จะเล็งเห็นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยแล้ว และด้านฐานข้อมูลการจัดการด้านสุขภาพยังไม่สมบูรณ์และทั่วถึง ไม่สามารถใช้ในการกำหนดแผนงานตามความต้องการ

3. กระบวนการ ประเด็นด้านกิจกรรมที่มีการดำเนินการที่ไม่ต่อเนื่อง โดยเฉพาะกิจกรรมที่ได้รับ การสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอก ประเด็นการทำงานในรูปแบบเครือข่ายของกลุ่มต่างๆ ภายในชุมชน มีกลุ่มต่างๆ ที่จัดตั้งขึ้น



จำนวนมากและ ประเด็นด้านรูปแบบกิจกรรมควรเป็นกิจกรรมที่สามารถดำเนินการได้เองที่บ้าน เนื่องจากประชาชนไม่สะดวกเดินทางมาเข้าร่วมกิจกรรม

4. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ประเด็นการดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพ ขาดความต่อเนื่องและความสม่ำเสมอ ประชาชนมองว่าการเข้าร่วมกิจกรรมต้องมีผลประโยชน์ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน และต้องเห็นผลได้ทันที มีความเคยชินในแง่ของการเป็น "ผู้รับ" และความร่วมมือของประชาชนเป็นการขอความร่วมมือที่บังคับจากอาสาสมัครหมู่บ้านเป็นหลัก

การวิเคราะห์ Logical Framework เพื่อดำเนินกิจกรรมตามหลักความสัมพันธ์ในเชิงเหตุและผล และแสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบที่เป็นโครงสร้างพื้นฐานของงานวิจัย โดยสรุปปัญหาหรือสิ่งที่ต้องการพัฒนาและมีโอกาสหรือแนวทางที่สามารถแก้ไขได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ Logical Framework เพื่อให้ได้แนวทางการดำเนินกิจกรรม

ปัญหาหรือสิ่งที่ต้องการพัฒนา	สาเหตุ	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	วิธีการ/กิจกรรม
1. ความตระหนักในปัญหาสุขภาพของประชาชน	1.1 ขาดความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับอาหารสุขภาพ การดูแลตนเองและการออกกำลังกาย	1.1.1 ประชาชนตระหนักและเห็นประโยชน์ของการรักษาสุขภาพ	1) จัดวิทยากรให้ความรู้แก่ประชาชน 2) จัดกิจกรรม/นิทรรศการที่แสดงให้เห็นถึงประโยชน์และโทษของการดูแลสุขภาพ
2. กิจกรรมที่เหมาะสม	2.1 กิจกรรมไม่แปลกใหม่ไม่ดึงดูด 2.2 ประชาชนบางส่วนไม่สะดวกในการทำกิจกรรม	2.2.1 กิจกรรมน่าสนใจสามารถจูงใจให้อยากเข้าร่วม 2.2.2 กิจกรรมที่ทำได้ง่าย สะดวกและทำได้ทุกที่	1) จัดกิจกรรมที่น่าสนใจโดยแสวงหาการสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอกที่มีความเชี่ยวชาญ 2) มีกิจกรรมที่มีลักษณะการจูงใจโดยการให้รางวัลจากการแข่งขันที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ 1) นำเสนอกิจกรรมที่สามารถปฏิบัติได้ในทุกสถานที่เช่น ออกกำลังกายที่บ้านพักอาศัย การใช้วัตถุดิบในท้องถิ่นในการประกอบอาหารและทำได้อะไรก็ได้
3. ปัญหาเกี่ยวกับการสร้างเครือข่ายภายในชุมชน	3.1 ขาดการประสานงานระหว่างกลุ่ม 3.2 ขาดการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	3.1.1 สร้างความร่วมมือระหว่างกลุ่มต่างๆ ภายในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม 3.2.1 องค์กรการบริหารส่วนตำบลสนับสนุนการสร้างเครือข่าย โดยจัดทำแผน /งบประมาณ	1) การจัดบันทึกข้อตกลงอย่างเป็นทางการในการจัดกิจกรรมและใช้ทรัพยากรร่วมกัน 2) จัดกิจกรรมร่วมกันระหว่างกลุ่มต่างๆ เป็นประจำ โดยกำหนดให้เป็นกิจกรรมที่ต้องมีการดำเนินเป็นประจำทุก 6 เดือนหรือทุก 1 ปี 1) จัดกิจกรรมที่ให้โอกาสประชาชนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแผนงานประจำปี 2) จัดวิทยากรเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องทั้งด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

