



คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University



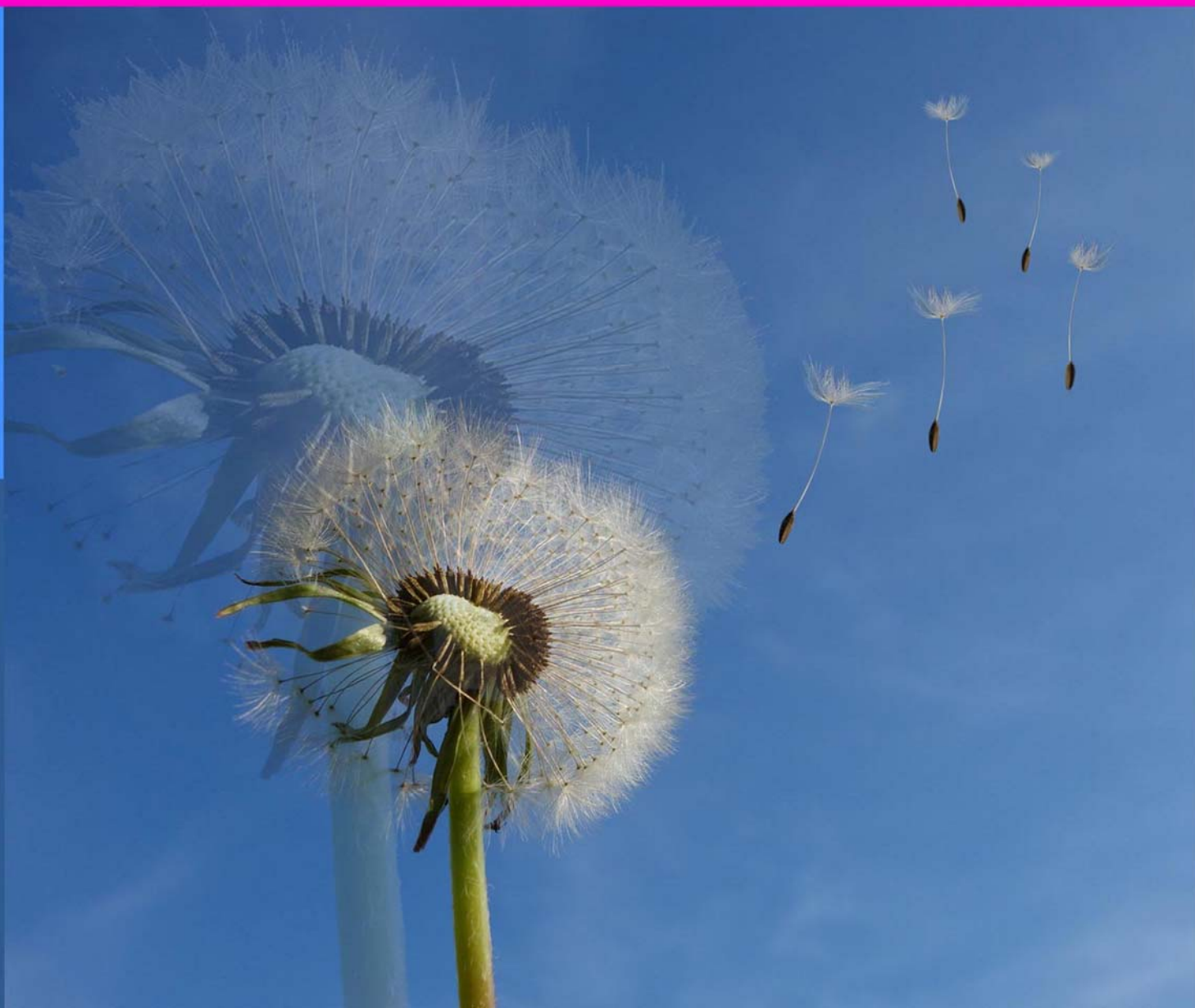
วารสารสหศาสตร์

วารสารสหศาสตร์ Interdisciplinary Studies Journal

ปีที่ 23 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2566)
Vol. 23 No. 2 (July - December 2023)

ISSN 1513-8429

ปีที่ 23 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2566)





วารสารสหศาสตร์

ISSN: 1513-8429

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการที่เป็นประโยชน์ในสาขาสังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์ และศึกษาศาสตร์ ของนักวิชาการทั้งภายใน และภายนอกมหาวิทยาลัย
2. เพื่อเป็นสื่อกลางแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นทางวิชาการในสาขาสังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์ และศึกษาศาสตร์ ของนักวิชาการทั้งภายในและภายนอกมหาวิทยาลัย
3. เพื่อให้บริการวิชาการแก่สังคมในรูปแบบของวารสารวิชาการ
4. เพื่อให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องในสาขาสังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์ และศึกษาศาสตร์
5. เพื่อให้เป็นเอกสารประกอบการศึกษาในระดับอุดมศึกษา

ปีที่พิมพ์ ปีที่ 23 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม – ธันวาคม 2566)

กำหนดออกวารสาร ปีละ 2 ฉบับ มกราคม-มิถุนายน และ กรกฎาคม-ธันวาคม

จำนวนหน้า 147 หน้า

จัดพิมพ์โดย คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ต.ศาลายา อ.พุทธมณฑล จ.นครปฐม 73170

โทรศัพท์. 0-2800-2840-70

โทรสาร. 0-2441-9738

Website: www.sh.mahidol.ac.th



วารสารสหศาสตร์

อยู่ในฐานข้อมูลของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI)
ในสาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ โดยอยู่ในกลุ่มที่ 2

บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ในวารสารสหศาสตร์เป็นวรรณกรรมของผู้เขียนโดยเฉพาะ
คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และกองบรรณาธิการ
ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

กองบรรณาธิการไม่สงวนสิทธิ์ในการนำบทความไปใช้ประโยชน์ทางการศึกษาแต่ให้อ้างอิง
แหล่งที่มาให้ครบถ้วนสมบูรณ์



สารบัญ

บทบรรณาธิการ

Editorial.....	1
----------------	---

บทความวิชาการ

การวิเคราะห์โครงสร้างคำเรียกอาชีพในภาษามือไทยเพื่อการเป็นล่ามภาษามือ Structural Analysis of Occupational Vocabulary in Thai Sign Language for Sign Language Interpreters.....	2-17
---	------

เพ็ญพักตร์ แก้วดี

Penphak Kaewdee

มุกดา กุดดูเดิม

Mookda Koodduderm

วิภาวี เขียวขำ

Wipawee Kiewkam

บทความวิจัย

การพัฒนาศักยภาพเยาวชนโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นฐาน เพื่อรองรับการท่องเที่ยวชุมชนในพื้นที่กลุ่มจังหวัดภาคกลางตอนล่าง 1 Development of Youth Potential Using Local Wisdom as a Base for Community Tourism in Lower Central Provinces 1.....	18-33
---	-------

ดั่งนภสร ณ ป้อมเพชร

Darngnapasorn Na Pombejra

สมศักดิ์ เจริญพูล

Somsak Charoenpul

สุชาดา โทพล

Suchada Thophon



ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการสร้างเสริมกิจกรรมทางกาย ในกลุ่มนักศึกษาพิการทางการมองเห็นที่มีระดับกิจกรรมทางกายเพียงพอในมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ The Experiences of Social Support on Physical Activity Promotion among Visual Impairment Students with Adequate Physical Activity Levels at Thammasat University.....	34-46
กิตรวี จิรรัตน์สถิต <i>Kitrawee Jiraratsatit</i> ทาริกา คำกิ่ง <i>Tarika Khumking</i> รณภูมิ สามัคคีคารมย์ <i>Ronnapoom Samakkeekarom</i>	
ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะการบริหารของผู้บริหารสถานศึกษา กับการดำเนินงานระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนของสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครศรีธรรมราช เขต 1 The Relationship between Administrative Skills of School Administrators and the Operation of Student Support System of School under Nakhon Si Thammarat Primary Educational Service Area Office 1.....	47-66
กิงบุปผา จันทรบุญแก้ว <i>Kingbuppha Janbunkaew</i> จุฬาลักษณ์ โสระพันธ์ <i>Chulalak Sorapan</i>	
การมีส่วนร่วมของชุมชนในการอนุรักษ์ผ้าจากไท-ยวน ตำบลคูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี Community Participation in Tai Yuan Weaving Conservation, Khu Bua Subdistrict, Meaung District, Ratchaburi Province.....	67-80
นภาพิณ นิลกำแหง <i>Napapen Ninkumhange</i> เสรี วรพงษ์ <i>Seree Woraphong</i> สุภาภรณ์ สงค์ประชา <i>Suparoen Songpracha</i>	



นวัตกรรมบริการของโรงแรมเชิงสุขภาพเพื่อตอบสนอง ความต้องการของนักท่องเที่ยวสูงอายุชาวไทยในกรุงเทพมหานคร Innovative Wellness hotel services to meet the needs of elderly Thai tourists in Bangkok.....	81-92
--	-------

เบญจฐา วัฒนกุล

Benjatha Wattanakul

บุษบา อู่อรุณ

Busaba Auaron

นิกข์นิภา บุญช่วย

Nicknipar Boonchouy

ไครโพรแพคติก : การรักษาอาการปวดหลังส่วนล่างจากการเรียนออนไลน์ ของนักเรียนมัธยมศึกษา Chiropractic: Treatments of Secondary School Students' Low Back Pain from Online Learning.....	93-107
---	--------

นิวัฒน์ พนมสารนรินทร์

Niwatt Phanomsarnnarin

ประภาวรรณ ตระกูลเกษมสุข

Prapawan Trakulkasemsuk

ดวงทอง นุกุลกิจ

Tuangthong Nukulkij

ความท้าทายของการสื่อสารด้านการดูแลสุขภาพข้ามวัฒนธรรม ในการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์: กรณีศึกษาของโรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย The Challenge of Cross-Cultural Healthcare Communication on Medical Tourism: Case Study of International Private Hospital in Bangkok, Thailand.....	108-127
---	---------

พรหมศิริ นองเหล็ก

Promsiri Nonglek

ภัทรียา กิจเจริญ

Patreeya Kitcharoen

ณัฐณีย์ มีมนต์

Natthani Meemon



การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน
โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

Development of Care System for Stroke Patients

at Prachuap Khiri Khan Hospital.....128-141

จิรนนท์ ชูช่วย

Jeeranan Choochuay

ธัญมา หลายพัฒน์

Thanma Laipat



บทบรรณาธิการ

วารสารสหศาสตร์ปีที่ 23 ฉบับที่ 2 ยังคงมีความหลากหลายของเนื้อหาทั้งในด้านสังคมศาสตร์ ศึกษาศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ จากบทความภายในเล่มมีเนื้อหาสำคัญในฉบับนี้ได้เน้นบทความวิจัย เช่น การพัฒนาศักยภาพเยาวชนโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นฐานเพื่อรองรับการท่องเที่ยวชุมชนในพื้นที่กลุ่มจังหวัด ภาคกลางตอนล่าง 1 ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการสร้างเสริมกิจกรรมทางกายในกลุ่มนักศึกษาพิการทางการมองเห็นที่มีระดับกิจกรรมทางกายเพียงพอในมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะการบริหารของผู้บริหารสถานศึกษากับการดำเนินงานระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน ของสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา นครศรีธรรมราช เขต 1 การมีส่วนร่วมของ ชุมชนในการอนุรักษ์ผ้าจากไท-ยวน ตำบลคูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ความท้าทายของการสื่อสารด้านการ ดูแลสุขภาพข้ามวัฒนธรรมในการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์: กรณีศึกษาของโรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย การวิเคราะห์โครงสร้างคำเรียกอาชีพในภาษามือไทยเพื่อการเป็นล่ามภาษามือ เป็นต้น ซึ่งกอง บรรณาธิการหวังว่าบทความมีความหลากหลายและน่าสนใจเหล่านี้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้อ่านในการศึกษา ค้นคว้าเพื่อพัฒนาด้านวิชาการต่อไป กองบรรณาธิการ ขอขอบคุณผู้เขียนบทความและคณะทำงานทุกท่านที่มี ส่วนร่วมในการจัดทำวารสารในครั้งนี้ จนล่วงเลยไปด้วยดีอีกวาระหนึ่ง หวังเป็นอย่างยิ่งว่าผู้อ่านจะได้รับความรู้ ความเข้าใจรวมทั้งเกิดแนวความคิดใหม่ ที่ได้จากการอ่านบทความและนำไปสร้างสรรค์ผลงานวิชาการที่เป็น ประโยชน์มีคุณภาพทำให้เกิดความก้าวหน้าทางวิชาการต่อไป

กองบรรณาธิการ



การวิเคราะห์โครงสร้างคำเรียกอาชีพในภาษามือไทยเพื่อการเป็นล่ามภาษามือ

เพ็ญพักตร์ แก้วดี¹

มุกดา กุดตุ้ม²

วิภาวี เขียวขำ³

บทคัดย่อ

การแปลของล่ามภาษามือเป็นสิ่งที่ท้าทาย เนื่องจากภาษามือในประเทศไทยที่คนหูหนวกใช้มีความหลากหลายของภาษามือท้องถิ่นและไม่มีคำศัพท์ภาษามือไทยเฉพาะด้าน อีกทั้งยังไม่เพียงพอเพราะมีการเกิดคำศัพท์ใหม่ ๆ ขึ้นทุกวัน ผู้เขียนจึงมีความจำเป็นต้องศึกษาการวิเคราะห์โครงสร้างคำเรียกอาชีพในภาษามือไทย เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างคำศัพท์ภาษามือไทยกลุ่มอาชีพที่ไม่มีการบันทึกในหนังสือหรือในพจนานุกรม ภาษามือไทย ผู้เขียนได้วิเคราะห์แนวทางการสร้างคำเรียกอาชีพและจัดกลุ่มได้ 4 แนวทาง ดังนี้ (1) ใช้ท่ามือเลียนแบบพฤติกรรมการทำงาน (2) ใช้เครื่องแต่งกาย (3) ใช้ตราสัญลักษณ์ อุปกรณ์ และยานพาหนะในการประกอบอาชีพ (4) ใช้การประสมคำ การมีแนวทางการสร้างคำเรียกอาชีพเปรียบเป็นเข็มทิศนำทางการแปลของล่ามภาษามือส่งผลให้การแปลมีคุณภาพช่วยให้คนหูหนวกได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและสมบูรณ์

คำสำคัญ: คำเรียกอาชีพ ภาษามือไทย วิเคราะห์โครงสร้างภาษามือไทย คนหูหนวก ล่ามภาษามือ

¹ ล่ามภาษามือ สถาบันราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล นครปฐม

² ล่ามภาษามือ สถาบันราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล นครปฐม Corresponding Author E mail:mookda.kood@hotmail.com

³ ล่ามภาษามือ สถาบันราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล นครปฐม



Structural Analysis of Occupational Vocabulary in Thai Sign Language for Sign Language Interpreters

Penphak Kaewdee¹

Mookda Koodduderm²

Wipawee Kiewkam³

Abstract

The work for sign language interpreters in Thailand is challenging not only because of the variety in sign language used among the hearing-impaired groups, or dialects within the community, but also due to the absence of Thai's own sign language terminology. Not to mention the insufficiency of sign language vocabulary to keep pace with the constant emergence of new words. For these reasons, it is an utmost importance to create a guideline for construction of new words never before recorded in Thai Sign Language book under the category of professions. This paper offers 4 different approaches to form occupational words, namely, (1) imitating occupational behavior, (2) describing uniform of such occupation, (3) indicating emblems, equipment, or vehicles used in such profession, and (4) combining existing words. This guideline would act as a compass navigating to a more efficient interpretation, in tandem with a more accurate and complete understanding for the hearing-impaired.

Keyword: Occupational vocabulary Thai sign language structural analysis of Thai sign language hearing-impaired Sign Language Interpreter

¹ Sign Language Interpreter Ratchasuda Institute Mahidol University Nakhon Pathom

² Sign Language Interpreter Ratchasuda Institute Mahidol University Nakhon Pathom Corresponding Author E mail:mookda.kood@hotmail.com

³ Sign Language Interpreter Ratchasuda Institute Mahidol University Nakhon Pathom



บทนำ

การแปล คือการถ่ายทอดความคิดจากภาษาหนึ่งไปอีกภาษาหนึ่ง โดยให้มีใจความสมบูรณ์ตรงตามต้นฉบับทุกประการ ไม่มีการตัดต่อหรือแต่งเติมที่ไม่จำเป็นใดๆทั้งสิ้น การแปลนั้นต้องมีความรู้ด้านภาษาซึ่งถือว่าเป็น “งานช่าง” แต่ในส่วนที่เป็นความคิดสร้างสรรค์ที่จะประดิษฐ์งานแปลให้มีคุณภาพดียิ่งขึ้นนั้นถือว่าเป็น “งานศิลป์” (วนาถ วิมลเฉลา, 2539) สำหรับล่ามภาษามือนั้นต้องศึกษากระบวนการแปลเพื่อช่วยให้ล่าม ฝึกการตีความหมายของคำศัพท์ การเลือกใช้คำศัพท์ที่เหมาะสมกับสถานการณ์ และการสร้างมโนทัศน์ รวมถึงสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องกับภาษาศาสตร์ เพื่อช่วยให้ล่ามได้รู้และเข้าใจรูปแบบภาษา วิธีการใช้ภาษาในการถ่ายทอดที่จำเป็นสำหรับล่าม (Brunson et al., 2020) การแปลจากภาษามีโครงสร้างทางไวยากรณ์ให้ตรงกับโครงสร้างทางไวยากรณ์อีกภาษาหนึ่ง เริ่มต้นจากการทำความเข้าใจก่อนแล้วจึงถ่ายทอดภาษาสื่อความหมายออกมา ดังนั้น การทำความเข้าใจความหมายจึงเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับกระบวนการแปลและการถ่ายทอดความหมายของภาษาที่แปล ล่ามภาษามือต้องรู้เจตนาที่ต้องการสื่อสารเข้าใจสารต้นฉบับก่อน รวมถึงการตีความความหมายที่แท้จริงของสารนั้น ๆ คำหนึ่งคำอาจจะมีความหมายอื่นแทรกอยู่ในคำนั้นหรือมีความหมายที่ตรงข้าม (Irony) เป็นสิ่งที่ซับซ้อน ต้องเข้าใจสิ่งที่ผู้พูดต้องการสื่อสาร ทศนะคติของผู้ส่งสาร และความหมายที่แท้จริงของสารที่ส่งมา ในบางครั้งอาจจะมีความหมายตรงกันข้ามทำให้เกิดข้อผิดพลาดในการสื่อสารบ่อยครั้งจากการตีความ การสื่อสารที่ย้อนแย้งกันโดยใช้น้ำเสียง คำพยางค์ หรือองค์ประกอบคำศัพท์ ในรูปแบบข้อความหรือการแสดงออกทางร่างกาย แสดงสีหน้า รอยยิ้ม และเสียงหัวเราะ อาจจะมาในลักษณะในหน้าที่เรียบเรียง (Mantovan et al., 2019) การแปลภาษาที่สองเป็นสิ่งที่ท้าทายเนื่องจากภาษามือไทยมีปัญหาและอุปสรรคหลายด้าน คือไม่มีคำศัพท์ภาษามือไทยเฉพาะด้านทำให้เสียเวลามากในการอธิบายความหมายของคำศัพท์รวมถึงคำศัพท์ภาษามือไทยยังไม่เพียงพอ ทำให้คนหูหนวกไม่สามารถเข้าใจภาษามือที่เป็นนามธรรมและลึกซึ้งมากๆได้ อีกทั้งภาษามือที่คนหูหนวกใช้ก็มีความแตกต่างกัน (ราชภรณ์ บุญญา, 2551)

สำหรับคำเรียกอาชีพที่ไม่มีภาษามือ ล่ามภาษามือใช้วิธีการแปลโดยการยกตัวอย่างคำว่า “สถาปนิก” อธิบายท่ามือนี้นี้ได้ยากมาก เนื่องจากไม่เข้าใจว่าอาชีพนี้มีลักษณะเด่นอย่างไร จึงไม่มีในเกณฑ์การพิจารณาที่จะทำให้มองเห็นเป็นรูปธรรมได้ ต้องอาศัยการทำท่ามือนี่เป็นท่ามืออาชีพ “วิศวกร” เข้ามาแทน เนื่องจากภาพที่ใช้แสดงความหมายระหว่างอาชีพ “วิศวกร” หรือ “สถาปนิก” มีความใกล้เคียงกัน การบอกท่ามือ “วิศวกร” เป็นเพียงการทำท่ามือนี้อธิบายนิยามและการขีดเส้นบนกระดาษเท่านั้นจึงไม่เพียงพอต่อการนำไปสู่ภาพมโนทัศน์ได้ว่าพฤติกรรมของอาชีพ “วิศวกร” และ “สถาปนิก” เป็นการประกอบอาชีพด้วยพฤติกรรมใด ในขณะที่ล่ามภาษามือพยายามเพิ่มเติมรายละเอียดด้วยการเพิ่มท่ามือ “ก่อสร้าง” เพื่อจะสื่อถึงพฤติกรรมของอาชีพ “สถาปนิก”



แต่หากพิจารณาตามท่ามื่อดังกล่าวอาจเกิดการสับสนระหว่างอาชีพ “นักก่อสร้าง” และ “สถาปนิก” เนื่องจากอาชีพก่อสร้างก็ใช้ท่ามื่อแบบเดียวกัน

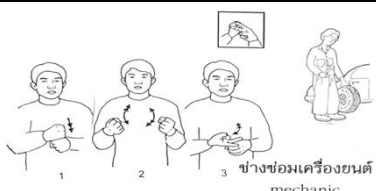
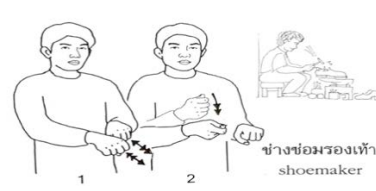
ดังนั้นความรู้รอบตัวและความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ขณะนั้น ล่ามภาษามือจึงจำเป็นต้องวิเคราะห์บริบท จับประเด็น เลือกใช้คำศัพท์ และประสบการณ์จริง สำหรับการแปลรอบด้านเป็นรูปธรรมจะทำให้การแปลเป็นไปตามเป้าหมายการสื่อสาร การใช้ภาษาอย่างเป็นธรรมชาติ เชื่อสัจต่อเนื้อหาที่แปลจะทำให้ความแตกต่างของภาษาไม่มีอุปสรรคต่อการแปล การแปลที่ดีจึงต้องมีทักษะความเข้าใจภาษาที่สองที่เราต้องแปลเพื่อไม่ให้มีปัญหาในการแปล (จิระพรพร บุษยเกียรติ และคณะ, 2540) ในสังคมปัจจุบันมีคำศัพท์อาชีพเกิดขึ้นมากมายแต่ยังไม่มีการบันทึกเป็นภาษามือไทยที่เป็นมาตรฐานเผยแพร่ซึ่งเป็นอุปสรรคสำหรับการแปลของล่ามภาษามือ เนื่องจากล่ามต้องใช้การอธิบายความหมายหรือการสะกดนิ้วอาชีพนั้นๆ อาชีพหนึ่งอาชีพอาจเกิดภาพในสมองของล่ามที่แตกต่างกัน เพราะการแปลต้องประสบการณ์และอาศัยพื้นความรู้เดิม (background knowledge) ซึ่งมีผลต่อการแปลภาษามือและการแปลพูดของล่าม หากล่ามไม่คุ้นเคยกับคำศัพท์และไม่เข้าใจความหมายของคำ อาจส่งผลให้ล่ามรู้สึกท้อแท้และไม่มั่นใจในการปฏิบัติงาน (ธีรศักดิ์ ศรีสุรกุล และคณะ, 255) ผู้เขียนได้เห็นถึงความสำคัญการแปลคำศัพท์อาชีพที่ไม่มีท่ามื่อ จึงได้ทำการศึกษาวิเคราะห์โครงสร้างคำเรียกอาชีพในภาษามือไทย เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างคำศัพท์ภาษามือไทยกลุ่มอาชีพใช้สำหรับการแปลของล่ามภาษามือได้การเชื่อมโยง (conceptual) ทำให้เห็นภาพชัดเจน

การวิเคราะห์โครงสร้างคำเรียกอาชีพในภาษามือไทย เพื่อการเป็นล่ามภาษามือ

โครงสร้างท่ามื่อภาษามือไทยเป็นเช่นเดียวกับภาษามืออเมริกัน และภาษามือนานาชาติ ที่ประกอบด้วยหน่วยมือ ซึ่งได้แก่ รูปแบบมือ/การหันฝ่ามือ ตำแหน่งมือ การเคลื่อนไหวมือ และส่วนประกอบอื่นที่ไม่ใช่มือ เช่น สีหน้าการใช้คิ้วตา ริมฝีปากและการเอี้ยวตัวร่วมด้วย (อภิลักษณ์ ธรรมทวธิกุล และ จิรภา นิเวตพันธุ์, 2551) เปรียบเสมือนการแทนด้วยเสียงพูดของคนหูหนวก แต่เนื่องจากการแสดงท่ามื่อเพื่อบอก ความหมายของคนหูหนวกจะอาศัยลักษณะการมองเห็นเพียงอย่างเดียว จึงเกิดการถ่ายทอดภาษามือจากภาพในหัว (conceptual) ของการบอกคำศัพท์แต่ละคำผ่านการแสดงท่ามื่อ ซึ่งระบบภาษาไทยและภาษามือไทยมีความแตกต่างกันทั้งในด้านการเรียงตัวของไวยากรณ์ โครงสร้างภาษามือ และโครงสร้างภาษาไทยมีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร ภาษามือใช้เพียง 1 คำก็สามารถสื่อสารได้แต่ภาษาไทยจำเป็นต้องมีประธาน กริยา และกรรม โครงสร้างทางภาษาที่ต่างต่างนั้นมีผลกระทบต่อการสื่อสารระหว่างคนหูหนวกกับคนหูดี (เจนจิรา แก้วประสิทธิ์, 2560) การแสดงท่ามื่อที่มี ไม่เท่ากับการเปล่งเสียงในภาษาไทยทำให้เกิดอุปสรรคในการสื่อสาร ในคำศัพท์บางคำไม่สามารถแสดงท่ามื่อได้ จะพบการแสดงท่ามื่อจากการบอกเล่าเรื่องราวแทน

คำศัพท์ 1 คำ หรือการแสดงตัวย่อจากการสะกดนิ้วมือ finger spelling เพื่อสื่อความหมายของคำศัพท์ซึ่งวิธีการเหล่านี้ อาจส่งผลกระทบทำให้เกิดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนและไม่ตรงกับภาพในหัว (conceptual) หรือไม่อาจถ่ายทอดให้เข้าใจระหว่างผู้ที่มีการได้ยินและคนหูหนวกได้อย่างสัมฤทธิ์ผล สอดคล้องกับ พวงพกา จันทร์ยาวศ์ และคณะ (2564) ศึกษาการจำแนกประเภทของท่ามือกริยาในภาษามือไทย กล่าวถึงกลุ่มคำกริยารวมความทุกส่วน หมายถึง กริยาภาษามือไทยที่ต้องมีการชี้แจงคำคู่กริยาก่อนจึงจะทำภาษามือได้ โดยจะไม่มืท่ามือของคำกริยาจนกว่าจะบอกว่าใช้กริยาคู่กับคำนามอะไร ขอยกตัวอย่างคำศัพท์ “ช่างซ่อม” จากหนังสือภาษามือไทย เล่ม 5 (สมาคมคนหูหนวกแห่งประเทศไทย, 2544) แสดงท่ามือ ทำงาน+สิ่งของ+กริยาที่กระทำ เนื่องจากไม่สามารถเข้าใจได้จึงจะต้องมีการระบุสิ่งของที่กระทำและระบุกริยาที่กระทำกับสิ่งของนั้นๆ ดังนี้

ตารางที่ 1 วิเคราะห์โครงสร้างภาษามือคำเรียกอาชีพที่เกี่ยวกับ “ช่างซ่อม”

ภาพ	ภาษามือ	ภาษาไทย
 ช่างซ่อมเครื่องยนต์ mechanic	ทำงาน+รถ+(ซ่อม)หมุนเค็ม *เพิ่มท่ามือรถ	ช่างซ่อม เครื่องยนต์ *ละคำศัพท์รถ
 ช่างซ่อมรองเท้า shoemaker	รองเท้า+(ซ่อม)จับค้อนตอก รองเท้า *ไม่มีท่ามือ ทำงาน	ช่างซ่อมรองเท้า
 ช่างซ่อมนาฬิกา watch-repairman	นาฬิกา+(ซ่อม)ลักษณะการจับ อุปกรณ์ซ่อมที่มีขนาดเล็ก *ไม่มีท่ามือ ทำงาน	ช่างซ่อมนาฬิกา

จากตารางที่ 1 วิเคราะห์โครงสร้างภาษามือคำเรียกอาชีพที่เกี่ยวกับ “ช่างซ่อม” ได้แก่ ช่างซ่อมเครื่องยนต์ ช่างซ่อมรองเท้า และช่างซ่อมนาฬิกา ทั้งสามอาชีพนั้นใช้ท่ามือคำว่า “ซ่อม” แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับว่าซ่อมสิ่งของชนิดไหน มีลักษณะพฤติกรรมการทำงานเป็นอย่างไร เช่น ช่างซ่อมเครื่องยนต์ ท่ามือคำว่า “ซ่อม” ใช้ท่ามือที่เป็น



ลักษณะการหมุนคีม เนื่องจากการหมุนคีมเป็นพฤติกรรมการทำงานหลักในช่องที่สามารถพบเห็นได้ทั่วไป ช่องซ่อมรองเท้า ทำมือคำว่า “ซ่อม” ใช้ทำมือที่เป็นลักษณะการจับค้อนตอกรองเท้า เนื่องจากพฤติกรรมการทำงานโดยใช้ค้อนตอกรองเท้าเป็นหลักในช่องที่สามารถพบเห็นได้บ่อยครั้งและช่องซ่อมนาฬิกา ทำมือคำว่า “ซ่อม” ใช้ทำมือที่เป็นพฤติกรรมการทำงานโดยการจับอุปกรณ์การซ่อมที่มีขนาดเล็ก เช่น ไขควง ปากคีบ เหล็กคว้าน เป็นต้น การวิเคราะห์โครงสร้างภาษามือคำเรียกอาชีพจึงมีความสำคัญสำหรับล่ามภาษามือเพื่อเป็น แนวทางการแปลคำศัพท์กลุ่มอาชีพที่ไม่มีภาษามือและเป็นแนวทางในการสร้างภาพในสมอง

สำหรับคำเรียกอาชีพในภาษามือไทย ผู้เขียนได้ศึกษาจากหนังสือภาษามือไทย เล่ม 5 ในหัวข้อ “อาชีพ” นำมาวิเคราะห์โครงสร้างภาษามือเพื่อให้เห็นถึงการสร้างคำเรียกอาชีพ พบกระบวนการสร้างคำศัพท์อาชีพในภาษามือไทยจัดกลุ่มได้ 4 แนวทาง ดังนี้ (1) แนวทางการสร้างคำเรียกอาชีพโดยใช้ทำมือเลียนแบบพฤติกรรมการทำงานทั้งหมด 13 คำ (2) แนวทางการสร้างคำเรียกอาชีพโดยใช้เครื่องแต่งกายทั้งหมด 5 คำ (3) แนวทางการสร้างคำเรียกอาชีพโดยใช้ตราสัญลักษณ์ อุปกรณ์ และยานพาหนะในการประกอบอาชีพทั้งหมด 8 คำ (4) แนวทางการสร้างคำเรียกอาชีพโดยใช้การประสมคำทั้งหมด 5 คำ และอาชีพที่เกิดการปรากฏร่วมกันหลายเกณฑ์การพิจารณาในคำเดียวทั้งหมด 3 คำ

ผลการวิเคราะห์แนวทางการสร้างคำเรียกอาชีพในภาษามือไทย

จากการวิเคราะห์แนวทางการสร้างคำเรียกอาชีพพบกระบวนการสร้างคำศัพท์อาชีพในภาษามือไทย ดังนี้

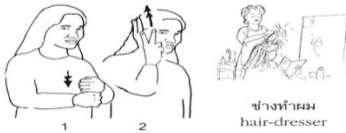
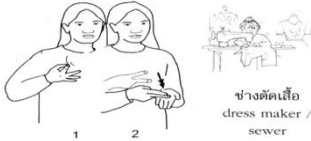
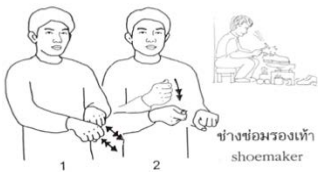
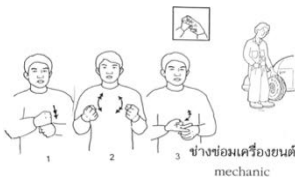
1. แนวทางการสร้างคำเรียกอาชีพโดยใช้ทำมือเลียนแบบพฤติกรรมการทำงาน

แนวทางการสร้างคำเรียกอาชีพโดยใช้ทำมือเลียนแบบพฤติกรรมการทำงาน มี 13 คำ คือ ทหาร ตำรวจ บุรุษไปรษณีย์ ช่างทำผม ช่างตัดเสื้อ ช่างซ่อมรองเท้า ช่างซ่อมนาฬิกา ช่างซ่อมเครื่องยนต์ ช่างเชื่อมโลหะ ช่างไม้ ช่างภาพ พนักงานทำความสะอาด และชาวนา

ตารางที่ 2 คำศัพท์ภาษามือไทย คำเรียกอาชีพโดยใช้ทำมือเลียนแบบพฤติกรรมการทำงาน

คำศัพท์	ภาษามือไทย	คำอธิบาย
ทหาร		ทหาร ใช้แนวทางการสร้างคำเป็นการเลียนแบบท่าทางการแสดงความเคารพ (ท่าตะเบะ)



