

การพัฒนาสมรรถนะแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
ตำบลท่าจั่ว อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช
Competency Development Among Village Health Volunteers in Caring of Patients
with Diabetes in Community, Thangew Subdistrict, Meung District,
Nakhonsithammarat Province.

(Received: December 7,2024 ; Revised: December 13,2024 ; Accepted: December 14,2024)

ธัญญรัตน์ ศุภกานารเสฐ¹ สรรปกรณ ศุภกานารเสฐ²
Thanyarat Suphakanaraseth¹, Sanpakorn Suphakanaraseth¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว เพื่อพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดที่เหมาะสม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลท่าจั่ว อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 30 คน และเสริมสร้างพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดที่เหมาะสมของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการดูแลจากแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลท่าจั่ว อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราชก่อนและหลังการได้รับการพัฒนาสมรรถนะ จำนวน 30 คน วิเคราะห์ ข้อมูลทั่วไป ด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน หลังการได้รับโปรแกรมฯ มีสมรรถนะสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 การพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดที่เหมาะสม หลังการได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 ในส่วนของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวาน หลังการได้รับการพัฒนาสมรรถนะสูงกว่าก่อนการได้รับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานด้านการควบคุมอาหาร และด้านจัดการความเครียด พบว่า คะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานก่อนการได้รับคำแนะนำสูงกว่าหลังได้รับคำแนะนำ ส่วนด้านพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานด้านการออกกำลังกาย ด้านการพักผ่อน และด้านการใช้ยา พบว่า คะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานหลังการได้รับการแนะนำสูงกว่าก่อนการได้รับการแนะนำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ผู้ป่วยเบาหวาน, สมรรถนะด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน, โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะ

Abstract

This research was quasi-experimental research one group to develop skills in caring for diabetic patients. food exercise and proper stress management of the village health volunteers, Tha Ngio Sub-district, Mueang District, Nakhon Si Thammarat Province. before and after the performance development including comparing the performance of eating exercise and proper stress management for diabetics of the leader of the village health volunteers, Tha Ngio Sub-district, Mueang District, Nakhon Si Thammarat Province before and after the performance development Number of people 30 people Determine the sample size by defining criteria for consideration. It is a person who is willing to participate and cooperate in conducting research voluntarily and is able to communicate, speak, read and understand Thai and local languages and can attend training throughout all activities not less than 80% of the activity time The instrument used in

¹ อาจารย์ประจำสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำสาขาวิชาพลศึกษา คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช

the experiment was the Village Health Volunteer Leadership Competency Development Program was considered by experts with an IOC value of 0.98. The knowledge test had a value of KR 20 = 0.62 and in the satisfaction section Reliability was obtained at 0.70. General data were analyzed with statistical values, percentage, mean and standard deviation. Paired t-test statistic.

The results from the study revealed that the Village Health Volunteer Leader Competency Development Program on Diabetes Care The sample after receiving the program was higher than before receiving the program. At the level of 0.5. Diabetes Care Skills food exercise and the appropriate stress management of the subjects after the program was higher than before the program. Statistically significant at the 0.5 level. in the knowledge about diabetes of diabetic patients After receiving the improvement, the performance was significantly higher than before the treatment at the 0.05 level. In terms of stress management, it was found that the self-care behavior scores of diabetic patients before receiving the program were higher than after receiving the program. with statistical significance at 0.05 level. leisure In terms of drug use, it was found that the self-care behavior scores of diabetic patients after receiving the program were higher than before receiving the program. There was no statistically significant relationship at the 0.05 level.

Keywords: village health volunteers, patients with diabetes, competency in diabetes care, competency development program

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรังเกิดจากความผิดปกติของร่างกายที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอ อันส่งผลทำให้ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูงกว่าค่ามาตรฐาน ทำให้ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้ได้เหมาะสม ซึ่งส่งผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) รายงานว่าในปี พ.ศ. 2552 ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีจำนวน 108 ล้านคน เพิ่มขึ้นเป็น 422 ล้านคนในปี พ.ศ. 2557 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวาน 1.5 ล้านคน นอกจากนี้ยังพบว่าประชากรทั่วโลกที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไปป่วยด้วยโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.7 เป็นร้อยละ 8.5 หรือเมื่อเปรียบเทียบแล้ว พบว่าประชากรวัยผู้ใหญ่ 1 ใน 11 คนป่วยเป็นโรคเบาหวาน ส่วนในประเทศไทย จากรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราตายด้วยโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน ในภาพรวมของประเทศในปี พ.ศ.2556–2558 เท่ากับ 14.93, 17.53 และ 17.83 ตามลำดับ¹ จากข้อมูลระบบรายงาน HDC (Health Data Center)

ในปีงบประมาณ 2560 พบว่าอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี แต่ยังคงต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีในระดับประเทศยังต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (เป้าหมาย \geq ร้อยละ 40) และในจังหวัดนครศรีธรรมราชก็ต่ำกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนด จึงนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เมื่อผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น หลอดเลือดจะมีความยืดหยุ่นลดลง มีไขมันเกาะที่ผนังหลอดเลือดเพิ่มขึ้น เสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อน ต่าง ๆ ที่ตามมาซึ่ง 3 อวัยวะหลักที่มักเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้แก่ ตา (Retinopathy), ไต (Nephropathy) และระบบประสาท (Neuropathy) พบว่าโรคเบาหวานเป็นสาเหตุของตาบอดมากที่สุด และเป็นสาเหตุหลักของโรคไตระยะสุดท้าย นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุ ของโรคหลอดเลือดแข็งตัว (Atherosclerosis) ซึ่งจะมีผลต่อหัวใจ สมอง และอวัยวะสำคัญอื่น ๆ ที่ต้องมีเส้นหลอดเลือดใหญ่ไปเลี้ยง เช่น แขน-ขา ทำให้พบภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือด (Myocardial infarction) โรคสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) และการตัด

แขนขา และมีผลต่ออวัยวะของร่างกายแทบทุก ระบบ จากที่กล่าวมาพบว่าผู้ป่วย เสียชีวิตจาก ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเป็นจำนวน 3.2 ล้านคนในแต่ละปี ซึ่งคิดเป็น 6 คน ในทุกๆ 1 นาที ทั้งนี้สาเหตุสำคัญของการเกิดโรคเบาหวาน ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การ ออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดที่ไม่ เหมาะสมซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้มีสาเหตุมาจากปัจจัย ต่าง ๆ เช่น การขาดความรู้ การรับรู้ และแรงจูงใจ ด้านสุขภาพ²

จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นได้ว่า ความชุก อัตราการเสียชีวิต และภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย เบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้การ จะแก้ไขปัญหาดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยคน ใน ชุมชนเป็นกลไกสำคัญที่จะสามารถดูแลได้ อย่าง ต่อเนื่อง ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คือ กลุ่มที่มีบทบาทสำคัญในการดำเนินงาน ดังกล่าวได้เป็นอย่างดี อสม. เป็นกลไกสำคัญในการ ขับเคลื่อนการทำงาน ปัจจุบันมี อสม. ทั่วประเทศ มากกว่า 1,056,463 คน เฉลี่ย อสม. 1 คน ต่อ ประชาชน 10-15 หลังคาเรือน การดำเนินงานเฝ้า ระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวาน เป็น บทบาทหนึ่งของ อสม. อย่างไรก็ตาม การ ดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุม โรคเบาหวานสำหรับ อสม. เป็นเรื่องที่ท้าทาย เนื่องจาก โรคเบาหวาน เป็นปัญหาสำคัญทางด้าน สาธารณสุขของโลก เนื่องจากสถานการณ์ โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

กระทรวงสาธารณสุขได้มีการพัฒนา ศักยภาพ อสม.อย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด ทั้งภาวะ วิกฤติ และภาวะปกติ ในหลากหลายรูปแบบที่ เหมาะสมกับสถานการณ์ และบริบทของพื้นที่ รวมทั้งจัดกิจกรรมรณรงค์ภายหลังการอบรมในปี 2552 ซึ่งกำลังจะก้าวสู่ทศวรรษใหม่ของงาน สาธารณสุขมูลฐาน (พ.ศ.2552-2562) อันเป็น ทศวรรษแห่งการสร้างนวัตกรรมเพื่อสุขภาพชุมชน โดยชุมชน กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินนโยบาย การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขด้วย

การดำเนินการ อบรมฟื้นฟูความรู้ อสม. โดย มุ่งหวังว่าหาก อสม. ได้ ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เป็นกลไกหลัก สำหรับสร้างสังคมใหม่ที่มี คุณภาพ โดยเบนเข็มการพัฒนาอาสาสมัครจากวิถี การให้บริการที่ช้อยู่ในช่วง 30 ปี ที่ผ่านมา ไปเป็น วิถีการพัฒนาโดยการเป็นผู้นำในการขับเคลื่อน สังคมไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นบุคลากร ด้านสาธารณสุขที่มีบทบาทในการดูแลสุขภาพของ ประชาชนในชุมชน ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของการมี ส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของ ตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดย อสม.จะได้รับความรู้ผ่านกระบวนการอบรมจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข อสม. ประมาณ 1,00,000 คน ทั่วประเทศ (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2556) ที่มีอยู่ในระบบสาธารณสุขเป็นทุนทางสังคม ที่สำคัญของการพัฒนาสาธารณสุขไทย จนถึงจุดที่ ไม่สามารถดำเนินการได้ หากอาศัยลำพังแต่เพียง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรัฐเท่านั้น³