ปัญหาหรือสิ่งที่ต้องการพัฒนา	สาเหตุ	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	วิธีการ/กิจกรรม
4. การขยายความร่วมมือสู่การสร้างเครือข่ายภายนอก	4.1 เครือข่ายภายนอกมีน้อย 4.2 กิจกรรมไม่ต่อเนื่อง	4.1.1 เพิ่มจำนวนกลุ่มความร่วมมือเพื่อการพัฒนาด้านสุขภาพของชุมชน 4.2.1 แสวงหาความร่วมมือในรูปแบบเครือข่ายที่เป็นรูปธรรมที่มีการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง	1) หน่วยงานที่เป็นเจ้าภาพมีการแสวงหาความร่วมมือจากหน่วยงานภายนอกให้เข้ามาสนับสนุนการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพ 2) ประชาชนนำเสนอความต้องการกิจกรรมด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานภาครัฐหรือภายนอก 1) มีการทำข้อตกลงหรือบันทึกความเข้าใจ (MOU) ระหว่างองค์การบริหารส่วนตำบลกับหน่วยงานภายนอกอย่างเป็นทางการในประเด็นความช่วยเหลือสนับสนุน ส่งเสริม เกี่ยวกับการดำเนินการด้านสุขภาพ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ และการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์กลุ่ม นำมาสรุปเป็นแผนภาพความสัมพันธ์ของปัจจัย เพื่อนำไปสู่การกำหนดกิจกรรมเพื่อการพัฒนาชุมชนสุขภาพะได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการพัฒนากิจกรรมเพื่อส่งเสริมชุมชนสุขภาพะ จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาแกนนำชุมชนสุขภาพะ 3 ด้านได้แก่ ด้านการออกกำลังกายแบบยืดหยุ่น การดูแลสุขภาพตนเอง และการประกอบอาหาร ดังนี้

1. รับสมัครแกนนำด้านการออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพ และด้านอาหารทีละ 10 คน
2. กิจกรรมอบรมแกนนำ โดยการนัดประชุมแกนนำเข้ามารับฟัง อบรมแกนนำทั้ง 3 ด้าน
3. แกนนำนำเสนอและจัดกิจกรรมให้แก่ชุมชนทั้ง 3 ด้าน ตามระยะเวลาที่กำหนด
4. สรุปและติดตามผลระยะยาว โดยแกนนำติดตามที่บ้าน และประเมินผลให้หน่วยงาน

จากผลการวิจัยข้างต้นสามารถสรุปรูปแบบสำหรับเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมชุมชนสุขภาพะบนพื้นฐานศักยภาพของชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ดังนี้



1. รูปแบบกิจกรรมการสร้างชุมชนสุขภาวะ ประกอบด้วยกิจกรรม 3 ด้านคือ กิจกรรมการดูแลสุขภาพ กิจกรรมการทำอาหารสุขภาพจากวัตถุดิบในพื้นที่ และกิจกรรมการออกกำลังกาย โดยการสนับสนุนจากอาสาสมัครหมู่บ้านและแกนนำที่ผ่านการอบรม โดยกิจกรรมทั้ง 3 ด้าน ต้องมีลักษณะที่เอื้อต่อการดำเนินการที่ง่าย ใช้เวลาน้อย สามารถทำที่บ้านได้เอง ใช้วัสดุหรือผลผลิตที่หาได้ในท้องถิ่น
2. กิจกรรมการสร้างเครือข่ายอย่างยั่งยืน กิจกรรมมีประเด็นสำคัญคือ การสร้างความร่วมมือระหว่างภายในชุมชน การจูงใจให้ประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาวะอย่างต่อเนื่อง

อภิปรายผล

จากการศึกษาชุมชนสุขภาวะบนพื้นฐานศักยภาพและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย: กรณีศึกษาชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี อภิปรายผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดัง

ประเด็นการศึกษาศักยภาพชุมชน และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมชุมชนสุขภาวะ พบว่าอยู่ในระดับมาก ประชาชนเห็นว่าผู้นำชุมชนมีความสำคัญอย่างยิ่งสอดคล้องกับพิชญ์นิลฐา พรรณณิลป์, ลัญญา เคนาภูมิ และเสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร (2558) เรื่องบทบาทของผู้บริหารท้องถิ่นในศตวรรษที่ 21 ว่า ผู้บริหารมีบทบาทสำคัญในการบริหารองค์กร เป็นผู้กำหนดนโยบายเป้าหมายวางแผน และวิธีดำเนินงานเช่นเดียวกับ อมรเทพ จันทรวน, วาทีต ระถิ และนิรันดร์ จุลทรัพย์ (2555) ที่ศึกษาบทบาทการมีส่วนร่วมของผู้นำท้องถิ่น มีความสำคัญในการกำหนดนโยบาย การจัดทำแผนพัฒนา และการแก้ปัญหา สอดคล้องกับวัลลภรัตน์ มีชำนาญ (2555) กล่าวว่าชุมชนที่มีประสิทธิภาพมักมีผู้นำชุมชนที่ดีที่ได้รับความไว้วางใจจากชุมชน

อย่างไรก็ตามผู้นำชุมชนไม่สามารถทำงานได้เพียงลำพัง ต้องอาศัยทรัพยากรบุคคล งบประมาณ การสนับสนุนจากภาครัฐและหน่วยงานเอกชน เช่นเดียวกับเพ็ญจันทร์ สิทธิปริชาชญ และปนัดดา ปริญญา (2557) ได้ศึกษากระบวนการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพชุมชน 14 ชุมชนในพื้นที่ภาคกลางพบว่า ระบบกลไกการทำงานที่สำคัญในการดูแลสุขภาพของชุมชน เกิดจากนโยบายของรัฐ และความต้องการของคนในชุมชน โดยใช้ต้นทุนด้านบุคคลเป็นสำคัญ ร่วมกับเงินทุนและปัจจัยสภาพแวดล้อมเป็นตัวขับเคลื่อนและออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในชุมชน เช่นเดียวกับ สุสิกร ดำนุทธศิลป์ (2554) นำเสนอความสำคัญของการใช้ชุมชนเป็นฐานในการพัฒนาสุขภาพว่า กระบวนการหรือเครื่องมือที่เอื้อต่อการดำเนินงานให้สำเร็จบรรลุตามเป้าหมายนั้นๆ ซึ่งการทำงานสร้างเสริมสุขภาพเป็นการช่วยให้ประชาชนปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำรงชีวิตและผลผลิตอันกลวิธีโดยคำนึงถึงปัจจัยที่หลากหลายทั้งสิ่งแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจและกายภาพเพื่อนำไปสู่สุขภาวะที่ดี

สำหรับการศึกษารูปแบบการจัดกิจกรรมชุมชนสุขภาวะบนพื้นฐานศักยภาพของชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พบประเด็นหลักคือ กิจกรรมที่มีลักษณะที่ประชาชนสามารถทำด้วยตนเอง เป็นกิจกรรมที่สามารถทำได้เองในครอบครัว เช่น การออกกำลังกายตามท่า การประกอบอาหารสุขภาพเองที่บ้าน เป็นต้น ซึ่งลักษณะกิจกรรมที่ทำได้เองไม่ได้เป็นการบังคับทำด้วยความเต็มใจ ทำให้ดำเนินกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง (กรมพลศึกษา, 2557) ใช้เวลาน้อย ไม่เป็นอุปสรรคในการประกอบอาชีพ เป็นการใช้เวลาว่างตามแนวคิดการทำกิจกรรมนันทนาการของ Weiskopf (1982) ที่สรุปว่าลักษณะของกิจกรรมนันทนาการที่ดีควรเป็นกิจกรรมที่สมัครใจ ทำในเวลาว่าง เกิดความสนุกสนาน

