

การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่พหุวัฒนธรรม เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนในภาคใต้

สุดารัตน์ สุดสมบูรณ์, ไพรัช วัฒนกุล, พระครูวินัยธรรณัฐ สุวทุโธ (สุขพานิช), อุทัยดีเยะ พิศสุวรรณ อุเชิง
มูลนิธิคนเห็นคน กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายพื้นที่พหุวัฒนธรรมในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนในภาคใต้ และ (2) แนวทางการส่งเสริมภาคีเครือข่ายในพื้นที่พหุวัฒนธรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนในภาคใต้ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนที่เข้าร่วมโครงการพหุวัฒนธรรมหนุนเสริมศักยภาพชุมชนลดปัจจัยเสี่ยงเพื่อสุขภาพคนใต้ จำนวน 385 คน จากจำนวนทั้งสิ้น 13,217 คน และเป็นการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า ภาคีเครือข่ายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 41-50 ปี ระดับมัธยมศึกษา อาชีพเกษตรกร/รับจ้างทั่วไป รายได้ 10,001-15,000 บาท จัดกิจกรรมหรือโครงการเกี่ยวกับการลด ละ เลิก บุหรี่มากที่สุด มีประชาชนเข้าร่วมโครงการ 50-100 คนต่อโครงการ กิจกรรมทำให้สุขภาพดีขึ้น และการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการลด ละ เลิกบุหรี่ป้อนภาคีเครือข่าย มีอัตราการสูญบุหรี่ยอดลงร้อยละ 10 ของจำนวนประชาชนที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมด และยังพบการเป็นตัวอย่างที่ดีแก่บุคลากร ส่วนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในสังคมพหุวัฒนธรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของคนใต้รวมทุกด้าน ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า มากที่สุด ได้แก่ ด้านการรับประโยชน์ รองลงมาคือ ด้านการปฏิบัติ ด้านการคิดพัฒนา ด้านการติดตามประเมินผล และด้านการรับรู้ข่าวสาร ตามลำดับ แนวทางการส่งเสริม ได้แก่ การเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมการดำเนินงานตั้งแต่ต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ รวมทั้งการฝึกอบรมพัฒนาภาคีเครือข่ายให้มีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมรูปแบบต่างๆ เพื่อร่วมกันลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของคนใต้ โดยเฉพาะกิจกรรมเกี่ยวกับการลด ละ เลิกบุหรี่ป้อน

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม; ภาคีเครือข่าย; สังคมพหุวัฒนธรรม; ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ; ประชาชนในภาคใต้

วันรับ: 3 ก.ค. 2566

วันแก้ไข: 14 ส.ค. 2566

วันตอบรับ: 20 ส.ค. 2566

บทนำ

ภาคใต้เป็นเป็นภูมิภาคซึ่งมีพื้นที่เป็นรูปแหลมยาว ยื่นลงไปในมหาสมุทร ภาคใต้ของไทยติดต่อกับประเทศพม่าทางทิศตะวันตก โดยมีทิวเขาตะนาวศรีและลำน้ำปากจั่นเป็นพรมแดน ติดต่อกับมาเลเซียทางด้านทิศใต้ โดยมีทิวเขาสันกาลาศรีกับลำน้ำนราธิวาสเป็นพรมแดน มีพื้นที่ 1 ใน 7

ของประเทศ ประกอบด้วย 14 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดชุมพร สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช สงขลา พัทลุง ปัตตานี ยะลา นราธิวาส ระนอง พังงา ภูเก็ต กระบี่ ตรัง และสตูล เป็นภาคที่มีความเป็นพหุวัฒนธรรม ทั้งความคิด ความเชื่อ วิถีชีวิต ประเพณี เนื่องจากเป็นศูนย์รวมของประชาชนที่นับถือศาสนาทั้งศาสนาพุทธ ศาสนาอิสลาม และศาสนาคริสต์ แต่ก็สามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุขและสันติ

แต่ในขณะเดียวกันไม่ว่าประชาชนในศาสนาใดก็ตาม ย่อมประสบปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการบริโภคบุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อุบัติเหตุบนถนน และการพนัน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตได้