อสม. มีบทบาทในการเป็นผู้นำการ ดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิต ของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นผู้นำการ เปลี่ยนแปลง (Change agents) พฤติกรรมด้าน สุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน และมี หน้าที่แก้ไขวร้ายกระจายข่าวดี ชี้บริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี อสม. มีหน้าที่หลัก คือ เป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และ ประชาชนในหมู่บ้าน นัดหมายเพื่อนบ้านมารับ บริการสาธารณสุข แจ้งข่าวสารสาธารณสุข เช่น การเกิดโรคติดต่อที่สำคัญ หรือโรคระบาดใน ท้องถิ่น ตลอดจนข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรม สาธารณสุข รับข่าวสารสาธารณสุขแล้ว แจ้งให้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างรีบด่วน ในเรื่องสำคัญ เช่น เรื่องโรคระบาดหรือโรคติดต่อ ต่าง ๆ รับข่าวสารแล้วจดบันทึกไว้ในสมุดบันทึกผล การปฏิบัติงานของ อสม. และเป็นผู้ให้คำแนะนำ ถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพ

ประจำครอบครัวในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ การใช้สถานบริการสาธารณสุขและการใช้ยา การรักษานามัยของร่างกาย การให้ภูมิคุ้มกันโรค การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด โภชนาการและสุขาภิบาลอาหาร การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพเห็บกและฟัน การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัยการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข การจัดหายาจำเป็นไว้ใช้ในชุมชนและการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทย ฯลฯ

ปัจจุบันประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบมีจำนวนประชากรเกินกำลังอัตรากับจำนวนบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ดังนั้นจึงจำเป็นต้องนำงานสาธารณสุขมูลให้ อสม.เข้ามาช่วยตามบทบาทหน้าที่ในด้านการป้องกันและควบคุมโรค โดยจะให้ อสม.ลงไปเยี่ยมบ้านและให้คำแนะนำในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ อสม.ต้องมีความรู้ และความสามารถในการปฏิบัติการให้คำแนะนำได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาสมรรถนะ อสม. ให้ได้รับการเรียนรู้ดังกล่าวจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบ การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของโคลบ พบว่าสามารถพัฒนาให้ อสม. มีพัฒนาทางด้านความคิด มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ เข้าใจเนื้อหาความรู้มีแรงจูงใจในการเรียนรู้ มีความสามารถในการแก้ปัญหา และสามารถนำความรู้ที่ได้จากการเรียนรู้ไปปฏิบัติในการทำงานได้จริง อีกทั้งรูปแบบการเรียนรู้มีลำดับองค์ประกอบที่ชัดเจนทั้ง 4 องค์ประกอบคือประสบการณ์ การสะท้อนความคิดและการอภิปรายความคิดรวบยอดและประยุกต์แนวคิด ทดลองปฏิบัติ แต่ละองค์ประกอบ อสม.ที่เข้าร่วมโปรแกรมมีส่วนร่วมไม่ว่าจะเป็นการ

แสดงความคิดเห็น การวิเคราะห์ สรุปเนื้อหา และการลงมือปฏิบัติจริง ไม่ใช่การฟังบรรยายเพียงอย่างเดียวอีกทั้งวิทยากรจะคอยกระตุ้นอยู่ตลอดเวลา เกิดการมีสัมพันธภาพระหว่างผู้เรียนและผู้สอนอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาการเรียนรู้⁴

จากสถานการณ์โรคเบาหวานในปัจจุบัน อสม. ที่ต้องการเพิ่มขึ้นคือ อสม. ที่มีทักษะขั้นสูงหรือที่มีความรู้ความชำนาญเฉพาะ เช่น การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เนื่องจากตัดปัจจัยที่ไม่สามารถแก้ไขได้ออกไปมุ่งไปที่ปัจจัยด้านพฤติกรรม การดูแลตนเอง ถือได้ว่า โรคเบาหวานเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรม 3 ด้าน คือ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดที่เหมาะสม เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงมุ่งหวังที่จะจัดทำโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนโดยวิธีการบรรยาย การอภิปราย และการสาธิตฝึกปฏิบัติจริง เพื่อส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ ให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และมีความเชื่อมั่นในการดำเนินงาน ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.2.1 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดที่เหมาะสมของแกนนำ อสม. ตำบลท่าจิว อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช ก่อนและหลังการได้รับการพัฒนาสมรรถนะฯ

1.2.2 เพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะการให้คำแนะนำผู้ป่วยเบาหวานด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานของแกนนำ อสม. ตำบลท่าจิว อำเภอเมือง จังหวัด

นครศรีธรรมราช ก่อนและหลังการได้รับการพัฒนา
สมรรถนะฯ

วิธีการดำเนินงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยกึ่ง
ทดลองแบบกลุ่มเดียว (quasi experimental
design) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัย (Study
population) ครั้งนี้ คือ แกนนำอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติงานที่ตำบลท่าจิว
อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ในการศึกษา
วิจัยครั้งนี้ คือแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน ที่ปฏิบัติงานที่ตำบลท่าจิว อำเภอ
เมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ได้
กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (Power
Analysis) = 0.80⁵ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณ
จากค่าอิทธิพล (Effect Size) ประมาณค่าของ
ขนาดอิทธิพลจากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม และคำนวณ
ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของกลาส⁶

สำหรับการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใน
งานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัย เรื่อง ผล
โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแล
ผู้สูงอายุในชุมชน⁷ และได้้นำค่าเฉลี่ย และค่าส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนทักษะการดูแล
ผู้สูงอายุในชุมชนหลังการได้รับโปรแกรมฯ ที่เกิด
จากการทดลองมาคำนวณขนาดอิทธิพล ได้ค่า
ขนาดอิทธิพล (Effect Size) = 0.9 หลังจากนั้นนำ
ค่าที่ได้มาประมาณขนาดตัวอย่างจากตาราง
ประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างแบบทดสอบสมมติฐาน
ทางเดียว (Table 6-3 Estimated sample
requirements as a function of effect size for
 $\alpha = .05$ and power Analysis = .80)⁵ ดังนั้นจึง
ได้ขนาดของ กลุ่มตัวอย่าง 30 คน

เครื่องมือในการวิจัย

1. แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วย
เบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้านในด้านการรับประทานอาหาร การออก
กำลังกาย การจัดการความเครียด

2. แบบประเมินทักษะในการดูแลของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในด้านการ
รับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการ
ความเครียด

3. แบบประเมินการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการ
ปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในด้านการ
รับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการ
ความเครียด การดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ความ
เที่ยงตรงของเครื่องมือ (Validity) ทางผู้วิจัยได้นำ
แบบสอบถาม ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน
เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบความเหมาะสมด้าน
เนื้อหาโดยการหาค่า (IOC : Index of item
objective congruence) หลังจากนั้นนำมาแก้ไข
ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อน
นำไปทดลองใช้กับกลุ่มอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน
ที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง การหา
ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้
นำเครื่องมือที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทำ
การทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นกลุ่ม
อาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่มีคุณสมบัติ
เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือเป็นประชากร
ในเขตพื้นที่ อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัด
นครศรีธรรมราช ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 30 ราย แล้ว
นำเครื่องมือมาหา ความเชื่อมั่นด้วยสูตร
สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's
coefficient)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 ทำหนังสือขออนุญาตในการเก็บ
รวบรวมข้อมูล

1.2 เมื่อได้รับอนุญาตในการเก็บรวบรวม
ข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะวิทยาศาสตร์

และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช เข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่ายาง ตำบลท่าจิว อำเภอเมือง จังหวัด นครศรีธรรมราช เพื่อประสานงาน ชี้แจง วัตถุประสงค์ของการศึกษาและขออนุญาตเก็บ รวบรวมข้อมูล

1.3 หลังจากได้รับการอนุญาต ผู้วิจัยจะ ดำเนินการติดต่อประสานงานกับนักวิชาการ สาธารณสุขผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลบ้านป่ายาง เพื่อขอข้อมูลรายชื่อ ที่ อยู่ อสม. เพื่อดำเนินการตามแผนการปฏิบัติการ วิจัย โดยจะทำการพัฒนาสมรรถนะ อสม. ด้านการ ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด

1.4 ผู้วิจัยได้ติดต่อประสานงานกับกลุ่ม ตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและ ขอความร่วมมือในการจัดกิจกรรม และเก็บ รวบรวมข้อมูล

1.5 ผู้วิจัยอบรมผู้ช่วยวิจัยก่อนดำเนินการ จัดกิจกรรมและเก็บข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจใน โครงการ และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการเก็บข้อมูล การตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถาม และ ทดสอบผู้ร่วมวิจัยในการใช้แบบสอบถามเพื่อให้ เข้าใจตรงกัน และได้คำตอบที่ตรงกันกับผู้ศึกษา และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.6 ทำการชี้แจงผู้ที่เกี่ยวข้องในเรื่องการ แจ้างประสานงานกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อการนัดหมาย ในการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการแจ้งกลุ่ม ตัวอย่างให้ทราบล่วงหน้า ตามแผนดำเนินการเก็บ ข้อมูล อย่างน้อย 3 วัน

2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บ ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบสอบถาม และ แบบประเมินการปฏิบัติ โดยผู้วิจัยมีการแนะนำ ตัวเองและผู้ช่วยวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของ การศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างและอธิบายการพิทักษ์ สิทธิ์แก่กลุ่มตัวอย่าง

2.2 ผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบสอบถาม และแบบ ประเมินการปฏิบัติเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่ม ตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดตอบตามข้อ คำถามของแบบสอบถาม โดยใช้เวลาเฉลี่ยในการ ตอบแบบสอบถาม 25 นาที

2.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความ ครบถ้วนของข้อมูลและนำข้อมูลมาลงรหัสให้ น้ำหนักคะแนนตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ แล้วนำไป วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปต่อไป

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิง พรรณนา

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนน เฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คะแนน ประเมินทักษะในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คะแนน ประเมินสมรรถนะการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการ ปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังเข้า ร่วมโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้วยสถิติ Paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ใบรับรองเลขที่ WUEC-21-107-01 เมื่อวันที่ 11 มิถุนายน 2565

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แสดง รายละเอียดดังตารางที่ 4.1 พบว่า อสม. เป็นเพศ หญิงที่นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด มีอายุระหว่าง 51 – 60 ปีมากที่สุด ร้อยละ 50.0 รองลงมาอายุ 61 – 70 ปี ร้อยละ 20.0 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่มี ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.7 รองลงมา มีระดับ การศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 30.0 เป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาแล้ว 11 –