คำศัพท์	ภาษามือไทย	คำอธิบาย
ตำรวจ		ตำรวจ ใช้แนวทางการสร้างคำเป็นการเลียนแบบท่าท่าแสดงความเคารพ (ท่าตะเบะ) จากนั้นเลียนแบบการจับกุมคนร้ายด้วยการใส่กุญแจมือ
บุรุษไปรษณีย์		บุรุษไปรษณีย์ ใช้แนวทางการสร้างคำเป็นการเลียนแบบท่าติดแสตมป์บนซองจดหมาย
ช่างทำผม		ช่างทำผม ใช้แนวทางการสร้างคำเป็นการเลียนแบบท่าทางตัดผม
ช่างตัดเสื้อ		ช่างตัดเสื้อ ใช้แนวทางการสร้างคำเป็นการเลียนแบบท่าทางการตัดเสื้อผ้าโดยใช้กรรไกร
ช่างซ่อมรองเท้า		ช่างซ่อมรองเท้า ใช้แนวทางการสร้างคำเป็นการเลียนแบบท่าทางการซ่อมโดยใช้ค้อนตอกรองเท้าซึ่งเป็นท่าทางที่พบได้เป็นประจำ
ช่างซ่อมนาฬิกา		ช่างซ่อมนาฬิกา ใช้แนวทางการสร้างคำเป็นการเลียนแบบท่าทางการจับอุปกรณ์ขนาดเล็กในการซ่อม เช่น ไขควง ปากคีบ เหล็กคว้าน เป็นต้น
ช่างซ่อมเครื่องยนต์		ช่างซ่อมเครื่องยนต์ ใช้แนวทางการสร้างคำเป็นการเลียนแบบท่าทางการซ่อมรถยนต์โดยใช้คีม ล็อกและขันน็อต
ช่างเชื่อมโลหะ		ช่างเชื่อมโลหะ ใช้แนวทางการสร้างคำเป็นการเลียนแบบท่าทางการเชื่อมเหล็ก

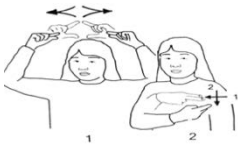
คำศัพท์	ภาษามือไทย	คำอธิบาย
ช่างไม้		ช่างไม้ ใช้แนวทางการสร้างคำเป็นการเลียนแบบท่าทางการเลื่อยต้นไม้
ช่างภาพ		ช่างภาพ ใช้แนวทางการสร้างคำเป็นการเลียนแบบท่าทางการถ่ายรูป
พนักงานทำความสะอาด		พนักงานทำความสะอาด ใช้แนวทางการสร้างคำเป็นการเลียนแบบท่าทางการถูพื้นโดยใช้ไม้ถูพื้น
ชาวนา		ชาวนา ใช้แนวทางการสร้างคำเป็นการเลียนแบบท่าทางการใช้เคียวเกี่ยวข้าวของชาวนา

จากตารางที่ 2 แนวทางการสร้างคำเรียกอาชีพโดยใช้ท่ามือเลียนแบบพฤติกรรมการทำงาน เกิดจากการรับรู้ข้อมูลทางสายตาหรือสะท้อนความคิดจากภาพเชื่อมโยงไปสู่ท่าทางการแสดงพฤติกรรมของอาชีพซ้ำ ๆ นำไปสู่การสร้างคำเรียกอาชีพ สอดคล้องกับ ราชบุรุษ บุญญา (2551) กล่าวถึงภาษามือที่ใช้ในประเทศไทยโดยมีหลายลักษณะหนึ่งในนั้นก็มีการใช้ “ภาษาท่าทาง” เป็นการใชภาษามือในการสื่อสารโดยการเคลื่อนไหวร่างกายที่ไม่จำเป็นต้องพูดก็สามารถเข้าใจได้ โดยใช้ท่าทางเลียนแบบกริยา เช่น ทหาร ช่างตัดผม และพนักงานทำความสะอาด เป็นต้น มีข้อสังเกตอาชีพช่างตัดเสื้อใช้แนวทางการสร้างคำเป็นการประกอบท่าทางการตัดเสื้อผ้าโดยใช้กรรไกร ซึ่งเป็นอุปกรณ์หลักในการทำอาชีพในยุคหนึ่งแต่ปัจจุบันมีการใช้จักรเย็บผ้าเป็นอุปกรณ์หลักในการทำอาชีพ ทั้งนี้ อาชีพช่างตัดเสื้อยังมีการใช้ท่ามือโดยใช้กรรไกรเป็นอุปกรณ์หลักมายาวนานจนถึงปัจจุบัน

2. แนวทางการสร้างคำเรียกอาชีพโดยใช้เครื่องแต่งกาย

แนวทางการสร้างคำเรียกอาชีพโดยใช้เครื่องแต่งกาย มี 5 คำ คือ แพทย์/หมอ พยาบาล ผู้พิพากษา ยามรักษาความปลอดภัย และมอเตอร์ไซค์รับจ้าง

ตารางที่ 3 คำศัพท์ภาษาไทย คำเรียกอาชีพโดยใช้เครื่องแต่งกาย

คำศัพท์	ภาษาไทย	คำอธิบาย
แพทย์/หมอ	  แพทย์ / หมอ doctor	แพทย์/พยาบาล ใช้แนวทางการสร้างคำ เป็นการวาดนิ้วบนหัวไหล่รูปกากบาท หรือ การขีด ที่ติดอยู่บนเสื้อกาวน์เพื่อเชื่อมโยงไปสู่สัญลักษณ์ทางการแพทย์
พยาบาล	  พยาบาล nurse	พยาบาล ใช้แนวทางการ สร้างคำโดย ทำท่ามือจิบนิ้วบนศีรษะคล้ายรูปทรงของหมวกพยาบาลและการวาดนิ้วบนหัวไหล่รูปกากบาท หรือการขีด ที่ติดอยู่บนเสื้อกาวน์เพื่อเชื่อมโยงไปสู่สัญลักษณ์ทางการแพทย์
ผู้พิพากษา	   ผู้พิพากษา judge	ผู้พิพากษา ใช้แนวทางการสร้างคำ โดยใช้มือวาดแถบพาดบ่าเสื้อครุยและค้อนศาล
ยามรักษาความปลอดภัย	  ยามรักษาความปลอดภัย guard	ยามรักษาความปลอดภัย ใช้แนวทางการสร้างคำโดยใช้มือวาดแถบบนต้นแขน
มอเตอร์ไซด์รับจ้าง	   มอเตอร์ไซด์รับจ้าง motorcycle (taxi)	มอเตอร์ไซด์รับจ้าง ใช้แนวทางการสร้างคำโดยใช้เครื่องแต่งกาย คือเสื้อกั๊กและมอเตอร์ไซด์เพื่อเชื่อมโยงไปสู่การทำทางการขี่มอเตอร์ไซด์

จากตารางที่ 3 แนวทางการสร้างคำเรียกอาชีพโดยใช้เครื่องแต่งกาย แสดงให้เห็นว่าเครื่องแต่งกายที่มีสัญลักษณ์อยู่บนเสื้อ หมวก และแถบบนเสื้อครุยของเนติบัณฑิตยสภา ซึ่งเป็นสัญลักษณ์ของอาชีพเชื่อมโยงไปสู่ภาพจำนำไปสู่

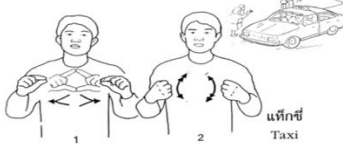
การสร้างคำเรียกอาชีพนั้นๆ การใช้ภาษามือคำเรียกอาชีพที่ไม่ได้ถูกบันทึกในหนังสือหรือในพจนานุกรมภาษามือ เช่น วิศวะ เซฟ และนักสำรวจอวกาศ เป็นต้น ใช้แนวทางการสร้างคำเรียกอาชีพโดยใช้เครื่องแต่งกายเช่นเดียวกัน

3. แนวทางการสร้างคำเรียกอาชีพโดยใช้ตราสัญลักษณ์ อุปกรณ์ และยานพาหนะในการประกอบอาชีพ

แนวทางการสร้างคำเรียกอาชีพโดยใช้ตราสัญลักษณ์ อุปกรณ์ และยานพาหนะในการประกอบอาชีพ มี 8 คำ คือ ข้าราชการ ผู้พิพากษา ช่างไฟฟ้า มอเตอร์ไซด์รับจ้าง แท็กซี่ สามล้อเครื่อง (ตุ๊กตุ๊ก) ขาวนา และเจ้าหน้าที่บันทึกวิดีโอ

ตารางที่ 4 คำศัพท์ภาษามือไทย คำเรียกอาชีพโดยใช้ตราสัญลักษณ์ อุปกรณ์ และยานพาหนะในการประกอบอาชีพ

คำศัพท์	ภาษามือไทย	คำอธิบาย
ข้าราชการ		ข้าราชการ ใช้แนวทางการสร้างคำจากการนำสัญลักษณ์ตราครุฑมาสร้างคำศัพท์
ผู้พิพากษา		ผู้พิพากษา ใช้แนวทางการสร้างคำโดยการวาดมือแถบเสื้อครุยผู้พิพากษา และใช้ท่าทางกิริยาอาการเคาะค้อนบนบัลลังก์
ช่างไฟฟ้า		ช่างไฟฟ้าใช้แนวทางการสร้างคำจากอุปกรณ์ที่ต้องซ่อม เช่น หลอดไฟ
มอเตอร์ไซด์รับจ้าง		มอเตอร์ไซด์รับจ้าง ใช้แนวทางการสร้างคำโดยใช้ภาษามือเสื้อกั๊กและยานพาหนะ คือมอเตอร์ไซด์ เพื่อเชื่อมโยงไปสู่การทำทางการขี่มอเตอร์ไซด์

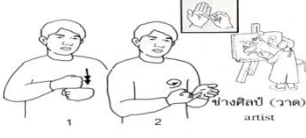
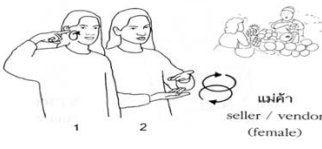
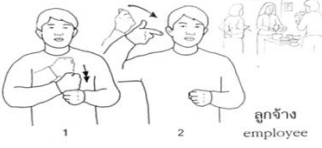
คำศัพท์	ภาษามือไทย	คำอธิบาย
แท็กซี่		แท็กซี่ ใช้แนวทางการสร้างคำโดยเห็นจากป้ายไฟบนรถแท็กซี่และยานพาหนะ คือรถยนต์นำมาสร้างคำ
สามล้อเครื่อง (ตุ๊กตุ๊ก)		สามล้อเครื่อง ใช้แนวทางการสร้างคำโดยนำป้ายบนรถมาสร้างคำ และยานพาหนะ คือสามล้อเครื่องนำมาสร้างคำ
ชาวนา		ชาวนา ใช้แนวทางการสร้างคำโดยใช้เกี่ยวเกี่ยวข้าวซึ่งเป็นอุปกรณ์ในการประกอบอาชีพนำมาสร้างคำ
เจ้าหน้าที่บันทึกวิดีโอ		เจ้าหน้าที่บันทึกวิดีโอ ใช้แนวทางการสร้างคำโดยใช้กล้องวิดีโอซึ่งเป็นอุปกรณ์ในการประกอบอาชีพนำมาสร้างคำ

จากตารางที่ 4 แนวทางการสร้างคำเรียกอาชีพโดยใช้ตราสัญลักษณ์ อุปกรณ์ และยานพาหนะในการประกอบอาชีพ พบว่าแนวทางการสร้างคำอาชีพที่เกี่ยวกับยานพาหนะจะใช้ภาษามือชื่อยานพาหนะและใช้คำกริยาการทำทางการขับยานพาหนะนั้น ๆ เช่น อาชีพสามล้อเครื่อง (ตุ๊กตุ๊ก) ใช้ภาษามือ สามล้อเครื่อง + ทำทางการขับ (มือซ้ายมือขวาเคลื่อนไหวไปทิศทางซ้าย-ขวา) และอาชีพแท็กซี่ ใช้ภาษามือ แท็กซี่ + ทำทางการขับรถยนต์ สรุปได้ว่าแนวทางการสร้างคำเรียกอาชีพที่เกี่ยวกับยานพาหนะภาพที่เกิดขึ้นจำเป็นต้องเชื่อมโยงไปสู่ทำทางการขับยานพาหนะนั้น ๆ

4. แนวทางการสร้างคำเรียกอาชีพโดยใช้การประสมคำของท่ามือ

แนวทางการสร้างคำเรียกอาชีพโดยใช้การประสมคำของท่ามือ มี 5 คำ คือ ครู /อาจารย์/ผู้สอน ช่างศิลป์ พ่อค้า แม่ค้า และลูกจ้าง

ตารางที่ 5 คำศัพท์ภาษามือไทย คำเรียกอาชีพโดยใช้การประสมคำของท่ามือ

คำศัพท์	ภาษามือไทย	คำอธิบาย
ครู/อาจารย์/ผู้สอน	 Figure 1 Figure 2 ครู / อาจารย์ / ผู้สอน teacher	ครู/อาจารย์/ผู้สอน ใช้แนวทางการสร้างคำโดยใช้ภาษามือคำว่า “สอน” และ คำว่า “คน”
ช่างศิลป์ (วาด)	 Figure 1 Figure 2 ช่างศิลป์ (วาด) artist	ช่างศิลป์ ใช้แนวทางการสร้างคำโดยใช้ภาษามือคำว่า “ทำ” และ คำว่า “วาด”
พ่อค้า	 Figure 1 Figure 2 พ่อค้า seller / vendor (male)	พ่อค้า ใช้แนวทางการสร้างคำโดยใช้ภาษามือคำว่า “ผู้ชาย” และ คำว่า “ขาย”
แม่ค้า	 Figure 1 Figure 2 แม่ค้า seller / vendor (female)	แม่ค้า ใช้แนวทางการสร้างคำโดยใช้ภาษามือคำว่า “ผู้หญิง” และ คำว่า “ขาย”
ลูกจ้าง	 Figure 1 Figure 2 ลูกจ้าง employee	ลูกจ้าง ใช้แนวทางการสร้างคำโดยใช้ภาษามือคำว่า “ทำงาน” และ คำว่า “จ่าย”

จากตารางที่ 5 แนวทางการสร้างคำเรียกอาชีพโดยใช้การประสมคำของท่ามือ เช่น พ่อค้า ใช้การประสมคำ คำว่า “ผู้ชาย” ผสมกับคำว่า “ขาย” และ แม่ค้า ใช้การประสมคำ คำว่า “ผู้หญิง” ผสมกับคำว่า “ขาย” ซึ่งมีความแตกต่างจากแนวทางการสร้างคำเรียกอาชีพ 1) ใช้ท่ามือเลียนแบบพฤติกรรมการทำงาน 2) ใช้เครื่องแต่งกาย 3) ใช้ตราสัญลักษณ์ อุปกรณ์ และยานพาหนะในการประกอบอาชีพ ซึ่งทั้ง 3 แนวทางจำเป็นต้องใช้ภาพมโนทัศน์ ภาพจำ ความรู้พื้นหลัง (background knowledge) และประสบการณ์ เพื่อนำไปสู่การสร้างคำเรียกอาชีพ

ข้อสังเกต อาชีพที่เกิดการปรากฏร่วมกันหลายเกณฑ์การพิจารณาในคำเดียว

อาชีพที่เกิดการปรากฏร่วมกันหลายเกณฑ์การพิจารณาในคำเดียว มี 3 คำ คือ ผู้พิพากษา มอเตอร์ไซค์รับจ้าง และ ชาวนา

ตารางที่ 6 คำศัพท์ภาษาไทย คำเรียกอาชีพที่เกิดการปรากฏร่วมกันหลายเกณฑ์การพิจารณาในคำเดียว

คำศัพท์	ภาษาไทย	คำอธิบาย
ผู้พิพากษา		ผู้พิพากษา ใช้แนวทางการสร้างคำโดยใช้มีวาทถแถบพาดบ่าเสื้อครุย ปรากฏในเครื่องแต่งกาย และค้อนศาล ปรากฏในอุปกรณ์ในการประกอบอาชีพ
มอเตอร์ไซค์รับจ้าง		มอเตอร์ไซค์รับจ้าง ใช้แนวทางการสร้างคำโดยใช้ท่ามือเครื่องแต่งกาย คือเสื้อกั๊ก ปรากฏในเครื่องแต่งกาย และมอเตอร์ไซด์เพื่อเชื่อมโยงไปสู่การทำทางการขี่มอเตอร์ไซด์ ปรากฏในยานพาหนะในการประกอบอาชีพ
ชาวนา		ชาวนา ใช้แนวทางการสร้างคำเป็นการประกอบท่าทางการใช้เคียวเกี่ยวข้าว ปรากฏในท่ามือเลียนแบบพฤติกรรมการทำงาน และเคียวเกี่ยวข้าว ปรากฏในอุปกรณ์ในการประกอบอาชีพ

จากตารางที่ 6 อาชีพที่เกิดการปรากฏร่วมกันหลายเกณฑ์การพิจารณาในคำเดียว มี 3 คำ คือ ผู้พิพากษา มอเตอร์ไซค์รับจ้าง และชาวนา พบว่าการประกอบกันมากกว่า 1 แนวทางการสร้างคำ เป็นการรวมกันเพื่อดึงภาพมโนทัศน์ (concept) ของอาชีพ



บทสรุป

การแปลคำศัพท์ที่เกี่ยวกับอาชีพนั้นต้องคิดภาพอาชีพนั้นๆว่าเป็นอาชีพที่ทำงานเกี่ยวกับอะไร ใช้อุปกรณ์ ชนิดไหน และลักษณะในการใช้งานอุปกรณ์ประกอบอาชีพนั้นๆ เพื่อให้การแปลคำศัพท์เป็นภาพมากที่สุด ดังนั้นในภาษามือเมื่อต้องการบอกความหมายของอาชีพ จำเป็นต้องเพิ่มเติมตัวอย่างประกอบในการสื่อความหมายอีกด้วย การแสดงความหมายของท่ามือเพื่อสื่อถึงคำศัพท์เกี่ยวกับอาชีพจะต้องอาศัยแนวคิดทางนามนัย (Metonymy) โดยสอดคล้องกับคำกล่าวของนันทนา วงษ์ไทย (2562) นามนัย หมายถึงการใช้สิ่งหนึ่งเพื่ออ้างอิงถึงสิ่งหนึ่งที่เกี่ยวข้องกัน นอกจากนี้ยังมีการกล่าวถึงตัวอย่างของนามนัยที่เชื่อมโยงสิ่งที่บรรจุ (container) และสิ่งที่นำไปบรรจุ (content) ตัวอย่างเช่นความเชื่อมโยงของขวดน้ำและน้ำ และตัวอย่างในภาษามือไทย ที่กล่าวถึงคำศัพท์อาชีพ เช่น อาชีพหมอ ก็ใช้เครื่องหมาย “กาชาด” เพื่ออ้างอิงอาชีพหมอที่มีความเกี่ยวข้องกัน กล่าวคือการใช้เครื่องหมายกาชาดที่เป็นตัวบอกสัญลักษณ์ของการรักษาผ่านอาชีพหมอที่ทำหน้าที่รักษาคนไข้ นอกจากนี้ สุขสิริ ด่านธนาวิช (2548) ศึกษาสัมพันธระหว่างกระบวนการสร้างสัมพันธสารเรื่องเล่ากับกระบวนการคิดของคนหูหนวกในการเล่าเรื่องให้ผู้อื่นทราบ ใช้การพิจารณาเรื่องเล่าของคนหูหนวกจากภาพด้วยการศึกษาความสัมพันธ์ในกระบวนการสร้างสัมพันธสารตามแนวคิดทฤษฎีภาษาศาสตร์ปริณาน (Cognitive linguistic) ก็พบการใช้ท่ามือในการเล่าเรื่องโดยมีการแสดงภาพพื้นหลัง (Figure) และภาพหลัก (Ground) อยู่ในการเล่าเรื่องของคนหูหนวกด้วยเช่นกัน สำหรับภาษามือไทยที่กล่าวถึงคำศัพท์ที่เกี่ยวกับอาชีพ เช่น อาชีพช่างไม้ มีการบอกท่ามือต้นไม้และตามด้วยท่ามือเลียนแบบพฤติกรรมการทำงานโดยการใช้อมือซ้ายแทนลักษณะนามของต้นไม้และมือขวาแทนใบเลื่อย สอดคล้องกับ Wallace (2019) กล่าวถึงการใช้ท่ามือแสดงองค์ประกอบทางความหมายคือ มีการใช้ท่ามือแสดงลักษณะนามประกอบในทุกๆ การเล่าเรื่องเพื่อสื่อสาร

กล่าวโดยสรุป คำเรียกเกี่ยวกับอาชีพในภาษามือไทยจำเป็นต้องอาศัยลักษณะของการกระทำในแต่ละ อาชีพเป็นตัวเชื่อมโยง ความหมายให้เกิดความเป็นรูปธรรม การทำท่ามือเช่นนี้นำไปสู่ภาพมโนทัศน์และภาพจำเนื่องจากต้องอาศัยความรู้พื้นหลัง (background knowledge) และประสบการณ์ในการใช้ภาษามือ ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ภาษามือที่เป็นภาษาที่สองของล่ามจะส่งผลต่อการตีความและการใช้ไวยากรณ์ภาษามือ (Beal & Faniel, 2019) จากวิเคราะห์โครงสร้างภาษามือคำเรียกอาชีพได้กลวิธีที่ใช้เป็นแนวทางในการสร้างคำเรียกเกี่ยวกับอาชีพทั้งหมด 4 แนวทาง ดังนี้ (1) ใช้ท่ามือเลียนแบบพฤติกรรมการทำงาน (2) ใช้เครื่องแต่งกาย (3) ใช้ตราสัญลักษณ์ อุปกรณ์ และยานพาหนะในการประกอบอาชีพ (4) ใช้การประสมคำของท่ามือ

นอกจากนี้ในการทำความเข้าใจความหมายของคำศัพท์ที่ใช้การเชื่อมโยง (conceptual) ที่ทำให้เห็นภาพชัดเจนอาจเกิดปัญหา ในการสื่อสาร สำหรับคำเรียกอาชีพที่ไม่ได้ถูกบันทึกในหนังสือหรือในพจนานุกรมภาษามือ เช่น คำศัพท์อาชีพ นักแสดงหรือดารา พบว่า มีการใช้ท่ามือที่นำการสะกดนิ้วมือ “ด” แทนความหมายของคำว่า “ดารา” ในภาษาไทย ซึ่งการใช้ตัวสะกดนิ้วมืออักษรย่อ นั้นไม่สามารถ



ที่จะเชื่อมภาพที่อยู่ในหัวได้ สำหรับอาชีพที่ไม่มีความเป็นรูปธรรมเช่น “สัปเหร่อ” เนื่องจากไม่สามารถใช้เกณฑ์การพิจารณาเพื่อเชื่อมโยงความหมายได้ ในการแปลอาชีพนี้ต้องอาศัยการยกตัวอย่างจนกว่าจะเกิดความเข้าใจที่ตรงกันจึงนำเสนอการวิเคราะห์โครงสร้างภาษามือคำเรียกอาชีพ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างคำเรียกเกี่ยวกับอาชีพที่ไม่ได้ถูกบันทึกในหนังสือหรือในพจนานุกรมภาษามือด้วยระบบของภาษามือไทยต่อไป

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- จิระพรรณ บุญเกียรติ และคณะ. (2540). ศาสตร์การแปล รวมบทความเชิงทฤษฎีและปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เจนจิรา แก้วประสิทธิ์. (2560). *โลกของคนหูหนวก: ภาษากับชีวิตประจำวัน* (Doctoral dissertation, มหาวิทยาลัย ศิลปากร).
- ธีรศักดิ์ ศรีสุรกุล และคณะ. (2557). *การศึกษาศถานการณ์และปัญหาการปฏิบัติงานของล่ามภาษามือไทยในการจัดการเรียนการสอนนักศึกษาหูหนวก* : กรณีศึกษาวิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล. *วารสารวิทยาลัยราชสุดา*. 11 14 (มกราคม - ธันวาคม 2558), 4-23.
- นันทนา วงษ์ไทย. (2562). *อรรถศาสตร์ปริชานเบื้องต้น*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ. บริษัท เวิร์ค ออพรินท์ จำกัด.
- พวงพกา จันทร์ยาวงศ์, สิรินทรา ฤทธิเดช, และ มุกดา กุดดู่เดิม. (2564). การจำแนกท่ามือกริยาในภาษามือไทย. *สืบสาน สร้างสรรค์ ศิลปะและวัฒนธรรมท้องถิ่น. โครงการประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติด้านศิลปะและวัฒนธรรม ครั้งที่ 1* (น. 218-228). สำนักศิลปะและวัฒนธรรม มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
- ราษฎร์ บุญญา. (2551). ภาษามือ : ภาษาของคนหูหนวก. *วารสารวิทยาลัยราชสุดาเพื่อการวิจัยและพัฒนาคนพิการ*, 4(1), 77-94.
- วรรณดา วิมลเฉลา. (2539). *คู่มือสอนแปล*. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมาคมคนหูหนวกแห่งประเทศไทย. 2544. หนังสือภาษามือไทย เล่ม 5. พิมพ์ครั้งที่ 1. บพิธการพิมพ์. กรุงเทพฯ. 102 หน้า.
- สุขสิริ ด่านธนาวิช. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการสร้างสัมพันธ์สารเรื่องเล่ากับกระบวนการคิดของคนหูหนวกในการเล่าเรื่องให้ผู้อื่นทราบ. *วารสารวิทยาลัยราชสุดาเพื่อการวิจัยและพัฒนาคนพิการ*, 1(1)



อภิสิทธิ์ ธรรมทวีกุล และ จิรภา นิเวตพันธุ์. (2551). พยางค์และคำในภาษามือไทย. *วารสารวิทยาลัยราชสุดาเพื่อการศึกษาและพัฒนา คนพิการ*, 4(1), 95-113.

Beal, J. S., & Faniel, K. (2019). Hearing l2 sign language learners. *Sign Language Studies*, 19(2), 204-224.

Brunson, J., Roy, C., & Stone, C. (2020). Shaping our academic future.

Mantovan, L., Giustolisi, B., & Panzeri, F. (2019). Signing something while meaning its opposite: The expression of irony in Italian Sign Language (LIS). *Journal of Pragmatics*, 142, 47-61.



การพัฒนาศักยภาพเยาวชนโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นฐานเพื่อรองรับการท่องเที่ยวชุมชนในพื้นที่กลุ่ม จังหวัดภาคกลางตอนล่าง 1

ดั่งนภสร ณ ป้อมเพชร¹

สมศักดิ์ เจริญกุล¹

สุชาดา โทผล²

ขวัญใจ จริยาทัศน์กร³

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์ และสังเคราะห์ องค์ความรู้ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อนำมาใช้เป็นองค์ประกอบในการสนับสนุนการท่องเที่ยวชุมชน 2) พัฒนาศักยภาพของเยาวชนให้มีความสอดคล้องกับภูมิปัญญาท้องถิ่น 3) จัดตั้งศูนย์การพัฒนาศักยภาพของเยาวชนเพื่อการท่องเที่ยวชุมชน และ 4) ศึกษาแนวทางการขับเคลื่อนเครือข่ายระหว่างศูนย์การพัฒนาเยาวชนเพื่อการท่องเที่ยวชุมชน โดยทำการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามจากประชาชนและเยาวชนจำนวน 1,507 คน และข้อมูลเชิงคุณภาพได้จากการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องจำนวน 90 คน ผลการศึกษาพบว่า 1) การวิเคราะห์องค์ความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นตามแนวคิด Diamond Model สรุปได้ว่า ด้านการตอบสนองต่อนักท่องเที่ยวหรือผู้มาเยี่ยมชมชุมชน ด้านความพร้อมเกี่ยวกับปัจจัยการผลิต ด้านความต่อเนื่องและสนับสนุนการเป็นธุรกิจท่องเที่ยวชุมชน ด้านกลยุทธ์โครงสร้าง และสถานการณ์การแข่งขัน และด้านนโยบายรัฐบาล มีความสอดคล้องอยู่ในระดับมาก 2) การสังเคราะห์ภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นองค์ความรู้และได้ทำการอบรมให้เยาวชนจำนวน 165 คน ผ่าน 5 หลักสูตร 3) การจัดตั้งศูนย์การพัฒนาเยาวชนเพื่อการท่องเที่ยวชุมชนโดยเน้นการดำเนินกิจกรรม 4 แนวทางได้แก่ การให้ความรู้ผ่านผ่านเครือข่ายออนไลน์ การนำวิทยากรหรือปราชญ์ในพื้นที่เข้ามาให้ความรู้แก่เยาวชน การแทรกกิจกรรมการพัฒนาในกิจกรรมการเรียน และการจัดกิจกรรมผ่านชมรมมัคคุเทศน์ของโรงเรียน 4) เครือข่ายระหว่างศูนย์การพัฒนาเยาวชนเพื่อการท่องเที่ยวชุมชนมีหน่วยงานเข้าร่วมในเบื้องต้นจำนวน 9 หน่วยงาน โดยมีการดำเนินกิจกรรมใน 4 แนวทางคือ การเรียนรู้ผ่านระบบออนไลน์ การเรียนรู้ข้ามพื้นที่ การแลกเปลี่ยนวิทยากร และการส่งต่อนักท่องเที่ยว

คำสำคัญ: การพัฒนาศักยภาพเยาวชน, ภูมิปัญญาท้องถิ่น, การท่องเที่ยวชุมชน, กลุ่มจังหวัดภาคกลางตอนล่าง

1

¹โรงเรียนกฎหมายและการเมือง มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

³คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต



Development of Youth Potential Using Local Wisdom as a Base for Community Tourism in Lower Central Provinces 1

Darngnapasorn Na Pombejra¹

Somsak Charoenpul¹

Suchada Thophon²

Kwanjai Jariyatatkone³

Abstract

The objectives of this research were 1) to analyze and synthesize body of knowledge on local wisdom for using as a component to support community tourism; 2) develop the potential of youth to be consistent with local wisdom; 3) establish a center for developing youth potential for community tourism; and 4) study the guidelines. Driving a network between youth development centers for community tourism. Quantitative data were collected with questionnaires from 1,507 people and youth, and qualitative data were interviewed with 90 people involved. The results of the study found that, 1) Analysis of local wisdom knowledge based on the Diamond Model concept, it can be concluded that the aspect of responding to tourists or visitors to the community, the readiness of the production factors, the continuity and support of being a community tourism business, Strategy, structure and competitive situation and government policy There is a high level of consistency. 2) The research team has synthesized local wisdom as a body of knowledge and has trained 165 students in 5 courses. 3) Establishment of a youth development center for community tourism, emphasizing 4 activities, namely, knowledge through online networks, bringing speakers or local experts to educate youth, inserting development activities in learning activities, and organizing activities through the school's guide club. 4) The network between the Youth Development Centers for Community Tourism has 9 agencies participating initially, with activities in 4 approaches: online learning, cross-area learning, exchange of speakers. and referring tourists.