เมื่อพิจารณาปัจจัยเสี่ยงสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ภาคใต้ สามารถแยกเป็นประเด็นได้ดังนี้

1) ปัจจัยเสี่ยงจากการบริโภคบุหรี่ พบว่า จากการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคบุหรี่ของประชาชนของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2564⁽¹⁾ โดยสำรวจจากประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่า ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุ 18-22 ปี และสูบจนเป็นปกตินิสัยเมื่ออายุ 19-23 ปี สูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ เช่น ตลาดสดหรือตลาดนัด ร้านอาหาร/ภัตตาคาร/สถานที่ขายอาหาร เครื่องดื่ม บริการขนส่งสาธารณะ และศาสนสถาน โรงเรียน/สถานศึกษาระดับต่ำกว่าอุดมศึกษา และเมื่อพิจารณาอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จังหวัดที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูงที่สุดในพื้นที่ภาคใต้ ได้แก่ กระบี่ (ร้อยละ 29.4) สตูล (ร้อยละ 25.2) พังงา (ร้อยละ 24.6) นครศรีธรรมราช (ร้อยละ 24.6) และระนอง (ร้อยละ 24.5)

2) ปัจจัยเสี่ยงจากความปลอดภัยบนท้องถนน สถิติข้อมูลผู้เสียชีวิตสะสมประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565 จากศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุเพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน (ThaiRSC)⁽²⁾ พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนสะสม 13,814 ราย โดยมากถึงร้อยละ 81 เป็นอุบัติเหตุจากการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ เป็นเพศชายมากกว่าหญิง และช่วงอายุที่เสียชีวิตมากที่สุดคือ 36-60 ปี คิดเป็นเกือบร้อยละ 40 ของผู้เสียชีวิตสะสม นอกจากนี้ยังพบว่า หลายจังหวัดในภาคใต้มีผู้เสียชีวิตบนท้องถนนเกินเป้าที่ตั้งไว้ เช่น นครศรีธรรมราช ตั้งเป้าว่าจะมีผู้เสียชีวิตบนท้องถนนจำนวน 272 คน แต่เสียชีวิตจริง 317 คน สุราษฎร์ธานี ตั้งเป้าว่าจะมีผู้เสียชีวิตบนท้องถนนจำนวน 245 คน แต่เสียชีวิตจริง 260 คน แต่ในขณะเดียวกันมี 2 จังหวัดที่มีผู้เสียชีวิตต่ำกว่าเป้าที่ตั้งไว้ คือ สงขลา ตั้งเป้าไว้ 310 คน เสียชีวิตจริง 309 คน และนราธิวาส ตั้งเป้าไว้ 122 คน เสียชีวิตจริง 112 คน

3) ปัจจัยเสี่ยงจากการพนัน ข้อมูลจากศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน⁽³⁾ พบว่าในปี พ.ศ. 2564 คนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป เล่นการพนัน จำนวน 32.3 ล้านคน เป็นผู้หญิง

16.3 ล้านคน เป็นชาย 16 ล้านคน เป็นเด็กและเยาวชน (15-25 ปี) 4.3 ล้านคน ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 4.04 ล้านคน ประเภทการพนันที่นิยมมากที่สุด คือ สลากกินแบ่งรัฐบาล หวยใต้ดิน พนันไฟ พนันทายผลฟุตบอล ไอโกล โปปัน น้ำเต้าปูปลา วัวชน ไก่ชน โดยในภาคใต้มีคนเล่นการพนัน 4.3 ล้านคน

4) ปัจจัยเสี่ยงจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จากการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากรโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ⁽¹⁾ พบว่า ในปี พ.ศ. 2564 พบว่าภาคใต้มีระดับสัดส่วนนักดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์น้อยที่สุด เนื่องจากภาคใต้เป็นภาคที่มีสัดส่วนคนนับถือศาสนาอิสลามมากที่สุด ซึ่งเป็นศาสนาที่มีข้อห้ามในการข้องเกี่ยวกับสิ่งมีเมาโดยเด็ดขาด แต่ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับความเคร่งครัดของแต่ละบุคคล ท้องที่ หรือจังหวัดนั้นๆ ด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ยังมีเรื่องของความปลอดภัยเข้ามาเกี่ยวข้องอีกด้วย จนอาจกระทบต่อการสังสรรค์หรือรื่นเริง ทำให้ผู้คนในภาคใต้ไม่ตัดสินใจเลือกที่จะมานั่งดื่มกินกัน