20 ปีมากที่สุด ร้อยละ 70.0 รองลงมา 21 – 30 ปี ร้อยละ 13.3 และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 70.0 รองลงมา คือ รับจ้าง และค้าขาย ร้อยละ 13.3 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนที่ 0 – 5,000 บาทบาทมากที่สุด ร้อยละ 56.7 รองลงมา คือ 5,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 26.7 และตำแหน่งอื่น ๆ ในหมู่บ้าน ส่วนใหญ่มีตำแหน่ง อสม. เป็นตำแหน่งเดียวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 86.7 รองลงมา คือ กรรมการหมู่บ้าน ร้อยละ 13.3 ส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข/แพทย์/พยาบาล มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.7 รองลงมา คือ ได้รับข่าวสารจากเพื่อนบ้าน/คนในครอบครัว ร้อยละ 20.0 และส่วนใหญ่สมาชิกในครอบครัวไม่เคยเป็นโรคเบาหวาน

ผลการประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด พบว่า สมรรถนะด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังการได้รับการพัฒนาสมรรถนะ มีความแตกต่างกัน คือก่อนการได้รับการพัฒนาสมรรถนะ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีสมรรถนะด้านความรู้ อยู่ในระดับปานกลางจำนวน 16 คน (ร้อยละ 46.7) แต่หลังจาก การได้รับการพัฒนาสมรรถนะ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีสมรรถนะด้านความรู้ อยู่ในระดับสูง จำนวน 27 คน (ร้อยละ 90)

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของแกนนำ อสม. พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะ มีคะแนนความรู้เฉลี่ยมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยก่อนได้รับการพัฒนาสมรรถนะ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีคะแนนความรู้เฉลี่ย 8.96 (S.D. = 1.82) และหลัง

ได้รับการพัฒนาสมรรถนะแกนนำ อสม. มีคะแนนความรู้เฉลี่ย 12.53 (S.D. =1.40) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของแกนนำอสม. ก่อนและหลังการได้รับการพัฒนาสมรรถนะ

คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน	\bar{x}	S.D.	t	p-value
ก่อนได้รับการพัฒนาสมรรถนะ	8.96	1.82	-8.848	.000*
หลังได้รับการพัฒนาสมรรถนะ	12.53	1.40		

ผลการประเมินทักษะในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผลการประเมินสมรรถนะด้านทักษะในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าคะแนนหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะมากกว่าคะแนนทักษะก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยก่อนได้รับการพัฒนาสมรรถนะ แกนนำ อสม.มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 33.56 (S.D. = 6.31) และหลังได้เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะ อสม. คะแนนทักษะในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเฉลี่ย 37.10 (S.D. = 4.05) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงคะแนนเฉลี่ยทักษะในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของแกนนำ อสม. ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะ

คะแนนทักษะการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน	\bar{x}	S.D.	t	p-value
ก่อนได้รับการพัฒนาสมรรถนะ	33.56	6.31	-3.510	.001*
หลังได้รับการพัฒนาสมรรถนะ	37.10	4.05		

ผลการประเมินสมรรถนะการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ (ตามหลัก 3อ.2ส.)

1. ผลการประเมินสมรรถนะการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในด้านการรับประทานอาหารก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะฯ คะแนนสมรรถนะการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยเบาหวานด้านการรับประทานอาหารของแกนนำอสม. ก่อนและหลังการได้รับการพัฒนาสมรรถนะ มีความแตกต่างกัน คือก่อนการได้รับการพัฒนาสมรรถนะ อสม. มีคะแนนสมรรถนะการให้คำแนะนำด้านการรับประทานอาหารในระดับสูง จำนวน 23 คน (ร้อยละ 76.67) แต่หลังจากการได้รับการพัฒนาสมรรถนะ อสม. มีคะแนนสมรรถนะการให้คำแนะนำด้านการรับประทานอาหารในระดับสูงเพิ่มขึ้นจากเดิม 7 คน (ร้อยละ 100)

ตารางที่ 3 แสดงคะแนนเฉลี่ยการประเมิน

สมรรถนะการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในด้านการรับประทานอาหารก่อนและหลังการได้รับการพัฒนาสมรรถนะ

คะแนนประเมินการให้คำแนะนำด้านการรับประทานอาหาร	\bar{x}	S.D.	t	p-value
ก่อนได้รับการพัฒนาสมรรถนะ	7.79	1.47	-4.482	.000
หลังได้รับการพัฒนาสมรรถนะ	9.06	.593		

เมื่อพิจารณาคะแนนประเมินสมรรถนะด้านการให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้านการรับประทานอาหารของ อสม.พบว่า หลังการ

ได้รับการพัฒนาสมรรถนะมากกว่าก่อนการได้รับการพัฒนาสมรรถนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยก่อนได้รับการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีสมรรถนะด้านการให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้านการรับประทานอาหารเฉลี่ย 7.79 (S.D. = 1.47) และหลังได้รับการพัฒนาสมรรถนะอสม.มีคะแนนสมรรถนะด้านการให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้านการรับประทานอาหารเฉลี่ย 9.06 (S.D. =.593) ดังตารางที่ 3

2. สมรรถนะการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในด้านการออกกำลังกายก่อนและหลังการได้รับการพัฒนาสมรรถนะการให้คำแนะนำในด้านการออกกำลังกายของ อสม. ก่อนและหลังการได้รับการพัฒนาสมรรถนะ มีความแตกต่างกัน คือก่อนการได้รับการพัฒนาสมรรถนะ คะแนนการให้คำแนะนำด้านการออกกำลังกาย อยู่ที่ระดับสูง จำนวน 20 คน (ร้อยละ 66.67) แต่หลังจากการได้รับการพัฒนาสมรรถนะ แกนนำ อสม. มีคะแนนสมรรถนะ อยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้นจากเดิม จำนวน 10 คน (ร้อยละ 100)

ตารางที่ 4 แสดงคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในด้านการออกกำลังกายก่อนและหลังการได้รับการพัฒนาสมรรถนะฯ

คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการให้คำแนะนำในด้านการออกกำลังกาย	\bar{x}	S.D.	t	p-value
ก่อนได้รับการพัฒนาสมรรถนะ	6.89	1.39	-8.529	.000*
หลังได้รับการพัฒนาสมรรถนะ	9.31	.603		

เมื่อพิจารณาคะแนนประเมินสมรรถนะด้านการให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้านการออกกำลังกายของอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้าน พบว่า หลังการได้รับการพัฒนาสมรรถนะมากกว่าก่อนการได้รับการพัฒนาสมรรถนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยก่อนได้รับการพัฒนาสมรรถนะ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีสมรรถนะการให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้านการออกกำลังกายเฉลี่ย 6.89 (S.D. = 1.39) และหลังได้รับการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสมรรถนะด้านการให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้านการออกกำลังกายเฉลี่ย 9.31 (S.D. = .603) ดังตารางที่ 4

3. สมรรถนะการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในการจัดการความเครียดก่อนและหลังการได้รับการพัฒนาสมรรถนะ ระดับสมรรถนะด้านการให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในด้านการจัดการความเครียด ก่อนและหลังการได้รับการพัฒนาสมรรถนะ มีความแตกต่างกัน คือก่อนการได้รับการพัฒนาสมรรถนะ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสมรรถนะในการให้คำแนะนำด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับสูง จำนวน 20 คน (ร้อยละ 66.67) แต่หลังจากการได้รับการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีสมรรถนะอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้นจากเดิมจำนวน 10 คน (ร้อยละ 100) เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้านการจัดการความเครียดของ อสม. พบว่าหลังการได้รับการพัฒนาสมรรถนะ มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการได้รับการพัฒนาสมรรถนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยก่อนได้รับการพัฒนาสมรรถนะ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีสมรรถนะให้คำแนะนำด้านการจัดการความเครียดเฉลี่ย 6.72 (S.D. = 1.79) และหลังได้รับการพัฒนาสมรรถนะ อสม. มีสมรรถนะด้านการให้คำแนะนำด้านการจัดการความเครียดเฉลี่ย 9.34 (S.D. = .669) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในด้านการจัดการความเครียด ก่อนและหลังการได้รับการพัฒนาสมรรถนะ

คะแนนสมรรถนะ				
การให้คำแนะนำด้านการจัดการความเครียด	\bar{X}	S.D.	t	P-value
ก่อนได้รับการพัฒนาสมรรถนะ	6.72	1.79		
หลังได้รับการพัฒนาสมรรถนะ	9.34	.669	-7.836	.000*

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัย เรื่อง การพัฒนาสมรรถนะแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลท่าจั่ว อำเภอเมืองจังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างจะได้เข้าร่วมกิจกรรมในการพัฒนาสมรรถนะแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัยได้นำกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของโคลบมาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาบุคคลตาม 4 องค์ประกอบ คือ 1. ประสบการณ์ ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้าร่วมกิจกรรมในการศึกษาครั้งนี้มีประสบการณ์เดิมในการทำงาน การนำประสบการณ์เดิมของตนเองมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเพื่อนในกลุ่ม เป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่อาจจะเหมือนกันหรือต่างกัน ทำให้กลุ่มเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน เพิ่มขึ้น 2. การสะท้อนคิดและอภิปราย โดยมีการแบ่งกลุ่มเข้าร่วมกิจกรรมตามใบงาน สมาชิกในกลุ่ม ร่วมกันแสดงความคิดเห็นและรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ซึ่งเป็นการเรียนรู้ถึงความรู้สึกนึกคิด ความคิดของผู้อื่น ทำให้สมาชิกในกลุ่มได้ทำความรู้จักกันมากขึ้น เกิดการเปรียบเทียบความรู้ของตนเองกับผู้อื่น เกิดการเรียนรู้อย่างกว้างขวาง ทำให้เกิดการแสวงหาความรู้ใหม่ ซึ่งเป็นประโยชน์ในการเรียนรู้ร่วมกัน