Key Word: Development of Youth Potential, Local Wisdom, Community Tourism,
Lower Central Provinces 1

¹ School of Law and Politics, Suan Dusit University

² Faculty of Nursing, Suan Dusit University

³ Faculty of Agricultural Production, Maejo University

บทนำ

การท่องเที่ยวเป็นอุตสาหกรรมและกิจกรรมทางพาณิชย์ที่มีความสำคัญมากสำหรับเศรษฐกิจของหลายประเทศทั่วโลก ถึงแม้การท่องเที่ยวจะสร้างรายได้ การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ แต่อีกด้านหนึ่งการท่องเที่ยวก่อให้เกิดผลกระทบต่อความยั่งยืนของระบบนิเวศ วัฒนธรรม สังคมและวิถีชีวิตของคนในชุมชนด้วยเช่นกัน ทั้งนี้ เพื่อเป็นการส่งเสริมการท่องเที่ยวชุมชน รัฐบาลโดยกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬาได้จัด “โครงการส่งเสริมการเป็นเจ้าบ้านที่ดี” ทั่วประเทศ ซึ่งได้จัดอบรมให้ความรู้แก่เยาวชนอายุ 12 ปีขึ้นไป เกี่ยวกับหลักเบื้องต้นของการท่องเที่ยว ทักษะการจัดการด้านการท่องเที่ยว การอนุรักษ์และฟื้นฟูวัฒนธรรม และการส่งเสริมโครงการชุมชนท่องเที่ยว OTOP นวัตวิถี แต่โครงการเหล่านี้ก็ยังมีกรณีการดำเนินการที่ไม่ทั่วถึงในบางพื้นที่โดยเฉพาะในชุมชนที่เป็นเมืองท่องเที่ยวเมืองรอง

ในช่วงปลายปี พ.ศ. 2562 เกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โรคโควิด-19) ส่งผลให้การพัฒนาด้านการท่องเที่ยวชุมชนเกิดการหยุดชะงักโดยสิ้นเชิง ทั้งโครงการต่าง ๆ ของรัฐที่ดำเนินการไปแล้วและอยู่ระหว่างดำเนินการ อย่างไรก็ตาม การเตรียมความพร้อมเพื่อให้เกิดความได้เปรียบในการแข่งขันก็ยังคงเป็นสิ่งจำเป็นต่อการพัฒนาการท่องเที่ยวที่จะกลับมาหลังจากการสิ้นสุดลงของการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 คณะผู้วิจัยจึงได้ทำการทบทวนข้อมูลและพบว่าพื้นที่บางแห่งในเขตภาคกลางตอนล่าง 1 ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีศักยภาพด้านการท่องเที่ยวในระดับชุมชนจำนวนมากสามารถที่จะพัฒนาขึ้นมาเป็นแหล่งท่องเที่ยวได้ในหลาย ๆ รูปแบบ ทั้งที่เป็นการท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรมชุมชน การให้บริการด้านสินค้า และบริการจากชุมชน ทั้งนี้ จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชนในพื้นที่ในการสนับสนุนส่งเสริมการพัฒนาชุมชนให้เป็นพื้นที่ที่ท่องเที่ยว เพื่อที่จะสามารถดึงดูดผู้คนเข้าสู่ชุมชนเพื่อสร้างรายได้ โดยนอกจากการพัฒนาด้านพื้นที่ สินค้าหรือบริการแก่ผู้ที่มาเยี่ยมชมชุมชนแล้ว การพัฒนาบุคลากรเพื่อส่งเสริมการท่องเที่ยวนับได้ว่าเป็นปัจจัยสำคัญเช่นกัน ด้วยที่ว่าบุคคลในชุมชนนั้นสามารถให้ข้อมูลคำแนะนำ หรือบอกเล่าเรื่องราวต่าง ๆ ได้อย่างน่าสนใจและถูกต้อง จึงย่อมเป็นส่วนหนึ่งในการสนับสนุนการท่องเที่ยวชุมชนที่ดี

การพัฒนาศักยภาพเยาวชนนั้นมีเครื่องมือและวิธีการที่หลากหลาย ทั้งการเรียนรู้ การอบรม หรือการสัมมนา ทั้งนี้ วิธีการแต่ละแบบใช้ทรัพยากร เวลา และต้นทุนที่แตกต่างกัน ซึ่งก็จะให้ผลของการศึกษาที่แตกต่างกันไปด้วย ในการเสริมสร้างการเรียนรู้แก่เยาวชนนั้น ธาวิช ถนอมจิตต์ และเทิดชาย ช่วยบำรุง (2015: 35-45) ได้นำเสนอตัวอย่างการเสริมสร้างการเรียนรู้แก่เยาวชนไว้ 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการสำรวจความต้องการเสริมสร้างความรู้แก่เยาวชน ขั้นตอนการสร้างกระบวนการเสริมสร้างความรู้แก่เยาวชน และขั้นตอนสุดท้ายคือ ขั้นตอนการพัฒนากิจกรรมเสริมสร้างความรู้อย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตามการดำเนินงานของโครงการที่ภาครัฐที่ผ่านมา มีชุมชนจำนวนมากที่ไม่สามารถพัฒนาไปสู่การเป็นชุมชนท่องเที่ยวได้สำเร็จ ด้วยปัจจัยและความพร้อมที่แตกต่างกันในแต่ละชุมชน

และก็มีบางพื้นที่ ๆ ประสบความสำเร็จหรือยังดำเนินการอยู่แม้ว่าจะไม่สำเร็จเท่าที่ควร ซึ่งในพื้นที่ส่วนนี้คณะผู้วิจัยเห็นว่าหากได้รับการสนับสนุน และส่งเสริมอย่างจริงจัง ย่อมมีความเป็นไปได้ในการที่จะพัฒนาสู่การเป็นชุมชนท่องเที่ยวที่มีศักยภาพได้ต่อไป ทั้งนี้พื้นที่ภาคกลางตอนล่าง 1 ประกอบด้วยเมืองท่องเที่ยวและเมืองรองที่น่าสนใจในหลายพื้นที่ มีทั้งจังหวัดท่องเที่ยวที่มีชื่อเสียง เช่น จังหวัดกาญจนบุรี เมืองรอง เช่น จังหวัดนครปฐม จังหวัดราชบุรี และจังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งแต่ละจังหวัดก็มีแหล่งท่องเที่ยวที่สำคัญเช่นกัน สำหรับการศึกษาครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้ทำการเลือกศึกษาชุมชนในเมืองรองของพื้นที่ภาคกลางตอนล่าง 1 เพื่อทำการศึกษา คือ จังหวัดกาญจนบุรี บ้านหนองทราย และบ้านหนองขาว จังหวัดราชบุรี บ้านครก และบ้านแพะ จังหวัดนครปฐม บ้านท่านา และบ้านอ่าววัดใหม่ จังหวัดสุพรรณบุรี บ้านดอนมะนาว บ้านแม่ประจักษ์ บ้านหนองเพียร บ้านท่ากระพี และโครงการหอมจรรยา ซึ่งพื้นที่ข้างต้นเป็นพื้นที่ ๆ มีศักยภาพที่จะพัฒนาเป็นแหล่งท่องเที่ยวเพื่อนำไปสู่ความสามารถในการเพิ่มรายได้ให้แก่ประชาชนในชุมชนได้ ซึ่งในปัจจุบัน แหล่งท่องเที่ยวจำเป็นต้องพึ่งการประชาสัมพันธ์ทางสื่อออนไลน์ โดยเฉพาะ จากนักท่องเที่ยวที่เดินทางมา ซึ่งชุมชนจำเป็นต้องสร้างความประทับใจแก่นักท่องเที่ยวเหล่านี้เพื่อให้เกิดการบอกต่อ โดยในส่วนนี้เยาวชนที่มีศักยภาพจะมีบทบาทอย่างมากในฐานะของผู้ถ่ายทอดเรื่องราวของชุมชนแก่นักท่องเที่ยว ที่ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่จะเสริมสร้างให้แก่ชุมชนในงานวิจัยนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วิเคราะห์ และสังเคราะห์ องค์ความรู้ด้านภูมิปัญญาในแต่ละพื้นที่เพื่อให้สามารถนำมาใช้เป็นองค์ประกอบในการสนับสนุนการท่องเที่ยวชุมชนได้
2. พัฒนาศักยภาพของเยาวชนในแต่ละพื้นที่ผ่านหลักสูตรที่พัฒนาขึ้นให้มีความสอดคล้องกับภูมิปัญญาท้องถิ่นในแต่ละพื้นที่
3. เพื่อศึกษาแนวทางการจัดตั้งศูนย์การพัฒนาศักยภาพของเยาวชนเพื่อการท่องเที่ยวชุมชน
4. ศึกษาแนวทางการสร้างเครือข่ายระหว่างศูนย์การพัฒนาศักยภาพของเยาวชนเพื่อการท่องเที่ยวชุมชนที่จัดตั้งขึ้น

แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

1. **การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์** การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เป็นการที่บุคคลที่อยู่ในหน่วยงานองค์กร หรือสังคม ได้เข้าสู่กิจกรรมหรือกระบวนการที่หน่วยงาน องค์กร หรือสังคมได้จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างเสริมองค์ความรู้ พัฒนาความสามารถ และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลนั้นให้มีศักยภาพที่พร้อมด้วยความรู้ ความสามารถ ทักษะ สติปัญญา และไหวพริบ สามารถนำองค์ความรู้ และทักษะต่าง ๆ มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาตนเองได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีความพร้อมในการปฏิบัติงานให้ประโยชน์สูงสุดต่อตนเอง หน่วยงาน องค์กร และสังคม

สำหรับรูปแบบการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ถูกนำเสนอโดย โชติชวล พุทธิกาญจน์, (2559, น. 26 – 36) ใน 3 รูปแบบ คือ รูปแบบแรก คือ การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เพื่อการดำเนินชีวิต และเพื่อ



เตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงาน รูปแบบที่สอง คือ การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ผ่านการฝึกอบรม และรูปแบบที่สาม คือ การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ผ่านการสนับสนุน ทั้งนี้ รูปแบบของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ที่กล่าวมาข้างต้น ความสอดคล้องกับแนวคิดของ นิสตาร์ก เวชยานนท์. (2551, น. 119) ที่มองว่า การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์นั้นประกอบด้วย 1) การสอนงานจากผู้ที่มีประสบการณ์สูง หรือมีความเชี่ยวชาญเฉพาะ มีลักษณะเป็นแบบตัวต่อตัว (Coaching) 2) การสร้างสถานการณ์จำลอง เพื่อช่วยเข้าใจหลักการแก้ปัญหา (Games) 3) วิธีการให้รายละเอียดของสถานการณ์ข้อเท็จจริงต่าง ๆ ผ่านกรณีตัวอย่าง (Cases) 4) การแบ่งกลุ่มการอบรมเพื่ออภิปรายในหัวข้อที่กำหนด (Discussion) 5) การใช้ตัวแบบหรือตัวอย่างบุคคลในการปฏิบัติงานหรือแก้ปัญหา เพื่อช่วยให้เห็นข้อบกพร่องของตนเองและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Behavior modeling) 6) วิธีการอบรมที่เหมาะสมกับผู้นำ เพื่อพิจารณาความสามารถในการบริหารจัดการ (In-basket training) 7) การฝึกโดยผ่านการปฏิบัติจริง (Internships) 8) การแสดงบทบาทสมมติ เป็นการจำลองเหตุการณ์และมอบหมายบทบาทต่าง ๆ ให้ปฏิบัติเพื่อให้เกิดความเข้าใจ (Role playing) 9) การสลับเปลี่ยนหมุนเวียนงาน หน้าที่หรือตำแหน่ง เพื่อเพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์ในด้านต่าง ๆ (Job rotation) 10) บทเรียนหรือบททดสอบที่เขียนขึ้นมาเพื่อให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง (Programmed instruction) 11) การบรรยายในการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ (Lecture) 12) การฝึกงานหรือทดลองงาน (Apprenticeship) 13) การจัดประสบการณ์เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ โดยจัดสถานการณ์หรือเหตุการณ์ให้เสมือนจริง โดยผู้อบรมจะเป็นผู้แสดงและให้ผู้อื่นเป็นผู้สังเกต (Simulators)

2. การท่องเที่ยวชุมชน การท่องเที่ยวโดยชุมชน เป็นลักษณะของการท่องเที่ยวที่ให้ความสำคัญกับการอนุรักษ์หรือดำรงไว้ซึ่งทรัพยากรธรรมชาติ ขนบธรรมเนียม ประเพณี วิถีชีวิตของ ผู้คนในพื้นที่ โดยสมาชิกในชุมชนเป็นเจ้าของสิทธิ์ในการบริหารจัดการ และสามารถแสวงหาผลประโยชน์จากการจัดการท่องเที่ยวในพื้นที่ของตนเอง และมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญคือการพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน โดย Erik Holm Petersen (1995: 46) ได้กล่าวถึงรูปแบบการท่องเที่ยวชุมชน ซึ่งประกอบด้วย 1) การจำหน่ายสินค้าที่เป็นเอกลักษณ์ของชุมชน (Product sales) เช่น สินค้าหัตถกรรม อาหารประจำท้องถิ่น รวมไปถึงทรัพยากรการท่องเที่ยวอื่น ๆ ของชุมชน 2) กิจกรรมการแสดงทางวัฒนธรรม (Cultural shows activities) เช่น การฟ้อนรำ การละเล่นพื้นบ้าน และการแสดงดนตรีเฉพาะชุมชน เป็นต้น 3) กิจกรรมการท่องเที่ยวเชิงหมู่บ้าน (Village based activities) หมายถึง กิจกรรมที่คนในชุมชนเป็นผู้ดำเนินการ เพื่อนำเสนอแก่นักท่องเที่ยว เช่น กิจกรรมเดินป่าเพื่อชมธรรมชาติในบริเวณหมู่บ้าน หรือบริเวณใกล้เคียงโดยมีมัคคุเทศก์นำทาง และ 4) กิจกรรมการพักค้างแรม กิจกรรมพักค้างแรมในหมู่บ้านมีหลายรูปแบบ ทั้งในรูปแบบของการจัดแคมป์ (Camping) การจัดกิจกรรมที่พักแบบ Home stay และการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกและที่พักแรมในหมู่บ้าน (Village accommodation facilities)

3. แนวคิดเกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่น (Local wisdom)

ภูมิปัญญาท้องถิ่นหมายถึง องค์ความรู้ ความสามารถ ทักษะ หรือระบบความคิดที่เกิดจากประสบการณ์ และเป็นสิ่งที่มีคุณค่าทั้งทางกายและใจของสมาชิกในชุมชน โดยสามารถนำมาใช้ประโยชน์ทั้งในการแก้ปัญหา การจัดการ และปรับตัวเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่ง อนงค์ศิริ วิชาลัย (2554) มองว่า ลักษณะของภูมิปัญญาว่า สามารถแบ่งลักษณะได้หลายมิติหรือมุมมอง ดังนี้ 1) ลักษณะที่เป็นนามธรรม ได้แก่ ความรู้ ความคิด ความเชื่อ หรือปรัชญาในการดำเนินชีวิตเกี่ยวกับการเกิด แก่ เจ็บ ตาย และแนวทางการแก้ไขปัญหาและการดำเนินชีวิต รวมถึงคุณค่าและความหมายทุกสิ่งในชีวิตประจำวัน 2) ลักษณะที่เป็นรูปธรรม ได้แก่ กิจกรรมหรือการกระทำทั้งหลายที่เกี่ยวกับเรื่องเฉพาะด้าน ได้แก่ การทำมาหากิน การเกษตรธรรมชาติ เกษตรผสมผสาน ด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การอนุรักษ์ป่า การบวชต้นไม้ การทำเหมืองฝาย เชื้อดินและฝายแม้ว ด้านศิลปะ หัตถกรรม ดนตรี การละเล่น และวรรณกรรมพื้นบ้าน เป็นต้น

ภูมิปัญญาเป็นการถ่ายทอดผ่านประสบการณ์ตั้งแต่ในอดีตไปจนถึงปัจจุบัน ที่มีความต่อเนื่องและมีความเป็นธรรมชาติ เชื่อมโยงกับเรื่องราวในประวัติศาสตร์ และถ่ายทอดสืบต่อกันมา เป็นความสัมพันธ์ภายในพื้นที่ชุมชน ภูมิปัญญา ซึ่งเป็นปรัชญาหรือแนวทางในการดำเนินชีวิต และเรื่องเฉพาะด้าน เช่น การทำมาหากิน ศิลปะ ดนตรี หัตถกรรม เป็นต้น โดยมีลักษณะเป็นระบบที่สำคัญ 4 ประการ คือ ความรู้และระบบความรู้ การสั่งสมและการเข้าถึงความรู้ การถ่ายทอดความรู้และระบบความรู้ รวมทั้งการสร้างสรรคและปรับปรุงความรู้ ทั้งนี้ จารุวรรณ ธรรมวัตร (2558, น. 12-13) ได้มีการแบ่ง วิธีการถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นตามลักษณะของช่วงวัย โดยแบ่งออกเป็น 2 วิธี คือ 1) การถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นแก่เยาวชนต้องมีรูปแบบที่เข้าใจได้ง่ายไม่ซับซ้อน เข้ากับบริบทปัจจุบันของเยาวชน แต่ต้องไม่ละเลยด้านคุณธรรมและจริยธรรมที่ติงามของสังคม และ 2) วิธีการถ่ายทอดภูมิปัญญาแก่ผู้ใหญ่มีวิธีการถ่ายทอดที่หลากหลาย เช่น การบอกเล่า การสังเกตผ่านกิจกรรมต่าง ๆ เป็นต้น ส่วนของ ดวงฤทัย อรรถแสง (2552, น. 39) ได้อธิบายหลักการของการถ่ายทอดความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นว่าเป็นการให้ข้อมูลวิชาความรู้ให้กับผู้เรียนได้เข้าใจ และนำไปสู่การปฏิบัติได้ ซึ่งภูมิปัญญาท้องถิ่นมักจะถ่ายทอดองค์ความรู้ต่าง ๆ โดยอัตโนมัติให้กับผู้เรียนหรือกลุ่มเป้าหมาย ไม่ได้เรียนมาจากสถาบันใด และเป็นการเรียนการสอนจากการเลียนแบบ การจดจำ และการสืบทอดกันในครอบครัว โดยมีวิธีการถ่ายทอด 2 รูปแบบ คือ 1) การสาธิต คือ ทำให้ดูเป็นตัวอย่าง อธิบายทุกขั้นตอนให้ผู้เรียนเข้าใจและปฏิบัติตาม และ 2) การปฏิบัติจริง คือ ฟังคำบรรยาย อธิบาย การสาธิตแล้วนำไปปฏิบัติจริงและมีความต่อเนื่อง จนเกิดเป็นความชำนาญ

4. แนวคิดเกี่ยวกับเครือข่าย (Network)

เครือข่ายเป็นรูปแบบการทำงานที่มีความเชื่อมโยงกันกับบุคคลหรือหน่วยงานอื่น ที่มีความพร้อมทั้งทรัพยากร องค์ความรู้ ความสามารถ โดยมีเป้าหมายร่วมกันในการผลักดันให้บรรลุเป้าหมายร่วมกัน ซึ่งรูปแบบของเครือข่ายเป็นการกำหนดการบริหารจัดการเครือข่าย โครงสร้าง บทบาทหน้าที่ กฎระเบียบที่ใช้ร่วมกัน รวมถึงการติดต่อ

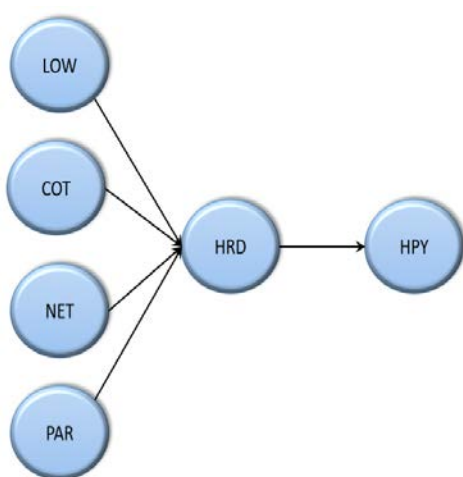
ประสานงาน แผนโครงการ และงบประมาณ โดยประเภทของเครือข่ายนั้นขึ้นอยู่กับสมาชิก วัตถุประสงค์ กิจกรรมหลัก และโครงสร้างในการดำเนินงานของเครือข่ายเอง (เสรี พงศ์พิศ: 2558, น. 198-200) ในขณะที่ประเภทของเครือข่ายสามารถแบ่งได้หลายหลักเกณฑ์ โดยพิจารณาลักษณะที่สำคัญของเครือข่าย แบ่งเป็น 3 ประเภท ดังนี้ 1) เครือข่ายเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ความคิด ประสพการณ์ ภูมิปัญญาและเทคโนโลยีต่างๆ 2) เครือข่ายกิจกรรม เป็นเครือข่ายช่วยเหลือและร่วมมือกันทำกิจกรรมในลักษณะเดียวกันหรือสนับสนุนส่งเสริมกัน 3) เครือข่ายทรัพยากรเป็นเครือข่ายที่ระดมและจัดการทรัพยากรในท้องถิ่น และการกำหนดรูปแบบของเครือข่ายสามารถกำหนดได้หลายรูปแบบตามกฎเกณฑ์ที่กำหนดขึ้น ดังนี้ 1) รูปแบบตามความสัมพันธ์แบบต่าง ๆ ของเครือข่าย 2) รูปแบบตามลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างแกนกลางประสานงานกับสมาชิกเครือข่าย 3) รูปแบบตามลักษณะกิจกรรมของสมาชิกเครือข่าย (สนธยา พลศรี: 2550, น. 223- 228, 241)

5. แนวคิดการมีส่วนร่วมการพัฒนาชุมชน การมีส่วนร่วมของประชาชนหมายถึง ความร่วมมือในการปฏิบัติงานต่าง ๆ และรับผิดชอบร่วมกัน เพื่อให้เกิดการดำเนินการพัฒนา และการเปลี่ยนแปลงโดยความร่วมมือนั้นจะส่งผลให้การดำเนินการหรือกิจกรรมต่าง ๆ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยขั้นตอนของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา ประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงาน 2) การมีส่วนร่วมในการลงทุนและการปฏิบัติงาน และ 3) การมีส่วนร่วมในกระบวนการติดตามและการประเมินผลงาน ซึ่งเงื่อนไขที่มีผลต่อการตัดสินใจในเข้ามามีส่วนร่วมนั้น ๆ Cohen. and Uphoff (1977) ที่เสนอว่าจะต้องประกอบไปด้วย 1) ลักษณะของโครงการ โดยพิจารณาจากความสลับซับซ้อนของเทคโนโลยีทรัพยากรที่ต้องการ ลักษณะประโยชน์ที่จะได้รับ ความยืดหยุ่นของโครงการ และการเข้าถึงการบริหารจัดการโครงการ 2) ภาพแวดล้อมของงานหรือกิจกรรมตามโครงการในปัจจัยต่าง ๆ เช่น ปัจจัยทางกายภาพและชีวภาพ เศรษฐกิจ การเมือง สังคม และวัฒนธรรม เป็นต้น

6. แนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์ความสามารถในการแข่งขันโดยใช้แบบจำลองระบบเพชร (Diamond model) ถูกนำเสนอโดย Porter (1990) โดยได้ศึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการแข่งขันระดับประเทศ และเกิดโมเดลขึ้นมาที่เรียกว่า Diamond model เป็นแนวคิดสำหรับการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมในอุตสาหกรรม แสวงหาโอกาสและรับรู้อุปสรรค เพื่อหาทางปรับปรุงแก้ไขให้ได้ผลผลิต (Productivity) สูงขึ้น ส่งผลให้ประสบความสำเร็จในธุรกิจหรือมีความสามารถในการแข่งขันกับคู่แข่งในตลาดโลกได้ โดยมีทั้งหมด 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) สถานะปัจจัยการผลิต (Factor conditions) 2) สถานะอุปสงค์ (Demand conditions) 3) อุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องและสนับสนุน (Related and supporting industries) และ 4) โครงสร้างด้านการแข่งขันของประเทศที่ประสบความสำเร็จมักจะมียุทธศาสตร์ที่สอดคล้องกับศักยภาพของประเทศนั้น ๆ อย่างแท้จริง นอกจากนี้ตัวกำหนดดังกล่าว ยังมีปัจจัยภายนอกที่มีบทบาทต่อความสามารถในการแข่งขันของประเทศอีก 2 ประการ คือ 1) เหตุสุตวิสัย และ โอกาสทางธุรกิจ (Chance) และ 2) บทบาทของภาครัฐ (Government)

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ขึ้นอยู่กับพื้นฐานของแนวคิดเรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่นตามกรอบ Diamond model การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ การท่องเที่ยวโดยมีชุมชนเป็นฐาน การมีส่วนร่วมของชุมชน และการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือระหว่างชุมชนโดยเน้นด้านการพัฒนาบุคลากรด้านการท่องเที่ยวและการท่องเที่ยวชุมชน เพื่อก่อให้เกิดการพัฒนาทักษะของเยาวชนอันสามารถส่งเสริมการท่องเที่ยวชุมชนได้ และเป็นเยาวชนที่มีศักยภาพสูง รวมทั้งเพื่อจัดตั้งศูนย์การพัฒนาเยาวชนเพื่อการท่องเที่ยวชุมชนและแนวทางการสร้างเครือข่ายระหว่างศูนย์การพัฒนาเยาวชนเพื่อการท่องเที่ยวชุมชนที่จัดตั้งขึ้น โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

กำหนดให้

HPY หมายถึง เยาวชนศักยภาพสูง (High potential youth)

HRD หมายถึง กระบวนการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (Human resource development process)

COT หมายถึง การท่องเที่ยวชุมชน (Community tourism)

LOW หมายถึง ภูมิปัญญาท้องถิ่น (Local wisdom)

NET หมายถึง เครือข่ายการพัฒนาเยาวชน (Youth development network)

PAR หมายถึง การมีส่วนร่วม (Participation)

ระเบียบวิธีวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรในการศึกษานี้ประกอบด้วย 3 กลุ่มที่สำคัญคือ 1) ผู้นำชุมชนหรือผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 2) ประชาชนในพื้นที่ และ 3) เยาวชนในพื้นที่โดยกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 4 พื้นที่ใน 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดสุพรรณบุรี จังหวัดราชบุรี จังหวัดนครปฐม และจังหวัดกาญจนบุรี

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาแยกเป็นกลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ โดยกลุ่มแรกทำการคัดเลือกผู้นำชุมชนหรือผู้ให้ข้อมูลสำคัญพื้นที่ละไม่น้อยกว่า 3 คน รวมทั้งสิ้นไม่น้อยกว่า 33 คน กลุ่มที่ 2 คือ ผู้นำชุมชน และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวในชุมชน และผู้ที่มีความรู้ด้านการพัฒนาเยาวชนและการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือในพื้นที่ พื้นที่ละไม่น้อยกว่า 3 คน รวมทั้งสิ้นไม่น้อยกว่า 33 คน และกลุ่มที่ 3 คืออาสาสมัครเยาวชนที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาศักยภาพเยาวชนจาก 5 พื้นที่ ไม่น้อยกว่าพื้นที่ละ 30-35 คน รวมเยาวชนที่เข้าร่วม 165 คน

ส่วนตัวอย่างเชิงปริมาณทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากประชาชนในพื้นที่ และประชาชนที่มาท่องเที่ยวในชุมชน โดยใช้ สูตรการคำนวณของ Cochran ที่สัดส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 และความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ได้จำนวนกลุ่มละ 139 คน ต่อพื้นที่ รวมพื้นที่เป้าหมาย 11 แห่ง ได้กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณจำนวนทั้งหมด 1,529 คน

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลและคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่น การท่องเที่ยวชุมชน การพัฒนาเยาวชนเพื่อสนับสนุนการท่องเที่ยวชุมชน รวมทั้งการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือ และนำผลการศึกษาที่ได้มาถ่ายทอดสู่ชุมชนโดยการอบรมแกนนำและเยาวชนที่เข้าร่วมโครงการ รวมถึงทำการประเมินผลเพื่อจัดทำคู่มือเผยแพร่ ส่วนการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบสอบถามเพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวตามกรอบแนวคิด Diamond Model รวมทั้งความพร้อมด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบสัมภาษณ์จะทำการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ส่วนแบบสอบถามจะทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ด้วยค่า IOC พบว่าข้อคำถามในแบบสอบถามมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 และทำการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นด้วยค่า Cronbach's alpha มีค่าอยู่ระหว่าง 0.849 – 0.943 รวมทั้งอำนาจจำแนก โดยค่า Corrected Item Total Correlations (CITC) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.244 – 0.904 จากร่างแบบสอบถามจำนวน 50 ชุด

3. การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพดำเนินการวิเคราะห์ โดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) คือ การนำข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมมาวิเคราะห์ จัดระบบข้อมูลและสังเคราะห์เพื่อนำเสนอองค์ความรู้เกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่นของชุมชนและพัฒนาคู่มืออบรมให้แก่เยาวชนในพื้นที่ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณดำเนินการวิเคราะห์ด้วยสถิติพื้นฐาน ได้แก่ การวิเคราะห์ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

1. ผลการวิเคราะห์องค์ความรู้ด้านภูมิปัญญาในแต่ละพื้นที่ตามหลักการ Diamond Model สรุปได้ว่าทุกประเด็นตามมิติ Diamond Model ได้แก่ 1) ด้านการตอบสนองต่อนักท่องเที่ยวหรือผู้มาเยี่ยมชมชุมชน 2) ด้านความพร้อมเกี่ยวกับปัจจัยการผลิต 3) ด้านความต่อเนื่องและสนับสนุนการเป็นธุรกิจท่องเที่ยวชุมชน 4) ด้านกลยุทธ์ โครงสร้าง และสถานการณ์การแข่งขัน และ 5) ด้านนโยบายรัฐบาล มีความสอดคล้องอยู่ในระดับมาก โดยมีรายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลเกี่ยวกับโอกาสการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นสู่การท่องเที่ยวชุมชนตามหลักการ Diamond model

ประเด็นตามมิติ Diamond model	ระดับความสอดคล้อง		
	$\bar{x}$	SD	ความหมาย

1. ด้านการตอบสนองต่อนักท่องเที่ยวหรือผู้มาเยี่ยมชมชุมชน	3.79	0.78	สอดคล้องมาก
2. ด้านความพร้อมเกี่ยวกับปัจจัยการผลิต	3.89	0.72	สอดคล้องมาก
3. ด้านความต่อเนื่องและสนับสนุนการเป็นธุรกิจท่องเที่ยวชุมชน	3.82	0.82	สอดคล้องมาก
4. ด้านกลยุทธ์ โครงสร้าง และสถานการณ์การแข่งขัน	3.95	0.79	สอดคล้องมาก
5. ด้านนโยบายรัฐบาล	3.78	0.81	สอดคล้องมาก

คณะผู้วิจัยได้ทำการสังเคราะห์ภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นองค์ความรู้จำนวน 5 เรื่องได้แก่ 1) องค์ความรู้การทอผ้าขาวม้าชุมชนบ้านหนองขาว 2) องค์ความรู้การทำลูกประคบสมุนไพรบ้านครก 3) องค์ความรู้การท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรมชุมชนบ้านอ่าววัดใหม่ 4) องค์ความรู้การทำเป็ดยวนบ้านแม่พระประจักษ์ และ 5) องค์ความรู้ว่านหางจระเข้จากหอมขจรฟาร์มสู่ผลิตภัณฑ์ชุมชน

2. พัฒนาศักยภาพของเยาวชนในแต่ละพื้นที่ผ่านหลักสูตรที่พัฒนาขึ้นให้มีความสอดคล้องกับภูมิปัญญาท้องถิ่นในแต่ละพื้นที่ จากองค์ความรู้ที่ทำการสังเคราะห์ได้ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 คณะผู้วิจัยได้นำไปจัดอบรมให้แก่เยาวชนจำนวนกว่า 165 คน ทั้งในรูปแบบของการอบรมในพื้นที่ชุมชนและการอบรมออนไลน์เนื่องจากปัญหาการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 และนำข้อมูลบางส่วนเผยแพร่ผ่าน “Facebook: การพัฒนาศักยภาพเยาวชนเพื่อการท่องเที่ยวชุมชน จังหวัดภาคกลาง ตอนล่าง 1” โดยการอบรมนั้นประกอบด้วย 5 โครงการได้แก่

1) โครงการอบรม “การถ่ายทอดความรู้การทอผ้าขาวม้าชุมชนบ้านหนองขาว” สำหรับเยาวชนเพื่อรองรับการท่องเที่ยวชุมชนโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นฐาน

2) โครงการอบรม “การถ่ายทอดความรู้การทำลูกประคบสมุนไพรบ้านครก” สำหรับเยาวชนเพื่อรองรับการท่องเที่ยวชุมชนโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นฐาน

3) โครงการอบรม “การท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรมชุมชนบ้านอ่าววัดใหม่” สำหรับเยาวชนเพื่อรองรับการท่องเที่ยวชุมชนโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นฐาน

4) โครงการอบรม “การถ่ายทอดความรู้การทำเป็ดยวนบ้านแม่พระประจักษ์” สำหรับเยาวชนเพื่อรองรับการท่องเที่ยวชุมชนโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นฐาน

5) โครงการอบรม “ภูมิปัญญาท้องถิ่น: ว่านหางจระเข้จากหอมขจรฟาร์มสู่ผลิตภัณฑ์ชุมชน”

ทั้งนี้จากการอบรมทั้ง 5 โครงการพบว่าเยาวชนที่เข้าร่วมโครงการบางส่วนสามารถสร้างผลิตภัณฑ์ตามที่วิทยากรแนะนำได้ อย่างไรก็ตามสิ่งที่เกิดขึ้นชัดเจน คือ เยาวชนเหล่านี้มีความสนใจและตระหนักถึงความสำคัญของภูมิปัญญาของท้องถิ่นตนเองมากขึ้น

3 จัดตั้งศูนย์การพัฒนาเยาวชนเพื่อการท่องเที่ยวชุมชน การจัดตั้งศูนย์การพัฒนาเยาวชนเพื่อการท่องเที่ยวชุมชนจากการประชุมกับผู้เกี่ยวข้องในชุมชนได้ข้อสรุปว่าควรใช้พื้นที่ ๆ มีอยู่แล้วในชุมชน เช่น ศูนย์การเรียนรู้ชุมชนหรือโรงเรียนในพื้นที่เพื่อลดปัญหาด้านบุคลากรและการดูแลพื้นที่เป็นต้น แต่ให้เน้นกิจกรรมที่จะดำเนินการที่จะพัฒนาชุมชนเป็นสำคัญ โดยมีพื้นที่ชุมชนที่พร้อมและใช้เป็นพื้นที่ของศูนย์การพัฒนาเยาวชนเพื่อการท่องเที่ยวชุมชนได้แก่ 1) ศูนย์การเรียนรู้บ้านแม่พระ

ประจักษ์ โดยมีคุณ เรือนแก้ว สังขรัตน์ เป็นผู้ประสานงาน 2) โรงเรียนวัดโกสินารายณ์ โดยมีคุณครู สมบัติ สมเคนย์ เป็นผู้ประสานงาน 3) ศูนย์วัฒนธรรมพื้นบ้านและชุมชนบ้านหนองขาว โดยมีคุณครู นพวรรณ ใจตรง เป็นผู้ประสานงาน 4) โรงเรียนภัทรญาณวิทยา โดยมีคุณครูทรายทอง เกตุพลอย เป็นผู้ประสานงาน และ 5) โครงการหอมจรพารัม โดยมีคุณ ธนากร บุญกล้า เป็นผู้ประสานงาน