จากข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงทั้ง 4 ปัจจัยหลักถึงแม้ว่าบางปัจจัยเมื่อเทียบรายภาคอาจจะอยู่ในระดับต่ำที่สุดในขณะบางปัจจัยอยู่ในระดับสูงสุดในระดับภาค ซึ่งปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้มีผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตต่อผู้บริโภคและครอบครัว และในขณะเดียวกันยังส่งผลกระทบต่อสังคมและภาวะการคลังของประเทศได้เมื่อมีการรักษาตัวที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงข้างต้น

โครงการพหุวัฒนธรรมหนุนเสริมศักยภาพชุมชนลดปัจจัยเสี่ยงเพื่อสุขภาพคนใต้ เป็นโครงการที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นการเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายต่างๆ ในพื้นที่พหุวัฒนธรรมในภาคใต้ เช่น กลุ่มมัสยิด กลุ่มวัด กลุ่มโบสถ์ กลุ่มโรงเรียน กลุ่มโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม (โรงเรียนปอเนาะ) กลุ่มเยาวชน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มประชาชนทั่วไป กลุ่มอาชีพต่างๆ ได้ดำเนินกิจกรรมหรือโครงการที่มีเป้าหมายเดียวกัน คือ ลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนในภาคใต้ เช่น โครงการรณรงค์การลด ละ เลิก บุหรี่ในมัสยิด วัด โบสถ์ โรงเรียน โครงการขับขี่ปลอดภัย โครงการวัด/ชุมชนปลอดภัยรวมใจโครงการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพแก่นักเรียน เยาวชน

ซึ่งดำเนินการกระจายทั่วทั้ง 14 จังหวัดภาคใต้ จนสามารถมีพื้นที่มีสถิติต้นแบบปลอดบุหรี่ โรงเรียนปอเนาะปลอดบุหรี่ วัดปลอดการพนัน จำนวนอุบัติเหตุลดลงในพื้นที่จังหวัดตรัง มีการติดตามพฤติกรรมกาสูบหรี่ของพื้นที่ที่เข้าร่วมโครงการ มีการจัดทำสื่อรณรงค์เพื่อการลด ละ เลิก บุหรี่ พนัน ความปลอดภัยบนท้องถนน เป็นต้น ซึ่งในปีที่ผ่านมา มีจำนวนคนเข้าร่วมโครงการดังกล่าวจำนวน 13,217 คน ซึ่งมาจากเครือข่ายต่างๆ ในพื้นที่พหุวัฒนธรรมของภาคใต้

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่พหุวัฒนธรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนในภาคใต้ เพื่อมุ่งศึกษาว่าประชาชนในภาคใต้เข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนกิจกรรมหรือโครงการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพอย่างไรบ้าง และมีแนวทางการส่งเสริมภาคีเครือข่ายให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมอย่างไร เพื่อจะได้นำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในภาคใต้ได้อย่างยั่งยืน และสามารถเป็นต้นแบบให้กับพื้นที่อื่นๆ ได้

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณโดยผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้า หนังสือ ตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง **กลุ่มตัวอย่าง**

คัดเลือกจาก ประชาชนที่เข้าร่วมโครงการ “พหุ-วัฒนธรรมหนุนเสริมศักยภาพชุมชนลดปัจจัยเสี่ยงเพื่อสุขภาพคนใต้” ซึ่งมีจำนวน 13,217 คน⁽⁴⁾ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ Yamane T⁽⁵⁾ ที่ระดับความคลาดเคลื่อน 0.5 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 385 คน เป็นการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชาชนที่เข้าร่วมโครงการ “พหุ-วัฒนธรรมหนุนเสริมศักยภาพชุมชนลดปัจจัยเสี่ยง-เพื่อสุขภาพคนใต้” เท่านั้น โดยกระจายกลุ่มตัวอย่างครอบคลุมทุกโครงการย่อยใน 14 จังหวัดภาคใต้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ใช้แบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จากการศึกษาค้นคว้า