ทำให้เกิดความรักความสามัคคี และมีการทำงานเป็นทีม 3. ความคิดรวบยอด สมาชิกในกลุ่มร่วมกันคิด และอภิปราย จนกลุ่มสรุปเป็นความคิดรวบยอด เพื่อเตรียมนำเสนอในกลุ่มใหญ่ ผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติมในแต่ละกลุ่มที่ได้นำเสนอโดยการให้ข้อมูลที่สำคัญ มีสาระครบถ้วน สั้นกระชับ จำได้ง่าย 4. การทดลอง หรือการประยุกต์แนวคิด⁷ซึ่งกลุ่มได้เรียนรู้ 4 องค์ประกอบที่ผ่านมา แล้วนำมาประยุกต์ใช้ในรูปแบบ ต่าง ๆ เช่น การสนทนา ซึ่งเป็นการนำแนวทางเรียนรู้ที่เกิดขึ้นใหม่ไปใช้ในสถานการณ์ต่าง ๆ จนเป็นแนวทางปฏิบัติของกลุ่ม นอกจากนี้ยังมีการให้สมาชิกภายในกลุ่มใหญ่ได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็น หรือข้อเสนอแนะต่าง ๆ การใช้กระบวนการกลุ่ม^{3,4}ส่งผลให้ อาสาสมัคร

สาธารณสุขมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ เกิดการเรียนรู้ได้อย่างเต็มที่

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

1. ควรมีการนำเอาโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแก่สถานบริการสุขภาพอื่น ๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงาน

2. ควรมีการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหมู่บ้านอื่น ๆ ทั้งด้านความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานจริงในพื้นที่อย่างสม่ำเสมอ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนและอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคเบาหวาน (ราย) ปี พ.ศ. 2554-2555 [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 7 ส.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/information-statistic/non-communicabledisease-data.php>
2. เวชกา กลุ่มวิชิต, พิสิษฐ์พิริยาพรรณ, พวงทอง อินใจ. การศึกษาภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานและกลุ่มอาการเมตาบอลิซึม การรับรู้พฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2553;3(2):86-89.
3. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ปารณัฐ สุขสิทธิ์. อาสาสมัครสาธารณสุข: ศักยภาพและบทบาทในบริบทสังคมไทยที่เปลี่ยนแปลงไป. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2550;1(3-4):268-279.
4. นิดา มีทิพย์, เดชา ทำดี, ประพิมพ์ พุทธิรักษ์กุล. ผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้และการปฏิบัติการคัดกรอง และการให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารพยาบาลสาร 2559;43(ฉบับพิเศษ):104-115.
5. เสาวลักษณ์ ภารชาตรี. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความยืดหยุ่นทางอารมณ์ต่อความเครียดของนักเรียนที่เตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัย [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551. doi:10.14457/CMU.the.2008.934
6. บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
7. กมลทิพย์ ทิพย์สังวาลย์, นิธิพงศ์ ศรีเบญจมาศ, ประจวบ แผลมหลัก. ผลโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารมนุษยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม 2561;12(1):275-291.

การกำหนดขอบเขตและแนวทางการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพสำหรับการประเมินความมั่นคงทางอาหาร ในแปลงพืชร่วมยาง

Scoping of Health Impact Assessment for Assessing Food Security in Para Rubber Plot.

(Received: December 7,2024 ; Revised: December 13,2024 ; Accepted: December 14,2024)

อิสรา มิตรช่วยรอด¹,เพ็ญ สุขมาก²
Aitsara Mitchuayrod¹,Phen Sukmag²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดทำขอบเขตเชิงเนื้อหาและตัวชี้วัดในการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ สำหรับการประเมินความมั่นคงทางอาหารในแปลงพืชร่วมยางของเกษตรกรต้นแบบที่คัดเลือกแบบเจาะจงจากพื้นที่ 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดระนอง จังหวัดชุมพร จังหวัดนครศรีธรรมราช และจังหวัดนราธิวาส วิธีดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 1) การกำหนดขอบเขตโดยผู้เชี่ยวชาญ (Expert scoping) โดยผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญทำการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 49 เรื่อง สรุปวิเคราะห์จัดทำเป็นร่างขอบเขตเชิงเนื้อหาและตัวชี้วัดการประเมินฉบับที่ 1 เพื่อนำเข้าสู่ขั้นตอนที่ 2 คือการกำหนดขอบเขตโดยผู้เชี่ยวชาญและชุมชน (Expert and community scoping) เก็บข้อมูลจากการระดมความคิดเห็นด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus group) กับผู้ให้ข้อมูลจำนวน 16 คน ที่ถูกคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่าขอบเขตเชิงเนื้อหาและตัวชี้วัดสำหรับการประเมินความมั่นคงทางอาหารในแปลงพืชร่วมยาง ประกอบด้วย 4 มิติ คือ มิติด้านความเพียงพอของอาหาร มิติด้านการเข้าถึงอาหาร มิติด้านการใช้ประโยชน์ด้านอาหาร และมิติด้านการมีเสถียรภาพทางอาหาร โดยมีรายละเอียดตัวชี้วัดแต่ละมิติ ดังต่อไปนี้ 1) มิติด้านความเพียงพอของอาหาร ได้แก่ การถือครองที่ดิน การใช้ประโยชน์ที่ดิน การมีพื้นที่ผลิตอาหารที่ปลอดภัยเพียงพอ การมีปัจจัยการผลิตอาหาร การมีอาหารที่มีคุณภาพไว้บริโภค อิ่มทุกมื้อ และการมีอาหารเพียงพอต่อสมาชิกในครัวเรือนทุกคน 2) มิติด้านการเข้าถึงอาหาร ได้แก่ ความสามารถในการหาอาหารจากแหล่งธรรมชาติใกล้บ้าน การมีรายได้ที่เพียงพอ การมีอาชีพเสริมที่สร้างรายได้เพียงพอ จำนวนแหล่งจำหน่ายสินค้าอาหาร อาหารปลอดภัย และความสามารถในการเข้าถึงแหล่งจำหน่ายสินค้า 3) มิติด้านการใช้ประโยชน์ด้านอาหาร ได้แก่ ความหลากหลายของผลผลิตที่ได้ การบริโภคอาหารที่หลากหลาย ครบทั้ง 5 หมู่ การบริโภคพืชผักปลอดภัยที่เพียงพอ และความสามารถในการแปรรูปผลผลิต และ 4) มิติด้านการมีเสถียรภาพทางอาหาร ได้แก่ มีระบบการวางแผนการจัดการการผลิตทางการเกษตร มีปฏิทินการเพาะปลูกผลผลิตทางการเกษตร และการเก็บพันธุ์พืชพันธุ์สัตว์ไว้ขยายพันธุ์ในอนาคต ตัวชี้วัดถูกนำไปจัดทำเครื่องมือเพื่อทำการประเมินความมั่นคงทางอาหารในแปลงพืชร่วมยาง

คำสำคัญ: การกำหนดขอบเขต, การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ, ความมั่นคงทางอาหาร, พืชร่วมยาง

Abstract

This study aimed to establish the content scope and indicators for health impact assessment for food security assessment in rubber co-cropping plots of selected model farmers from 4 provinces: Ranong, Chumphon, Nakhon Si Thammarat and Narathiwat. The research methodology consisted of 1) Expert scoping, in which the researcher and experts reviewed 49 related research documents, summarized and analyzed them into a draft of the content scope and indicators for assessment version 1 to be entered into the second step 2) Expert and community scoping. Data was collected from brainstorming through focus groups with 16

¹ นักศึกษาปริญญาโท, หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการจัดการระบบสุขภาพ) สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

² ผู้อำนวยการ สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

specifically selected informants. The tool was the focus group discussion. Qualitative data were analyzed using content analysis.

The results of the study 4 content scope and indicators for food security assessment in para rubber plot consisted of 4 dimensions: food availability, food access and food utilization and food stability with details of the indicators for each dimension as follows: 1) Food availability dimension, including land ownership, land use, having sufficient safe food production areas, having food production factors, having quality food to consume at every meal, and having enough food for all household members. 2) Food access dimension, including the ability to find food from natural sources near home, having sufficient income, having secondary occupations that generate sufficient income, the number of sources of safe food products, and the ability to access sources of products. 3) Food utilization dimension, including the variety of products obtained, consuming a variety of foods from all 5 food groups, consuming sufficient safe vegetables, and the ability to process products. 4) Food stability dimension, including having an agricultural production management planning system, an agricultural product planting calendar, and collecting plant and animal species for future propagation. The indicators were used to develop a tool to assess food security in para rubber plot.

Keywords: Scoping, Health Impact Assessment (HIA), Food security, Para rubber plot.