4. ศึกษาแนวทางการสร้างเครือข่ายระหว่างศูนย์การพัฒนาเยาวชนเพื่อการท่องเที่ยวชุมชนที่ จัดตั้งขึ้น เครือข่ายการพัฒนาศักยภาพเยาวชนเพื่อการท่องเที่ยวชุมชน จังหวัดภาคกลางตอนล่าง 1 ถูกจัดตั้งขึ้นในเบื้องต้นจากความร่วมมือของ 9 หน่วยงานคือ ศูนย์การเรียนรู้บ้านแม่พระประจักษ์ โรงเรียนโรงเรียนแม่พระประจักษ์ โครงการหอมจรพารัม มหาวิทยาลัยสวนดุสิต โรงเรียนวัดโกสินารายณ์ วิสาหกิจชุมชนสระโกสินารายณ์ พิพิธภัณฑ์โกสินารายณ์ ศูนย์วัฒนธรรมพื้นบ้านและชุมชน บ้านหนองขาว โรงเรียนหนองขาวโกวิทพิทยาคม และโรงเรียนภัทรญาณวิทยา และมีแนวทางในการ ขับเคลื่อนเครือข่าย ประกอบด้วยการเรียนรู้ผ่านระบบออนไลน์ การเรียนรู้ข้ามพื้นที่ การแลกเปลี่ยน วิทยากร และการส่งต่อนักท่องเที่ยว

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยมีประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปรายดังนี้ ประเด็นที่ 1 วิเคราะห์องค์ความรู้ด้าน ภูมิปัญญาในแต่ละพื้นที่หลักการ Diamond model ที่สรุปได้ว่าทุกประเด็นตามมิติ Diamond model ได้แก่ 1) ด้านการตอบสนองต่อนักท่องเที่ยวหรือผู้มาเยี่ยมชมชุมชน 2) ด้านความพร้อม เกี่ยวกับปัจจัยการผลิต 3) ด้านความต่อเนื่องและสนับสนุนการเป็นธุรกิจท่องเที่ยวชุมชน 4) ด้านกล ยุทธ์ โครงสร้าง และสถานการณ์การแข่งขัน และ 5) ด้านนโยบายรัฐบาล มีความสอดคล้องอยู่ใน ระดับมาก มีความสอดคล้องกับแนวคิดของ Diamond model ที่ได้นำเสนอว่าการพัฒนาธุรกิจด้าน การบริการซึ่งการท่องเที่ยวก็เป็นธุรกิจด้านการบริการรูปแบบหนึ่งนั้นหากมีความพร้อมในมิติทั้ง 5 ด้านย่อมมีโอกาสที่จะประสบความสำเร็จในการดำเนินการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฌ็องซู พัทธ มณีโรจน์ และนราศรี ไววนิชกุล (2559: 211-212) เรื่องความสามารถในการแข่งขันของการ ท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของประเทศไทย ที่สรุปว่าปัจจัยทั้งตามแนวคิดของ Diamond model เป็น ปัจจัยที่ช่วยทำให้เกิดการได้เปรียบเชิงการแข่งขันในธุรกิจด้านการท่องเที่ยว เช่นเดียวกับ ศิริชัย นาค อุดม พรหมนภา เขียวน้อย และศิวพร ถาวรวงศา (2561: 59-60) ที่ศึกษาเรื่องยุทธศาสตร์การสร้าง ความได้เปรียบเชิงการแข่งขันของการท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรมจังหวัดนครศรีธรรมราช กรณีศึกษา: การขึ้นทะเบียนเป็นมรดกโลกทางวัฒนธรรมของวัดพระมหาธาตุวรมหาวิหาร ที่สรุปว่าแนวคิดของ Diamond model สร้างความได้เปรียบเชิงการแข่งขันแล้วยังมีประเด็นด้านการสร้างความยั่งยืนอีก ประการที่จะทำธุรกิจดำเนินไปได้อย่างบรรลุผลตามที่กำหนดไว้ นอกจากนี้ สิริกร ประทุม (2564: 83) ที่ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนาการจัดการโลจิสติกส์สำหรับการท่องเที่ยวจังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งได้ นำเสนอว่าในมิติของ Diamond model ด้านการสนับสนุนจากรัฐนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่ง รวมทั้ง การมีสินค้าและบริการที่น่าสนใจ ทั้งนี้ในการวิจัยครั้งนี้นอกจากในแต่ละพื้นที่จะมีแหล่งท่องเที่ยวและ

วัฒนธรรมที่น่าสนใจในภายในชุมชนแล้วคณะผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลและจัดเป็นองค์ความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเผยแพร่กันได้แก่ องค์ความรู้การทอผ้าขาวม้าชุมชนบ้านหนองขาว องค์ความรู้การทำลูกประคบสมุนไพรบ้านครก องค์ความรู้การทอเที่ยวเชิงวัฒนธรรมชุมชนบ้านอ่าววัดใหม่ องค์ความรู้การทำเปลญวนบ้านแม่พระประจักษ์ และองค์ความรู้ว่านหางจระเข้จากหอมขจรพารมส์ผลิตภัณฑ์ชุมชน ซึ่งผลผลิตเหล่านี้เป็นเงื่อนไขประการหนึ่งของแนวคิด Diamond model ที่กำหนดว่าการได้เปรียบเชิงการแข่งขันจำเป็นต้องมีสินค้าหรือบริการที่สามารถดึงดูดนักท่องเที่ยวได้ ซึ่งผลผลิตแต่ละอย่างในชุมชนเป็นผลผลิตที่มีคุณภาพส่งขายทั้งในประเทศและต่างประเทศเป็นจำนวนมาก สอดคล้องกับ จิราภรณ์ แก้วมณี (2557) ได้ศึกษาการจัดการการท่องเที่ยวตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ชุมชนบ้านหัวเขาจีน อำเภอปากท่อ จังหวัดราชบุรี ที่พิจารณาว่าชุมชนต้องมีทรัพยากรหรือวัฒนธรรมหรือสิ่งอื่นใดที่มีคุณภาพมีคุณค่าเป็นที่น่าสนใจของนักท่องเที่ยวได้ ทั้งนี้แนวคิด Diamond model เมื่อพิจารณาแล้วอาจถือได้ว่าเป็นหลักการกว้าง ๆ เพราะกล่าวถึงทุกประเด็นที่เป็นเชิงบวกกับการสร้างความได้เปรียบเชิงการแข่งขัน ซึ่งหากองค์การ หน่วยงาน หรือพื้นที่ใดมีความพร้อมตามแนวคิด Diamond model แล้วย่อมที่จะมีโอกาสในการประสบความสำเร็จสูงกว่า

ประเด็นที่ 2 คือการพัฒนาศักยภาพของเยาวชนในแต่ละพื้นที่ผ่านหลักสูตรที่พัฒนาขึ้นให้มีความสอดคล้องกับภูมิปัญญาท้องถิ่น จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้จากภูมิปัญญาท้องถิ่นคณะผู้วิจัยได้พัฒนาหลักสูตรอบรม 5 หลักสูตร โดยผลการอบรมดำเนินการไปได้ด้วยดี เยาวชนให้ความสนใจ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยงาน การอบรมเยาวชนเพื่อให้เป็นมัคคุเทศก์น้อยมีความรู้เกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่นของตน รวมทั้งตระหนักถึงความสำคัญของภูมิปัญญาของท้องถิ่น และยังมีการอบรมเกี่ยวกับการสื่อสาร ทักษะในการเป็นมัคคุเทศก์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ญญฐนันท์ ตาบโกสัย (2551) ที่ทำการศึกษาเรื่องการพัฒนาเยาวชนมัคคุเทศก์ในการนำชมแหล่งท่องเที่ยวหมู่ที่ 1 ตำบลจักรสีห์ อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี โดยทำการอบรมความรู้เกี่ยวกับการเป็นมัคคุเทศก์ และความรู้เกี่ยวกับแหล่งท่องเที่ยวบริเวณหมู่ที่ 1 ตำบลจักรสีห์ อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรีควบคู่กันไป นอกจากนี้ยังมีประเด็นเกี่ยวกับความรู้ของเยาวชนในพื้นที่เกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่นที่น่าสนใจ กล่าวคือแม้ว่าเยาวชน หรือนักเรียนเหล่านี้จะอยู่ในพื้นที่แต่กลับมีความรู้เกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่นของตนเองนั้นค่อนข้างน้อย ในประเด็นนี้มีการศึกษาของ ชูติพนธ์ เสือสุวรรณ (2542) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของบริษัทการบินไทย จำกัด (มหาชน)” ซึ่งข้อสรุปสำคัญประการหนึ่งคือหาหน่วยงานให้การสนับสนุนในการอบรมน้อยย่อมส่งผลให้การพัฒนาของพนักงานมีน้อยตามไปด้วย ซึ่งปัจจุบันนิยมใช้คำว่า “Upskill และ Reskill” เป็นการบ่งบอกถึงการพัฒนาทักษะที่จำเป็นให้สามารถใช้การได้ในสภาพการณ์ปัจจุบัน

นอกจากนี้การอบรมตามหลักสูตรที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นยังคำนึงถึงปัจจัยต่างที่น่าจะส่งผลต่อความสำเร็จของการอบรม โดยได้รับการสนับสนุนจากคุณครูในพื้นที่เป็นอย่างดี รวมถึงสถานที่ในการ

อบรมด้วย และมีวิทยากรที่เป็นปราชญ์ในชุมชนเป็นผู้ให้ความรู้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริภัสสรค์ วงศ์ทองดี (2559) ได้ทำการศึกษาเรื่องการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์จากตัวแบบของดีลาฮาเย รวมทั้งสวนสันกับฮอนตัน และนักวิชาการคนอื่น ๆ เช่น แนนเดอร์โนว์และเวอร์เนอร์กับ เดอสิโมเน และได้ข้อสรุปว่า การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์จำเป็นจะต้องคำนึงถึงปัจจัยสำคัญ 7 ประการ ได้แก่ 1) สภาพแวดล้อมภายนอกขององค์กร 2) สภาพแวดล้อมภายในองค์กร 3) ตัวบุคลากรหรือผู้เรียน 4) ตัวแบบหรือกรอบแนวคิด/ทฤษฎีเรื่องการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ 5) กลยุทธ์หรือวิธีการสร้างการเรียนรู้ 6) สมรรถนะ ความรู้ทักษะ ประสบการณ์และกรอบการคิด 7) การบริหารจัดการเพื่อประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และเพื่อสร้างการพัฒนาอย่างยั่งยืน

ประเด็นที่ 3 คือ การจัดตั้งศูนย์และเครือข่ายการพัฒนาเยาวชนเพื่อการท่องเที่ยวชุมชน มีข้อสรุปว่า ศูนย์การพัฒนาเยาวชนที่จัดตั้งขึ้นนี้ให้ใช้พื้นที่ของศูนย์การเรียนรู้ชุมชน แต่หากพื้นที่ใดไม่มีศูนย์การเรียนรู้ชุมชนให้ใช้โรงเรียนในพื้นที่เป้าหมายเป็นพื้นที่ในการดำเนินกิจกรรมของศูนย์ โดยการจัดตั้งและการดำเนินการด้านเครือข่ายให้เป็นความร่วมมือระหว่างศูนย์และหน่วยงานในพื้นที่ ๆ และจัดทำในรูปแบบออนไลน์เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของปัจจุบัน แต่ยังคงเน้นการทำกิจกรรมเพื่อสนับสนุนเครือข่ายใน 4 รูปแบบ ได้แก่ การเรียนรู้ผ่านระบบออนไลน์ การเรียนรู้ข้ามพื้นที่ การแลกเปลี่ยนวิทยากร และการส่งต่อนักท่องเที่ยว ซึ่งชุมชนมีการดำเนินการด้านการท่องเที่ยวที่ดีพอสมควรซึ่งสอดคล้องกับ วลัยลักษณ์ จันทรสวัสดิ์ (2551) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “รูปแบบเครือข่ายความร่วมมือเพื่อแก้ปัญหาความยากจนอย่างยั่งยืนขององค์กรท้องถิ่น ตำบลจirim อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์” โดยพิจารณาในประเด็นของการดำเนินการของเครือข่ายพบว่า ความร่วมมือภายในของประชาชนในชุมชนเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการดำเนินการของเครือข่าย เช่นเดียวกับการศึกษาของ บรรเจิด สอพิมาย (2550) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาท้องถิ่น กรณีศึกษา: องค์การบริหารส่วนตำบลในเมือง อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา ที่ชี้ให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ตั้งแต่การร่วมคิดวางแผน การลงทุนและการดำเนินการ รวมทั้งการประเมินผล เป็นปัจจัยที่ทำให้การมีส่วนร่วมของประชาชนประสบความสำเร็จซึ่งในการวิจัยครั้งนี้คณะผู้วิจัยก็ได้ดำเนินการให้ประชาชนในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การคิดเพื่อดำเนินการการพัฒนาเยาวชนโดยการประชุมร่วมกันก่อนที่จะสรุปเป็นกิจกรรมและแนวทางในการดำเนินการของศูนย์และเครือข่ายการพัฒนาเยาวชนเพื่อสนับสนุนการท่องเที่ยวชุมชน

2. ประเด็นเกี่ยวกับปราชญ์หรือวิทยากร ในประเด็นนี้เป็นปัจจัยที่แสดงถึงความสำเร็จของการพัฒนาที่สำคัญ (Critical success factor: CSF) เนื่องจากเป็นผู้มีความรู้ความสามารถที่จะถ่ายทอดองค์ความรู้เกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่นให้แก่เยาวชนถือเป็นแกนหลักที่สำคัญในการดำเนินการของศูนย์พัฒนาเยาวชนประการหนึ่ง สอดคล้องกับแนวคิดของ Gilley and Eggland (1990: 5,13) ที่ระบุว่าการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์มีกลุ่มบุคคลที่สำคัญหลากหลายกลุ่มซึ่งรวมถึงผู้ให้คำปรึกษาหรือคำแนะนำด้านอาชีพ และวิทยากรที่เป็นบุคคลสำคัญในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้ประสบผลสำเร็จ เช่นเดียวกับ Malcolm

S. Knowles, (1974: 115 – 234) ที่ได้นำเสนอเพิ่มเติมเกี่ยวกับเรื่องของบรรยากาศที่จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ซึ่งบรรยากาศการเรียนรู้ที่เก่งจะสามารถชักจูง โน้มน้าว และสร้างบรรยากาศให้ผู้เรียนสนใจและประสบความสำเร็จในการเรียนรู้ ซึ่งการอบรมในการวิจัยนี้ วิทยากรได้สอดแทรกความเป็นวัฒนธรรมของท้องถิ่นอันเป็นเรื่องใกล้ตัวของเยาวชน ร่วมกับการสร้างอาชีพสร้างรายได้ทำให้เยาวชนเกิดความสนใจและตระหนักถึงความสำคัญของอัตลักษณ์และคุณค่าของวัฒนธรรมท้องถิ่นของตน

3. ประเด็นลักษณะกิจกรรม จะเห็นได้ว่า กิจกรรมของศูนย์การเรียนรู้และเครือข่ายมีความสอดคล้องกัน โดยเป็นกิจกรรมที่เน้นการพัฒนาเยาวชนให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และสร้างผลผลิตจากภูมิปัญญาท้องถิ่นของชุมชนได้ โดยมีแนวทางในการดำเนินการของเครือข่าย 4 แนวทางได้แก่ การเรียนรู้ผ่านระบบออนไลน์ การเรียนรู้ข้ามพื้นที่ การแลกเปลี่ยนวิทยากร และการส่งต่อนักท่องเที่ยว ซึ่งรูปแบบของกิจกรรมในการดำเนินการของเครือข่ายนั้นมุ่งเน้นที่การให้ความรู้แก่เยาวชนเป็นสำคัญ และเป็นรูปแบบที่ดำเนินการได้ง่ายไม่ยุ่งยาก สอดคล้องกับแนวคิดในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ซึ่ง โชติชวัล พุทธิกาญจน์, (2559: 26–36) ได้นำเสนอถึงรูปแบบที่หลากหลายทั้งการศึกษาในระบบ การศึกษาทางไกลผ่านระบบออนไลน์ การฝึกอบรม การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ การให้คำปรึกษา หรือตามแนวคิดของ นิสตาร์ก เวชยานนท์. (2551: 119) ที่นำเสนอรูปแบบการพัฒนาที่หลากหลายเช่นกัน จะเห็นได้ว่าแนวทางการพัฒนาเยาวชนเพื่อให้มีความรู้และทักษะให้สามารถสื่อสารให้นักท่องเที่ยว รับทราบถึงภูมิปัญญาท้องถิ่นและแหล่งท่องเที่ยวที่น่าสนใจของชุมชนนั้นมีหลากหลายวิธี รวมทั้งการเผยแพร่ข้อมูลในรูปแบบของข้อมูลดิจิทัลในสื่อสังคมออนไลน์อีกด้วย

จากข้อมูลทั้ง 3 ประเด็นข้างต้นจึงสรุปได้ว่า พื้นที่ชุมชนต่างมีคุณค่าในการนำมาพัฒนาให้เกิดผลประโยชน์แก่ชุมชนได้อย่างยั่งยืน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง องค์ความรู้และภูมิปัญญาของพื้นที่ชุมชนที่สามารถต่อยอดได้อย่างเหมาะสมร่วมกับกระบวนการบริหารจัดการให้เกิดการถ่ายทอดความรู้ทั้งจากผู้ที่มีความรู้อยู่เดิมในรูปปราชญ์ชาวบ้าน และได้นำมาถ่ายทอดให้กับเยาวชนในลักษณะของการจัดการความรู้โดยบูรณาการกับความรู้ด้านการสื่อสารและเทคโนโลยี เหล่านี้ อาจพิจารณาได้ว่า ความพร้อมของชุมชน (ทุนทางสังคม) ที่จะสนับสนุนการพัฒนาท้องถิ่น ซึ่งมีได้หมายความว่าเฉพาะการพัฒนาเยาวชนเท่านั้น โดยคณะผู้วิจัยให้ความสำคัญอย่างยิ่งในประเด็นที่พบเกี่ยวกับการพิจารณาความพร้อมของแต่ละชุมชน และมีข้อที่น่าสนใจว่า การสนับสนุนของผู้นำชุมชนและผู้นำท้องถิ่นนั้นมีบทบาทอย่างยิ่งในการดำเนินงานของท้องถิ่นให้ประสบความสำเร็จเนื่องจากเป็นผู้ที่มีอิทธิพล สามารถสั่งการและโน้มน้าวคนในชุมชนให้ปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามได้ โดยเฉพาะลักษณะของชุมชนที่มีความเป็นชนบทสูง ดังนั้นความช่วยเหลือสนับสนุนจากผู้นำจึงเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการที่จะทำให้การพัฒนาเยาวชนและชุมชนประสบความสำเร็จ



ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1.1 องค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยทั้ง 5 เรื่องนอกจากใช้อบรมเยาวชนในพื้นที่แล้วคณะผู้วิจัยได้จัดทำและเผยแพร่ผ่านสื่อออนไลน์ทำให้ผู้ที่สนใจสามารถเข้าไปศึกษาพร้อมทั้งสามารถติดต่อเพื่อเข้าไปศึกษาในพื้นที่เป้าหมายให้เกิดความรู้ความเข้าใจอันสามารถนำไปประกอบเป็นอาชีพและสร้างรายได้ให้แก่ตนเองและครอบครัวได้

1.2 เครือข่ายที่คณะผู้วิจัยได้ริเริ่มจัดตั้งขึ้นสามารถเป็นแหล่งเรียนรู้รวมทั้งพัฒนาชุมชนให้เป็นชุมชนท่องเที่ยวจากฐานภูมิปัญญาท้องถิ่นของตนเองได้โดยการจัดกิจกรรมของเครือข่ายอย่างต่อเนื่องแต่ทั้งนี้ต้องได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานท้องถิ่นและประชาชนในพื้นที่ให้ความร่วมมืออย่างจริงจัง

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การดำเนินการวิจัยครั้งต่อไปผู้วิจัยอาจทำการเปรียบเทียบระหว่างชุมชนที่ประสบความสำเร็จในการพัฒนาชุมชนท่องเที่ยวกับชุมชนที่ไม่ประสบความสำเร็จเพื่อหาช่องว่างของปัจจัยเหล่านั้นเพื่อนำไปสู่การพัฒนาชุมชนเหล่านั้นให้ก้าวไปสู่ความสำเร็จ

2.2 การดำเนินการวิจัยครั้งต่อไปผู้วิจัยอาจทำการวิจัยต่อยอดโดยการพัฒนาและขับเคลื่อนเครือข่ายให้มีความยั่งยืนซึ่งเป็นเงื่อนไขสำคัญของการดำเนินการด้านเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ

บรรณานุกรม

- จารุวรรณ ธรรมวัตร. (2558). **วิเคราะห์ภูมิปัญญาอีสาน**. กทม. สันติ : สำนักพิมพ์ จินตทัศน์การพิมพ์.
- จิราภรณ์ แก้วมณี. (2557). **การจัดการการท่องเที่ยวโดยชุมชนตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงชุมชนบ้านห้วยเขย่ง อำเภอปากท่อ จังหวัดราชบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ชุตินันท์ เสือสุวรรณ. (2542). **การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของบริษัท การบินไทย (มหาชน)**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาการบริหารองค์การ, มหาวิทยาลัยศรีปทุม.
- โชติสวัสดิ์ พูกิจกาญจน์. (2559). **การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์**. กรุงเทพมหานคร: ซีเอ็ดดูเคชั่น.
- ณัฐนันท์ ตาปโกไสย์. (2551). **การพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นในการนำชมแหล่งท่องเที่ยวหมู่ที่ 1 ตำบลจักรสีห์ อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี.
- ณัฐพัชร มณีโรจน์ และนราศรี ไวนิชกุล. (2559). **เรื่องความสามารถในการแข่งขันของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของประเทศไทย**. *วารสารปริชาต มหาวิทยาลัยทักษิณ*, 29(1): 196-215.
- ดวงฤทัย อรรถแสง. (2552). **กระบวนการจัดการความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นผ้าไหมมัดหมี่ย้อมสีธรรมชาติ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ธาวี วัฒนกิจ และเทิดชาย ช่วยบำรุง. (2015). **รูปแบบการส่งเสริมความรู้แก่เยาวชนในเขตจังหวัดสุโขทัย และจังหวัดกำแพงเพชร โดยกระบวนการมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการท่องเที่ยวมรดกโลกเมืองประวัติศาสตร์สุโขทัยและเมืองบริวาร**. *วารสารศรีปทุมปริทัศน์*, 15(2): 35-45.



นิสดารก์ เวชยานนท์. (2551). **บทความด้าน HR**. นนทบุรี: รัตนไตร.

บรรเจิด สอพิมาย. (2550). **การศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาท้องถิ่น กรณีศึกษา องค์การบริหารส่วนตำบลในเมือง อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา**. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการปกครองท้องถิ่น วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

วลัยลักษณ์ จันทรสวัสดิ์. (2551). **รูปแบบเครือข่ายความร่วมมือเพื่อแก้ปัญหาความยากจนอย่างยั่งยืน ขององค์กรท้องถิ่น ตำบลจirim อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนาท้องถิ่น คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์.

ศิริภัสสรค์ วงศ์ทองดี. (2559). **การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศิริชัย นาคอุดม พรรณนภา เขียวน้อย และศิวพร ถาวรวงศา. (2561). ยุทธศาสตร์การสร้างความได้เปรียบเชิงการแข่งขันของการท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรมจังหวัดนครศรีธรรมราช กรณีศึกษา: การขึ้นทะเบียนเป็นมรดกโลกทางวัฒนธรรมของวัดพระมหาธาตุวรมหาวิหาร. **วารสารวิชาการการท่องเที่ยวไทย นานาชาติ**. 14(2): 48-61.

สนธยา พลศรี. (2550). **เครือข่ายการเรียนรู้ในงานพัฒนาชุมชน**. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์

สิริกร ประทุม. (2564). **การพัฒนาการจัดการโลจิสติกส์สำหรับการท่องเที่ยวจังหวัดสมุทรปราการ**. **วารสารวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรธานี**. 3(2): 71-87.

เสรี พงศ์พิศ. (2548). **เครือข่าย**. กรุงเทพฯ: เจริญวิทย์การพิมพ์.

อนงค์ศิริ วิชาลัย. (2554). **แหล่งการเรียนรู้และภูมิปัญญาท้องถิ่น**. เชียงใหม่: คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

ภาษาอังกฤษ

Cohen, J., M. and Uphoff, N. T., (1977). **Rural development participation: Concept and measures for project design, implementation and evaluation**. Cornell University: NY.

Eric, H. P. (1995). **Unconventional Wisdom about Local Competition**, Dissertation Abstracts International. pp. 24-28.

Gilley, J. W. and Eggland, S. A., (1990). **Principles of Human Resource Development**. NY: Addison Wesley.

Knowles, M. S. (1974). **Human resources development in OD**. Public administration review, 34(2), 115-123.

Porter, M. E. (1990). **The Competitive Advantage of Nations**. NY: Free Press.



ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการสร้างเสริมกิจกรรมทางกายในกลุ่มนักศึกษา พิการทางการมองเห็นที่มีระดับกิจกรรมทางกายเพียงพอในมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

กิตริวี จิรรัตน์สถิต¹

ทาริกา คำกิ่ง²

รณภูมิ สามัคคีคารมย์³

กิตติยา หย่างถาวร⁴

บทคัดย่อ

การดำเนินการสร้างเสริมกิจกรรมทางกายภายในกลุ่มผู้พิการเป็นความท้าทายต่อการยกระดับสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มผู้พิการทางการมองเห็น อย่างไรก็ตาม กลุ่มผู้พิการทางการมองเห็นส่วนมากมีพฤติกรรมกิจกรรมทางกายที่เพียงพอซึ่งเกิดจากอิทธิพลหลักของแรงสนับสนุนทางสังคม มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์มีการดำเนินการด้านสวัสดิการต่อนักศึกษาพิการอย่างต่อเนื่องและนักศึกษาพิการทางการมองเห็นส่วนใหญ่ต่างมีระดับกิจกรรมเพียงพอ การศึกษาในประเด็นดังกล่าวจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการสร้างเสริมกิจกรรมทางกายในกลุ่มนักศึกษาพิการทางการมองเห็นที่มีระดับกิจกรรมทางกายเพียงพอในมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ การศึกษาเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลด้วยกระบวนการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มนักศึกษาพิการทางการมองเห็นที่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก จำนวน 10 คน และ ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ เพื่อนหรือแฟนของผู้พิการ จำนวน 8 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญต่อการสร้างเสริมกิจกรรมทางกายในกลุ่มนักศึกษาพิการทางการมองเห็นประกอบไปด้วย 1) ครอบครัว เพื่อน สังคม 2) สื่อสังคมออนไลน์ และ 3) การดำเนินการโดยมหาวิทยาลัย ข้อเสนอแนะจากการศึกษา ควรมีการศึกษาในกลุ่มนักศึกษาพิการรวมถึงสถานที่และบริบทที่แตกต่างเพื่อให้เห็นชุดข้อมูลที่มีความหลากหลายมากขึ้น

คำสำคัญ : กิจกรรมทางกาย นักศึกษาพิการทางการมองเห็น แรงสนับสนุนทางสังคม การสร้างเสริมสุขภาพ

¹อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

²พยาบาลประจำศูนย์สร้างเสริมสุขภาพ กองกิจการนักศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

⁴อาจารย์ประจำคณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



The Experiences of Social Support on Physical Activity Promotion among Visual Impairment Students with Adequate Physical Activity Levels at Thammasat University

Kitrawee Jiratsatit¹

Tarika Khumking²

Ronnapoom Samakkeekarom³

Kitiya Yangthaworn⁴

The physical activity promotion implementation in disabled people is a challenge for promoting health especially, for people with visual impairment. However, most people with visual impairment have an adequate level of physical activity that is determined by the influence of social support. Thammasat University has continuously implemented welfare for disabled students and most of the visual impairment students have adequate physical activity levels. The objective of this study is to study the experience of social support on physical activity promotion among visual impairment students with adequate physical activity levels at Thammasat University. This study is qualitative. Data were collected among 10 students with a visual impairment who had adequate physical activity levels recommended by the World Health Organization (WHO) and 8 administrators, staff, friends, or partners of the students through focus group and in-depth interview methods. The Data was analyzed with the content analysis method. The results showed that the potent social support for physical activity promotion among students with visual impairment included 1) Family, friends, and society, 2) social media, and 3) University implementation. The suggestion is to study the target groups in different locations and contexts to reach various data.

Keywords: Physical activity, Visual impairment students, Social support, Health promotion

บทนำ

การสร้างเสริมกิจกรรมทางกายในประชาชนทุกกลุ่มเป็นกลยุทธ์สำคัญต่อการลดอัตราโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและยกระดับสุขภาพของประชาชนโลก กิจกรรมทางกายเป็นกิจกรรมที่ร่างกายเกิดการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อลายและเกิดการใช้พลังงาน (Bull *et al.*, 2020) กิจกรรมทางกายจึงมีความครอบคลุมต่อกิจกรรมต่างๆในการดำเนินชีวิตประจำวัน เวลาว่างและสามารถทำได้ในประชาชนทุกกลุ่มวัย ภายใต้การดำเนินการสร้างเสริมกิจกรรมทางกายขององค์รอนามัยโลก การเชื่อมโยงการเข้าถึงกระบวนการสร้างเสริมกิจกรรมทางกายในประชาชนทุกภาคส่วนเป็นข้อท้าทายสำหรับการดำเนินการดังกล่าวโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้พิการ

ผู้พิการทางการมองเห็นเป็นกลุ่มคนพิการที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลมากกว่ากลุ่มคนพิการประเภทอื่นๆเนื่องจากกลุ่มผู้พิการทางการมองเห็นไม่สามารถมองเห็นสิ่งแวดล้อมต่างๆรอบตัว กลุ่มผู้พิการทางการมองเห็นต้องใช้จินตนาการและจดจำสถานที่ต่างๆในการดำรงชีวิตประจำวันซึ่ง ความพิการดังกล่าวจึงค่อนข้างส่งผลกระทบอย่างมากต่อสุขภาพในมิติต่างๆของกลุ่มผู้พิการทางการมองเห็น (Jacobs *et al.*, 2005) จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกายในกลุ่มผู้พิการทางการมองเห็นพบว่า ผู้ที่มีปัญหาด้านการมองเห็นรวมถึงผู้พิการทางการมองเห็นประมาณร้อยละ 30 มีระดับกิจกรรมทางกายไม่เพียงพออ้างอิงตามเกณฑ์ที่องค์รอนามัยโลกแนะนำ (López-Sánchez *et al.*, 2019) สิ่งที่น่าสนใจคือ จากการสำรวจยังมีกลุ่มผู้พิการทางการมองเห็นจำนวนมากที่มีระดับกิจกรรมทางกายเพียงพออ้างอิงตามเกณฑ์ขององค์รอนามัยโลก แม้ว่ากลุ่มผู้พิการทางการมองเห็นมักถูกลดค่าและตีตราจากสังคมว่าเป็นผู้ที่ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้เหมือนคนปกติและต้องได้รับการช่วยเหลืออยู่เสมอ การศึกษาของ Smith และคณะ (2019) ได้สนับสนุนถึงผลการสำรวจดังกล่าวว่า ระดับของความพิการไม่มีความสัมพันธ์ต่อระดับการมีกิจกรรมทางกายของผู้พิการทางการมองเห็นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มประชาชนทั่วไป พฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกายและการส่งเสริมพฤติกรรมกิจกรรมทางกายในกลุ่มผู้พิการทางสายตามิได้ถูกกำหนดเพียงปัจจัยทางร่างกายเท่านั้นแต่กระบวนการดังกล่าวถูกกำหนดโดยปัจจัยต่างๆที่หลากหลายโดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support)

แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นสิ่งสนับสนุนที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มคนพิการซึ่งเปรียบเสมือนเป็นตัวขับเคลื่อนให้พิการเกิดพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ (King *et al.*, 2006) ที่ผ่านมามีการศึกษาถึงอิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มผู้พิการเป็นจำนวนมาก อย่างไรก็ตาม โดยมากเป็นการศึกษาเชิงปริมาณและยังมีส่วนน้อยที่เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ การศึกษาเชิงคุณภาพถึงชุดประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการสร้างเสริมกิจกรรมทางกายในกลุ่มผู้พิการทางการมองเห็นยังมีอยู่น้อย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์มีการดำเนินการด้านผู้พิการผ่านการสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิตของกลุ่มนักศึกษาพิการ จากการสำรวจ

เบื้องต้นในกลุ่มตัวอย่าง นักศึกษาพิการด้านการมองเห็นในมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์มีพฤติกรรมกิจกรรมทางกายเพียงพออ้างอิงตามเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ (กิจกรรมทางกายระดับปานกลางน้อยกว่า 150 นาที/สัปดาห์ หรือ กิจกรรมทางกายระดับหนักน้อยกว่า 75 นาที/สัปดาห์) (Bull *et al.*, 2020) คิดเป็นร้อยละ 72.2 ของนักศึกษาศึกษาพิการด้านการมองเห็นทั้งหมด ซึ่งมีความสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมเบื้องต้น ผู้ศึกษาจึงสนใจในการทำความเข้าใจชุดประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการสร้างเสริมกิจกรรมทางกายในกลุ่มนักศึกษาพิการทางการมองเห็นที่มีระดับกิจกรรมทางกายเพียงพอ การศึกษาเชิงคุณภาพจะเป็นการทำความเข้าใจประสบการณ์และการรับรู้ของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการสร้างเสริมพฤติกรรมกิจกรรมทางกายเพื่อให้เกิดแนวทางเบื้องต้นในการสนับสนุนพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกายในกลุ่มผู้พิการทางการมองเห็น