จากการวิจัยยังได้ข้อสรุปว่ากิจกรรมที่ทำหากต้องมีอุปกรณ์หรือวัตถุดิบประกอบต้องหาได้ง่ายจากชุมชน ไม่สิ้นเปลืองหรือเพิ่มภาระค่าใช้จ่าย สอดคล้องกับปิยะธิดา นาคเกษียร (2558) ภูมิบัตรอดตาวากับบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ เสนอว่า การเสริมสร้างชุมชนที่เข้มแข็งในการพัฒนาชุมชนโดยการตั้งศักยภาพของทรัพยากรมนุษย์และการใช้วัตถุดิบที่อยู่ในชุมชน เพื่อพัฒนา ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและ สนับสนุนซึ่งกันและกัน ส่วนสินค้าค้ำชีนม อุนพรมมี

(2556) นำเสนอกฎบัตรรอดตาตาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพว่า การมีแหล่งทรัพยากรที่เพียงพอ รวมทั้งไม่เป็นการผลาญทรัพยากร ในชุมชน และซูลีกร ด่านยุทธศิลป์ (2554) ได้เสนอองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในการเสริมสร้างสุขภาพของชุมชน ได้แก่ การขับเคลื่อนทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์ แหล่งประโยชน์ของชุมชนอาจมาจากภายในและภายนอก

สำหรับการสร้างแกนนำชุมชนสุขภาพ เป็นประเด็นที่จำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากเจ้าหน้าที่รัฐที่มีจำนวนจำกัด การสร้างและส่งเสริมให้เกิดแกนนำจึงเป็นการกระจายความรู้ให้แก่บุคคลสอดคล้องกับแนวทางการส่งเสริมสุขภาพชุมชนในโครงการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคใต้ของประเทศไทย (2558) ที่ได้ระดมทุนส่งเสริมสุขภาพชุมชนให้มีประสิทธิภาพที่ต้องดำเนินการคือการสร้างแกนนำของชาวบ้าน หรือ ทีมส่งเสริมสุขภาพชุมชน เพื่อดำเนินกิจกรรมร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของชุมชน (กุลวดี โรจนไพศาลกิจ และวรากร เกรียงไกรศักดิ์, 2560) เพื่อให้เกิดความร่วมมือและความยั่งยืนในชุมชน

สรุป

จากการศึกษาค้นคว้าและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพชุมชน รวมทั้งการศึกษารูปแบบของกิจกรรมที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพของชุมชน ทำให้ผู้วิจัยนำประเด็นที่เป็นจุดด้อยหรือข้อบกพร่องมาแก้ไขและพัฒนาเป็นรูปแบบในการจัดกิจกรรมในชุมชนเพื่อให้เกิดชุมชนสุขภาพอย่างยั่งยืน รวมทั้งการสร้างแกนนำชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพชุมชนเพื่อให้ชุมชนสามารถขับเคลื่อนได้ด้วยตนเอง ซึ่งจะสามารถแก้ปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมที่ไม่ต่อเนื่อง ตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงและการพัฒนาอย่างยั่งยืน โดยอาศัยทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน เพิ่มศักยภาพของชุมชนการมีส่วนร่วมของชุมชนและการสร้างภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับชุมชนมาพัฒนาชุมชนและส่งผลให้เกิดชุมชนสุขภาพที่เข้มแข็งและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อมูลจากการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบของกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่ได้รับ จากการศึกษาสามารถเป็นข้อมูลให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการกำหนดลักษณะกิจกรรมหรือโครงการให้ตรงกับความต้องการของประชาชน
2. การสร้างแกนนำเพื่อส่งเสริมสุขภาพชุมชนสุขภาพ โดยการจัดทำเป็นคู่มืออบรมแกนนำชุมชนสุขภาพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้สนใจทั่วไปสามารถนำไปใช้เป็นต้นแบบในการอบรมได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ผู้วิจัยควรมีการดำเนินการตรวจสอบและเพิ่มมิติในการประเมินศักยภาพชุมชนให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น รวมทั้งมีการวิเคราะห์ถึงสัดส่วนค่าน้ำหนักของแต่ละตัวแปรที่นำมาศึกษาด้วย
2. ผู้วิจัยพัฒนาวิธีการและกิจกรรมที่หลากหลาย เพื่อดึงดูดความสนใจของชุมชนในการเข้าร่วมทำกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และแสวงหาวิธีการที่ทำให้ประชาชนเข้าร่วมทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