บทนำ

ภาคใต้มีพื้นที่ทั้งหมดประมาณ 44 ล้านไร่ ถูกใช้ประโยชน์ที่ดินเพื่อการเกษตร 23 ล้านไร่ มีการทำเกษตรเชิงเดี่ยว คือ ปลูกยางพาราและปาล์มน้ำมันกว่า 19 ล้านไร่ คิดเป็นร้อยละ 88 ของพื้นที่เกษตรทั้งหมด และจากสถิติการเกษตรของประเทศไทย¹ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2563 – 2565 พบว่า พื้นที่เกษตรที่เป็นพื้นที่ผลิตอาหาร เช่น นาข้าวมีแนวโน้มลดลงต่อเนื่องทุกปี จากการเปลี่ยนพื้นที่นาข้าวไปปลูกพืชเชิงเดี่ยวมากขึ้น ด้วยได้รับอิทธิพลจากนโยบายภาครัฐและแผนพัฒนาเศรษฐกิจส่งเสริมการปลูกพืชเชิงเดี่ยว² เกษตรกรจึงหันมาปลูกพืชเชิงเดี่ยวเพื่อสร้างกระแสเงินสดให้กับครัวเรือนเกษตรกรมากขึ้น ส่งผลต่อการดำรงชีวิตและคุณภาพชีวิตหลายได้ จากต้นทุนการผลิตที่สูงกว่ารายได้เกิดภาวะหนี้สิน รายได้ที่ไม่แน่นอนจากสถานะเศรษฐกิจของโลกส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายในครัวเรือน โดยเฉพาะรายจ่ายการอุปโภคบริโภค ภูมิคุ้มกันทางอาหารลดลง³ ระบบนิเวศน์และสิ่งแวดล้อมเสื่อมโทรมลงจากการใช้สารเคมี⁴ และเพื่อเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาดังกล่าว เกษตรกรชาวสวนยางจะต้องมีการประกอบอาชีพเสริมในแปลง

ยางของตัวเอง⁵ เพื่อสร้างรายได้เพิ่ม⁶ และลดผลกระทบด้านเศรษฐกิจของครัวเรือน โดยการทำเกษตรผสมผสาน⁷ เกษตรทฤษฎีใหม่⁸ การปลูกพืชร่วมยางหรือพืชแซมยาง⁹ วนเกษตร⁹ ภายใต้ความเหมาะสมของบริบทของพื้นที่และวัตถุประสงค์ของการทำเกษตรที่แตกต่างกัน เพื่อสร้างรายได้เสริมก่อนหรือระหว่างการกรีดยาง และนำผลผลิตที่ได้ เช่น พืชผักสวนครัว พืชท้องถิ่น หรือไม้ผล ผลผลิตจากการทำปุ๋ยสัตว์ สำหรับการบริโภคในครัวเรือน เพิ่มการเข้าถึงอาหาร และสามารถลดค่าอาหารของครัวเรือนโดยใช้พื้นที่ขนาดเท่าเดิมจากแปลงปลูกพืชอาหารเพิ่ม⁶ สามารถสร้างความมั่นคงทางอาหารให้เกิดในแปลงพืชร่วมยาง¹⁰ อีกทั้งยังมีความมั่นใจต่อผลผลิต⁷ เนื่องจากผลิตเองโดยไม่ใช้สารเคมีบริโภคได้อย่างมั่นใจ คงไว้ซึ่งความหลากหลายทางชีวภาพและช่วยรักษาระบบนิเวศน์ให้สมดุล องค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ (Food and Agriculture Organization of the United Nations: FAO) ได้ให้ความหมายของ ความมั่นคงทางอาหารหมายถึง การที่ทุกคนมีความสามารถทางกายภาพและเศรษฐกิจ¹¹ เพื่อการเข้าถึงอาหารได้ทุกเวลาที่มีอาหารกินอย่าง

เพียงพอ อาหารที่บริโภคเป็นอาหารที่ปลอดภัย¹² มีคุณค่าทางโภชนาการ เพื่อตอบสนองความต้องการของร่างกายมนุษย์ เพื่อการสร้างพลังงานและสุขภาพที่ดี ประกอบด้วย 4 มิติ คือ 1) มิติด้านความพร้อมพอ (Availability) คือ การมีอาหารที่มีคุณภาพในปริมาณที่เพียงพอ ซึ่งการมีอาหารอาจได้มาจากการผลิตทั้งภายในและภายนอกประเทศและการได้รับบริจาคหรือช่วยเหลือทางสังคมในด้านอาหาร¹³ 2) มิติด้านการเข้าถึง (Access) คือ การที่บุคคลมีสิทธิในการเข้าถึงทรัพยากรส่วนรวมและมีความสามารถ รวมถึงการมีรายได้เพื่อให้ได้มาซึ่งอาหารที่เหมาะสมและมีโภชนาการ¹⁴ ภายใต้บริบทสังคมนั้น ๆ 3) มิติด้านการใช้ประโยชน์ (Utilization) คือ การที่ร่างกายได้รับสารอาหารที่ครบถ้วน¹⁴ จากการบริโภคอาหารที่เพียงพอ ร่วมกับการมีน้ำสะอาดไว้บริโภค¹⁵ การดูแลสุขภาพ และการมีสุขอนามัยที่ดี 4) มิติด้านการมีเสถียรภาพ (Stability) คือ การที่ทุกคนสามารถเข้าถึงอาหารได้ทุกเวลา แม้ในภาวะที่ไม่ปกติ โดยไม่ต้องเสี่ยงกับการขาดแคลนอาหารไว้บริโภค¹⁶ ซึ่งการมีเสถียรภาพครอบคลุมมิติความพร้อมพอและการเข้าถึงอาหารด้วย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบตามนิยามความหมายความมั่นคงทางอาหารของ FAO มาจัดทำขอบเขตและแนวทางการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ จัดทำขอบเขตเนื้อหา ตัวชี้วัดและเครื่องมือในการประเมินแปลงพีชร่วมยางของเกษตรกรเป้าหมายของโครงการศูนย์วิชาการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อเสริมสุขภาพ (ศวนส.) ภายใต้การดูแลของสถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ร่วมกับการยางแห่งประเทศไทยและหน่วยงานวิชาการในพื้นที่ สนับสนุนเกษตรกรในการเพิ่มพื้นที่อาหารในแปลงพีชร่วมยางโดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อเพิ่มพื้นที่ผลิตอาหารปลอดภัยในสวนยางและสร้างความมั่นคงทางอาหารในครัวเรือน โดยดำเนินงานในพื้นที่ 4 จังหวัดภาคใต้

ได้แก่ จังหวัดระนอง จังหวัดชุมพร จังหวัดนครศรีธรรมราช และจังหวัดนราธิวาส ซึ่งการดำเนินงานโครงการดังกล่าว ยังไม่มีการประเมินระดับความมั่นคงทางอาหารจากการทำพีชร่วมยาง ของเกษตรกรเป้าหมายว่าการทำพีชร่วมยาง ทำให้เกษตรกรมีความมั่นคงทางอาหารหรือไม่ และระดับความมั่นคงทางอาหารอยู่ระดับใด

การประเมินความมั่นคงทางอาหารที่ผ่านมาพบว่าส่วนใหญ่ใช้แนวทางและเครื่องมือการประเมินในภาพกว้างจากองค์กรหรือหน่วยงานต่างๆ เน้นการศึกษาในมิติด้านการมีและการเข้าถึงอาหารในแง่ของการมีเงินที่เพียงพอหรือสถานะทางเศรษฐกิจครัวเรือน เพื่อการซื้ออาหารมาบริโภค แต่ขอบเขตเนื้อหาและตัวชี้วัดด้านการใช้ประโยชน์ และเสถียรภาพทางอาหารยังมีน้อย และเป็นการประเมินโดยนักวิจัยเป็นคนกำหนดกรอบและเครื่องมือการประเมิน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาขอบเขตเนื้อหาและตัวชี้วัดน้อย สำหรับการประเมินครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการให้เป็นการประเมินเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาาระหว่างเกษตรกร หน่วยงานสนับสนุนคือการยางแห่งประเทศไทย และนักวิชาการในสถาบันการศึกษา จึงเลือกใช้กระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพหรือ เอช ไอ เอ (Health Impact Assessment: HIA) เป็นกรอบการประเมิน

การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ หรือ เอช ไอ เอ เป็นเครื่องมือทางนโยบาย ที่สนับสนุนกระบวนการมีส่วนร่วม และสร้างการเรียนรู้ร่วมกันของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เอช ไอ เอ ประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญ คือ การกลั่นกรองโดยสาธารณะ (Public Screening) การกำหนดขอบเขตการประเมินผลกระทบโดยสาธารณะ (Public Scoping) การประเมินผลกระทบ (Assessing) การทบทวนร่างรายงานโดยสาธารณะ (Public review) การผลักดันสู่การตัดสินใจ (Influencing) และการ

ติดตามและประเมินผลโดยสาธารณะ (Public Monitoring and Evaluation) ซึ่งขั้นตอนการกำหนดขอบเขตโดยสาธารณะเป็นขั้นตอนที่สำคัญ เป็นขั้นตอนเพื่อการออกแบบเครื่องมือที่เหมาะสมเพื่อนำไปใช้ในการประเมิน¹⁷ เสมือนการจัดทำกรอบแนวคิด กำหนดตัวแปร เครื่องมือ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อนำไปดำเนินการต่อในขั้นตอนของการประเมิน โดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจะได้ร่วมเรียนรู้ ร่วมคิดวิเคราะห์ กำหนดประเด็นขอบเขตเชิงเนื้อหาและตัวชี้วัดในการประเมินอย่างมีส่วนร่วม

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

เพื่อจัดทำขอบเขตเชิงเนื้อหาและตัวชี้วัดในการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ สำหรับการประเมินความมั่นคงทางอาหารจากแปลงพืชร่วมยาง

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ ใช้กรอบการพัฒนาขอบเขตเชิงเนื้อหาตามกรอบนิยามความหมาย ความมั่นคงทางอาหารของ FAO โดยมีการดำเนินงานทั้งการกำหนดขอบเขตโดยผู้เชี่ยวชาญ (Expert scoping) และ 2) การกำหนดขอบเขตโดยผู้เชี่ยวชาญและชุมชน (Expert and community scoping) ดำเนินการตามขั้นตอนการกำหนดขอบเขตและแนวทางการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ตามหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ ฉบับที่ 2 พ.ศ.2559 ของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ โดยขั้นตอนนี้สามารถดำเนินการดังนี้ คือ 1) การกำหนดขอบเขตโดยผู้เชี่ยวชาญ (Expert Scoping) ผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญทำการทบทวนเอกสาร (Documentary review) ด้วยการรวบรวมเอกสาร งานวิชาการ งานวิจัย รายงาน ที่เกี่ยวข้อง และ 2) การกำหนดขอบเขตโดยผู้เชี่ยวชาญ (Expert scoping) และการกำหนด