วัตถุประสงค์

- เพื่อศึกษาประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการสร้างเสริมกิจกรรมทางกายในกลุ่มนักศึกษาพิการทางการมองเห็น มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่มีระดับกิจกรรมทางกายเพียงพอ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative study) กลุ่มเป้าหมายประกอบไปด้วย 1) ผู้ให้ข้อมูล (Informants) คือ ผู้พิการทางการมองเห็นที่มีระดับกิจกรรมทางกายเพียงพอ (มีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางอย่างน้อย 150 นาที/สัปดาห์ หรือกิจกรรมทางกายระดับหนักอย่างน้อย 75 นาที/สัปดาห์ อ้างอิงตามเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ) (Bull *et al.*, 2020) จำนวน 10 คน 2) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants) จำนวน 8 คน ซึ่งเป็น บุคคลใกล้ชิดของผู้พิการทางการมองเห็นได้แก่ เพื่อนหรือแฟน ผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบไปด้วย 1) แนวคำถามการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูล (Focus group discussion) 2) แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ แนวคำถามทั้งสองประเภทได้ถูกตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และ 3) เครื่องบันทึกเสียง การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาดังกล่าวประกอบไปด้วย 1) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และ 2) การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (In-dept Interview) ภายใต้กระบวนการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์ ผู้ศึกษามีรูปแบบการพูดคุย สนทนาอย่างเป็นกันเอง ไม่มีการกำหนดระยะเวลาที่ตายตัว ผู้ศึกษาทำการพูดคุย สอบถาม และสัมภาษณ์พร้อมกับบันทึกเทปและจดบันทึกข้อมูลด้วยตนเองรวมถึงจดบันทึกภาคสนาม (Field note) เพื่อบันทึกบริบทของกลุ่มเป้าหมาย โดยผู้ศึกษาจะขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลทุกครั้งก่อนกระบวนการเก็บข้อมูล



การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้ศึกษาดูตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธี การตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) ผ่านกระบวนการตรวจสอบข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) แหล่งเวลา และแหล่งสถานที่ที่แตกต่างกัน

การรับรองจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 (คณะกรรมการสุขภาพ) รหัสโครงการ 193/2560 เมื่อวันที่ 5 มีนาคม พ.ศ. 2561 และได้รับอนุญาตจากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิตให้ดำเนินการกระบวนการเก็บข้อมูล ซึ่งก่อนการเก็บข้อมูล ผู้ศึกษาได้จัดทำ เอกสารให้ข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร (Information sheet) และหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent Form) ให้แก่ผู้เข้าร่วมการศึกษา โดยจะมีบุคคลที่ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นผู้อ่านเอกสารโครงการวิจัยให้ฟังอย่างละเอียด รวมถึงมีพยานที่ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียอยู่ระหว่างกระบวนการให้ข้อมูล และลงนามของผู้ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษานำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์มารวบรวมและจัดหมวดหมู่ผ่านการถอดรหัส ภายใต้ประเด็นต่างๆตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา หลังจากนั้นผู้ศึกษาทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามกรอบแนวคิดของการศึกษา โดยในขั้นแรก ผู้ศึกษาทำการถอดบทสนทนา และบทสัมภาษณ์จากเครื่องบันทึกเสียงออกมาในรูปแบบของบทสนทนามารวมถึงนำข้อมูลจากการบันทึกภาคสนามที่แสดงรายละเอียดของผู้ให้ข้อมูล เช่น อารมณ์ น้ำเสียง ท่าทาง มาประกอบการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้ศึกษาจะไม่มี การปรับเปลี่ยนถ้อยคำและข้อความของการสนทนาและการสัมภาษณ์ทั้งหมด ข้อมูลจากการถอดเทปจะถูกนำมาถอดรหัสเพื่อพิจารณาการจัดหมวดหมู่ตามประเด็นที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาในรูปแบบตาราง หลังจากนั้น ข้อมูลที่ผ่านการตีความและจัดหมวดหมู่จะถูกนำมาเขียนในรูปแบบของการพรรณนาโดยมีการเชื่อมโยงถึงทฤษฎีและกรอบแนวคิดของการศึกษา

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 18 คน แบ่งเป็น 1) ผู้ให้ข้อมูล (Informants) จำนวน 10 คน โดยเป็นเพศชาย 7 และเพศหญิง 3 คน ลักษณะความพิการตาบอด 2 คน และตาบอดเลือนราง 8 คน มีช่วงอายุอยู่ในช่วง 19-30 ปี และผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) 8 คน 2) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) จำนวน 8 คน แบ่งเป็นเพศชาย 2 คน และเพศหญิง 6 คน โดยมีความสัมพันธ์เป็นผู้บริหาร 3 คน เจ้าหน้าที่ 2 คน และเพื่อน 3 คน ผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่เป็นผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ มีระยะเวลาในการทำงาน ตั้งแต่ 7 เดือน -8 ปี ส่วนผู้ให้ข้อมูล

สำคัญที่เป็นเพื่อน เพื่อนร่วมห้องพักและแฟน มีระยะเวลาที่รู้จักนักศึกษาพิการทางการเห็น เป็นระยะเวลา 2-3 ปี

ประสบการณ์ต่อมุมมองการมีพฤติกรรมกิจกรรมทางกายในนักศึกษาพิการทางการมองเห็น

ภายใต้ระบบของวัฒนธรรมและสังคม การดำรงชีวิตภายใต้วาทกรรมความพิการ ความด้อยสถานะทางสังคม การถูกเลือกปฏิบัติต่อผู้พิการ ผู้พิการจึงถูกตีตราว่าตนเป็นคนด้อยทางสังคมและต้องเป็นผู้รับความช่วยเหลือเหลือจากสังคมเพียงเท่านั้น การถูกแบ่งแยกและตีกรอบต่อการดำเนินชีวิตจึงทำให้กลุ่มผู้พิการขาดโอกาสสำคัญต่อการเข้าถึงกิจกรรมต่างๆของสังคม ผู้พิการทางกายมองเห็นมักถูกกีดกันโอกาสการมีกิจกรรมทางกายทางสังคม เนื่องด้วยความไม่เข้าใจต่ออัตลักษณ์ของผู้พิการโดยสิ่งเหล่านี้มักสร้างปมและความรู้สึกเชิงลบต่อการมีกิจกรรมทางกาย ดังแสดงได้จาก

เป็นปมในใจคือวิชาพละ คุณครูพละก็จะเป็นบุคคลประเภทไม่ทำความเข้าใจอะไรเลย..ทำให้เราต้องร้องไห้ เราทำไม่ได้อะ เล่นไม่ได้ แล้วเขาก็ยังจะเรียกให้เราออกมา แล้วเพื่อนก็จะหัวเราะเรา

ของ (นามสมมุติ) นักศึกษา

ในความเป็นจริงผู้ให้ข้อมูลมากกว่าร้อยละ 50 ล้วนมีความต้องการเข้าร่วมกิจกรรมทางกายกับผู้คนในสังคมและอยากปฏิบัติได้เหมือนผู้อื่นทั่วไป ดังแสดงได้จาก

พ่อผม พี่ชายผมก็จะเตะบอลกัน ผมถูกปฏิเสธไม่ให้เล่นด้วย...ทำไมจะเล่นกีฬาต้องเป็นคนปกติ ผมพยายามไปเล่นกับเพื่อนปกติที่สนิท อาจจะบาดเจ็บบ้าง เล่นได้ไม่ดีบ้างแต่ถือว่าผมได้เล่น

แบบ (นามสมมุติ) นักศึกษา

แม้ว่าการกีดกัน การเลือกปฏิบัติและการตีตราความพิการจะเป็นการแสดงออกเชิงลบที่ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล การกระทำดังกล่าวกลับเป็นสิ่งสำคัญสำหรับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลต่อการกระตุ้นให้ตนเองเกิดความมั่นใจและแสวงหาแนวทางของการมีกิจกรรมทางกาย การรับรู้และมุมมองต่อการปฏิบัติกิจกรรมทางกายของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจึงมีลักษณะเหมือนบุคคลทั่วไปกล่าวคือเป็นกิจกรรมที่ตนเองสามารถทำได้ ความพิการไม่ใช่อุปสรรคสำหรับการมีกิจกรรมทางกายร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม

ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) ต่อการสร้างเสริมพฤติกรรมกิจกรรมทางกายในนักศึกษาพิการทางการมองเห็น มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต

การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้พิการทางการมองเห็นและองค์ประกอบต่างๆของสังคมเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อการต่อยอดการมีพฤติกรรมกิจกรรมทางกายในผู้พิการทางการมองเห็นทั้งในระยะสั้นและระยะยาว บุคคลใกล้ชิด สังคม รวมถึงสภาพแวดล้อมของผู้พิการทางการมองเห็นจะเป็นสิ่งหล่อหลอมให้ผู้พิการทางการมองเห็นเกิดพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกาย ผู้ศึกษาได้จัดหมวดหมู่ของประเด็นแรงสนับสนุนทางสังคมจากข้อมูลการสัมภาษณ์ได้ดังนี้



1) ครอบครัว เพื่อน และสังคม

จุดเริ่มต้นของกระบวนการสร้างเสริมกิจกรรมทางกายในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเริ่มจากการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเช่น ครอบครัว กลุ่มเพื่อนและสังคม สถาบันครอบครัวเปรียบเป็นสถาบันพื้นฐานแรกสุดของการสร้างพฤติกรรมและส่งเสริมให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลมีพฤติกรรมกิจกรรมทางกายผ่านกระบวนการกระตุ้นและการเป็นตัวอย่างที่ดี ดังแสดงได้จาก

พ่อชอบออกกำลังกาย ชอบวิ่งตอนเช้า ก็เลยปลูกหนูกับน้องๆไปวิ่งด้วยกันอะไรก็เลยไปวิ่งตอนเช้ากับพ่อเป็นประจำค่ะ

อิม (นามสมมุติ) นักศึกษา

นอกเหนือจากนั้นครอบครัวยังมีส่วนช่วยในบทบาทของการจัดการและจัดหาอุปกรณ์ที่เหมาะสมต่อการมีกิจกรรมทางกายแก่กลุ่มตัวอย่างภายใต้ความปลอดภัย ดังแสดงได้จาก

พ่อแม่สนับสนุนอยู่ทุกเรื่อง รวมถึงเรื่องอื่นด้วย อย่างเรื่องกีฬาหรือการออกกำลังกาย ช่วยซัพพอร์ตในเรื่องค่าใช้จ่าย การซื้ออุปกรณ์ ไม่ว่าจะรองเท้า ชุดว่ายน้ำ ก็ค่อนข้างมีค่าใช้จ่าย ถ้าซื้อแบบดีๆ จะไปนู่นไปนี่พ่อแม่ก็เต็มใจให้ไป

ต้า (นามสมมุติ) นักศึกษา

สถาบันครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อการสร้างเสริมพฤติกรรมกิจกรรมทางกายของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในช่วงแรกเริ่ม อย่างไรก็ตาม เมื่อกลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้เริ่มเข้าสังคมและมีเพื่อนฝูง ความต้องการเป็นที่ส่วนหนึ่งของกลุ่มเพื่อนและสังคม รวมถึงการต้องการใช้ชีวิตและดำเนินกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในสังคมได้เหมือนบุคคลทั่วไป สิ่งเหล่านี้ล้วนกระตุ้นให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเกิดการปรับตัวเข้าหาแนวทางการทำกิจกรรมและพฤติกรรมของกลุ่มเพื่อนและสังคม ดังแสดงได้จาก

รวมเมท 2 คนนั้น เขาแบบไปออกกำลังกายมาก แต่เพื่อนคนหนึ่งอาจจะออกบ้าง ซึ่งก็อยากออกเพราะว่าคือก็เห็นเพื่อนมันออก เวลามันคุยเรื่องการออกกำลังกายเราก็อยากมีเรื่องคุยกับเค้าด้วย

เจ็ด (นามสมมุติ) นักศึกษา

กลุ่มเพื่อนและสังคมยังมีอิทธิพลสำคัญต่อการสร้างเสริมพฤติกรรมกิจกรรมทางกายให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องผ่านกระบวนการชักชวนและกระตุ้นให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลออกกำลังกาย และเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายต่างๆ ของสังคม ซึ่งกระบวนการดังกล่าวเป็นการถ่ายทอดให้สังคมรับรู้ว่ากลุ่มผู้ให้ข้อมูลสามารถดำเนินชีวิตและทำกิจกรรมได้เหมือนกับบุคคลทั่วไป ดังแสดงได้จาก

เพื่อนก็มีผลเหมือนกัน บางทีเพื่อน เราซี้เกียจไป เพื่อนชวนแล้วก็ต้องไป เพราะว่ามีเพื่อนไปแล้ว และก็อีกอย่างเวลาจะออกกำลังกายอะไรก็ บางทีเพื่อนมันก็พูดว่า เออน้ำหนักขึ้น อ้วน มันก็เป็นตัวที่ส่งเสริมแบบทำให้เรามีแรงฮึดที่จะออกกำลังกาย



เจ็ด (นามสมมุติ) นักศึกษา

หนูว่าอย่างกลุ่มวิ่งด้วยกันก็มีผล เพราะว่าถ้าไม่มีวิ่งด้วยกันอาจจะไม่ออก

กัน (นามสมมุติ) นักศึกษา

2) สื่อสังคมออนไลน์ (Social media)

ปัจจุบัน สื่อสังคมออนไลน์มีอิทธิพลอย่างมากต่อรูปแบบการดำเนินชีวิตของประชาชนทุกกลุ่ม ข้อมูลต่างๆได้ถูกกระจายและสื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์ การเปิดรับข้อมูลและข่าวสารสำหรับกลุ่มประชาชนจึงมีความกว้างขวางมากขึ้น การส่งเสริมกิจกรรมทางกายผ่านสื่อสังคมออนไลน์ จึงมีให้เห็นอย่างแพร่หลายตามช่องทางต่างๆเช่น เฟซบุ๊ก ยูทูบ ทวิตเตอร์ และอินสตาแกรม แม้ว่ากลุ่มผู้ให้ข้อมูลจะมีข้อจำกัดด้านการมองเห็น แต่กระบวนการเข้าถึงสื่อต่างๆของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสามารถดำเนินไปได้อย่างปกติภายใต้รูปแบบที่เหมาะสม ผู้ให้ข้อมูลสามารถเลือกรับข้อมูลกิจกรรมทางกายที่ตนเองสนใจ จากกระบวนการดังกล่าวส่งผลให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้รับการกระตุ้นพฤติกรรมผ่านการใช้ตัวแบบตามสื่อสังคมออนไลน์ ดังแสดงได้จาก

ผมชอบดูกีฬาต่อสู้ ส่วนใหญ่ก็ติดตามโปรโมเตอร์มวยต่างๆ ไอจีของนักมวย เวลาเราเห็นเขาซ้อมหรืออะไร เราก็รู้สึกอยากฟิต อยากไปแบบเขาบ้าง ก็เริ่มเอาที่ถ่วงแขนมาฝึกแบบเขาบ้าง ก็มีผลต่อการออกกำลังกายมาก พวกเพลงของฟลอยด์ เมเวเธอร์เตอร์ ผมก็ติดตาม

รวม (นามสมมุติ) นักศึกษา

สื่อต่างๆทั้งยูทูบ ทวิตเตอร์ ไอจี มันมีทั้งรีวิวการออกกำลังกายเยอะแยะมากมายแล้วในสมัยนี้ ส่วนหนึ่งสื่อเสียงมันก็มีหมวดสุขภาพด้วย กลุ่มดารา เขาแบบชอบออกกำลังกาย มีผลมากเลยหนูชอบไปดูตามไอจีอะไรเงี้ย เขาออกอะไรกันเราก็อยากออกตามเขาบ้างคะ หนูว่ามีผลเยอะเลยคะ เขาทำเราก็อยากทำบ้างเหมือนตามกระแสคะแล้วก็อยากหุ่นดีเหมือนเขา

อิม (นามสมมุติ) นักศึกษา

สื่อสังคมออนไลน์ยังเป็นช่องทางสำคัญสำหรับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลต่อการเข้าถึงการจัดกิจกรรมที่สร้างเสริมกิจกรรมทางกายที่ตนเองสนใจ ดังแสดงได้จาก

ผมมีเฟซบุ๊ก อินสตาแกรมและทวิตเตอร์ เพราะด้วยความที่ผมสนใจเกี่ยวกับการออกกำลังกาย เช่น ถ้าผมสนใจเกี่ยวกับอะไรผมก็จะไปตามว่าเขาจะทำกิจกรรมอะไรกันบ้าง ว่างๆจะได้ไปดู ไปร่วมได้

แบม (นามสมมุติ) นักศึกษา

3) การดำเนินการโดยมหาวิทยาลัย

บริบทของการดำเนินชีวิตของนักศึกษาโดยมากจะเป็นการใช้ชีวิตและทำกิจกรรมภายในมหาวิทยาลัยเป็นหลัก แนวทางการสร้างเสริมกิจกรรมทางกายจึงอยู่ภายใต้ทรัพยากรและนโยบายของมหาวิทยาลัย แร่งสนับสนุนทางสังคมภายใต้บริบทของมหาวิทยาลัยจึงมิได้ถูกจำกัดในมิติของกลุ่มบุคคลเท่านั้น แต่ยังรวมถึง



นโยบาย การดำเนินการ และทรัพยากรต่างๆที่ช่วยในการสร้างเสริมกิจกรรมทางกายในกลุ่มผู้พิการทางการมองเห็น จากการสัมภาษณ์ แม้ว่ามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์จะมีการดำเนินการต่อนักศึกษาพิการในส่วนของ การจัดการสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆในด้านการดำรงชีวิต แต่การจัดการทรัพยากรและสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายในกลุ่มนักศึกษาพิการยังขาดความครอบคลุมและยังพบช่องว่างของแนวทางการ ดำเนินทางดังกล่าวเช่น แนวทางการดำเนินนโยบายที่ยังไม่ชัดเจน สภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการมีกิจกรรม ทางกายของนักศึกษาพิการ การเข้าถึงสถานที่และอุปกรณ์สำหรับออกกำลังกายที่ยังไม่สามารถรองรับ นักศึกษาพิการได้อย่างครอบคลุม ดังแสดงได้จาก

เราไปสนับสนุนด้านอื่นเสียเป็นส่วนใหญ่ เช่น ลิฟท์ ทางลาด ห้องน้ำ อุปกรณ์ รถเข็น หรือถ้าเป็น นักศึกษาพิการทางสายตาก็เป็นเรื่องการเรียน การให้อุปกรณ์การเรียน การทำข้อสอบ การให้อุปกรณ์ที่ทำให้ มองเห็น แต่ไม่ได้พูดถึงในเรื่องของการออกกำลังกายเลย

จิบ (นามสมมุติ) ผู้บริหาร

ถ้าถามว่าบริการนักศึกษาพิการไหม ก็ไม่เชิง แต่ที่เขามีเป็นปกติที่มหาวิทยาลัยต้องมีให้นักศึกษาทุกคนได้ ออกกำลังกายอยู่แล้ว เพียงแต่บางอย่าง มันเอื้อให้เราสามารถทำได้ก็เลยได้ทำ แต่บางอย่างเราก็ทำไม่ได้ ไม่ได้ เฉพาะเจาะจงกับนักศึกษาสายตา

สิง (นามสมมุติ) นักศึกษา

นโยบายไม่เคยได้ยินนะคะ ไม่รู้มีหรือเปล่า แต่เขาสนับสนุนโดยรวมเลย แต่ไม่ได้เฉพาะเจาะจงกับคน พิการ โดยรวมก็สนับสนุน เพราะว่าเราก็สามารถเล่นเครื่องเล่นบางอย่างได้

กัน (นามสมมุติ) นักศึกษา

มหาลัยเราก็เป็นมหาลัยที่สิทธิเสรีภาพเท่าเทียมกัน มหาลัยก็พยายามผลักดันสวัสดิการเพื่อคนพิการ เพื่อที่จะให้มหาลัยเป็นมหาลัยชั้นนำ ก็ยังส่งเสริมอยู่ แต่ว่าสำหรับคนที่มองไม่เห็นเลย ตาบอดสนิท ในฟิตเนสก็ ไม่มีเครื่องมือ หรือว่าสิ่งอำนวยความสะดวกในการช่วยเหลือให้คนที่เขามองไม่เห็น สามารถใช้วัสดุ เครื่องมือ เครื่องใช้ ที่เป็นอุปกรณ์ในการเล่นกีฬาได้อย่างมีประสิทธิภาพครับ

ดิน (นามสมมุติ) นักศึกษา

จะเห็นได้ว่ามหาวิทยาลัยมีการดำเนินการต่อกลุ่มนักศึกษาพิการ แต่ยังไม่ได้นำมาดำเนินการเจาะลึกต่อด้านการ สร้างเสริมกิจกรรมทางกาย ซึ่งที่ผ่านมาได้มีการพิจารณาและทดลองจัดหาแนวทางเพื่อสร้างเสริมกิจกรรมทาง กายในกลุ่มนักศึกษาพิการแต่ยังคงอยู่ภายใต้ข้อจำกัดของปัจจัยต่างๆเช่น ระยะเวลา ความต่อเนื่อง กลุ่มของ นักศึกษาพิการที่หลากหลาย และการดูแลสุขภาพและความปลอดภัยของนักศึกษาพิการ ดังแสดงได้จาก

ต้องพัฒนาไปเรื่อยๆ ทีละขั้น ทีละตอนครับ ก็พยายาม มันก็ยากนิดหนึ่ง เพราะว่าเราออกกำลังกาย เนี่ย บางอย่างก็เป็นอันตรายด้วย มีแผนการพิเศษอะไรขึ้น

เอ (นามสมมุติ) ผู้บริหาร

มีจัดโครงการว่ายน้ำโดยจ้างโค้ชนักกีฬาว่ายน้ำทีมชาติ คนพิการเป็นผู้ฝึกสอนให้กับนักศึกษาพิการ ในช่วงวันหยุดเสาร์อาทิตย์ก็ใช้เวลาครับ จนกว่าจะเป็น เป็นเดือน แต่โค้ชเขาจะมีวิธีฝึก เขาจะฝึกคนพิการ โดยเฉพาะ ไม่ว่าจะทางการเห็น หรือทางการเคลื่อนไหวครับ แต่ก็หายโครงการนี้หายไปสัก 2-3 ปี ได้

กิต (นามสมมุติ) เจ้าหน้าที่

สรุปและอภิปรายผล

สิ่งที่สะท้อนออกมาจากชุดประสบการณ์ของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลต่อมุมมองของการมีพฤติกรรมกิจกรรมทางกาย คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลมีการรับรู้ว่าคุณสมบัติทางกายได้เหมือนกับบุคคลปกติทั่วไป ไม่ได้เป็นภาระของสังคมและสามารถทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่นในสังคมได้ การรับรู้ความสามารถของตนเองจะทำให้เกิดความมั่นใจและตั้งใจเป้าหมายต่อการปรับเปลี่ยนและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ (Strecher *et al.*, 1986) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อตัวชี้วัด MET-minute/week ในกลุ่มผู้มีความบกพร่องทางสายตา (Haeghele *et al.*, 2018) การยกระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีกิจกรรมทางกายในกลุ่มผู้พิการทางการมองเห็นจึงเปรียบเสมือนเป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างเสริมพฤติกรรมกิจกรรมทางกายในกลุ่มผู้พิการทางการมองเห็นอย่างยั่งยืน

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้รับอิทธิพลหลักจากแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) ต่อการสร้างเสริมพฤติกรรมกิจกรรมทางกายโดยแรงสนับสนุนทางสังคมเปรียบเสมือนปัจจัยสร้างและกระตุ้นให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเกิดพฤติกรรมกิจกรรมทางกายในช่วงวัยต่างๆ จากการสัมภาษณ์จะเห็นได้ว่า กลุ่มบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับผู้ให้ข้อมูลเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญต่อการสร้างเสริมกิจกรรมทางกายในกลุ่มผู้ให้ข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แรงสนับสนุนจากครอบครัว กระบวนการสนับสนุน การมีส่วนร่วม และการให้ความสำคัญต่อการมีกิจกรรมทางกายของครอบครัวต่อนักศึกษาพิการทางการมองเห็นเป็นกระบวนการที่ช่วยสร้างเสริมกิจกรรมทางกายในกลุ่มนักศึกษาพิการทางสายตาได้อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Ku และ Rhodes (2020) ที่กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของกิจกรรมทางกาย การสนับสนุน และการให้ความสำคัญต่อการมีกิจกรรมทางกายของครอบครัวต่อเด็กพิการมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อพฤติกรรมกิจกรรมทางกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อเสนอแนะที่น่าสนใจต่อการดำเนินการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวคือ การส่งเสริมศักยภาพของครอบครัวต่อการสร้างเสริมกิจกรรมทางกายในผู้พิการเช่น การเพิ่มทักษะต่อการสร้างเสริมกิจกรรมทางกายในผู้พิการ การหาช่วงเวลาที่เหมาะสม และการทำความเข้าใจศักยภาพของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งกระบวนการดังกล่าวจะเป็นการลดข้อจำกัดและเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการสร้างเสริมกิจกรรมทางกายในผู้พิการ (Columa *et al.*, 2020)

เช่นเดียวกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มเพื่อนและสังคมของผู้พิการทางสายตา จากประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการสร้างเสริมกิจกรรมทางกายในกลุ่มผู้พิการทางสายตา กลุ่มเพื่อนและกลุ่มทางสังคมยังเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญต่อกระบวนการสร้างเสริมกิจกรรมทางกาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Salvy และคณะ (2009) ที่กล่าวว่า กลุ่มเพื่อนและกลุ่มที่มีความเกี่ยวข้องกับเยาวชนมีผลต่อการเพิ่มระดับของกิจกรรมทางกายของเยาวชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาเชิงคุณภาพของ Ellis และคณะ (2007) พบว่า กลุ่มเพื่อนมีอิทธิพลต่อบรรทัดฐานของพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกายในกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีความพิการด้านร่างกาย

ในยุคปัจจุบันสื่อสังคมออนไลน์ (Social media) มีอิทธิพลอย่างมากต่อการดำรงชีวิตของประชาชนในแง่ของการปรับเปลี่ยนและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ การใช้สื่อสังคมออนไลน์จึงเป็นตัวเลือกที่น่าสนใจอย่างมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเยาวชน การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การใช้สื่อสังคมออนไลน์สามารถส่งเสริมพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกาย การรับประทานอาหารอย่างเหมาะสม ผ่านการเล่นเกมส์ การใช้ตัวแบบ การถ่ายทอดข้อมูลสุขภาพ และการสื่อสารทางออนไลน์ (Goodyear *et al.*, 2021) การสนับสนุนทางสังคมผ่านสื่อสังคมออนไลน์จึงค่อนข้างมีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา สำหรับในผู้พิการ การใช้สื่อสังคมออนไลน์มีบทบาทอย่างมากต่อการสื่อสารและการแสวงหาข้อมูลที่สนใจต่อเรื่องต่างๆ การปรับเปลี่ยนรูปแบบของสังคมออนไลน์ที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจึงก้าวข้ามข้อจำกัดของการเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ในกลุ่มผู้พิการ สื่อสังคมออนไลน์สามารถกระตุ้นให้ผู้พิการเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสร้างเสริมระดับสุขภาพของตนเอง อีกนัยหนึ่ง การใช้สื่อสังคมออนไลน์อาจนำมาซึ่งการถูกกลั่นแกล้ง (Bully) ซึ่งอาจส่งผลกระทบโดยตรงต่อสภาพจิตใจของกลุ่มผู้พิการ การแนะนำการใช้สื่อสังคมออนไลน์อย่างเหมาะสมจึงเป็นสิ่งจำเป็นต่อผู้พิการในการเข้าถึงสื่อดังกล่าว (Zebracki, 2019)

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิตมีการดำเนินการและจัดการด้านการอำนวยความสะดวกต่อนักศึกษาพิการอย่างต่อเนื่อง โดยส่วนใหญ่จะเป็นการดำเนินการด้านทุนสนับสนุนและอุปกรณ์ในการเรียนการสอนรวมถึงการปรับสภาพแวดล้อมในมหาวิทยาลัยให้เอื้อต่อการดำรงชีวิตของนักศึกษาพิการให้เท่าเทียมกับบุคคลอื่น การดำเนินการด้านการสร้างเสริมกิจกรรมทางกายในกลุ่มนักศึกษาพิการจึงอยู่ในระหว่างการวางแผนและดำเนินการเพื่อให้ นักศึกษาพิการสามารถเข้าถึงกิจกรรมทางกายประเภทต่างๆได้อย่างทั่วถึง สิ่งที่สะท้อนจากการสัมภาษณ์แสดงให้เห็นว่า แม้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลจะมีระดับกิจกรรมทางกายเพียงพอและมีแรงกระตุ้นต่อการมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ หากอุปกรณ์ กิจกรรมและสภาพแวดล้อมต่อการมีกิจกรรมทางกายภายในมหาวิทยาลัยไม่เอื้อหรือไม่เหมาะสมต่อการใช้งานของกลุ่มผู้พิการ สิ่งเหล่านี้จะเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการสร้างเสริมกิจกรรมทางกายในกลุ่มผู้พิการอย่างยิ่งย่น จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมด้านเครื่องมือและสิ่งอำนวยความสะดวกแปรผันตรงกับแรงกระตุ้นจากภายใน



(Autonomous Motivation) ต่อการออกกำลังกาย (Inui *et al.*, 2022) กระบวนการสร้างเสริมกิจกรรมทางกายในกลุ่มผู้พิการทางสายตาจึงเป็นกระบวนการสร้างเสริมที่ต้องได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในทุกมิติมิใช่การสนับสนุนจากบุคคลเพียงเท่านั้น แต่เป็นการสนับสนุนในทุกด้านเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของกลุ่มผู้พิการ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้คือ ควรมีการศึกษาในกลุ่มนักศึกษาพิการที่แตกต่างเช่น กลุ่มนักศึกษาพิการทางการเคลื่อนไหว กลุ่มนักศึกษาพิการทางการได้ยินและสื่อความหมาย รวมถึงบริบทและพื้นที่ที่แตกต่าง โดยการศึกษาในกลุ่มและบริบทพื้นที่ที่แตกต่างอาจทำให้เห็นชุดข้อมูลที่มีความหลากหลายมากขึ้นสำหรับการพัฒนาแนวทางการสร้างเสริมพฤติกรรมกิจกรรมทางกายในกลุ่มผู้พิการที่ครอบคลุมและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรุณ ภาชีน และผู้ช่วยศาสตราจารย์ รณภูมิ สามัคคีคารมย์ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาชี้แนะ ให้คำปรึกษาในการศึกษาครั้งนี้ รวมถึงบุคลากร มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์และนักศึกษาพิการทางการมองเห็นที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือระหว่างกระบวนการต่างๆในการศึกษา

บรรณานุกรม

- Bull, F. C., Al-Ansari, S. S., Biddle, S., Borodulin, K., Buman, M. P., Cardon, G., . . . Willumsen, J. F. (2020). World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Br J Sports Med*, 54(24), 1451-1462.
- Columna, L., Prieto, L., Elias-Revollo, G., & Haegele, J. A. (2020). The perspectives of parents of youth with disabilities toward physical activity: A systematic review. *Disabil Health J*, 13(2), 100851.
- Ellis, R., Kosma, M., Cardinal, B. J., Bauer, J. J., & McCubbin, J. A. (2007). Physical activity beliefs and behaviour of adults with physical disabilities. *Disabil Rehabil*, 29(15), 1221-1227.
- Goodyear, V. A., Wood, G., Skinner, B., & Thompson, J. L. (2021). The effect of social media interventions on physical activity and dietary behaviours in young people and adults: a systematic review. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 18(1), 72.



- Haegele, J. A., Kirk, T. N., & Zhu, X. (2018). **Self-efficacy and physical activity among adults with visual impairments.** *Disabil Health J*, 11(2), 324-329.
- Inui, Y., Tanaka, Y., Ogawa, T., Hayashida, K., & Morioka, S. (2022). **Relationship between exercise motivation and social support in a support facility for persons with disabilities in Japan.** *Ann Med*, 54(1), 820-829.
- Jacobs, J. M., Hammerman-Rozenberg, R., Maaravi, Y., Cohen, A., & Stessman, J. (2005). **The impact of visual impairment on health, function and mortality.** *Aging Clin Exp Res*, 17(4), 281-286.
- King, G., Willoughby, C., Specht, J. A., & Brown, E. (2006). **Social support processes and the adaptation of individuals with chronic disabilities.** *Qual Health Res*, 16(7), 902-925.
- Ku, B., & Rhodes, R. E. (2020). **Physical activity behaviors in parents of children with disabilities: A systematic review.** *Res Dev Disabil*, 107, 103787.
- López-Sánchez, G. F., Grabovac, I., Pizzol, D., Yang, L., & Smith, L. (2019). **The Association between Difficulty Seeing and Physical Activity among 17,777 Adults Residing in Spain.** *International journal of environmental research and public health*, 16(21).
- Salvy, S. J., Roemmich, J. N., Bowker, J. C., Romero, N. D., Stadler, P. J., & Epstein, L. H. (2009). **Effect of peers and friends on youth physical activity and motivation to be physically active.** *J Pediatr Psychol*, 34(2), 217-225.
- Smith, L., Jackson, S. E., Pardhan, S., López-Sánchez, G. F., Hu, L., Cao, C., . . . Yang, L. (2019). **Visual impairment and objectively measured physical activity and sedentary behaviour in US adolescents and adults: a cross-sectional study.** *BMJ open*, 9(4), e027267.
- Strecher, V. J., DeVellis, B. M., Becker, M. H., & Rosenstock, I. M. (1986). **The role of self-efficacy in achieving health behavior change.** *Health Educ Q*, 13(1), 73-92.
- Zebracki, K. (2019). **The good, the bad, and social media in adolescents with disability.** *Developmental Medicine & Child Neurology*, 61(8), 856-856.



ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะการบริหารของผู้บริหารสถานศึกษากับการดำเนินงานระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน ของสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา นครศรีธรรมราช เขต 1

กิงบุปผา จันทร์บุญแก้ว¹

จุฬาลักษณ์ โสระพันธ์²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ทักษะการบริหารของผู้บริหารสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา นครศรีธรรมราช เขต 1 2) การดำเนินงานระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนของสถานศึกษา และ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะการบริหารของผู้บริหารสถานศึกษากับการดำเนินงานระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนของสถานศึกษา กลุ่มตัวอย่าง คือ ครูผู้สอนในสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา นครศรีธรรมราช เขต 1 จำนวน 302 คน ได้มาโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้นตามขนาดของสถานศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับทักษะการบริหารของผู้บริหารสถานศึกษาและการดำเนินงานระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนของสถานศึกษา มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .98 และ .97 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า 1) ทักษะการบริหารของผู้บริหารสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา นครศรีธรรมราช เขต 1 โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ทักษะด้านมนุษย ทักษะด้านเทคนิค ทักษะด้านความคิดรวบยอด ทักษะด้านความรู้ความคิด อยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนทักษะด้านการศึกษาและการสอน อยู่ในระดับมาก 2) การดำเนินงานระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนของสถานศึกษา โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการรู้จักนักเรียนเป็นรายบุคคล ด้านการส่งเสริมพัฒนานักเรียน และด้านการคัดกรองนักเรียน อยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหา และด้านการส่งต่อ อยู่ในระดับมาก และ 3) ทักษะการบริหารของผู้บริหารสถานศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดำเนินงานระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนของสถานศึกษา ในระดับปานกลาง ($r = 0.68$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

คำสำคัญ: ทักษะการบริหาร, การดำเนินงานระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน, ผู้บริหารสถานศึกษา

¹ นักศึกษาแขนงวิชาบริหารการศึกษา สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

² อาจารย์ เรือเอกหญิง ดร. แชนงวิชาบริหารการศึกษา สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช



The Relationship between Administrative Skills of School Administrators and the Operation of Student Support System of School under Nakhon Si Thammarat Primary Educational Service Area Office 1

Kingbuppha Janbunkaew¹

Chulalak Sorapan²

Abstract

The objectives of this research were to study 1) the administrative skills of school administrators under Nakhon Si Thammarat Primary Education Service Area Office 1; 2) the operation of student support system of school; and 3) the relationship between the administrative skills of school administrators and the operation of student support system of school. The research sample consisted of 302 teachers in schools under Nakhon Si Thammarat Primary Education Service Area Office 1, obtained by stratified random sampling according to the size of the school. The employed research instrument was a rating scale questionnaire dealing on the administrative skills of school administrators and the operation of student support system of school, with reliability coefficients of 0.98 and 0.97 respectively. Statistics employed for data analysis were the frequency, percentage, mean, standard deviation, and the Pearson product moment correlation coefficient. The results of the study revealed that 1) the administrative skills of school administrators under Nakhon Si Thammarat Primary Education Service Area Office 1 as a whole was at the highest level; when considered each aspect it was found that human skills, technical skills, conceptual skills, cognitive skills were at the highest level; while the intructional skills was at the high level. 2) the operation of student support system of school as a whole was at the highest level; when considered each aspect it was found that knowing students individually, promotion development of students, students screenting were at the highest level; while the prevention and problem solving, transferring were at the high level and 3) the

¹ Student of Educational Administration Program, School of Education Studies, Sukhothai Thammathirat Open University

² Lieutenant Dr., Department of Educational Administration, School of Education Studies, Sukhothai Thammathirat Open University



administrative skills of school administrators have positively correlated with the operation of student support system of school at the moderate level ($r = 0.68$) which was significant at the .01 level.

Keywords: Administrative skills, The operation of student support system, School administrators

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี พ.ศ. 2561-2580 ที่มีเป้าหมายในการพัฒนาประเทศในภาพรวม คือ “ประเทศชาติมั่นคง ประชาชนมีความสุข เศรษฐกิจพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สังคมเป็นธรรม ฐานทรัพยากรธรรมชาติยั่งยืน” ซึ่งมีการยกระดับศักยภาพของประเทศในหลากหลายมิติ โดยมีประเด็นยุทธศาสตร์ชาติที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ในทุกมิติและทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี เก่ง และมีคุณภาพ มีความพร้อมทั้งกาย ใจ สติปัญญา มีพัฒนาการที่รอบด้าน มีสุขภาวะที่ดีในทุกช่วงวัย มีคุณธรรมจริยธรรม และมีทักษะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21 (สำนักงานเลขาธิการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ, 2561, น.6-8) จากแผนยุทธศาสตร์ชาติดังกล่าวนำมาสู่กรอบความคิดสำคัญในการจัดทำแผนการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2579 ที่มีเป้าหมายของการจัดการศึกษา 5 ด้านสำคัญ โดยเป้าหมายของการจัดการศึกษาของแผนการศึกษาชาตินั้นได้ให้ความสำคัญกับผู้เรียนในทุกช่วงวัยและทุกกลุ่มเป้าหมาย ทั้งกลุ่มปกติผู้มีความสามารถพิเศษ ผู้มีความบกพร่องด้านต่าง ๆ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส เพื่อพัฒนาผู้เรียนเหล่านี้ให้มีคุณลักษณะ ทักษะ ความรู้ความสามารถ และสมรรถนะของแต่ละบุคคลให้ไปได้ไกลที่สุดเท่าที่ศักยภาพและความสามารถของแต่ละบุคคลพึงมี (สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ, 2560, น.80-81)

ซึ่งระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนเป็นระบบหนึ่ง ที่สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานได้ใช้เป็นมาตรการในการสนับสนุน ส่งเสริมศักยภาพผู้เรียนให้มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ โดยระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียน คือ กระบวนการดำเนินงานดูแลช่วยเหลือนักเรียนอย่างเป็นระบบขั้นตอน มีการส่งเสริม พัฒนา ป้องกัน และแก้ไขปัญหาเพื่อให้ผู้เรียนได้พัฒนาเต็มตามศักยภาพ มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ มีภูมิคุ้มกันทางจิตใจที่เข้มแข็ง มีคุณภาพชีวิตที่ดีมีทักษะการดำรงชีวิต และรอดพ้นจากวิกฤติทั้งปวง (ศูนย์เฉพาะกิจคุ้มครองและช่วยเหลือเด็กนักเรียนสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ, 2563, น.3) โดยมีการกำหนดกระบวนการดำเนินงานของระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนในโรงเรียนไว้ 5 ประการ ดังนี้ 1) การรู้จักนักเรียนเป็นรายบุคคล 2) การคัดกรองนักเรียน 3) การส่งเสริมพัฒนานักเรียน 4) การป้องกันและแก้ไขปัญหา และ 5) การส่งต่อ (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน, 2559, น.14) สอดคล้องกับงานวิจัยของ กิตติมา บุญรักษา และปิยะนาถ บุญมีพิพิธ (2558, น.348) ที่พบว่า ระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนมีเป้าหมายสำคัญ คือ การพัฒนาคุณภาพชีวิตของนักเรียน โดยมุ่งหวังว่านักเรียนจะเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ ทั้งด้านสติปัญญา ความสามารถ คุณธรรมจริยธรรม และด้านการดำรงชีวิตอย่างมีความสุขในสังคม มีสุขภาพกาย สุขภาพจิตที่ดี ซึ่ง



การดำเนินงานในระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนให้มีประสิทธิภาพนั้นจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากบุคคลทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะผู้บริหารสถานศึกษาที่จะต้องตระหนักถึงความสำคัญของระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน และให้การสนับสนุนการดำเนินงานหรือร่วมกิจกรรมตามความเหมาะสม (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2551, น.3) สอดคล้องกับงานวิจัยของอาริษา วัฒนครใหญ่, ชูศักดิ์ เอกเพชร และนัฏจรี เจริญสุข (2560, น.39) ซึ่งพบว่า การบริหารจัดการระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนเป็นสิ่งผู้บริหารจะต้องให้ความสำคัญเพื่อให้สถานศึกษาดำเนินงานได้ตามเป้าประสงค์ของระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนที่วางไว้

ผู้บริหารสถานศึกษาถือได้ว่าเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการศึกษา เนื่องจากผู้บริหารสถานศึกษาเป็นผู้กำหนดนโยบาย แนวทางการทำงานของสถานศึกษา เป็นผู้ดำเนินการดำเนินงานต่าง ๆ และเป็นผู้อำนวยการควบคุมการปฏิบัติงานให้แก่บุคลากร (ธัชพนธ์ ไสยาสน์, 2562, น.13) ซึ่งการบริหารจัดการศึกษาให้มีประสิทธิภาพนั้น ผู้บริหารสถานศึกษาจะต้องมีความรู้ ความสามารถเป็นหลักในการพัฒนาองค์กร รวมทั้งเป็นผู้กำหนดพฤติกรรมของบุคลากรในสถานศึกษา (กัญญาพัชร รุนสงค์, 2559, น.11) นอกจากนี้ ผู้บริหารสถานศึกษาจะต้องมีทักษะการบริหาร ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่จะส่งผลต่อความสำเร็จของการบริหารหน่วยงานหรือองค์กร (พิมลพรรณ เพชรสมบัติ, 2561, น.35) ในส่วนของทักษะการบริหารนั้นเป็นความสามารถของบุคคลในการบริหารจัดการงานในองค์กรให้บรรลุเป้าหมายและสามารถปฏิบัติงานได้อย่างคล่องแคล่ว ถูกต้อง เหมาะสม โดยเป็นความสามารถที่พัฒนาให้เกิดขึ้นได้จากการเรียนรู้และการรับการฝึกอบรม เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล (ทองสุข หงษ์ทอง, 2560, น.22) ผู้บริหารสถานศึกษาถือเป็นผู้นำองค์กรทางการศึกษาประเภทหนึ่งที่จะต้องมีความรู้ความสามารถที่สำคัญ คือ ทักษะด้านเทคนิค ทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์ ทักษะด้านความคิดรวบยอด ทักษะด้านการศึกษาและการสอน และทักษะด้านความรู้ความคิด (Drake & Roe, 1986) ซึ่งทักษะเหล่านี้เป็นทักษะสำคัญที่จะช่วยให้การบริหารสถานศึกษาประสบความสำเร็จ ดังนั้น ในการดำเนินงานต่าง ๆ ของสถานศึกษาให้ประสบความสำเร็จ ผู้บริหารสถานศึกษาจำเป็นต้องมีทักษะการบริหารที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของมานะศักดิ์ พรหมอ่อน และพิมลพรรณ เพชรสมบัติ (2564, น.120) ที่พบว่า ผู้บริหารสามารถเลือกใช้ทักษะทั้ง 5 ด้านในการบริหารงานในสถานศึกษาของผู้บริหารตามภารกิจที่ได้รับมอบหมาย เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง และเพื่อให้งานประสบความสำเร็จและมีประสิทธิภาพมากที่สุด

จากข้อมูลในปัจจุบันของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครศรีธรรมราช เขต 1 พบว่านักเรียนบางส่วนของโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครศรีธรรมราช เขต 1 มีปัญหาในการเรียนและความประพฤติ นักเรียนบางส่วนมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ ขาดเรียนบ่อย ขาดวินัยและคุณลักษณะอันพึงประสงค์บางประการ ซึ่งปัญหาดังกล่าวมีปัจจัยมาจากหลายสาเหตุโดยพบว่าที่ตั้งบริเวณ



สถานศึกษาส่วนใหญ่มีสภาพแวดล้อมเป็นชุมชนเมืองที่มีความแออัด มีประชากรอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น พื้นที่บริเวณโดยรอบเป็นแหล่งเศรษฐกิจที่สำคัญของจังหวัด ทั้งห้างสรรพสินค้า ตลาดขนาดใหญ่ ร้านค้าต่างๆ สถาบันเทวทูตและแหล่งประกอบการต่าง ๆ มากมาย อีกทั้งมีการจ้างแรงงานคนจากหลากหลายพื้นที่ ทำให้ลักษณะประชากรในชุมชนส่วนใหญ่จะเป็นคนต่างพื้นที่ และมีการโยกย้ายถิ่นฐานของประชากรค่อนข้างบ่อยตามสภาวะเศรษฐกิจและตามฤดูกาลของพืชผลทางการเกษตร ส่งผลให้นักเรียนย้ายเข้าและออกในสถานศึกษาเพื่อติดตามผู้ปกครอง และมีนักเรียนบางส่วนต้องหยุดเรียนเพื่อช่วยผู้ปกครองทำงาน ส่งผลให้เกิดปัญหาขาดเรียน การเรียนของนักเรียนไม่ต่อเนื่อง เกิดการซ้ำชั้น ออกกลางคัน และนักเรียนมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ ซึ่งจากข้อมูลผลการทดสอบทางการศึกษาระดับชาติด้านพื้นฐาน (O-net) ของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในปีการศึกษา 2562 พบว่า ผลการทดสอบในวิชาคณิตศาสตร์ วิทยาศาสตร์ และภาษาอังกฤษ มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าร้อยละ 50 ซึ่งวิชาคณิตศาสตร์มีคะแนนเฉลี่ย 35.67 วิชาวิทยาศาสตร์มีคะแนนเฉลี่ย 37.41 และวิชาภาษาอังกฤษมีคะแนนเฉลี่ย 34.62 ในส่วนของการประเมินความสามารถพื้นฐานของผู้เรียนระดับชาติ (National Test : NT) ของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 ในปีการศึกษา 2562 พบว่าผลการทดสอบในวิชาคณิตศาสตร์ มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าร้อยละ 50 โดยวิชาคณิตศาสตร์มีคะแนนเฉลี่ย 48.72 (สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครราชสีมา เขต 1, 2564, น.12-15) นอกจากนี้สภาวะทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้สภาพครอบครัวของนักเรียนส่วนใหญ่เป็นครอบครัวที่ไม่สมบูรณ์ มีปัญหาการหย่าร้างของผู้ปกครอง นักเรียนต้องอาศัยอยู่กับปู่ ย่า ตา ยาย หรือญาติพี่น้อง อีกทั้งความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีที่แทรกซึมวิถีชีวิตของผู้คนในสังคมทุกรูปแบบ และการไหลบ่าของวัฒนธรรมต่างชาติที่เข้าสู่สังคมไทย และสภาพปัญหาทางสังคมในปัจจุบันซึ่งมีปัญหา ด้านยาเสพติด การพนัน การติดเกม การมีแหล่งมั่วสุมต่าง ๆ บริเวณรอบ ๆ สถานศึกษา ประกอบกับการดำเนินงานระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนของสถานศึกษาในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาานครราชสีมา เขต 1 ยังขาดการดำเนินงานที่เข้มแข็งและเป็นระบบ (สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาานครราชสีมา เขต 1, 2563, น.93) ซึ่งปัญหาเหล่านี้ส่งผลให้นักเรียนบางส่วนมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ มีปัญหาการติดเกม คอมพิวเตอร์จนถึงขั้นหมกมุ่น ใช้อารมณ์รุนแรงในการตัดสินใจและข้อขัดแย้ง เข้าถึงสารเสพติดได้ง่าย ขาดหลักยึดเหนี่ยวจิตใจ ไม่เห็นความสำคัญของหลักศาสนาและค่านิยมความเป็นไทย ขาดระเบียบวินัย ขาดคุณธรรม จริยธรรม และค่านิยมที่ดีบางประการ (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน, 2559, น.1-3)

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยเห็นว่า ทักษะการบริหารของผู้บริหารสถานศึกษากับการดำเนินงานระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนานักเรียนให้มีคุณภาพตามมาตรฐานการศึกษาที่กำหนดไว้ ซึ่งจากการศึกษางานวิจัยพบว่ยังไม่มีคนดำเนินการวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะการบริหารของผู้บริหารสถานศึกษากับการดำเนินงานระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนของสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา



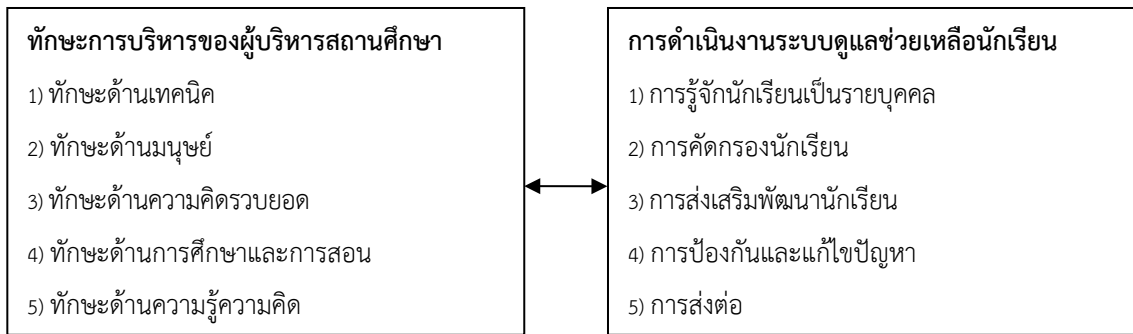
ประณมศึกษานครศรีธรรมราช เขต 1 ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเรื่องดังกล่าว เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาทักษะของผู้บริหารสถานศึกษาและพัฒนาระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะช่วยให้การจัดการศึกษาเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาทักษะการบริหารของผู้บริหารสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา นครศรีธรรมราช เขต 1
2. เพื่อศึกษาการดำเนินงานระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนของสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่ การศึกษาประถมศึกษา นครศรีธรรมราช เขต 1
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทักษะการบริหารของผู้บริหารสถานศึกษากับการดำเนินงานระบบดูแล ช่วยเหลือนักเรียนของสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา นครศรีธรรมราช เขต 1

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทักษะการบริหารของผู้บริหาร สถานศึกษาทั้งของนักวิชาการและนักการศึกษา ดังนี้ Katz (1974); Drake and Roe (1986); อุไรวรรณ รักยิ้ม (2558); ทองสุข หงส์ทอง (2560); มณีรัตน์ พรหมพุ่มพุกษ์ (2560); วาทีนี นานิคบุตร (2560); อัจฉรา คำพูล (2560); อัจฉราพรรณ ป้องทองคำ (2560); ปรียาพร ไชยพลบาล (2561); อริษา วงคำจันทร์ (2561); ชนิตา พลาย แก้ว (2562) และ ลลิตตา อรรถสมบัติ (2562) แล้วนำแนวคิดเกี่ยวกับทักษะการบริหารของผู้บริหารสถานศึกษา มาสังเคราะห์องค์ประกอบ พบว่า ประกอบด้วย 5 ทักษะ คือ 1) ทักษะด้านเทคนิค 2) ทักษะด้านมนุษย 3) ทักษะ ด้านความคิดรวบยอด 4) ทักษะด้านการศึกษาและการสอน และ 5) ทักษะด้านความรู้ความคิด ส่วนการดำเนินงาน ระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน ผู้วิจัยได้ใช้องค์ประกอบของกระบวนการดำเนินงานระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนของ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (2552, น. 18) เป็นกรอบในการศึกษา ประกอบด้วย 1) การรู้จัก นักเรียนเป็นรายบุคคล 2) การคัดกรองนักเรียน 3) การส่งเสริมและพัฒนานักเรียน 4) การป้องกันและแก้ไขปัญหานักเรียน 5) การส่งต่อนักเรียน ซึ่งได้กรอบแนวคิดในการศึกษา ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ครูผู้สอนในสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา นครศรีธรรมราช เขต 1 ปีการศึกษา 2563 จำนวน 1,408 คน และกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ครูผู้สอนในสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา นครศรีธรรมราช เขต 1 ปีการศึกษา 2563 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตาราง เครจซี่ และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ได้กลุ่มตัวอย่าง คือ ครูผู้สอนจำนวน 302 คน จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นตามขนาดของสถานศึกษาและสุ่มแบบง่าย ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนตัวอย่างจำแนกตามขนาดของสถานศึกษา

ขนาดสถานศึกษา	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
ขนาดใหญ่พิเศษ	323	69
ขนาดใหญ่	0	0
ขนาดกลาง	639	137
ขนาดเล็ก	446	96
รวม	1,408	302

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและวรรณกรรมต่าง ๆ โดยแบ่งแบบสอบถามเป็น 3 ตอน คือ ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ ตอนที่ 2 แบบสอบถามทักษะการบริหารของผู้บริหารสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา



นครศรีธรรมราช เขต 1 และ ตอนที่ 3 แบบสอบถามการดำเนินงานระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนของสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา นครศรีธรรมราช เขต 1 โดยในการสร้างเครื่องมือ ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้ 1) ศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทักษะการบริหารของผู้บริหารสถานศึกษาและการดำเนินงานระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน เพื่อนำมากำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยและนิยามศัพท์เฉพาะ 2) สร้างแบบสอบถามเป็นรายข้อให้ครอบคลุมเกี่ยวกับเรื่องทักษะการบริหารของผู้บริหารสถานศึกษาและการดำเนินงานระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน ตามกรอบแนวคิดและนิยามศัพท์เฉพาะ 3) นำเสนอแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเพื่อเสนออาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระเพื่อตรวจสอบแก้ไข 4) นำแบบสอบถามเสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามศัพท์เฉพาะ (IOC : Index of Item Objective Congruence) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.67-1.00 5) นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้ (Try - Out) กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อหาคุณภาพเครื่องมือ โดยการหาค่าความเที่ยง (reliability) ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ 0.985 ส่วนด้านทักษะการบริหารของผู้บริหารสถานศึกษามีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.976 และการดำเนินงานระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนของสถานศึกษามีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.972 และ 6) ปรับแก้แบบสอบถามและนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแล้วนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 302 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขอหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากประธานสาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช และดำเนินการส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลพร้อมแบบสอบถาม ไปยังผู้บริหารสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา นครศรีธรรมราช เขต 1 เพื่อความขออนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลจากครูที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นเก็บรวบรวมแบบสอบถามคืนจากกลุ่มตัวอย่าง ได้แบบสอบถาม จำนวน 302 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 จากนั้นนำมาตรวจสอบความถูกต้อง เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของสถานภาพผู้ตอบแบบสอบถาม โดยนำข้อมูลมาแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) และหาค่าร้อยละ (Percentage) ส่วนทักษะการบริหารของผู้บริหารสถานศึกษาและการดำเนินงานระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนของสถานศึกษา วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และแปลผลตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างทักษะการบริหารของผู้บริหารสถานศึกษากับการดำเนินงานระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนของสถานศึกษา วิเคราะห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและแปลผลตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

ผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างทักษะการบริหารของผู้บริหารสถานศึกษากับการดำเนินงานระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนของสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา นครศรีธรรมราช เขต 1 สามารถสรุปผลได้ดังนี้

1. ทักษะการบริหารของผู้บริหารสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา นครศรีธรรมราช เขต 1 โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ทักษะด้านมนุษย ะรณลงมา คือ ทักษะด้านเทคนิค ทักษะด้านความคิดรวบยอด ทักษะด้านความรู้ ความคิด และ ทักษะด้านการศึกษาและการสอน ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับทักษะการบริหารของผู้บริหารสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา นครศรีธรรมราช เขต 1 โดยภาพรวม (n = 302)

รายการ	M	SD	ระดับ
1. ทักษะด้านเทคนิค	4.70	0.360	มากที่สุด
2. ทักษะด้านมนุษย	4.77	0.421	มากที่สุด
3. ทักษะด้านความคิดรวบยอด	4.70	0.400	มากที่สุด
4. ทักษะด้านการศึกษาและการสอน	4.47	0.367	มาก
5. ทักษะด้านความรู้ความคิด	4.64	0.391	มากที่สุด
รวม	4.66	0.350	มากที่สุด

โดยแต่ละด้านสรุปสังเขปได้ดังนี้

1) ทักษะด้านเทคนิค โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดในกลุ่ม คือ ผู้บริหารมีการจัดระบบงานให้เป็นไปตามระเบียบแบบแผนของทางราชการ รองลงมา คือ ผู้บริหารมีความสามารถในการบริหารทรัพยากรในสถานศึกษาอย่างคุ้มค่า และเกิดประโยชน์ อยู่ในระดับมากที่สุด และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดในกลุ่ม คือ ผู้บริหารมีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมในการบริหารงานได้อย่างเหมาะสม อยู่ในระดับมาก

2) ทักษะด้านมนุษย โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ทุกข้อมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดในกลุ่ม คือ ผู้บริหารสามารถปรับตัวให้เข้ากับบุคคลอื่น ๆ ในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม รองลงมา คือ ผู้บริหารมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคลากรภายในสถานศึกษาทุก



ระดับ และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดในกลุ่ม คือ ผู้บริหารมีความเข้าใจในพฤติกรรมและความแตกต่างระหว่างบุคคลของบุคลากร

3) ทักษะด้านความคิดรวบยอด โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดในกลุ่ม คือ ผู้บริหารมีความสามารถในการวิเคราะห์ปัญหาต่าง ๆ อย่างรอบคอบก่อนตัดสินใจดำเนินการ ต่าง ๆ รองลงมา คือ ผู้บริหารสามารถวิเคราะห์งานและกำหนดขอบข่ายงานในสถานศึกษาได้อย่างถูกต้อง อยู่ในระดับมากที่สุด และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดในกลุ่ม คือ ผู้บริหารสามารถนำนโยบายของรัฐและแผนการศึกษาชาติมากำหนดเป็นแผนงานของสถานศึกษาและนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ อยู่ในระดับมาก

4) ทักษะด้านการศึกษาและการสอน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดในกลุ่ม คือ ผู้บริหารส่งเสริมให้มีกระบวนการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ รองลงมา คือ ผู้บริหารส่งเสริมให้มีการจัดทำและพัฒนาหลักสูตรที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียน ชุมชนและท้องถิ่น อยู่ในระดับมากที่สุด และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดในกลุ่ม คือ ผู้บริหารส่งเสริมให้ครูมีการพัฒนาตนเองและทำวิจัยในชั้นเรียนอย่างสม่ำเสมอ อยู่ในระดับมาก

5) ทักษะด้านความรู้ความคิด โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดในกลุ่ม คือ ผู้บริหารมีความสามารถในการบริหารงานได้อย่างเป็นระบบ มีขั้นตอน และตรวจสอบได้ รองลงมา คือ ผู้บริหารมีการปรับเปลี่ยนแนวคิดและการบริหารจัดการให้สอดคล้องและเหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบัน อยู่ในระดับมากที่สุด และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดในกลุ่ม คือ ผู้บริหารมีการนำแนวคิด วิธีการใหม่ ๆ มาใช้ในการบริหารงานและพัฒนาสถานศึกษาอย่างต่อเนื่อง อยู่ในระดับมาก

2. การดำเนินงานระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนของสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา นครศรีธรรมราช เขต 1 โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการรู้จักนักเรียนเป็นรายบุคคล รองลงมา คือ ด้านการส่งเสริมพัฒนานักเรียน ด้านการคัดกรองนักเรียน ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหา และ ด้านการส่งต่อ ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการดำเนินงานระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนของสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา นครศรีธรรมราช เขต 1 โดยภาพรวม (n = 302)

รายการ	M	SD	ระดับ
1. การรู้จักนักเรียนเป็นรายบุคคล	4.79	0.321	มากที่สุด
2. การคัดกรองนักเรียน	4.50	0.353	มากที่สุด
3. การส่งเสริมและพัฒนา นักเรียน	4.53	0.276	มากที่สุด
4. การป้องกันและแก้ปัญหา	4.48	0.310	มาก
5. การส่งต่อ	4.22	0.395	มาก
รวม	4.50	0.286	มากที่สุด

โดยแต่ละด้านสรุปสังเขปได้ดังนี้

1) ด้านการรู้จักนักเรียนเป็นรายบุคคล โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ทุกข้อมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดในกลุ่ม คือ สถานศึกษามีการมอบหมายให้ครูประจำชั้น/ครูที่ปรึกษา ไปเยี่ยมบ้านนักเรียน รองลงมา คือ สถานศึกษามีการจัดทำทะเบียนสะสมนักเรียนเป็นรายบุคคลทุกระดับชั้นและเป็นปัจจุบันอยู่เสมอ และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดในกลุ่ม คือ สถานศึกษามีการศึกษานักเรียนเป็นรายกรณี (Case study) ทุกครั้งที่พบนักเรียนมีปัญหา

2) ด้านการคัดกรองนักเรียน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดในกลุ่ม คือ สถานศึกษากำหนดเกณฑ์ในการคัดกรองนักเรียนที่ชัดเจน รองลงมา คือ สถานศึกษามีการคัดกรองนักเรียนเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มมีปัญหา กลุ่มพิเศษ อยู่ในระดับมากที่สุด และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดในกลุ่ม คือ สถานศึกษามีการเก็บข้อมูลการคัดกรองนักเรียนแต่ละกลุ่มไว้เป็นความลับ อยู่ในระดับมาก

3) ด้านการส่งเสริมพัฒนานักเรียน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดในกลุ่ม คือ สถานศึกษามีการจัดประชุมผู้ปกครองชั้นเรียนทุกภาคเรียน รองลงมา คือ สถานศึกษามีการจัดกิจกรรมโฮมรูม (Homeroom) อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง อยู่ในระดับมากที่สุด และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดในกลุ่ม คือ สถานศึกษามีการจัดกิจกรรมส่งเสริมและพัฒนา นักเรียนที่สอดคล้องกับผลการคัดกรองนักเรียน อยู่ในระดับมาก

4) ด้านการป้องกันและแก้ไข ปัญหา โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดในกลุ่ม คือ สถานศึกษามีครูแนะแนว/ครูประจำชั้น/ครูที่ปรึกษา ที่ทำหน้าที่แนะแนวให้คำปรึกษากับนักเรียน รองลงมา คือ สถานศึกษามีบริการให้คำปรึกษาเบื้องต้นแก่



นักเรียนอย่างเป็นระบบ อยู่ในระดับมากที่สุด และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดในกลุ่ม คือ สถานศึกษามีการรายงานและประเมินผลด้านการป้องกันและแก้ปัญหานักเรียนเพื่อนำไปสู่การช่วยเหลือนักเรียนอย่างเหมาะสม อยู่ในระดับมาก

5) ด้านการส่งต่อ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดในกลุ่ม คือ สถานศึกษาส่งเสริมให้มีการส่งต่อนักเรียนทั้งการส่งต่อภายในและการส่งต่อภายนอก รองลงมา คือ สถานศึกษามีการส่งต่อนักเรียนที่มีปัญหาไปยังครูแนะแนว/ครูฝ่ายปกครอง/ครูประจำวิชา/ครูพยาบาล ในการให้ความช่วยเหลือ อยู่ในระดับมากที่สุด และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดในกลุ่ม คือ สถานศึกษาส่งเสริมให้ครูมีการบันทึกข้อมูลการส่งต่อเป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจนและต่อเนื่อง อยู่ในระดับมาก

3. ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะการบริหารของผู้บริหารสถานศึกษากับการดำเนินงานระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนของสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครราชสีมา เขต 1 โดยภาพรวมมีความสัมพันธ์กันทางบวก ในระดับปานกลาง ($r = .682$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ทักษะการบริหารของผู้บริหารสถานศึกษากับการดำเนินงานระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน ด้านการรู้จักนักเรียนเป็นรายบุคคลมีความสัมพันธ์กันทางบวก ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ คือ .808 ส่วนความสัมพันธ์กับการดำเนินงานระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนด้านการคัดกรองนักเรียน ด้านการส่งเสริมพัฒนานักเรียน ด้านการป้องกันและแก้ปัญหา และด้านการส่งต่อ มีความสัมพันธ์กันทางบวก ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ คือ .526, .578, .630, .443 ตามลำดับ และการดำเนินงานระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนกับทักษะด้านเทคนิค ทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์ ทักษะด้านความคิดรวบยอด ทักษะด้านการศึกษาและการสอน และ ทักษะด้านความรู้ความคิด มีความสัมพันธ์กันทางบวก ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ คือ .645, .531, .550, .675, .693 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 4



ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างทักษะการบริหารของผู้บริหารสถานศึกษากับการดำเนินงานระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนของสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครศรีธรรมราช เขต 1 ในภาพรวมและรายด้าน (n = 302)

ทักษะการบริหารของ ผู้บริหารสถานศึกษา	การดำเนินงานระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนของสถานศึกษา						ระดับ ความสัมพันธ์
	Y ₁	Y ₂	Y ₃	Y ₄	Y ₅	Y	
X ₁	.764**	.536**	.539**	.573**	.406**	.645**	ปาน กลาง
X ₂	.680**	.361**	.461**	.518**	.318**	.531**	ปาน กลาง
X ₃	.746**	.397**	.459**	.518**	.302**	.550**	ปาน กลาง
X ₄	.688**	.570**	.563**	.595**	.513**	.675**	ปาน กลาง
X ₅	.772**	.534**	.596**	.647**	.479**	.693**	ปาน กลาง
X	.808**	.526**	.578**	.630**	.443**	.682**	ปาน กลาง
ระดับความสัมพันธ์	สูง	ปาน กลาง	ปาน กลาง	ปาน กลาง	ปาน กลาง	ปานกลาง	

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า

1) ทักษะด้านเทคนิคกับการรู้จักนักเรียนเป็นรายบุคคล มีความสัมพันธ์กันทางบวก ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ คือ .764 ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างทักษะด้านเทคนิคกับการคัดกรองนักเรียน ด้านการส่งเสริมพัฒนานักเรียน ด้านการป้องกันและแก้ปัญหา และด้านการส่งต่อ มีความสัมพันธ์กันทางบวก ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ คือ .536, .539, .573, .406 ตามลำดับ



2) ทักษะด้านมนุษยภัยกับการรู้จักรักนักเรียนเป็นรายบุคคล ด้านการคัดกรองนักเรียน ด้านการส่งเสริมพัฒนานักเรียน ด้านการป้องกันและแก้ปัญหา และด้านการส่งต่อ มีความสัมพันธ์กันทางบวก ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ คือ .680, .361, .461, .518, .318 ตามลำดับ