รายการอ้างอิง

กรมพลศึกษา. (2557). คู่มือผู้นำนันทนาการ. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การส่งเสริมสุขภาพแห่งประเทศไทย. ในพระบรมราชูปถัมภ์.
กาญจนา วัชรสุนทร. (2551). การประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมิน CIPP ของสตัทเฟิลบัม ในการประเมินโครงการทางการศึกษา.

Suranaree Journal of Social Science, 2(1), 67-83.



- กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ และวรากร เกียรติไกรศักดิ์ดา. (2560). การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ. *วารสารสมาคมนักวิจัย*, 22(1), 81-97.
- โครงการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคใต้ของประเทศไทย. (2558). *คู่มือการจัดทำแผนพัฒนาและงบประมาณโดยใช้ทุนทางสังคมเป็นฐาน*. กรุงเทพฯ: สถาบันพระปกเกล้า.
- ชวลีกร ด่านยุทธศิลป์. (2554). การสร้างเสริมสุขภาพ ทุนส่วนสุขภาพ และการเสริมสร้างพลังอำนาจใน ชุมชน. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 25(3), 82-91.
- ปิยะธิดา นาคะเกษียร. (2558). ภูมิคุ้มกันต่อความเครียดกับบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ. *Journal of Nursing Science*, 3(4), 6-14.
- พานทิพย์ แสงประเสริฐ. (2554). การเสริมสร้างสุขภาพและการป้องกันโรคเรื้อรัง: จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พานทิพย์ แสงประเสริฐ และจากรุวรรณ วิโรจน์. (2558). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทแห่งหนึ่งในเขตปริมณฑลกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 23(1), 113-126.
- พิชญ์ณัฐา พรรณศิลป์, สัญญา เคนมาภูมิ และเสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร. (2558). บทบาทของผู้บริหารท้องถิ่นในศตวรรษที่ 21. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*, 3(2), 146-161.
- เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ และปณิตดา ปริญญาฤกษ์. (2557). กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพชุมชน: 14 กรณีศึกษาในชุมชนพื้นที่ภาคกลาง. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 28(1), 1-15.
- เยาวภา ตี้อัฐวรรณ. (2555). แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ ระบบสุขภาพ และการพัฒนาสุขภาพ. ใน *เอกสารการสอนชุดวิชา พัฒนาการของมนุษย์และสุขภาพ หน่วยที่ 1-5*. สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. นนทบุรี: สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- วัลภารัตน์ มีชำนาญ. (2555). กระบวนการพัฒนาศักยภาพชุมชนเพื่อสนับสนุนระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเรื้อรังในชุมชนบ้านมหาโพธิ์ อำเภอเมืองน่าน. วิทยานิพนธ์หลักสูตรศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรหมมี. (2556). *พัฒนาการสำคัญของวงการสร้างเสริมสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: บริษัท ชนาเพรส จำกัด.
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 (2560-2564)*. นนทบุรี: สำนักงาน.
- อภิชาติ พานสุวรรณ. (2557). การพัฒนาคุณลักษณะผู้นำชุมชนในเขตเทศบาลจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- อมรเทพ จันทรดวน, วาหิต ระถิ และนิรันดร์ จุลทรัพย์. (2555). บทบาทการมีส่วนร่วมของผู้นำท้องถิ่นในการบริหารงานของเทศบาลตำบลในอำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ*, 12(2), 20-38.
- Pender, N., Murdaugh, C. & Parson, M. A. (2011). *Health promotion in nursing practice*. (6thed). Boston: Pearson.
- Weiskopf, D. C. (1982). *Recreation and leisure: Improving the quality of life*. IN: Published by Allyn and Bacon.
- WHO. (2003). *WHO definition of Health*.Retrived from www.who.int/about/definition/en/-14k- 15 November 2015.
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introduction analysis*. (2nd ed.). New York: Harper & Row.