รวบรวมจากข้อมูลปฐมภูมิและข้อมูลทุติยภูมิ ซึ่งได้แก่หนังสือ ตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาสร้างเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามเป็นแบบสอบถามลักษณะปลายปิด คำถามเป็นแบบเลือกตอบจำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 2 “การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่พหุวัฒนธรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนในภาคใต้” เป็นแบบสอบถามลักษณะปลายปิด คำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 16 ข้อ

ตอนที่ 3 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่พหุวัฒนธรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนในภาคใต้ มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด

การสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ได้ดำเนินการตามลำดับขั้นตอนดังนี้

1) การศึกษาค้นคว้าเอกสาร บทความ ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่พหุวัฒนธรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนในภาคใต้ เพื่อรวบรวมเนื้อหาสาระมากำหนดเป็นกรอบให้ตรงกับตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ข้อมูลในการสร้างแบบสอบถาม แล้วร่างแบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

2) สร้างแบบสอบถามให้ครอบคลุมขอบเขตการศึกษาวิจัยโดยใช้คำถาม 2 ประเภท คือ แบบปลายปิดและแบบปลายเปิดประกอบกัน ซึ่งเป็นการดัดแปลงเครื่องมือจากแบบสอบถามที่ได้เคยผ่านการตรวจสอบหาความเที่ยงตรง (validity) และความเชื่อมั่น (reliability)

3) นำเครื่องมือที่สร้างเสร็จเรียบร้อยแล้ว เสนอผู้เชี่ยวชาญแก้ไขปรับปรุง ให้ถูกต้องและชัดเจน เหมาะสมทั้งเนื้อหาสาระ และการใช้ถ้อยคำสำนวนภาษา แล้วนำมาจัดทำเป็นแบบสอบถาม

4) นำเครื่องมือที่สร้างเสร็จ ความถูกต้องสมบูรณ์ของเนื้อหาเพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีความตรงตามเนื้อหา (content validity) และเหมาะสมของข้อคำถามนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จเรียบร้อยแล้วเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน

5) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (index of item – objective congruence (IOC) ได้ค่า IOC=0.90

6) เมื่อผู้เชี่ยวชาญได้ตรวจสอบความถูกต้องเสร็จแล้ว จึงนำไปทดลองใช้กับผู้ใช้กลุ่มตัวอย่าง แต่มีคุณลักษณะคล้ายกันกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำผลการตอบแบบสอบถามไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตร alpha coefficient ของ Cronbach⁽⁶⁾

7) นำเครื่องมือที่สมบูรณ์แล้วไปใช้เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ดำเนินการตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

- 1) แจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบตามจำนวนที่กำหนดไว้
- 2) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลคืนด้วยตนเอง
- 3) เมื่อได้แบบสอบถามกลับคืนมาแล้ว จำนวน 385 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 จึงตรวจสอบความสมบูรณ์และจัดลำดับข้อมูล
- 4) นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์และประมวลผลต่อไป
- 5) นำข้อมูลจากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการโดยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์ มีลำดับขั้นตอน ดังนี้

- 1) การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล โดยหาค่าสถิติพื้นฐาน คือ ค่าความถี่ และค่าร้อยละ ใช้สำหรับอธิบายลักษณะสภาพของประชากรที่ใช้ในการศึกษา
- 2) วิเคราะห์การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่พหุวัฒนธรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนในภาคใต้โดยใช้วิธีการหาค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
- 3) วิเคราะห์ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและแนวทางการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่พหุวัฒนธรรม

เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนในภาคใต้โดยการแจกแจงความถี่ และนำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยาย

4) วิเคราะห์เนื้อหาจากประเด็นข้อเสนอแนะปัญหาและอุปสรรคในการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่พหุวัฒนธรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนในภาคใต้

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติสำหรับการวิจัยเรื่องนี้ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