3) ทักษะด้านความคิดรวบยอดกับการรู้จักรักนักเรียนเป็นรายบุคคล มีความสัมพันธ์กันทางบวก ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ คือ .746 ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างทักษะด้านความคิดรวบยอดกับการคัดกรองนักเรียน ด้านการส่งเสริมพัฒนานักเรียน ด้านการป้องกันและแก้ปัญหา และด้านการส่งต่อ มีความสัมพันธ์กันทางบวก ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ คือ .397, .459, .518, .302 ตามลำดับ

4) ทักษะด้านการศึกษาและการสอนกับการรู้จักรักนักเรียนเป็นรายบุคคล ด้านการคัดกรองนักเรียน ด้านการส่งเสริมพัฒนานักเรียน ด้านการป้องกันและแก้ปัญหา และด้านการส่งต่อ มีความสัมพันธ์กันทางบวก ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ คือ .688, .570, .563, .595, .513 ตามลำดับ

5) ทักษะด้านความรู้ความคิดกับการรู้จักรักนักเรียนเป็นรายบุคคล มีความสัมพันธ์กันทางบวก ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ คือ .772 ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างทักษะด้านความรู้ความคิดกับการคัดกรองนักเรียน ด้านการส่งเสริมพัฒนานักเรียน ด้านการป้องกันและแก้ปัญหา และด้านการส่งต่อ มีความสัมพันธ์กันทางบวก ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ คือ .534, .596, .647, .479 ตามลำดับ

อภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างทักษะการบริหารของผู้บริหารสถานศึกษากับการดำเนินงานระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนของสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา นครศรีธรรมราช เขต 1 สามารถนำมาอภิปรายผลได้ ดังนี้

1. ทักษะการบริหารของผู้บริหารสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา นครศรีธรรมราช เขต 1 ผลการวิจัยพบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะ ผู้บริหารสถานศึกษาในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา นครศรีธรรมราช เขต 1 มีความรู้ ความสามารถในการดำเนินงาน มีการวางแผนการดำเนินงานต่าง ๆ ภายในองค์กร มีความเข้าใจโครงสร้างการบริหารงาน สามารถคาดการณ์การเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในองค์กร โดยมีการนำกระบวนการ เครื่องมือ เทคนิควิธีมาใช้ในการ



ดำเนินงาน เพื่อให้งานประสบความสำเร็จ นอกจากนี้ผู้บริหารยังมีความสามารถในการทำงานร่วมกับบุคคลอื่น ๆ ทั้งภายในและภายนอกองค์กรได้ ทำให้การบริหารงานประสบความสำเร็จ ซึ่งสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ประถมศึกษานครศรีธรรมราช เขต 1 (2563) ได้กำหนดพันธกิจ เป้าหมาย และกลยุทธ์ซึ่งมีใจความสำคัญ คือ ให้ผู้บริหารสถานศึกษา ครู และบุคลากรทางการศึกษามีการพัฒนาตนเองให้เป็นมืออาชีพ มีความรู้ และสมรรถนะตามมาตรฐานวิชาชีพ มีคุณธรรม จริยธรรม รวมทั้งมีศักยภาพในการปฏิบัติงาน ทำให้ผู้บริหารมีการพัฒนาตนเองให้มีความรู้ ความสามารถ และมีทักษะในการบริหารงานให้ประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับงานวิจัยของศรีญาน้อยพิมาย และพิมลพรรณ เพชรสมบัติ (2563, น. 212) ได้ศึกษาทักษะการบริหารของผู้บริหารสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาปทุมธานี เขต 2 ซึ่งผลการวิจัย พบว่า ทักษะการบริหารของผู้บริหารสถานศึกษามีความสำคัญต่อการบริหารสถานศึกษา เพราะการจัดการศึกษาให้ประสบความสำเร็จได้ต้องอาศัยความรู้ ความสามารถ การเข้าใจในหลักการ กระบวนการบริหาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องทักษะการบริหาร ที่ผู้บริหารจะต้องแสดงออกซึ่งความสามารถในการดำเนินกิจกรรม การบริหารงานตามภารกิจต่าง ๆ ที่ผู้บริหารได้รับมอบหมาย

2. การดำเนินงานระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนของสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ประถมศึกษานครศรีธรรมราช เขต 1 ผลการวิจัยพบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด แสดงให้เห็นว่า สถานศึกษาในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครศรีธรรมราช เขต 1 ให้ความสำคัญกับการดำเนินงานระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน โดยมีการดำเนินงานช่วยเหลือนักเรียนอย่างเป็นระบบขั้นตอน ที่เป็นเช่นนี้อาจจะเป็นเพราะ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครศรีธรรมราช เขต 1 (2563) ได้กำหนดพันธกิจ เป้าประสงค์ และกลยุทธ์ซึ่งมีใจความสำคัญ คือ สถานศึกษามีดูแลและพัฒนานักเรียนทุกคนอย่างทั่วถึง ผู้เรียนที่มีความต้องการจำเป็นพิเศษ กลุ่มชาติพันธุ์ กลุ่มผู้ด้อยโอกาสได้รับการศึกษาอย่างเท่าเทียม และมีคุณภาพ มีการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพของผู้เรียนทุกคน มีการปลูกฝังความมีระเบียบวินัย โดยกระบวนการลูกเสือ และยุวกาชาด ผู้เรียนมีคุณธรรม จริยธรรมและมีค่านิยมที่พึงประสงค์ มีการพัฒนาผู้เรียนให้มีความพร้อมสามารถรับมือกับภัยคุกคามทุกรูปแบบ ผู้เรียนได้รับการพัฒนาเต็มตามศักยภาพนำไปสู่ความเป็นเลิศด้านวิชาการ ตามความสามารถและความสนใจของผู้เรียน และ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานได้กำหนดนโยบายกรอบการดำเนินงาน และกระบวนการในการดำเนินงานอย่างชัดเจนและเป็นระบบ ทำให้สถานศึกษามีแนวทางในการดำเนินงานระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน และสามารถดำเนินงานให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของชาติรี อดทน และสิทธิชัย สอนสุภี (2564, น. 194) ได้ศึกษาการดำเนินงานตามระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนและการส่งเสริมความแข็งแกร่งของชีวิตนักเรียนในสถานศึกษา ในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา



มัธยมศึกษา เขต 25 ผลการวิจัยพบว่า ระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนเป็นนโยบายในการบริหารกิจการพัฒนา
นักเรียน ส่งผลให้สถานศึกษาทุกแห่งต้องดำเนินการให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงศึกษาธิการ

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะการบริหารกับการดำเนินงานระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน
ของสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา นครศรีธรรมราช เขต 1 พบว่า โดยภาพรวมมี
ความสัมพันธ์กันทางบวก ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
เท่ากับ .682 แสดงให้เห็นว่า ทักษะการบริหารมีความสำคัญต่อการบริหารงานของผู้บริหารสถานศึกษา การจะ
ดำเนินงานต่าง ๆ ในสถานศึกษาให้ประสบความสำเร็จและมีประสิทธิภาพได้นั้นจำเป็นต้องอาศัยทักษะในการ
บริหารงานของผู้บริหาร ซึ่งทักษะการบริหารเป็นความสามารถของผู้บริหารในการบริหารจัดการงานในองค์กรให้
เป็นระบบ โดยจะอาศัยความรู้ ความสามารถ ความชำนาญและประสบการณ์ในการดำเนินงาน ซึ่งผู้บริหารจะต้อง
มีทักษะการบริหารที่สำคัญอย่างน้อย 5 ทักษะ คือ ทักษะด้านเทคนิค ทักษะด้านมนุษย ทักษะด้านความคิดรวบ
ยอด ทักษะด้านการศึกษาและการสอน และทักษะด้านความรู้ความคิด การมีทักษะการบริหารที่ดีจะส่งผลต่อการ
การดำเนินงานต่าง ๆ ในสถานศึกษา รวมถึงการดำเนินงานด้านระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน เพราะผู้บริหารจะมี
การวางแผนการจัดการในเรื่องการดูแลช่วยเหลือนักเรียนอย่างเป็นระบบ มีการส่งเสริม สนับสนุนให้ครูและผู้ที่
เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน โดยเป้าหมายคือการพัฒนาให้นักเรียน
ให้มีความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ดังนั้นทักษะการบริหารของผู้บริหารจึงส่งผล
ต่อการดำเนินงานด้านระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน สอดคล้องกับงานวิจัยของมานะศักดิ์ พรหมอ่อน และ พิมล
พรรณ เพชรสมบัติ (2564, น.121) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทักษะการบริหารกับการบริหารงานของผู้บริหาร
สถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 4 ผลการวิจัย พบว่า สิ่งสำคัญที่สุดที่จะช่วยให้การ
บริหารบรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ คือ การมีทักษะการบริหารของผู้บริหารสถานศึกษา ผู้บริหารที่คำนึงถึงความ
แตกต่างของแต่ละบุคคล รู้ขอบข่ายของงาน และใช้รูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วม คือมีการทำงานและแก้ไข
ปัญหาร่วมกันระหว่างผู้บริหารสถานศึกษาและครูผู้สอน จะเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการ
บริหาร ตลอดจนเพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและพัฒนาการด้านต่าง ๆ ของผู้เรียน สอดคล้องกับงานวิจัยของอิริชา
วงคำจันทร์ (2561,น.58) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทักษะการบริหารของผู้บริหารสถานศึกษากับคุณภาพการ
จัดการศึกษา โรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา ราชบุรี เขต 1 ผลการวิจัย พบว่า ผู้บริหาร
จะต้องมีทักษะในการบริหารสถานศึกษา ถ้าผู้บริหารมีทักษะด้านเทคนิค ทักษะด้านมนุษย ทักษะด้านความคิดรวบ
ยอด ทักษะด้านการศึกษาและการสอน และทักษะด้านความรู้ความคิด ก็จะทำให้คุณภาพการจัดการศึกษามี
ประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลมากขึ้น



ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ทักษะการบริหาร ในส่วนของทักษะด้านเทคนิค ผู้บริหารควรมีการฝึกการใช้สื่อเทคโนโลยีต่าง ๆ ให้ความชำนาญ เพื่อที่จะได้นำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ในการทำงาน และควรรำนวัตกรรมใหม่ ๆ มาใช้ในการบริหารงานในสถานศึกษา เพื่อให้การบริหารงานมีประสิทธิภาพ

2. ทักษะการบริหาร ในส่วนของทักษะด้านการศึกษาและการสอน ผู้บริหารควรส่งเสริมให้ครูได้มีการพัฒนาตนเอง ทั้งในด้านการฝึกอบรม ซึ่งควรมีงบประมาณในการสนับสนุนการอบรมให้กับครู เพื่อให้ครูนำความรู้มาพัฒนางาน และควรให้ความสำคัญกับการศึกษาต่อของครู และควรให้ความสำคัญกับการนิเทศ ติดตาม การจัดการเรียนการสอนของครู เพราะ การนิเทศการสอน เป็นการช่วยเหลือครูให้มีการปรับปรุง พัฒนาการจัดการเรียนการสอนของตนเองให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น อันจะส่งผลต่อคุณภาพของผู้เรียน

3. ทักษะการบริหาร ในส่วนของทักษะด้านความรู้ความคิด ผู้บริหารควรนำหลักการ แนวคิด วิธีการใหม่ๆ มาใช้ในการบริหารงานในสถานศึกษา เพื่อให้การบริหารงานมีประสิทธิภาพ

4. การดำเนินงานระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน ด้านการคัดกรองนักเรียน สถานศึกษาควรมีการเก็บข้อมูลของนักเรียนแต่ละกลุ่มไว้เป็นความลับ เพื่อเป็นการรักษาสิทธิของนักเรียน

5. การดำเนินงานระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน ด้านการส่งเสริมและพัฒนานักเรียน สถานศึกษาควรมีการจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับผลการคัดกรองนักเรียนในแต่ละกลุ่ม เพื่อเป็นการส่งเสริมและพัฒนานักเรียนให้สามารถเป็นบุคคลที่สมบูรณ์พร้อมทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา นอกจากนี้ควรมีการติดตามพฤติกรรมนักเรียน พร้อมทั้งประเมินผลการส่งเสริมและพัฒนานักเรียน

6. การดำเนินงานระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน ด้านการส่งต่อ สถานศึกษาควรให้ความสำคัญกับการส่งต่อนักเรียนที่มีปัญหา เพื่อเป็นการช่วยเหลือนักเรียน โดยสถานศึกษาจะต้องมีการประชุมร่วมกันเพื่อพิจารณาข้อมูลนักเรียนที่มีความจำเป็นต้องส่งต่อภายนอก ควรมีการประสานงานกับบุคคลที่เกี่ยวข้อง และควรมีการชี้แจงสร้างความเข้าใจกับนักเรียนและผู้ปกครองถึงความจำเป็นที่ต้องส่งต่อ ครูควรมีการบันทึกข้อมูลการส่งต่อเป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน และควรมีการติดตามผลการส่งต่อนักเรียนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็นจะได้ดูแลช่วยเหลือนักเรียนอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษารูปแบบการพัฒนาทักษะการบริหารของผู้บริหารสถานศึกษา
2. ควรศึกษาแนวทางของการพัฒนาทักษะการบริหารของผู้บริหารสถานศึกษา
3. ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาทักษะการบริหารของผู้บริหารสถานศึกษาในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน



4. ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาการดำเนินงานระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนด้านการส่งต่อนักเรียน

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2551). **คู่มือครูระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน ช่วงชั้นที่ 1 –ช่วงชั้นที่ 2 (ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6).** (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กัญญาพัชร รุนสงค์. (2559). **บทบาทของผู้บริหารสถานศึกษาในการสร้างองค์การแห่งการเรียนรู้ของสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเพชรบูรณ์เขต 3.** วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี.
- กิตติมา บุญรักษา, และปิยะนาถ บุญมีพิพิธ. (2558). **ภาวะผู้นำของผู้บริหารที่ส่งผลต่อการบริหารระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนของสถานศึกษา ในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเพชรบุรี เขต 2.** *วารสารวิชาการฉบับมนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ มหาวิทยาลัยศิลปากร*, 8(2), 337-351.
- ชนิตา พลายแก้ว. (2562). **ทักษะการบริหารของผู้บริหารสถานศึกษาที่ส่งผลต่อการดำเนินงานตามมาตรฐานการประกันคุณภาพภายในของสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาราชบุรี เขต 2.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.
- ชาตรี อดทน, และ สิทธิชัย สอนสุภี. (2564). **การดำเนินงานตามระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนและการส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตนักเรียนของสถานศึกษาในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 23.** *วารสารปัญญาปณิธาน*, 6(1), 187-200.
- ทองสุข หงษ์ทอง. (2560). **ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะการบริหารงานของผู้บริหารกับประสิทธิผลของโรงเรียนโพธิสัมพันธ์พิทยาคาร สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 18.** งานนิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ธัพนธ์ ไสยาสน์. (2562). **บทบาทของผู้บริหารสถานศึกษาที่ส่งผลต่อการดำเนินงานประกันคุณภาพภายในสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 31.** วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.
- ปรียาพร ไชยพลบาล. (2561). **การศึกษาทักษะการบริหารของผู้บริหารสถานศึกษา ตามการรับรู้ของครูสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษากระบี่.** การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี.
- พิมลพรรณ เพชรสมบัติ. (2561). **ทักษะการบริหารงานของผู้บริหารในสถาบันอุดมศึกษา.** *วารสาร มจร การพัฒนาสังคม*, 3(2), 32-43.



มณีนรีตัน พรหมพุ่มพุกษ์. (2560). การศึกษาทักษะผู้บริหารสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา

ประถมศึกษากำแพงเพชร เขต 2. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยนเรศวร.

มานะศักดิ์ พรหมอ่อน, และพิมลพรรณ เพชรสมบัติ. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะการบริหารกับการบริหารงานของผู้บริหารสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 4. **วารสารวิจัยวิชาการ**, 4(3), 115-124.

ลลิตตา อรรถสมบัติ. (2562). **ทักษะการบริหารของผู้บริหารโรงเรียนตามทัศนะของครูในเครือข่ายโรงเรียน**

สวนกุหลาบวิทยาลัย 11 แห่ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยบูรพา.

วาทีณี นานิบุตร. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์กับทักษะการบริหารงานของผู้บริหาร

สถานศึกษาโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาตราด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยบูรพา.

ศรัญญา น้อยพิมาย, และ พิมลพรรณ เพชรสมบัติ. (2563). ทักษะการบริหารของผู้บริหารสถานศึกษา สังกัด

สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาปทุมธานี เขต 2. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี, 1(12), 199-216.

ศูนย์เฉพาะกิจคุ้มครองและช่วยเหลือนักเรียน สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ.

(2563). **คู่มือการคุ้มครองและช่วยเหลือเด็กของสถานศึกษา ฉบับพัฒนา พ.ศ. 2563.** สืบค้นจาก

<https://www.obec.go.th/archives/239558>สำนักงานเลขาธิการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ, 2561

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. (2559). **การพัฒนาระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน.** กรุงเทพฯ:

ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาานครศรีธรรมราช เขต 1. (2563). **แผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ**

พ.ศ. 2563. นครศรีธรรมราช: สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาานครศรีธรรมราช เขต 1.

_____. (2564). **รายงานผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2563.** นครศรีธรรมราช: สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาานครศรีธรรมราช เขต 1.

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. (2552). **ระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียน หลักการ แนวคิด และ**

ทิศทางการดำเนินงาน. สืบค้นจาก <http://guidance.obec.go.th/?p=359>.

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. (2560). **แผนการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2560 - 2579.**

กรุงเทพฯ: พริกหวานกราฟฟิค.



สำนักงานเลขาธิการของคณะกรรมการการยุติศาสตร์ชาติ. (2561). ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561 – 2580. สืบค้น
จาก https://www.nesdc.go.th/download/document/SAC/NS_PlanOct2018.pdf

อัจฉรา คำพล. (2560). **ความสัมพันธ์ของทักษะการบริหารกับกระบวนการบริหารของผู้บริหารสถานศึกษา
สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 33 . การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาโท**
มหาวิทยาลัยราชภัฏราชภัฏวไลยอลงกรณ์.

อัจฉราพรรณ ป้องทองคำ. (2560). **ทักษะการบริหารงานของผู้บริหารสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่
การศึกษามัธยมศึกษา เขต 18. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท** มหาวิทยาลัยบูรพา.

อริษา วงคำจันทร์. (2561). **ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะการบริหารของผู้บริหารสถานศึกษากับคุณภาพการจัด
การศึกษา โรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสกลนคร เขต 1. วิทยานิพนธ์
ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง.**

อาริษา วัฒนครใหญ่, ชุศักดิ์ เอกเพชร, และ นัจจุรี เจริญสุข. (2560). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะ
ของผู้บริหารสถานศึกษากับการบริหารจัดการระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนของสถานศึกษา สังกัด
สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 11 ในจังหวัดชุมพร. **วารสารนาคนุตรปริทรรศน์**, 9(1), 33-
42.

อุไรวรรณ รักยิ้ม. (2558). **ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะการบริหารกับกับการประกันคุณภาพภายในของ
สถานศึกษาขั้นพื้นฐานสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษากาญจนบุรี เขต 1. การศึกษา
ค้นคว้าอิสระ ปริญญาโท** มหาวิทยาลัยราชภัฏกาญจนบุรี.

Drake, T.L, & Roe, W.H. (1986). **The Principal Ship**. 3rded. New York: Macmillan Harper and
Row.

Katz, R.L. (1974). Skill of an Effective Administrator. **Harvard Business Review**. 5(3), 90-102.

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการอนุรักษ์ผ้าจากไท-ยวน ตำบลคูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

นภาพิณ นิลกำแหง¹

เสรี วรพงษ์²

สุภาภรณ์ สงค์ประชา³

ชนันนา รอดสุทธิ⁴

บทคัดย่อ

งานวิจัยฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการอนุรักษ์ผ้าจากไท-ยวน 2) เปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์ผ้าจากไท-ยวน โดยจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาของการอาศัยอยู่ในพื้นที่ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ ทั้งนี้ ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือ ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลจากประชาชนที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่ 1 – 8 ตำบลคูบัว จำนวน 390 คน ได้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานด้วยค่า t-test ทดสอบเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรอิสระและการทดสอบความแปรปรวนทางเดียวใช้ One - way ANOVA หรือ F-test และหากพบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะใช้การเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีของเชฟเฟ (Scheff's Test) ผลการวิจัยพบว่า

1) ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการอนุรักษ์ผ้าจากไท-ยวน ตำบลคูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ในภาพรวมอยู่ที่ระดับปานกลาง เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ด้านที่มีส่วนร่วมมากที่สุดเรียงตามลำดับได้แก่ ด้านการวางแผน ด้านการรักษาธำรงไว้ และด้านการเผยแพร่

2) ผลการทดสอบสมมติฐานความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า การมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์ผ้าจากไท-ยวนของประชาชนที่มี เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ และรายได้ที่แตกต่างกัน ทำให้การมีส่วนร่วมด้านการวางแผนแตกต่างกัน พบว่า อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ที่แตกต่างกันทำให้มีส่วนร่วมด้านการรักษาธำรงไว้แตกต่างกัน สอดคล้องพบว่าระยะเวลาที่อาศัยอยู่ ที่แตกต่างกัน ทำให้มีส่วนร่วมด้านการเผยแพร่แตกต่างกัน

3) ข้อเสนอแนะที่พบจากการวิจัย เสนอว่า เพื่อให้เกิดการดำรงคงอยู่ที่ยั่งยืน ควรหากลยุทธ์หรือแนวทางในการอนุรักษ์ และควรมีการจัดเก็บองค์ความรู้การทอผ้าจากไท-ยวน ผ่านระบบการศึกษา ทั้งนี้ หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องควรให้การสนับสนุน เช่น การจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้ชุมชน แหล่งเรียนรู้เชิง

¹ นักศึกษา หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาสังคมศาสตร์สิ่งแวดล้อม) คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

³ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

⁴ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม อาจารย์ ดร. คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



อนุรักษ์วัฒนธรรมท้องถิ่น หรือพิพิธภัณฑ์ท้องถิ่น เพื่อรวบรวมองค์ความรู้และภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านต่างๆ ให้มีการถ่ายทอด สืบสานส่งต่อสู่เยาวชนรุ่นต่อไป

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของชุมชน / การอนุรักษ์ / ผ้าจกไท-ยวน ตำบลคูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี



COMMUNITY PARTICIPATION IN TAI YUAN WEAVING CONSERVATION, KHU BUA SUBDISTRICT,
MEUANG DISTRICT, RATCHABURI PROVINCE

NAPAPEN NINKUMHANGE¹

SEREE WORAPHONG²

SUPAPORN SONGPRACHA³

SHANANA RODSOODTHI⁴

ABSTRACT

The aim of this research was to 1) study the community participation in conservation of Tai Yuan weaving in Khu Bua Subdistrict. 2) compare the level of community participation in Tai Yuan weaving conservation by gender, age, education level, occupation, length of stay, and average monthly income. This study was a quantitative research. The tools used were questionnaires, collecting data from 390 people of the population in Moo 1- 8, Khu Bua Subdistrict by simple random sampling. The statistics used in data analysis were percentage, frequency, distribution, mean, and standard deviation. The hypotheses was tested by t-test and One-way ANOVA test. As the difference was found, it was tested by the paired difference test using the Scheffe's Method and a preset of significance level at 0.05.

The study results found that: 1) the levels of the overall community participation in conservation of Tai Yuan was found to be moderate. The highest rate of the participation was in the planning aspect, followed by the participation in preservation aspect and the participation in dissemination aspect, respectively. 2) The results of the hypothesis testing of the differences between the personal characteristics were found that the participation in conservation of Tai Yuan weaving of people with sex, education level, occupation, length of stay, and average monthly income differed at different levels of the participation in planning aspect. The participation in conservation of Tai Yuan weaving of people with age, education level, and average monthly income differed at different level of the participation in preservation aspect and the last found that the participation in conservation of Tai Yuan weaving of people with length of stay differed at different level of the participation in

¹ Master of Arts, Environmental Social Sciences, Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University

² Asst. Prof. Dr., Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University

³ Asst. Prof. Dr., Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University

⁴ Dr., Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University



dissemination aspect. According to the recommendations of this study for sustainability, there should be a way to conserve and store knowledge. However, government agencies had to provide a source of learning, provide learning resources for preservation of local culture, and a local museum to collect knowledge and local wisdom in various areas to convey to continue to pass on to the next generation of youth.

KEY WORDS: COMMUNITY PARTICIPATION / CONSERVATION /TAI YUAN WEAVING

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัฒนธรรมเป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นถึงคุณค่าวิถีชีวิตที่ชุมชนและท้องถิ่นต่างๆ ได้พัฒนาและสร้างสรรค์ขึ้น เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการดำเนินชีวิต โดยแสดงออกในรูปแบบและวิธีการที่หลากหลาย ทั้งในรูปแบบของวิถีชีวิต ขนบธรรมเนียมประเพณี ภูมิปัญญา ศิลปะการแสดง ฯลฯ อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันวัฒนธรรมท้องถิ่นถูกละเลยและมีการถ่ายทอดไปสู่คนรุ่นใหม่ลดลง เช่น การแต่งกาย ภาษาพูด รวมทั้งประเพณี และวิถีชีวิตที่ดั้งเดิม ท่ามกลางความหลากหลายทางวัฒนธรรมภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์ วัฒนธรรมได้มีการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ตลอดเวลา ดังนั้นหากมรดกทางวัฒนธรรมที่มีความแตกต่างหลากหลายกันในพื้นที่ที่ไม่ได้รับการสืบสานและอนุรักษ์ฟื้นฟู รวมถึงการพัฒนาต่อยอดให้เกิดคุณค่าทางสังคมและจิตใจ ก็จะทำให้คุณค่าทางมรดกวัฒนธรรมลดน้อยลงจนแทบจะสูญหายไป วัฒนธรรมวิถีชีวิตที่เกิดขึ้นจากการสั่งสมองค์ความรู้ในแต่ละท้องถิ่น มีลักษณะที่โดดเด่นแตกต่างกันไปตามสภาพพื้นที่ ซึ่งในแต่ละพื้นที่มีภูมิปัญญาหลากหลายควรที่จะได้รับการถ่ายทอดสู่เยาวชนรุ่นหลังสืบไป การอนุรักษ์จึงเป็นหนทางหนึ่งที่ยั่งยืนในการฟื้นฟู และสืบสานวัฒนธรรมของชุมชน ให้ดำรงคงอยู่ในท้องถิ่น (อารดา พลอาษา , 2560)

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 พ.ศ.2555 – 2559 รัฐบาลได้มีนโยบาย เพื่อที่จะส่งเสริม ทำนุบำรุง และรักษาศิลปวัฒนธรรม ซึ่งมีความสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต การประกอบอาชีพของคนในชุมชนนั้น ๆ โดยยึดหลักความพอเพียง สามารถยืนหยัดได้ด้วยตนเอง เกิดความสุขขึ้นในชุมชน ในขณะที่หลักการดังกล่าวก็ช่วยส่งเสริมและเพิ่มคุณค่าให้แก่ภูมิปัญญาชาวบ้าน หลักการดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้นในสังคมปัจจุบันที่มองสิ่งต่าง ๆ รอบตัวเป็นเชิงธุรกิจเสียส่วนใหญ่ไม่ว่าแม้แต่ทรัพยากรวัฒนธรรมที่อยู่คู่กับชุมชนมาช้านาน ในปัจจุบันแนวคิดเศรษฐกิจสร้างสรรค์ (Creative Economy) ได้มีผู้นำมาใช้เพื่อพัฒนาและเพิ่มมูลค่าให้กับภูมิปัญญาที่มีค่าในชุมชน เพื่อก่อให้เกิดมูลค่าเพิ่มโดยเน้นการพัฒนาและเพิ่มมูลค่าแบบยั่งยืนการเสริมสร้างทุนทางสังคม (ทุนมนุษย์ ทุนสังคม ทุนทางวัฒนธรรม) พร้อมก้าวเข้าสู่ประชาคม เศรษฐกิจอาเซียนในปี 2558 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2555: 7) ดังนั้นหลักการและแนวคิดดังกล่าวข้างต้น มีเป้าหมายที่สอดคล้องกันคือ การสร้างความตระหนักรู้ร่วมอนุรักษ์ และสืบสานทรัพยากรวัฒนธรรม ที่เป็นเอกลักษณ์แห่งท้องถิ่น อันจะนำมาซึ่งการก่อ ประโยชน์ต่อชุมชนอย่างสูงสุด และอยู่คู่ชุมชนอย่างยั่งยืนแท้จริง เอกลักษณ์ทางวัฒนธรรมอย่างหนึ่งที่สามารถสะท้อนวิถีชีวิตของไทยบอกเล่าเรื่องราวของการเลือกใช้วัตถุดิบจากธรรมชาติกับ ภูมิปัญญาของคนในชุมชนได้เป็นอย่างดี และไม่อาจมองข้ามคือวัฒนธรรมการทอผ้า ในปัจจุบันการส่งเสริมภูมิปัญญาทอผ้ามีหน่วยงานภาครัฐ องค์กรเอกชน และองค์กรชุมชน ได้ร่วมกันฟื้นฟู ส่งเสริม และพัฒนา จึงทำให้กลุ่มทอผ้าเกิดขึ้นทุกภูมิภาค มีผู้นิยมใช้ผ้าทอกันมากขึ้น อีกทั้งมีการรณรงค์ส่งเสริมสินค้าไทยให้ใช้ผ้าไทย นับเป็นการส่งเสริมเศรษฐกิจสร้างรายได้ให้แก่ชุมชน ซึ่งขณะเดียวกันการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และวิทยาการใหม่ๆ ทำให้รู้คุณค่าของผ้าทอมากขึ้น ไม่ให้ความสำคัญและเห็นคุณค่าของการทอผ้า ส่งผลให้ภูมิปัญญาการทอผ้าถูกละเลยและกำลังเลือนหายไป (สร้อยน้ำค้าง มงคล, 2552: 100)

จังหวัดราชบุรี เป็นจังหวัดหนึ่งในภาคกลางด้านตะวันตกที่มีภูมิประเทศแบบผสมผสาน เป็นดินแดนแห่งวัฒนธรรมลุ่มน้ำแม่กลองและสายหมอกแห่งขุนเขาตะนาวศรี มีความเป็นมาอันยาวนานและประกอบไปด้วยผู้คนหลากหลายชาติพันธุ์ ราชบุรีจึงเป็นเมืองที่เต็มไปด้วยเรื่องราวทางประวัติศาสตร์ ศิลปะ วัฒนธรรม และประเพณีอันหลากหลายที่ผสมผสาน (<https://www.sanook.com/travel/>) โดยเฉพาะที่บ้านคูบัวซึ่งถือเป็นชุมชนผู้สืบเชื้อสายมาจากชาวโยนกเมืองเชียงแสนแห่งอาณาจักรล้านนา ได้มีการสืบทอดการทอผ้าจากมาหลายชั่วอายุคน ภูมิปัญญาถือว่าเป็นปรัชญาชีวิต เป็นฐานคิด และหลักเกณฑ์การกำหนดคุณค่า และจริยธรรมที่มีการสั่งสมสืบทอดกันมาช้านาน จากพ่อแม่ปู่ย่าตายายสู่ลูกหลาน จากคนรุ่นหนึ่งสู่อีกรุ่นหนึ่ง (วรรณ โชคบันดาลสุข, กุลยา อนุโลก, วรลักษณ์ ทองประยูร, 2559)