ขอบเขตโดยชุมชน (Community scoping) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การกำหนดขอบเขตโดยผู้เชี่ยวชาญ (Expert Scoping) โดยการศึกษาจากเอกสาร (Documentary review) เป็นการศึกษาค้นคว้าข้อมูล เอกสาร งานวิชาการ งานวิจัย รายงานที่เกี่ยวข้องกับประเด็นหลักของหัวข้อที่ศึกษา ค้นหาในฐานข้อมูลออนไลน์เป็นหลัก คือ เว็บไซต์ Google และ Google Scholar โดยใช้คำหลักในการค้นหา คือ “ความมั่นคงทางอาหาร” “พืชร่วมยาง” หรือ “การทำเกษตรในสวนยาง” และ “การประเมินความมั่นคงทางอาหาร” ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ซึ่งมีจำนวนงานวิจัยที่ค้นหาทั้งหมดจำนวน 69 บทความ คัดออกเหลือจำนวน 48 บทความ โดยมีเกณฑ์ในการคัดออกของบทความ คือ เนื้อหาจากการพาดหัวข่าวหน้าเว็บไซต์ เป็นงานวิชาการ งานวิจัย หรือรายงาน ไม่อยู่ระหว่างปี พ.ศ.2560 – 2565 (ค.ศ.2017-2022) และไม่มีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ ความมั่นคงทางอาหาร ในแต่ละมิติตาม นิยามความหมายของ FAO สืบค้นและรวบรวมองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องนำมาบันทึกลงตารางสกัดข้อมูล เพื่อวิเคราะห์และจัดทำเป็นขอบเขตเชิงเนื้อหาฉบับที่ 1

2. การกำหนดขอบเขตโดยผู้เชี่ยวชาญและชุมชน (Expert and community scoping)

ในขั้นตอนนี้เป็นการกำหนดขอบเขตร่วมกันระหว่างผู้เชี่ยวชาญและตัวแทนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยในการกำหนดขอบเขตโดยผู้เชี่ยวชาญ (Expert scoping) ได้คัดเลือกผู้เชี่ยวชาญแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติ คือ ต้องเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านพืชร่วมยาง และมีความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 4 คน ประกอบด้วย อาจารย์จากสถาบันการศึกษามหาวิทยาลัยภาคใต้ จำนวน 3 คน และนักวิชาการอิสระด้านพืชร่วมยางจำนวน 1 คน

การกำหนดขอบเขตโดยชุมชน (Community scoping) โดยคัดเลือกตัวแทนชุมชนแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 12 คน ซึ่งกำหนดคุณสมบัติ 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มประชาชนเป็นตัวแทนเกษตรกรที่ทำพืชร่วมยางหรือมีประสบการณ์การทำพืชร่วมยาง โดยการคัดเลือกจากการยางแห่งประเทศไทยระดับจังหวัด และมีความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 8 คน ประกอบด้วย เกษตรกรชาวสวนยางจังหวัดระนอง 2 คน เกษตรกรชาวสวนยางจังหวัดชุมพร 2 คน เกษตรกรชาวสวนยางจังหวัดนครศรีธรรมราช 2 คน และเกษตรกรชาวสวนยางจังหวัดนราธิวาส 2 คน 2) หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นตัวแทนระดับจังหวัดมีบทบาทหน้าที่ดูแลรับผิดชอบเกษตรกรชาวสวนยางโดยตรง จำนวน 4 คน ประกอบด้วย ตัวแทนการยางแห่งประเทศไทยจังหวัดระนอง 1 คน การยางแห่งประเทศไทยจังหวัดนครศรีธรรมราช 1 คน และการยางแห่งประเทศไทยจังหวัดนราธิวาส 1 คน

นำเสนอข้อมูลขอบเขตเชิงเนื้อหาฉบับที่ 1 ที่ได้จากการศึกษาจากเอกสาร จัดทำเป็นเอกสารนำเข้าในการสนทนากลุ่ม เพื่อให้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญและกลุ่มชุมชน ร่วมทบทวน พิจารณา ความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา

เครื่องมือที่ใช้

เครื่องมือในการดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 1. ตารางสกัดข้อมูล (Data Extraction Sheet) จากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร (Document Review) ที่เกี่ยวข้องกับ ปัจจัยองค์ประกอบ และตัวชี้วัดการประเมินความมั่นคงทางอาหาร ประกอบด้วยชื่อเรื่อง ชื่อผู้วิจัย ปีที่พิมพ์ องค์ประกอบและตัวชี้วัดการประเมินที่สำคัญ 2. แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้างสำหรับการสนทนากลุ่ม ด้วยคำถามปลายเปิด (Open-ended Question) เพื่อให้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญและกลุ่มชุมชนร่วม

พิจารณา ระดมความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ เกี่ยวกับประเด็นมิติและตัวชี้วัดการประเมินความมั่นคงทางอาหารในแปลงพืชร่วมยาง ของกลุ่มเกษตรกรต้นแบบ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แนวคำถามการสนทนากลุ่มผ่านการพิจารณา และตรวจสอบความสอดคล้องเชิงเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการทำพืชร่วมยาง ด้านเศรษฐศาสตร์หรือผลตอบรับเชิงเศรษฐศาสตร์จากการทำพืชร่วมยาง และด้านสุขภาพและสาธารณสุข ซึ่งได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.75 จากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขแนวคำถามให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ภายใต้การแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการขออนุญาตจากคณะกรรมการวิจัยทางสังคมและวิจัยเชิงทดลองในมนุษย์ จากสถาบันนโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เอกสารรับรองเลขที่ EC 010/65 ผู้วิจัยได้ดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดงานวิจัยโดยส่งแบบให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบ และนำเสนอข้อมูลในภาพรวม โดยเปิดโอกาสให้ซักถามและตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย หรือสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาของการดำเนินงานวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ร่วมกับการขออนุญาตบันทึกเสียง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือราชการติดต่อประสานงานโดยตรงกับยางแห่งประเทศไทย ร่วมกับการขอความอนุเคราะห์ในการประสานตัวแทนเกษตรกร และติดต่อประสานงานนักวิชาการโดยตรง นัดวันและเวลาในการสนทนากลุ่มที่ทุกคนพร้อมเพียงกัน ในการสนทนากลุ่ม (Focus group) ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจากการเอกสาร และผลการทบทวนรายงานการดำเนินงานของโครงการให้กับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจำนวน 4 คน และตัวแทนกลุ่มชุมชน

จำนวน 12 คน ร่วมระดมความคิดเห็น ประเด็นข้อเสนอแนะ สรุปข้อมูล และทวนข้อมูลให้ผู้เข้าร่วมฟังอีกครั้งก่อนถามข้อคำถามถัดไป และทำการบันทึกเสียงร่วมด้วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยดำเนินการดังนี้ นำประเด็นเนื้อหาที่ได้จากการทบทวนเอกสาร กำหนดประเด็น

หลัก (Domain) ตามมิติความมั่นคงทางอาหารของ FAO จัดหมวดหมู่ที่เชื่อมโยงกับแต่ละมิติหรือองค์ประกอบ (Categorize) และกลุ่มคำหรือคำอธิบาย (Explain) การถอดเทปเสียงจากการสนทนากลุ่ม อ่านทำความเข้าใจเนื้อหาของข้อมูล แสดงสัญลักษณ์สีเป็นตัวแทนประเด็นหลัก ใส่รหัส (Coding) เป็นตัวแทนผู้ให้ข้อมูล นำข้อมูลที่ได้มาตีความและสรุปความ จัดกลุ่มในหัวข้อตามกรอบแนวคิดและทฤษฎี

ผลการศึกษา

ขอบเขตเชิงเนื้อหาและตัวชี้วัดในการประเมินความมั่นคงทางอาหารในแปลงพืชร่วมยาง แสดงดังตารางที่ 1 ตารางที่ 1 ขอบเขตการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ สำหรับความมั่นคงทางอาหารในแปลงพืชร่วมยาง

มิติการประเมิน	ประเด็น	ตัวชี้วัดในการประเมินความมั่นคงทางอาหาร ขอบเขตเชิงเนื้อหาฉบับที่ 1
1. มิติด้านความเพียงพอของอาหาร	1.1 พื้นที่ผลิตอาหาร	- การถือครองที่ดิน - การใช้ประโยชน์ที่ดิน - การมีพื้นที่ผลิตอาหารที่ปลอดภัยเพียงพอ
	1.2 ผลผลิตเพียงพอ	- การมีปัจจัยการผลิตอาหาร - การมีอาหารที่มีคุณภาพไว้บริโภคอิมทุกมือ - การมีอาหารเพียงพอต่อสมาชิกในครัวเรือนทุกคน
2. มิติด้านการเข้าถึงอาหาร	2.1 แหล่งอาหารจากธรรมชาติ	- ความสามารถในการหาอาหารจากแหล่งธรรมชาติใกล้บ้าน
	2.2 การซื้ออาหารบริโภค	- การมีรายได้ที่เพียงพอ - การมีอาชีพเสริมที่สร้างรายได้เพียงพอ
	2.3 แหล่งกระจายสินค้า	- จำนวนแหล่งจำหน่ายสินค้าอาหารปลอดภัย - ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งจำหน่ายสินค้า
3. มิติด้านการใช้ประโยชน์ด้านอาหาร	3.1 อาหารหลากหลายและปลอดภัย	- ความหลากหลายของผลผลิตที่ได้ - การบริโภคอาหารที่หลากหลาย ครบทั้ง 5 หมู่ - การบริโภคพืชผักปลอดภัยที่เพียงพอ
	3.2 การแปรรูป	- ความสามารถในการแปรรูปผลผลิต
4. มิติด้านการมีเสถียรภาพทางอาหาร	4.1 การวางแผนการผลิต	- มีระบบการวางแผนการจัดการการผลิตทางการเกษตร - มีปฏิทินการเพาะปลูกผลผลิตทางการเกษตร
	4.2 จัดการพันธุ์พืชและพันธุ์สัตว์	- การเก็บพันธุ์พืชพันธุ์สัตว์ไว้ขยายพันธุ์ในอนาคต