พบว่า เพศหญิง จำนวน 231 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 และเป็นเพศชายจำนวน 154 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00 เมื่อจำแนกตามอายุ พบว่า มีอายุระหว่าง 41-50 ปี มากที่สุด จำนวน 149 คน คิดเป็นร้อยละ 38.70 เมื่อจำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา/ปวช. มากที่สุด จำนวน 198 คน คิดเป็นร้อยละ 51.43 เมื่อจำแนกตามอาชีพ พบว่า มีอาชีพเกษตรกร/รับจ้างทั่วไปมากที่สุด จำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 37.66 เมื่อจำแนกตามรายได้ พบว่า มีรายได้ระหว่าง 10,001-15,000 บาทมากที่สุด จำนวน 183 คน คิดเป็นร้อยละ 47.53 เมื่อจำแนกตามความเกี่ยวข้องกับโครงการ พบว่า เป็นผู้เข้าร่วมโครงการมากที่สุด จำนวน 291 คน คิดเป็นร้อยละ 75.59 เมื่อจำแนกตามโครงการที่ได้รับงบประมาณ พบว่า เป็นโครงการลด ละ เลิก บุหรี่มากที่สุด จำนวน 191 คน คิดเป็นร้อยละ 49.61 เมื่อจำแนกตามจำนวนประชาชนที่เข้าร่วมโครงการ พบว่า มีจำนวนประชาชนที่เข้าร่วมโครงการ 50-100 คนมากที่สุด จำนวน 204 คน คิดเป็นร้อยละ 52.99 และเมื่อจำแนกตามประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมโครงการได้รับ พบว่า สุขภาพดีขึ้นมากที่สุด จำนวน 149 คน คิดเป็นร้อยละ 38.70 และสามารถลดการสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 10 รวมทั้งมีการก่อเกิดตัวอย่างที่ดีทั้งในโรงเรียนและครอบครัว เช่น ผู้บริหารโรงเรียนเลิกบุหรี่ได้ เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับเพื่อนครูและนักเรียน พ่อเลิกบุหรี่ได้เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ลูกชาย เป็นต้น

2. ผลการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในสังคมพหุวัฒนธรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ของคนได้รวมทุกด้าน

ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (mean=4.03, SD=0.76) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า มากที่สุด ได้แก่ การมีส่วนร่วมด้านการรับประโยชน์ (mean=4.43, SD=0.57) รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมด้านการปฏิบัติ (mean=4.35, SD=0.71) การมีส่วนร่วมด้านการคิดพัฒนา (mean=4.34, SD=0.69) การมีส่วนร่วมด้านการติดตามประเมินผล (mean=3.53, SD=1.07) และการมีส่วนร่วมด้านการรับรู้ข่าวสาร (mean=3.51, SD=0.77) ตามลำดับ

2.1) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในสังคมพหุวัฒนธรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของคนได้ด้านการรับรู้ข่าวสาร ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (mean=3.51, SD=0.71) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า มากที่สุดได้แก่การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ “โครงการพหุวัฒนธรรม” จากสื่อออนไลน์รูปแบบต่างๆ เช่น เฟซบุ๊ก เว็บไซต์ของ สสส. เว็บไซต์ของมูลนิธิคนเห็นคน ไลน์กลุ่มในชุมชน (mean=3.64, SD=0.64) รองลงมาคือ การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารจากการประชาสัมพันธ์จากคนสนิทในชุมชน (mean=3.52, SD=0.90) จากสื่อบุคคลในชุมชน เช่น ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำท้องที่ อสม. แกนนำชุมชนกลุ่มต่างๆ (mean=3.46, SD=0.63) และการได้รับรู้จากเสียงตามสาย/หอกระจายข่าวในหมู่บ้าน (mean=3.42, SD=0.68) ตามลำดับ

2.2) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในสังคมพหุวัฒนธรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของคนได้ด้านการคิดพัฒนา ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (mean=4.34, SD=0.69) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า มากที่สุด ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบกิจกรรมในการดำเนินงาน “โครงการพหุวัฒนธรรม” (mean=4.42, SD=0.57) รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานของโครงการพหุวัฒนธรรม (mean=4.34, SD=0.59) และการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการในการดำเนินงาน (mean=4.31, SD=0.54) ตามลำดับ

2.3) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในสังคมพหุวัฒนธรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของคนได้ ด้านการ

ปฏิบัติ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (mean=4.35, SD=0.71) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มากที่สุด ได้แก่ การมีส่วนร่วมการดำเนินงาน ในฐานะผู้รับประโยชน์ (mean=4.41, SD=0.70) รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมในฐานะคณะกรรมการดำเนินงาน (mean=4.39, SD=0.74) และในฐานะผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการ (mean=4.26, SD=0.60) ตามลำดับ

2.4) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในสังคมพหุวัฒนธรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของคนได้ด้านการติดตามประเมินผล ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (mean=3.53, SD=0.56) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า มากที่สุดได้แก่ การมีส่วนร่วมในการประเมินผล “โครงการพหุวัฒนธรรม” โดยการให้ข้อมูลในรูปแบบต่างๆ เช่น การพูดคุย รอกแบบสอบถาม (mean=3.95, SD=0.54) รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อบกพร่องของการดำเนินงานแก่ผู้จัดการโครงการนี้ (mean=3.41, SD=0.55) และการมีส่วนร่วมในการประสานงาน (mean=3.24, SD=0.60) ตามลำดับ

2.5) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในสังคมพหุวัฒนธรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของคนได้ ด้านการรับประโยชน์ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (mean=4.43, SD=0.74) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า มากที่สุด ได้แก่ การได้ประโยชน์ด้านจิตใจจากการเข้าร่วมการดำเนินงาน “โครงการพหุวัฒนธรรม” เช่น ความภาคภูมิใจ ความเรียบง่าย ความสุข ความพอเพียง สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว (mean=4.52, SD=0.70) รองลงมาคือ การได้รับประโยชน์ด้านสังคม เช่น การมีภาคีเครือข่ายต่างๆ การได้รับความช่วยเหลือจากภาคีเครือข่าย (mean=4.46, SD=0.93) และการได้รับประโยชน์ด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การลดค่าใช้จ่ายเพิ่มรายได้ (mean=4.32, SD=0.59) ตามลำดับ

3. จากการศึกษาข้อเสนอแนะ/แนวทางการจัดโครงการพหุสังคม ในปีต่อไป

พบว่า (1) ควรมีแผนปฏิบัติการตลอดทั้งปีให้กับผู้ประสานงานหรือผู้รับผิดชอบโครงการ (2) ต้องการให้มีโครงการนี้ตลอดไป เนื่องจากทำให้เกิดความสามัคคีและช่วยเหลือเกื้อกูลในสังคมขึ้น (3) เมื่อมีบุคคลหรือกลุ่มที่ได้รับงบประมาณจากโครงการ ควรได้รับการฝึกอบรมการจัดทำรายงานผลโครงการ รายงานการเงินที่เป็นระบบ

(4) จัดให้มีการศึกษาดูงานระหว่างกลุ่ม/วิถีชีวิต เพื่อการต่อยอดโครงการที่รับผิดชอบ (5) ควรมีเจ้าหน้าที่ให้บริการของโครงการใหญ่ให้มากขึ้น (6) ควรมีการสำรวจปัญหาหรือความต้องการในแต่ละพื้นที่ก่อนดำเนินการโครงการ (7) ควรมีการจัดสรรงบประมาณให้เพียงพอหรือเหมาะสมกับกิจกรรมของโครงการ ไม่ควรจัดสรรงบประมาณให้เท่าๆ กัน เพราะแต่ละบริบทแตกต่างกัน (8) ควรมีการตั้งเกณฑ์ประเมินการดำเนินโครงการย่อยว่าควรไปต่อหรือให้ยุติ ผ่านการมีส่วนร่วมของคณะทำงาน และ (9) ควรมีการพิจารณาโครงการย่อยก่อนจะจัดสรรงบประมาณ

วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอยู่ในระดับมาก แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการติดตามประเมินผลและด้านการรับรู้ข่าวสารอยู่ในระดับน้อย ทั้งนี้ การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนของสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพได้ ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 5 ระดับ⁽⁷⁾ ได้แก่ (1) การให้ข้อมูลข่าวสาร (inform) เป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับต่ำที่สุดแต่มีความสำคัญที่สุด เพราะเป็นก้าวแรกที่ประชาชนเข้าสู่กระบวนการมีส่วนร่วม ซึ่งวิธีการการให้ข้อมูลข่าวสาร อาจผ่านเอกสารสิ่งพิมพ์ สื่อออนไลน์ต่างๆ (Facebook, TikTok) หรือแม้แต่การจัดนิทรรศการในสถานที่ต่างๆ ของชุมชน (2) การรับฟังความคิดเห็น (consult) เป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการให้ข้อมูลข้อเท็จจริงและความคิดเห็นเพื่อประกอบการตัดสินใจ ซึ่งมีวิธีการคือ การรับฟังความคิดเห็น การสำรวจความคิดเห็น การจัดเวทีสาธารณะ มีการแสดงความคิดเห็นผ่านสื่อออนไลน์ (3) การเกี่ยวข้อง (involve) เป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการปฏิบัติงานหรือร่วมเสนอแนะแนวทางที่นำไปสู่การตัดสินใจ ซึ่งมีวิธีการ เช่น การประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อร่วมกันพิจารณาประเด็นสำคัญร่วมกัน (4) ความร่วมมือ (collaboration) เป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนซึ่งเป็นหุ้นส่วนในทุกขั้นตอนของการตัดสินใจและมีการดำเนินกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

เช่น มีคณะกรรมการที่มีภาคีเครือข่ายหรือประชาชนเข้ามาร่วมเป็นคณะทำงานหรือคณะกรรมการ และ (5) การเสริมอำนาจแก่ประชาชน (empower) เป็นขั้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับสูงที่สุด โดยประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจ เช่น การลงมติเลือกแนวทางการดำเนินงานหรือการกำหนดประเด็นสำคัญในการขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพหรือการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ

สรุป

สังคมพหุวัฒนธรรมในภาคใต้ มีความหลากหลาย ทั้งความคิด ความเชื่อ ค่านิยม ประเพณี วิถีชีวิต การนับถือศาสนา อาชีพ ส่งผลให้การดำเนินงานกิจกรรมหรือโครงการจำเป็นต้องดำเนินงานในรูปแบบของภาคีเครือข่ายจากหลายภาคส่วน และประเด็นสำคัญจะต้องให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมตั้งแต่ต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ เพื่อจะเป็นการดำเนินงานที่สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทที่มีความหลากหลาย และที่สำคัญหากภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมตั้งแต่ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับประโยชน์ ย่อมนำไปสู่ความยั่งยืนของกิจกรรมนั้นๆ ได้อย่างแน่นอน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1) การมีส่วนร่วมด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งมีค่าระดับการมีส่วนร่วมที่น้อยที่สุด ดังนั้นผู้รับผิดชอบโครงการจำเป็นต้องเพิ่มช่องทางในการสื่อสารเพื่อให้ประชาชนทั่วไปหรือสมาชิกที่เข้าร่วมโครงการได้รับรู้ข่าวสารการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของภาคีเครือข่ายหรือข้อมูลข่าวสารจาก สสส. หรือ มูลนิธิคนเห็นคน ซึ่งในปัจจุบันมีสื่อออนไลน์หลากหลายรูปแบบ ซึ่งอาจจะเป็นการตั้งเพจชื่อโครงการ และที่สำคัญจะต้องมีการสื่อสารให้เป็นปัจจุบัน

2) การมีส่วนร่วมด้านการติดตามและประเมินผล ซึ่งมีค่าระดับการมีส่วนร่วมที่น้อย ดังนั้น ควรเปิดโอกาสให้สมาชิกที่เข้าร่วมโครงการ ผู้รับงบประมาณโครงการย่อยมีการจัดทีมติดตามและประเมินผลในระดับโครงการย่อย เพื่อจะรับรู้ถึงปัญหา อุปสรรคในการดำเนินกิจกรรม ซึ่งจะทำให้เกิดการพัฒนา และต่อยอดกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งจากการวิจัยพบว่าสามารถลดได้ร้อยละ 10 ของจำนวนประชาชนที่เข้าร่วมโครงการพหุวัฒนธรรมฯ และยิ่งเกิดแบบอย่างที่ดีขึ้นในครอบครัวและโรงเรียน ซึ่งเป็นสิ่งที่ทางโครงการจะต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยการสอดแทรกเป็นส่วนหนึ่งของรายวิชาหรือกลุ่มสาระการเรียนรู้ มีการประกวดพ่อตัวอย่าง หรือผู้บริหารตัวอย่าง หรือครูตัวอย่าง เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดี นอกจากนี้ควรจัดกิจกรรมที่นำนักเรียนหรือพ่อหรือผู้บริหารที่เคยสูบบุหรี่แล้วสามารถเลิกบุหรี่ได้ มาสร้างแรงบันดาลใจผ่านคลิปสั้นๆ ผ่าน TikTok เป็นต้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในครั้งต่อไป