จากตารางที่ 1 มิติด้านความเพียงพอ ประเมิน 2 ประเด็น คือ 1) การมีพื้นที่ผลิตอาหาร มีตัวชี้วัดการประเมินประกอบด้วย การถือครองที่ดิน การใช้ประโยชน์ที่ดิน และการมีพื้นที่ผลิตอาหารที่เพียงพอ และ 2) การมีผลผลิตที่เพียงพอ มีตัวชี้วัดการประเมิน

ประกอบด้วย การมีปัจจัยการผลิตอาหาร การมีอาหารที่มีคุณภาพไว้บริโภคอิมทุกมือ และการมีอาหารเพียงพอต่อสมาชิกในครัวเรือนทุกคน มิติด้านการเข้าถึงประเมิน 3 ประเด็น คือ 1) แหล่งอาหารจากธรรมชาติ ตัวชี้วัดการประเมิน คือ

ความสามารถในการหาอาหารจากแหล่งธรรมชาติใกล้บ้าน 2) การซื้ออาหารบริโภค มีตัวชี้วัดการประเมินประกอบด้วย การมีรายได้ที่เพียงพอ และการมีอาชีพเสริมที่สร้างรายได้เพียงพอ และ 3) แหล่งกระจายสินค้า มีตัวชี้วัดการประเมินประกอบด้วย จำนวนแหล่งจำหน่ายสินค้าอาหารปลอดภัย และความสามารถในการเข้าถึงแหล่งจำหน่ายสินค้า

มิติด้านการใช้ประโยชน์ประเมิน 2 ประเด็น คือ 1) อาหารหลากหลายและปลอดภัย มีตัวชี้วัดการประเมินประกอบด้วย ความหลากหลายของผลผลิตที่ได้ การบริโภคอาหารที่หลากหลาย ครบทั้ง 5 หมู่ และการบริโภคพืชผักปลอดภัยที่เพียงพอ และ 2) การแปรรูป ตัวชี้วัดการประเมิน คือ ความสามารถในการแปรรูปผลผลิต

มิติด้านการมีเสถียรภาพ ประเมิน 2 ประเด็น คือ 1) การวางแผนการผลิต มีตัวชี้วัดการประเมินประกอบด้วย มีระบบการวางแผนการจัดการการผลิตทางการเกษตร และมีปฏิทินการเพาะปลูกผลผลิตทางการเกษตร และ 2) จัดการพันธุ์พืชและพันธุ์สัตว์ ตัวชี้วัดการประเมิน คือ การเก็บพันธุ์พืชพันธุ์สัตว์ไว้ขยายพันธุ์ในอนาคต

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา การกำหนดขอบเขตและแนวทางการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพโดยสาธารณะ (Public scoping) ด้วยวิธีการกำหนดขอบเขต 2 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การกำหนดขอบเขตโดยผู้เชี่ยวชาญ (Expert scoping) และ 2) การกำหนดขอบเขตโดยผู้เชี่ยวชาญและชุมชน (Expert and community scoping) เพื่อกำหนดประเด็นและตัวชี้วัดสำหรับการประเมินความมั่นคงทางอาหารในแปลงพืชร่วมยางของเกษตรกรต้นแบบตามบริบทของชุมชน ที่มีความครบถ้วนและครอบคลุมในประเด็นการประเมิน ภายใต้ความต้องการและการมีส่วนร่วม

ของชุมชน¹⁸ มีรายละเอียดตัวชี้วัดการประเมินดังต่อไปนี้

มิติด้านความเพียงพอของอาหาร มีตัวชี้วัดการประเมิน 6 รายการ คือ 1) การถือครองที่ดิน 2) การใช้ประโยชน์ที่ดิน 3) การมีพื้นที่ผลิตอาหารที่ปลอดภัยเพียงพอ 4) การมีปัจจัยการผลิตอาหาร 5) การมีอาหารที่มีคุณภาพไว้บริโภคอ้อมทุกมื้อ และ 6) การมีอาหารเพียงพอต่อสมาชิกในครัวเรือนทุกคน สอดคล้องกับการศึกษาของ คณน ไตรจันทร์ และคณะ¹⁹ ความมั่นคงทางอาหารของครัวเรือนภาคใต้ชายแดน มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 6 ปัจจัย คือ 1) ความเพียงพอปัจจัยการผลิตและผลผลิต มีที่ดิน มีแรงงาน มีการผลิตหลากหลาย 2) แหล่งน้ำและสาธารณูปโภค 3) การมีเสถียรภาพด้านอาหารจากการผลิต เพียงพอและหลากหลาย 4) การเข้าถึงอาหารแหล่งธรรมชาติและตลาด 5) อาหารปลอดภัย และ 6) การสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และจากการกำหนดขอบเขตโดยสาธารณะผู้เชี่ยวชาญและชุมชนเห็นด้วยกับประเด็นพิจารณา

มิติด้านการเข้าถึงอาหาร มีตัวชี้วัดการประเมิน 5 รายการ คือ 1) ความสามารถในการหาอาหารจากแหล่งธรรมชาติใกล้บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของบุษรา ทองอุปการ²⁰ ปัจจัยเอื้อต่อวัฒนธรรมอาหารและความมั่นคงทางอาหารชุมชนบ้านดิ่งแดง คือ การที่สมาชิกทุกคนมีสิทธิเข้าถึงแหล่งอาหารธรรมชาติได้อย่างเสรี ตามฤดูกาล ได้หลากหลาย 2) การมีรายได้ที่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของ Inna Irtyshcheva et al.²¹ พบว่าปัญหาสำคัญของ การรองรับความมั่นคงทางอาหารของยูเครน คือ การมีรายได้ที่ต่ำของประชากรประสบปัญหากับความขาดแคลนอาหาร เช่นเดียวกับการศึกษาของ พัชราวดี อรรถวิวัฒนากุล²² ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุบ้านหินผุด ตำบลทุ่งตำเสา อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา คือ รายได้และการศึกษาของสุพรรณิ ไชยอำพร¹² การมีรายได้ที่

เพียงพอเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของความมั่นคงทางอาหาร 3) การมีอาชีพเสริมที่สร้างรายได้อย่างเพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริรัตน์ แรมลี⁵ การปลูกพืชเสริมและทำกิจกรรมเกษตรในสวนยางสร้างอาชีพและรายได้เสริมจากผลผลิตยาง โดยไม่มีผลกระทบต่อการใช้ที่ดิน 4) จำนวนแหล่งจำหน่ายสินค้าอาหารปลอดภัย และ 5) ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งจำหน่ายสินค้าสอดคล้องกับการศึกษาของ อัยลดา มุสลิมานุกุล²³ ความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุ อำเภอรามัน จังหวัดยะลา ด้านการเข้าถึงอยู่ในระดับปานกลางเนื่องจากจำนวนร้านค้ามีน้อยและห่างไกลจากบ้าน ผู้สูงอายุเข้าถึงยาก และจากการกำหนดขอบเขตโดยสาธารณะผู้เชี่ยวชาญและชุมชนมีข้อเสนอแนะ ภาระหนี้สินเป็นอุปสรรคของการเข้าถึงอาหาร

มิติด้านการใช้ประโยชน์ด้านอาหาร พบว่า มีตัวชี้วัดการประเมิน 4 รายการ คือ 1) ความหลากหลายของผลผลิตที่ได้ 2) การบริโภคอาหารที่หลากหลาย ครบทั้ง 5 หมู่ 3) การบริโภคพืชผักปลอดภัยที่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของสุพรรณิ ไชยอำพร¹² สิ่งบ่งชี้ความมั่นคงทางอาหารในมิติสังคมและวัฒนธรรมมี 3 ตัวบ่งชี้ จาก 19 ตัวบ่งชี้ การใช้ประโยชน์ด้านอาหาร คือ ความหลากหลายของประเภทอาหารในแต่ละมื้อ อาหารที่บริโภคมีคุณภาพ ปลอดภัย และมีการมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง และ 4) ความสามารถในการแปรรูปผลผลิต สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญจันทร์ รวีระวงศ์ และคณะ²⁴ พบว่า การนำอาหารมาแปรรูปหรือถนอมอาหารเป็นการสร้างคุณค่าทางอาหารรูปแบบหนึ่ง และเพื่อการมีกินในครัวเรือนตลอดเวลา และจากการกำหนดขอบเขตโดยสาธารณะผู้เชี่ยวชาญและชุมชนมีข้อเสนอแนะ เรื่องการนำผลิตที่ได้มาแปรรูปเพื่อสร้างมูลค่าเพิ่ม เป็นการใช้ประโยชน์ด้านอาหารอีกวิธีหนึ่ง

มิติด้านการมีเสถียรภาพทางอาหาร พบว่า มีตัวชี้วัดการประเมิน 3 รายการ คือ 1) มีระบบการวาง

แผนการจัดการการผลิตทางการเกษตร และ 2) มีปฏิทินการเพาะปลูกผลผลิตทางการเกษตร สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญจันทร์ รวีระวงศ์ และคณะ²⁴ แนวทางด้านการบริหารจัดการครัวเรือนเป็นหนึ่งแนวทางในการสร้างความมั่นคงทางอาหารของครัวเรือนเกษตรกร จังหวัดน่าน ประกอบด้วย การมีอาหารผลิตเองได้ตลอดปี มีการวางแผนการจัดการจัดการการซื้อ การผลิต และการสำรองอาหารไว้ยามฉุกเฉิน มีกินตลอดเวลา และ 3) การเก็บพันธุ์พืชพันธุ์สัตว์ไว้ขยายพันธุ์ในอนาคต สอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญชนก ปะวะละ²⁵ การดำรงชีพโดยพึ่งพิงแหล่งอาหารจากป่าหรือธรรมชาติ เป็นการสร้างความมั่นคงทางอาหารเพื่อการพึ่งตนเอง และการอนุรักษ์พันธุ์พืชป่าหรือพันธุ์พืชท้องถิ่น โดยการเก็บเมล็ดพันธุ์ไว้ปลูกเองในฤดูถัดไปเป็นการสร้างความมั่นคงและยั่งยืนด้านอาหารในอนาคต และจากการกำหนดขอบเขตโดยสาธารณะผู้เชี่ยวชาญและชุมชนเห็นด้วยกับประเด็นพิจารณา