- 1) ควรมีการวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของคนที่ได้ในการจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการลด ละ เลิก บุหรี่
- 2) ควรมีการวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาภาคีเครือข่าย

ในสังคมพหุวัฒนธรรมเพื่อการดำเนินกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการสำเร็จเป็นไปตามวัตถุประสงค์ จากการสนับสนุนงบประมาณของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มูลนิธิคนเห็นคน และผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาให้คำแนะนำพร้อมให้กำลังใจในการดำเนินการวิจัยมาโดยตลอด คือ คุณรุ่งอรุณ ลิ้มฬหะภินันท์ คุณทศนีย์ ศิลปบุตร และนายสัตวแพทย์ปกรณ์ สุวรรณประภา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง และบุคคลสำคัญที่ขาดเสียมิได้คือ ภาคีเครือข่ายจากพื้นที่ 14 จังหวัดภาคใต้ ที่เข้าร่วมโครงการพหุวัฒนธรรมหนุนเสริมศักยภาพชุมชนลดปัจจัยเสี่ยงเพื่อสุขภาพคนได้ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564. กรุงเทพมหานคร: กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2564.
2. ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุเพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน (ThaiRSC). สถิติข้อมูลผู้เสียชีวิต สะสม ประเทศไทย ปี 2565 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 11 ก.ย. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thairsc.com>.
3. ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน. สถานการณ์การพนันในสังคมไทย ปี 2564 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 11 ก.ย. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://www.gamblingstudy-th.org>.
4. มูลนิธิคนเห็นคน. บัญชีลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการ: โครงการพหุวัฒนธรรมหนุนเสริมศักยภาพชุมชนลดปัจจัยเสี่ยงเพื่อสุขภาพคนได้; 2565.
5. Yamane T. Statistics, an introductory analysis, 2nd Ed., New York: Harper and Row; 1967.
6. Cronbach LJ. Essentials of psychology testing. New York: Harper; 1990.
7. กองสุกศึกษา. การสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2556.

Participation of Network Partners in Multicultural Areas to Reduce Risk Factors for Public Health in the Southern Region

*Sudarat Sudsomboon, Pirat Watanakul, Phrakhruvinaithon AthitSuvaddho (Sookpanich),
Huwaitiyah Pitsuwan Useng
Khon Hen Khon Foundation, Bangkok, Thailand*

Abstract

The purpose of this research was to study the participation of network partners in multicultural societies in reducing health risk factors in southerners and assess the guideline to encourage network partners in a multicultural society to reduce health risk factors in southerners. The samples were 385 people who participated in the multicultural project to enhance community potential to reduce health risk factors in the South. The research instrument was questionnaires. The statistics employed for data analysis were the frequency, percentage, mean, standard deviation, and content analysis. The results of the study revealed that most network participants were female, aged between 41-50 years old, educated at the secondary level, occupation was farmer/general contractor, earning 10,001-15,000 baht, doing activities related to reducing and quitting smoking and there are 50-100 people participating in the improving health activities project. The operation of activities related to the reduction and quitting of smoking through network partners that the smoking rate was reduced by 10 percent of the total number of people participating in the project. Moreover, being a good example to personnel participation of network partners in multicultural society in reducing health risk factors in the South in all aspects and overall were at a high level. When considering each aspect, it was found that the highest area was the benefit, followed by the aspect of practice, the aspect of development thinking, the aspect of monitoring and evaluation and the aspect of news perception, respectively. Guidelines for encouraging the participation include the provision of opportunity for network partners to participate in operations from upstream, midstream and downstream process. In addition, training to develop network partners to have knowledge about various forms of activities to jointly reduce health risk factors of the people in Southern region should be included, especially the activities related to smoking reduction and cessation.

Keywords: participation; network partners; multicultural society; health risk factors; Southerners