จากการศึกษาความมั่นคงทางอาหารทั้ง 4 มิติ พบว่ามีความแตกต่างจากการศึกษาของ Carlo Cafiero et al.²⁶ ที่ศึกษาความมั่นคงทางอาหารระดับโลกโดยใช้เกณฑ์ความไม่มั่นคงทางอาหาร ให้มีความสำคัญกับการมีกระแสเงินสดหรือการมีรายได้เพื่อการเข้าถึงอาหารและมีอาหารที่เพียงพอ และการศึกษาของ Charles F et al.²⁷ ประเมินความมั่นคงทางอาหารระดับครัวเรือนและภูมิภาคของเกษตรกร เน้นการมีอาหารจากการผลิตเป็นสำคัญจากการเป็นแหล่งผลิตหลัก เช่นเดียวกับการศึกษาของ Lotsmart N Fonjong and Adwoa Y Gyapong²⁸ ให้มีความสำคัญกับการมีพื้นที่ทำกินและสิทธิเสรีภาพในการผลิตจากภาครัฐ เพื่อความมั่นคงทางอาหารที่ยั่งยืน

ขอบเขตและตัวชี้วัดความมั่นคงทางอาหารของเกษตรกรแปลงต้นแบบการทำพืชร่วมยางในจังหวัดระนอง จังหวัดชุมพร จังหวัดนครศรีธรรมราช และ

จังหวัดนราธิวาส ครอบคลุมความมั่นคงทางอาหารทั้ง 4 มิติของ FAO สามารถนำไปจัดทำเป็นเครื่องมือในการประเมินความมั่นคงทางอาหารในแปลงพืชร่วมยางของเกษตรกรต้นแบบในพื้นที่ 4 จังหวัดภาคใต้ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ตัวชี้วัดการประเมินความมั่นคงทางอาหารในแต่ละบริบทพื้นที่อาจมีความแตกต่างกัน ด้วยปัจจัยหลายๆ ด้าน เช่น สภาพเศรษฐกิจสังคม สภาพแวดล้อมและความสมบูรณ์ของพื้นที่ การเมือง การปกครอง ประเพณีวัฒนธรรม เป็นต้น อาจจะต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมแต่ละกรณีไป

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่นการยางแห่งประเทศไทย เกษตรจังหวัด เกษตรและสหกรณ์

จังหวัด สามารถนำผลการศึกษาเป็นแนวทางในการทำเครื่องมือเพื่อการประเมินความมั่นคงทางอาหารในแปลงพืชร่วมยาง ในพื้นที่เพื่อนำมาทำแผนขับเคลื่อน และขยายผลการทำพืชร่วมยางในพื้นที่อื่นๆ ในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนจากโครงการสนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ภาคใต้ จากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ผู้วิจัยขอขอบคุณเกษตรกรต้นแบบพืชร่วมยาง การยางแห่งประเทศไทย อาจารย์ นักวิชาการจังหวัดชุมพร จังหวัดระนอง จังหวัดนครศรีธรรมราชและจังหวัดนราธิวาส ทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร. สถิติการเกษตรของประเทศไทย ปี 2565. สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กรุงเทพมหานคร.
2. คณะกรรมการบูรณาการนโยบายพัฒนาภาค (ก.บ.ภ.). แผนพัฒนาภาคใต้ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564).
3. ปราโมทย์ แก้ววงศรี. แนวทางสร้างความหลากหลายในสวนยางพารา. พิมพ์ครั้งแรก. พงศ์เทพ สุธีรัฐดี, เพ็ญ สุขมาก, วรรณาสวรรณชาติ, บรรณาธิการ. สงขลา: โฟ-บาร์ด; 2561.
4. ภัทรพงศ์ วงศ์สุวรรณ, วันชัย รัตนวงษ์, วัชรวิ จันทระประกายกุล. ความยั่งยืนของเกษตรกรชาวสวนยางในประเทศไทย. วารสารสุทธิปริทัศน์. กรกฎาคม – กันยายน 2564;35(3):174-193.
5. ศิริรัตน์ รมลีส. การเสริมรายได้ในสวนยาง. ศูนย์วิจัยยางหนองคาย สถาบันวิจัยยาง การยางแห่งประเทศไทย; 2562.
6. นิตดา รัศมีแพทย์, สุพัตรา ศรีสุวรรณ. การปลูกพืชเสริมรายได้ในสวนยางพาราของเกษตรกร อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารเกษตรพระจอมเกล้า. 2560;35(1):117-124.
7. เพ็ญ สุขมาก, วรรณาสวรรณชาติ, บรรณาธิการ. รูปธรรมความสำเร็จการทำพืชร่วมยาง ทางเลือก ทางรอดของเกษตรกร. สงขลา: โฟ-บาร์ด; 2564.
8. รักพงษ์ รัตติคุณปรกร. บทบาทของการยางแห่งประเทศไทยในการพัฒนาสวนยางพาราทั้งระบบ. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. กรกฎาคม-ธันวาคม 2562;10(2):259-269.
9. ระวี เจียรวิภา. พืชร่วมในสวนยางพาราทางภาคใต้ของประเทศไทย: ผลกระทบและรูปแบบการปลูกอย่างยั่งยืน. วารสารเกษตรพระจอมเกล้า 2562;37(1):179-189.
10. สมบูรณ์ เจริญจิระตระกูล, อริศรา ร่มเย็น, พลากร สัตย์ชื่อ. พัฒนาการระบบการปลูกพืชร่วมยางในภาคใต้ ปัญหาและอุปสรรคในการขับเคลื่อน. KASETSART JOURNAL OF SOCIALSCIENCES. 2017; 38:588-599.
11. อนุรักษ์ สะอาดเอี่ยม, พระครูปริยัติวิสุทธิคุณ, พระมหาอุททพิชาญ ทองจันทร์, พระครูศรีปริชากร. หลักร่วมด้วยดีกับการประกันความมั่นคงทางอาหารในมุมมองพระพุทธศาสนา. วารสารมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. มกราคม-มิถุนายน 2565;13(1): 23-34.

12. สุพรรณิ ไชยอำพร. ความมั่นคงทางอาหาร: สิ่งบ่งชี้ต่างวัฒนธรรมในสังคมไทย. วารสารพัฒนบริหารศาสตร์. 2560;57(1):200-223.
13. เพ็ญ สุขมาก. แนวทางการจัดทำแผนและโครงการระบบอาหารในระดับชุมชนท้องถิ่น. พิมพ์ครั้งแรก. วรณา สุวรรณชาติ, บรรณาธิการ. สงขลา: โฟ-บาร์ด; 2564.
14. สุพรรณิ ไชยวรรณ. การส่งเสริมความมั่นคงทางอาหารของชุมชนตำบลเกาะรัง อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี [ปริญญาานิพนธ์ ปริญญาเกษตรศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราชา; 2562.
15. Meital Izraelov, Jacques Silber. An assessment of the global food security index. Food Security. 2019;11:1135–1152.
16. เพ็ญจันทร์ รวิยะวงศ์. ผลกระทบและการบริหารจัดการการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 ต่อความมั่นคงทางอาหารของประเทศไทย. วารสารธรรมวัตร. มกราคม - มิถุนายน 2564;2(1):13-22.
17. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ ฉบับที่ 2 พ.ศ.2559. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:บริษัทสำนักพิมพ์สุภา.
18. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ พ.ศ.2564. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 138, ตอนที่ 289 ง ตอนพิเศษ (ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2564).
19. คณน ไตรจันทร์, อีร์ศักดิ์ จินดาบถ, อนุวัต สงสม. องค์ประกอบความมั่นคงทางอาหารระดับครัวเรือนในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้. KASETSART JOURNAL OF SOCIALSCIENCES. 2017; 38:577–587.
20. บุชบา ทองอุการ. อาหารท้องถิ่น: ความมั่นคงทางอาหารในมิติวัฒนธรรมกรณีศึกษาชุมชนบ้านดิ่งแดง จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. สิงหาคม 2561;5(ฉบับพิเศษ):107-119.
21. Inna Irtysheva, Maryna Ponomarova, Iryna Dolzhykova. CONCEPTUAL FUNDAMENTALS OF DEVELOPMENT OF THE FOOD SECURITY SYSTEM. Baltic Journal of Economic Studies. 2019;5(2):57-64.
22. พัชราวดี อรรถวิวัฒนากุล. การศึกษาความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านหินผุด อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ. กรกฎาคม – ธันวาคม 2561;1(2):ISSN 2651-1312.
23. อัยลดา มุสลีมาณกุล, เพ็ญมาศ สุนทรจิตต์, กิตติพร เนาว์สุวรรณ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุในอำเภอรามัน จังหวัดยะลา. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. มกราคม – มีนาคม 2565;8(1):45-59.
24. เพ็ญจันทร์ รวิยะวงศ์, เมตตา ตาละลักษณ์. แนวทางการเสริมสร้างความมั่นคงทางอาหารของครัวเรือนเกษตรกรในจังหวัดน่าน. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 11. 440-453.
25. ันยชนก ปะวะละ, ภณิศา สุนทรไชย. รูปแบบการสร้างความมั่นคงทางอาหารบนฐานทรัพยากรทางธรรมชาติและทุนทางสังคมเพื่อความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น ตำบลหนองเม็ก อำเภอนาเชือก จังหวัด มหาสารคาม. วารสารสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม. มกราคม-มิถุนายน 2561;5(1):143-154.
26. Carlo Cafiero, Sara Viviani, Mark Nord. Food security measurement in a global context: The food insecurity experience scale. Measurement. 2018;116:146–152.
27. Charles F. Nicholson, Emma C. Stephens, Birgit Kopainsky, Andrew D. Jones, David Parsons, James Garrett. Food security outcomes in agricultural systems models: Current status and recommended improvements. Agricultural Systems. 2021:188:103028
28. Lotsmart N Fonjong and Adwoa Y Gyapong. Plantations, women, and food security in Africa: Interrogating the investment pathway towards zero hunger in Cameroon and Ghana. World Development. 2021;138: 105293.