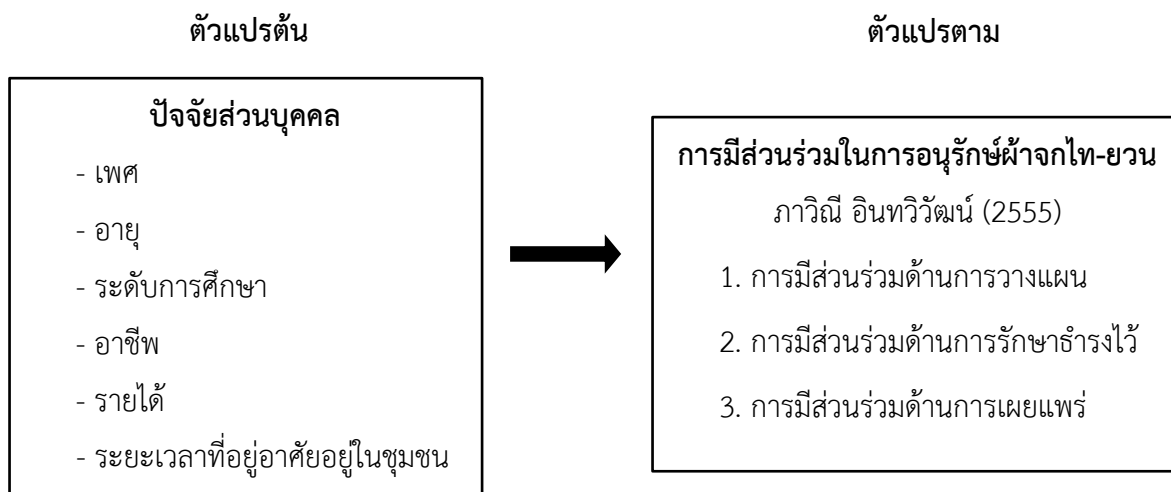
เมื่อเวลาผ่านไปนานเข้าผ้าจากไท-ยวนหรือผ้าทอพื้นเมืองในประเทศไทยกำลังจะสูญหายไป โดยเฉพาะที่ตำบลคูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี เหลือเพียงไม่กี่บ้านที่ยังคงทอผ้าและส่งต่อความรู้ให้ลูกหลาน ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการอนุรักษ์ และส่งเสริมสนับสนุนให้คงอยู่อย่างจริงจัง ทั้งจากหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน รวมถึงภาคประชาชน โดยเริ่มจากในชุมชนที่มีการทอผ้าเอง ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่า จำเป็นต้องอาศัยกลไกของการมีส่วนร่วมเข้ามาใช้ในการแก้ปัญหา ผู้วิจัยคาดหวังว่าผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ จะมีส่วนช่วยส่งเสริม สนับสนุน และผลักดันให้ประชาชนในท้องถิ่นเกิดความรัก ความหวงแหน รวมทั้งช่วยกันอนุรักษ์ผ้าจากไท-ยวนของชาวชุมชนตำบลคูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ให้คงความเป็นมรดกของชาติสืบต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการอนุรักษ์ผ้าจากไท-ยวน ตำบลคูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการอนุรักษ์ผ้าจากไท-ยวน ตำบลคูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการมีส่วนร่วมของภาวิณี อินทวิวัฒน์ (2555) ซึ่งศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องและส่งผลกระทบ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการวางแผน ด้านการรักษาธำรงไว้ และด้านการเผยแพร่ มาเป็นกรอบการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ผู้วิจัยใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยการเก็บแบบสอบถามเพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมและเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการอนุรักษ์ผ้าจากไท-ยวน ตำบลคูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลคูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ทั้งเพศชายและเพศหญิง จากกลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้านที่ 1- 8 ที่มีการทอผ้าจากไท-ยวน จำนวน 5,366 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2561) ข้อมูลมาจากฝ่ายทะเบียนราษฎร ที่ว่าการอำเภอเมืองราชบุรี ซึ่งใช้ในการคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของของ Yamane (1973) กำหนดความคลาดเคลื่อนที่ระดับ 0.5 ทั้งนี้ เพื่อทดแทนแบบสอบถามไม่ครบหรือไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลเพิ่มเติมขึ้นอีกร้อยละ 10 จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการทำวิจัยครั้งนี้ จำนวนทั้งสิ้น 390 คน การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random Sampling) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามลักษณะที่กำหนด ได้แก่ มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และจะอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันหรือคนละบ้านก็ได้ จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวน 390 คน จึงนำไปเก็บข้อมูลดังนี้

- 1) ในหมู่บ้านที่ปัจจุบันยังคงมีการทอผ้าจากไท-ยวน
- 2) เป็นบุคคลที่มีความเต็มใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

โดยการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยจริยธรรมในคน สาขาสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อวันที่ 24 ธันวาคม 2561

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม โดยใช้ในการเก็บข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการอนุรักษ์ผ้าจากไท-ยวน ตำบลคูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ในด้านการวางแผน (Planning) ด้านการรักษาธำรงไว้ (Preservative) และด้านการเผยแพร่ (Dissemination) ซึ่งมีการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) โดยนำแบบสอบถามไปปรึกษาร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้ชัดเจน เข้าใจง่าย และครอบคลุมองค์ประกอบของตัวแปรอย่างครบถ้วน ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัย นอกจากนี้ยังมีการ

ตรวจสอบความเชื่อมั่นของชุดคำถามที่ใช้วัดตัวแปร (Reliability of Measurement) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ซึ่งค่าคะแนนที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) ทั้งนี้ จากผลการทดสอบ ผู้วิจัยได้ค่าความตรงของเนื้อหาในการมีส่วนร่วมเท่ากับ 0.94 อยู่ในระดับสูง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Window สำหรับงานวิจัยทางสังคมศาสตร์ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ยเลขคณิต 2) ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการอนุรักษ์ผ้าจากไท-ยวนแต่ละด้าน นำมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3) การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มใช้สถิติทดสอบค่า t-test ในการทดสอบสมมติฐานตัวแปร และใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวน (One-way ANOVA) ทดสอบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มขึ้นไป ที่เป็นอิสระต่อกัน และทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ ด้วยวิธีการทดสอบ Scheffe

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 390 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 256 คน คิดเป็นร้อยละ 65.60 มีอายุ 51 – 60 ปี จำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 30.80 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า จำนวน 127 คน คิดเป็นร้อยละ 32.60 มีอาชีพรับจ้าง จำนวน 131 คน คิดเป็นร้อยละ 33.60 ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ภายในชุมชนมากกว่า 20 ปี จำนวน 297 คน คิดเป็นร้อยละ 76.20 และมีรายได้ต่อเดือน 10,000 บาทหรือต่ำกว่า จำนวน 224 คน คิดเป็นร้อยละ 57.40

2. ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการอนุรักษ์ผ้าจากไท-ยวน ตำบลคูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

ผลการศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการอนุรักษ์ผ้าจากไท-ยวน ตำบลคูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ในภาพรวมในภาพรวมอยู่ที่ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.30$) โดยประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมด้านการวางแผนมากที่สุด ($\bar{X} = 3.34$) รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมด้านการรักษาธำรงไว้ ($\bar{X} = 3.31$) และการมีส่วนร่วมด้านการเผยแพร่ ($\bar{X} = 3.26$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการอนุรักษ์ผ้าจากไท-ยวน ตำบลคูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

รายการ	$\bar{x}$	SD	ระดับการมีส่วนร่วม
1.การมีส่วนร่วมในการวางแผน	3.34	0.70	ปานกลาง
2.การมีส่วนร่วมในการรักษาธำรงไว้	3.31	0.65	ปานกลาง
3.การมีส่วนร่วมในการเผยแพร่	3.26	0.65	ปานกลาง
รวม	3.30	0.67	ปานกลาง

3. ผลการเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการอนุรักษ์ผ้าจากไท-ยวน ตำบลคูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

การเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในการอนุรักษ์ผ้าจากไท-ยวน ตำบลคูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี กับปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ในด้านการวางแผน ปัจจัยส่วนบุคคล คือ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน และรายได้ต่อเดือน มีความความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในด้านการรักษาธำรงไว้ ปัจจัยส่วนบุคคล คือ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ต่อเดือน มีความความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และในด้านการเผยแพร่ ปัจจัยส่วนบุคคล คือ ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน มีความความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการอนุรักษ์ผ้าจากไท-ยวน
ตำบลคูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

ตัวแปรและกลุ่มย่อย	N	ด้านการวางแผน			ด้านการรักษาธำรงไว้			ด้านการเผยแพร่		
		$\bar{x}$	SD.	P-Value	$\bar{x}$	SD.	P-Value	$\bar{x}$	SD.	P-Value
เพศ										
ชาย	134	3.47	0.59	0.00*	3.35	0.61	0.32	3.24	0.60	0.57
หญิง	256	3.27	0.74		3.28	0.67		3.28	0.68	
อายุ										
20 – 30 ปี	60	3.37	0.59	0.29	3.17	0.58	0.00*	3.21	0.59	0.29
31 – 40 ปี	87	3.28	0.61		3.11	0.52		3.21	0.61	
41 – 50 ปี	70	3.21	0.74		3.23	0.73		3.18	0.74	
51 – 60 ปี	120	3.42	0.79		3.49	0.70		3.34	0.79	
มากกว่า 60 ปีขึ้นไป	53	3.38	0.69		3.47	0.58		3.34	0.69	

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการอนุรักษ์ผ้าจากไท-ยวน
ตำบลคูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี (ต่อ)

ตัวแปรและกลุ่มย่อย	N	ด้านการวางแผน			ด้านการรักษาธำรงไว้			ด้านการเผยแพร่		
		$\bar{x}$	SD.	P-Value	$\bar{x}$	SD.	P-Value	$\bar{x}$	SD.	P-Value
ระดับการศึกษา										
ไม่ได้รับการศึกษา	16	3.43	0.48	0.00*	3.38	0.49	0.00*	3.35	0.58	0.09
ประถมศึกษา	106	3.25	0.68		3.30	0.65		3.21	0.69	
ม.ต้นหรือเทียบเท่า	34	3.53	0.64		3.48	0.67		3.42	0.59	
ม.ปลายหรือเทียบเท่า	127	3.45	0.65		3.37	0.57		3.25	0.68	
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	97	3.31	0.71		3.22	0.71		3.30	0.58	
สูงกว่าปริญญาตรี	10	2.32	1.05		2.61	0.90		2.75	1.04	

อาชีพ										
เกษตรกรรม	79	3.48	0.53	0.01*	3.32	0.63	0.08	3.27	0.57	0.48
รับจ้าง	131	3.34	0.70		3.39	0.62		3.27	0.68	
ค้าขาย	90	3.41	0.70		3.35	0.66		3.35	0.62	
รับราชการ	47	3.09	0.77		3.08	0.77		3.12	0.74	
รัฐวิสาหกิจ	20	3.39	0.64		3.18	0.30		3.17	0.36	
อื่น ๆ	23	3.05	0.99		3.20	0.75		3.23	0.85	
ระยะเวลาของการอาศัย										
ต่ำกว่า 5 ปี	7	2.50	1.06	0.01*	2.88	1.03	0.17	2.71	0.96	0.01*
6 – 10 ปี	49	3.30	0.78		3.28	0.72		3.02	0.66	
11 – 20 ปี	37	3.53	0.52		3.46	0.60		3.35	0.63	
มากกว่า 20 ปี	297	3.34	0.69		3.30	0.63		3.30	0.64	
รายได้ต่อเดือน										
10,000 บาทและต่ำกว่า	224	3.37	0.53	0.01*	3.43	0.60	0.00*	3.31	0.64	0.53
กว่า	127	3.36	0.70		3.15	0.66		3.22	0.64	
10,000 – 20,000	30	2.96	0.70		2.97	0.69		3.15	0.78	
บาท	7	3.21	0.77		3.36	0.66		3.07	0.80	
20,001 – 30,000	2	4.25	0.64		3.92	0.83		3.17	0.00	
บาท										
30,001 – 40,000										
บาท										
มากกว่า 40,001 บาท										

อภิปรายผลการวิจัย

1. การศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการอนุรักษ์ผ้าจากไท-ยวน ตำบลคูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

จากการศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการอนุรักษ์ผ้าจากไท-ยวน ตำบลคูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในภาพรวมอยู่ที่ระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ชุมชนมีส่วนร่วมด้านการวางแผนมากที่สุด รองลงมาคือการมีส่วนร่วมด้านการรักษาธำรงไว้ และการมีส่วนร่วมด้านการเผยแพร่ ตามลำดับ ซึ่งสาเหตุที่ชุมชนมีส่วนร่วมในด้านการเผยแพร่น้อยที่สุด อาจเนื่องมาจากในอดีตการถ่ายทอดภูมิปัญญาการทอผ้าจากไท-ยวน เป็นการถ่ายทอดกันภายในครอบครัวไม่ได้มีการเผยแพร่สู่บุคคลภายนอก สอดคล้องกับแนวคิดการสร้างและพัฒนาความรู้ผ่านกระบวนการ SECI ของ Ikujiro Nonaka

(สมชาย นำประเสริฐชัย, 2558) ที่กล่าวว่า socialization เป็นกระบวนการสร้างความรู้จากการแลกเปลี่ยนผ่านกระบวนการทางสังคม เช่น การอยู่ร่วมกัน กระบวนการนี้ก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนและสร้างความรู้แฝงในระดับบุคคล แต่การถ่ายทอดวิธีนี้อาจมีจุดอ่อนได้ คือผู้รับการถ่ายทอดก็ยังคงเก็บไว้เป็นความรู้แฝงต่อไป ไม่ได้นำความรู้นั้นมาเผยแพร่สู่บุคคลภายนอก และไม่ได้มีการจดบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ความรู้แฝงที่มีอยู่นั้นมีโอกาสจะหายสาบสูญได้ หากการถ่ายทอดนั้นขาดช่วงไป อีกทั้งผู้วิจัยเห็นว่าชุมชนยังขาดความตระหนักในคุณค่าของผ้าจากไท-ยวน และขาดความร่วมมืออย่างจริงจัง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของลออ ไชโยธธา (2551) ที่ได้ศึกษาภูมิปัญญาการทอผ้าไหมชุมชนตำบลโคกจาน อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ผลการวิจัยพบว่าการทอผ้าไหมเป็นจารีตประเพณี วัฒนธรรมที่ถ่ายทอดสู่รุ่นลูกหลานสืบต่อไป การสืบทอดและพัฒนาการของการทอผ้าไหม โดยวิธีการสอนกันเองในชุมชน จากปู่ย่าตายาย พ่อแม่ สู่ลูกหลาน เป็นการเรียนรู้กันภายในชุมชน

2. การเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการอนุรักษ์ผ้าจากไท-ยวน ตำบลคูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

เมื่อพิจารณาผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในการอนุรักษ์ผ้าจากไท-ยวน ตำบลคูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี กับปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ในด้านการวางแผน ปัจจัยส่วนบุคคล คือ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน และรายได้ต่อเดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในด้านการรักษาธำรงไว้ ปัจจัยส่วนบุคคล คือ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ต่อเดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และในด้านการเผยแพร่ ปัจจัยส่วนบุคคล คือ ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของณกฤติกา ทรัพย์พ่วง, วิจิตรา ศรีสอน และ ศิโรตม์ ภาคสุวรรณ (2564) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนที่มีต่อการอนุรักษ์งานจักสานผักตบชวา กรณีศึกษาตำบลสรรพยา อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ผลการวิจัยพบว่า การมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์งานจักสานผักตบชวา ของประชาชนที่มี เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ แตกต่างกัน มีระดับการมีส่วนร่วมแตกต่างกัน

ประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย

1. ทำให้ทราบข้อมูลการมีส่วนร่วมของชุมชนในการอนุรักษ์ผ้าจากไท-ยวน ตำบลคูบัว
2. ได้แนวทางและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการอนุรักษ์ผ้าจากไท-ยวน ตำบลคูบัว สำหรับหน่วยงานภาครัฐ และภาคเอกชน สามารถนำผลที่ได้จากการวิจัยมาผลักดัน ส่งเสริม และสนับสนุนให้ประชาชนเกิดความร่วมมือในการอนุรักษ์ผ้าจากไท-ยวน ตำบลคูบัว อย่างยั่งยืนต่อไป
3. ทำให้เกิดความสามัคคีของชุมชนในด้านการดูแลและอนุรักษ์ผ้าจากไท-ยวน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ผลการศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนในการอนุรักษ์ผ้าจากไท-ยวน ตำบล คุบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี โดยภาพรวมและรายด้านพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการอนุรักษ์ ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมประเด็นจากการวิจัยเพื่อเป็นข้อเสนอแนะ ดังนี้

1) การทอผ้าจากไท-ยวนเป็นภูมิปัญญาพื้นบ้าน ซึ่งขั้นตอนในการทอออกมาแต่ละผืน มีความยุ่งยาก ซับซ้อน และใช้เวลานานในการเรียนรู้ อีกทั้งปัจจุบันพบว่า มีเฉพาะผู้สูงอายุเท่านั้นที่ยังคงทอผ้าอยู่ ดังนั้นจึงควรหากลยุทธ์หรือแนวทางในการอนุรักษ์ การสืบทอดให้ดำรงคงอยู่อย่างยั่งยืน นอกจากนี้ควรมีการสร้างความรู้ ตระหนัก และเห็นคุณค่าภูมิปัญญาพื้นบ้านการทอผ้าให้แก่เยาวชนและคนรุ่นใหม่ในชุมชนให้มากขึ้น

2) ควรมีการจัดเก็บองค์ความรู้การทอผ้าจากไท-ยวน ผ่านระบบการศึกษาโดยบรรจุเข้าเป็นหลักสูตร ตั้งแต่ระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษา และระดับอุดมศึกษา เพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้ในการสืบสาน ศิลปวัฒนธรรม และตระหนักในภูมิปัญญาท้องถิ่น อีกทั้งสามารถนำมาพัฒนาต่อยอดเป็นอาชีพทางเลือกที่สร้าง รายได้ให้คนในชุมชน

3) หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องควรให้การสนับสนุน ให้คำแนะนำ และหาแนวทางสร้างเครือข่ายด้าน แหล่งทุน ด้านการตลาด รวมทั้งเพิ่มพูนความรู้ด้านการทอผ้า การออกแบบลวดลาย และการประชาสัมพันธ์ให้ กว้างขวางมากยิ่งขึ้น ควรหาวิธีให้ประชาชนในชุมชนตำบลคุบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ได้มีโอกาสเข้าร่วม กิจกรรมในทุกขั้นตอน เช่น การจัดอบรมสัมมนาร่วมกันเพื่อหาแนวทางในการอนุรักษ์ผ้าจากไท-ยวนภายใน ชุมชนให้มีความยั่งยืน การรณรงค์ให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมอนุรักษ์ผ้าจากไท-ยวน อบรม และ ปลุกจิตสำนึกถึงที่มาของศิลปวัฒนธรรมของผ้าจากไท-ยวน เพื่อให้เห็นถึงคุณค่าและมีความภาคภูมิใจต่อผ้าจาก ไท-ยวนที่มีอยู่ภายในชุมชน

4) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการอนุรักษ์และสืบทอดภูมิปัญญาท้องถิ่น ควรตั้งศูนย์การเรียนรู้ชุมชน แหล่งเรียนรู้เชิงอนุรักษ์วัฒนธรรมท้องถิ่น หรือพิพิธภัณฑ์ท้องถิ่น เพื่อรวบรวมองค์ความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้าน ต่างๆ ให้มีการถ่ายทอด สืบสานสู่เยาวชน หรือผู้ที่สนใจเข้ามาเยี่ยมชมศึกษาเรียนรู้ต่อไป

5) จากการศึกษาวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนในการอนุรักษ์ผ้าจากไท-ยวน ตำบลคุบัว อำเภอ เมือง จังหวัดราชบุรี ผู้วิจัยมองเห็นศักยภาพของชุมชนคุบัวว่า สามารถพัฒนาต่อยอดและส่งเสริมให้มีการสืบ ทอดภูมิปัญญาของผ้าจากไท-ยวนได้ เนื่องจากชุมชนมีต้นทุนและกลไกในการขับเคลื่อนอย่างเป็นธรรมชาติ เพียงมีการกระตุ้นและสร้างบุคลากรในท้องถิ่นให้เป็นผู้ประสานงานกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ก็จะทำให้เกิด ความต่อเนื่องและเกิดการดำรงคงอยู่ที่ยั่งยืน

บรรณานุกรม

- ณกฤติกา ทรัพย์พ่วง, วิจิตรา ศรีสอน และศิริโรจน์ ภาคสุวรรณ. (กันยายน - ธันวาคม 2564). การมีส่วนร่วมของประชาชนที่มีต่อการอนุรักษ์งานจักสานผักตบชวา : กรณีศึกษา ตำบลสรรพยา อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท. *วารสารสหวิทยาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 4 (3), 874- 890.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย.
- ภาวินี อินทวิวัฒน์. (2555). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการอนุรักษ์ผ้าหม้อห้อม : กรณีศึกษาดำบลทุ่งไผ่ อำเภอมะนัง จังหวัดแพร่*. ปรินญาณิพนธ์กศ.ม. (ศิลปศึกษา). กรุงเทพฯ. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ลออ ไชยโยธา. (2551). *ภูมิปัญญาการทอผ้าไหม ชุมชนตำบลโคกจาน อำเภอกุหลาบบุรีรัมย์ จังหวัดศรีสะเกษ*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ.
- วรรณ โขกบัณฑิตสุข, กุลยา อนุโลก และวรลักษณ์ ทองประยูร. (2559). การถ่ายทอดภูมิปัญญาการทอผ้าตีนจกไท-ยวนในจังหวัดราชบุรี. *วารสารสมาคมนักวิจัย*. 21(1). 166-180.
- สร้อยน้ำค้าง มงคล. (2552). *การสืบทอดภูมิปัญญาผ้าทอไทยทรงดำ อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม*. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (สังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม.
- สมชาย นำประเสริฐชัย. (2558). *การจัดการความรู้ : knowledge Management*. กรุงเทพฯ : ซีเอ็ด ยูเคชั่น สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎามนตรี. (2555). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555 – 2559*. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- อารดา พลอาษา. (2560). *การศึกษาองค์ความรู้ การอนุรักษ์ การส่งเสริม และการเพิ่มคุณค่าการทอผ้าไหมหางกระรอกคู่ตีนแดง อำเภอนาโพธิ์และอำเภอยางชุมน้อย จังหวัดบุรีรัมย์*. กรมส่งเสริมวัฒนธรรม กระทรวงวัฒนธรรม.



นวัตกรรมบริการของโรงแรมเชิงสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการ ของนักท่องเที่ยวสูงอายุชาวไทยในกรุงเทพมหานคร

เบญจจรรยา วัฒนกุล¹

บุษบา อุ่อรุณ²

นิกข์นิภา บุญช่วย³

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความต้องการนวัตกรรมบริการในโรงแรมเชิงสุขภาพของนักท่องเที่ยวสูงอายุชาวไทย 2) เพื่อศึกษานวัตกรรมบริการสำหรับผู้สูงอายุภายในโรงแรมเชิงสุขภาพ และ 3) เพื่อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนานวัตกรรมบริการของโรงแรมเชิงสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุชาวไทยในกรุงเทพมหานคร บทความวิจัยนี้เป็นบทความเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ประกอบการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-Depth interview)

ผลการวิจัยพบว่า ความต้องการนวัตกรรมบริการของโรงแรมเชิงสุขภาพของนักท่องเที่ยวสูงอายุชาวไทย มีความต้องการด้านส่วนประสมทางการตลาดบริการ อาหารเพื่อสุขภาพ พนักงานที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญและต้องมีใบประกาศนียบัตรเท่านั้น ต้องการโปรแกรมการดูแลสุขภาพ แพคเกจสปา ต้องการพื้นที่ใช้สอยสำหรับทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น โยคะ และสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้โรงแรมเชิงสุขภาพสามารถนำไปพัฒนาให้ตรงกับความต้องการของลูกค้าได้

คำสำคัญ : นวัตกรรมบริการ โรงแรมเชิงสุขภาพ นักท่องเที่ยวสูงอายุ

¹ ดร.เบญจจรรยา วัฒนกุล อาจารย์ประจำหลักสูตรบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

² บุษบา อุ่อรุณ อาจารย์สาขาการจัดการ คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

³ นิกข์นิภา บุญช่วย อาจารย์คณะบัญชี มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี



Innovative Wellness hotel services to meet the needs of elderly Thai tourists in Bangkok

Benjatha Wattanakul¹

Busaba Auaroon²

Nicknipar Boonchouy³

Abstract

The objectives of this research were 1) to study the need for service innovation in health-oriented hotels of Thai elderly tourists; 2) to study service innovations for the elderly in health-oriented hotels. And 3) to suggest guidelines for developing innovative health hotel services to meet the needs of Thai elderly people in Bangkok. This research article is a qualitative research article with data analysis by in-depth interview.

The results showed that the results showed that the demand for health hotel innovations among Thai elderly tourists .There is a need for service marketing mix. Healthy food, knowledgeable staff Proficiency and only a certificate is required. Need a health care program, spa package, need space for activities such as yoga and facilities for the elderly. This information can be used to develop a health hotel to meet the needs of customers.

Keywords: Service innovations, Wellness hotel, elderly tourists

¹Master of Business Administration Faculty of Business, Bangkokthonburi University

²Management branch Faculty of Business, Bangkokthonburi University

³Accounting branch Faculty of Business, Bangkokthonburi University

1. บทนำ

ในปี 2020 ประชากรโลก "เกษียณ" หรือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60-65 ปีขึ้นไป จะเพิ่มขึ้นราว 3 เท่าตัว หรือประมาณ 700 ล้านคน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2560) โดยแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุได้ 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) เป็นกลุ่มที่เพิ่งย่างเข้าสู่วัยสูงอายุและมีจำนวนมากที่สุด เป็นช่วงวัยที่ต้องพบกับความเปลี่ยนแปลง โดยเปลี่ยนสถานะจากผู้ขับเคลื่อนเศรษฐกิจของสังคมมาเป็นกลุ่มคนที่ต้องเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงจากสังคม

2. ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) เป็นกลุ่มที่มีผู้สูงอายุจำนวนรองลงมา เป็นช่วงวัยที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยและมีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังที่ต้องระวัง อีกทั้งมีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองลดน้อยลง และมีพฤติกรรมเข้าร่วมกิจกรรมและสังคมน้อยลง

3. ผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความสามารถพึ่งพาตัวเองลดลงและต้องได้รับการดูแลจากลูกหลาน ญาติพี่น้อง พยาบาล หรือผู้ดูแลพิเศษ

แนวโน้มของประชากรโลกในศตวรรษที่ 21 พบว่า ประชากรที่เป็นผู้สูงอายุ จะมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก (Global Wellness Institute ,2018) ทำให้คนมีอายุขัยยืนยาวมากกว่าเดิม จนทำให้เกิดเศรษฐกิจแบบใหม่ เรียกว่า เศรษฐกิจผู้สูงอายุ (Silver economy) หรือเศรษฐกิจสีดอกเลา (Greying economy) ซึ่งสามารถสร้างรายได้ให้กับประเทศเป็นอย่างมาก (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2562) พบว่า มูลค่าการท่องเที่ยวมีแนวโน้มที่น่าจะสูงขึ้นหลังจากรัฐบาลมีมาตรการผ่อนคลายและมีการเปิดประเทศ (ผู้จัดการออนไลน์, 2562) โดยกลุ่มนักท่องเที่ยวเป้าหมายที่ประเทศไทยต้องให้ความสนใจเพิ่มมากขึ้นเพราะจากสถิติ นักท่องเที่ยวผู้สูงอายุ นักท่องเที่ยวกลุ่มนี้มีการใช้จ่ายที่ค่อนข้างมาก (บุษบา, 2558) การท่องเที่ยวจึงเป็นหนึ่งในนโยบายหลักที่รัฐบาลใช้ในการพัฒนาเศรษฐกิจของ ประเทศ ดังนั้น ประเทศไทยจึงต้องมีการปรับตัว และพัฒนาด้านการส่งเสริมการท่องเที่ยวอยู่ตลอดเวลาเพื่อให้ทันกับสถานการณ์ การเปลี่ยนแปลงของตลาดการท่องเที่ยวและประเทศไทยยังเป็นประเทศที่มีแหล่งท่องเที่ยวที่มีชื่อเสียงเป็นที่นิยมของนักท่องเที่ยวทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติเป็นอย่างมาก (บุษบา, 2563) นักท่องเที่ยวผู้สูงอายุจะเน้นการท่องเที่ยวและบริการที่มีคุณภาพดี คำนึงถึงความคุ้มค่าในการซื้อบริการ ต้องการความมั่นใจด้านความปลอดภัย ความมั่นใจด้านบริการ ดูแลสุขภาพที่ดี โดยยินดีจ่ายเงินเพิ่มขึ้น และต้องการกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัยและสุขภาพ (Mueller, 2001)

ธุรกิจโรงแรมปี 2564 มีแนวโน้มชะลอตัวต่อเนื่อง แต่จะทยอยฟื้นตัวในปี 2565-2566 โดยคาดว่าจะต้องใช้เวลาอย่างน้อย 4 ปี จำนวนนักท่องเที่ยวต่างชาติจึงจะฟื้นตัวกลับมาเท่ากับระดับช่วงก่อน COVID-19 ขณะที่จำนวนนักท่องเที่ยวไทยจะฟื้นตัวเร็วกว่า จากมาตรการกระตุ้นการท่องเที่ยวในประเทศอย่างต่อเนื่อง โดยในช่วงครึ่งหลังของปี 2564 (แนวโน้มธุรกิจ/อุตสาหกรรม ปี 2564-2566, 2564) การผลิตวัคซีนและนำมาใช้ได้ อย่างแพร่หลายจะหนุนให้นักท่องเที่ยวต่างชาติมีจำนวนเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ซึ่งได้รับปัจจัยหนุนจากภาวะเศรษฐกิจโลกทยอยฟื้นตัว รวมถึงศักยภาพด้าน การท่องเที่ยวของไทยในระยะยาว อย่างไรก็ตาม ภายใต้ฐานวิถี

ชีวิตใหม่หลังวิกฤต COVID-19 ผู้ประกอบการธุรกิจท่องเที่ยวและโรงแรมควรเร่งปรับตัวเพื่อให้สามารถดำเนินธุรกิจต่อไปได้อย่างยั่งยืน อาทิ การนำเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้งานมากขึ้น เน้นการวิเคราะห์ความต้องการของนักท่องเที่ยวที่แตกต่างและหลากหลายเพื่อเสนอบริการที่ตอบโจทย์รายบุคคล และการให้ความสำคัญกับความปลอดภัยด้านสุขภาพและอนามัยมากขึ้น (ศูนย์วิจัยกสิกรไทย, 2562) ท่ามกลางการแข่งขันกันที่สูงมาก ทำให้โรงแรมแต่ละแห่งพยายามหากลยุทธ์และการบริการต่าง ๆ มาเพื่อรองรับและตอบสนองสิ่งที่ลูกค้าต้องการ จึงมีโรงแรมสุขภาพ (health Hotel) เพื่อให้บริการกลุ่มลูกค้าสูงวัย ซึ่งพอจะจัดเป็นหมวดหมู่ได้ ดังนี้

กลุ่มที่ 1 พบได้มากกว่าครึ่งของโรงแรมเชิงสุขภาพ (health Hotel) ได้แก่ มีห้องอบซาวน่า ห้องอบผิวสีแทน ห้องออกกำลังกาย และบริการนวด

กลุ่มที่ 2 พบได้ ประมาณหนึ่งในสามของโรงแรมเชิงสุขภาพ (health Hotel) ได้แก่ มีอ่างน้ำวน ห้องอบไอน้ำ และสระว่ายน้ำ

องค์ประกอบของ health Hotel ประกอบด้วย

1. Know-how หรือ ความรู้ความชำนาญ/ประสบการณ์ในวิธีการหรือเทคนิคการให้บริการ
2. Medical supervision หรือ การให้บริการนั้นได้รับการควบคุมดูแลโดยทางการแพทย์
3. Individualized care หรือ การให้บริการมีการเตรียมหรือเฉพาะสำหรับผู้รับบริการแต่ละราย
4. Information หรือ การมีแหล่งให้ข้อมูลข่าวสารด้าน Wellness โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการบริการที่จัดไว้และการนำไปใช้ปฏิบัติต่อเมื่อกลับไปบ้านแล้ว รวมถึงคำแนะนำในการเตรียมตัวก่อนเข้าใช้บริการเพื่อให้ได้ประโยชน์หรือความพอใจจากการใช้บริการสูงสุด
5. Relaxation หมายถึง การสร้างความผ่อนคลาย สบายใจให้กับแขกที่มาพัก ได้แก่ สถานที่ตั้งตลอดจนสภาพแวดล้อมรอบๆ โรงแรม และการจัดบรรยากาศภายในโรงแรม ทั้งนี้ยังรวมถึงบริการที่อาจมีไว้เพื่อประโยชน์ในการเสริมให้แขกที่เข้าพัก ในโรงแรมได้รับความผ่อนคลาย
6. Beauty เป็นการดูแลสุขภาพผิวกาย ใบหน้า ผอม ตลอดไปจนถึงเล็บ อาจด้วยการชำระล้างทำความสะอาด หรือบำรุงสภาพด้วยวิธีการต่างๆ
7. Courses หมายถึง โปรแกรมที่มีองค์ประกอบต่างๆ เพื่อให้ได้ผลต่อสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น โปรแกรมลดน้ำหนัก โปรแกรมล้างพิษ หรือแม้แต่การฝึกสอนโยคะ ไทชิ ชีกง หรือการทำสมาธิ

นวัตกรรมบริการที่ใช้เทคโนโลยี(Technological Innovation) เป็นนวัตกรรมที่สามารถจับต้องได้และเห็นได้ชัดที่สุด โดยเทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทสำคัญที่จะเป็นตัวปรับเปลี่ยนรูปแบบของการทำธุรกิจการท่องเที่ยวและการบริการ ซึ่งรูปแบบเทคโนโลยีที่นำมาใช้ในธุรกิจโรงแรม (ดาวศุกร์, 2563) ได้แก่ 1. ระบบ Property Management System(PMS) เป็นระบบที่นำมาใช้แผนงานส่วนหน้า(Front Office) ใช้ในการเก็บและค้นหาข้อมูลการเข้าพักของลูกค้าและจะถูกรับบันทึกไว้ในระบบฐานข้อมูลแบบรวมศูนย์ (Centralized Database) 2. การใช้เทคโนโลยี Instant Guest Feedback เทคโนโลยีแบบนี้ลูกค้าสามารถให้คำติชมได้ตลอดเวลาตั้งแต่ก่อนการเข้าพัก ระหว่างพัก และหลังการเข้าพัก โดยใช้ระบบ QR Code 3. เทคโนโลยี Keyless Initiatives คือการเข้าพักโดยไม่ต้องใช้กุญแจ

เทคโนโลยีด้านนวัตกรรมบริการจะประสบความสำเร็จได้ต้องอาศัยพนักงานซึ่งถือว่าสำคัญที่สุดในงานบริการ องค์การที่จะประสบความสำเร็จจะต้องมีการฝึกอบรมพนักงานอยู่เสมอในการเรียนรู้เทคโนโลยี นวัตกรรมใหม่ ๆ ในการบริการ เพื่อสร้างประสิทธิภาพในการทำงานให้กับองค์กร

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อหาข้อมูลเพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับนวัตกรรมการบริการของ โรงแรมเชิงสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของนักท่องเที่ยวสูงวัยชาวไทยในจังหวัดกรุงเทพมหานคร ดังนี้

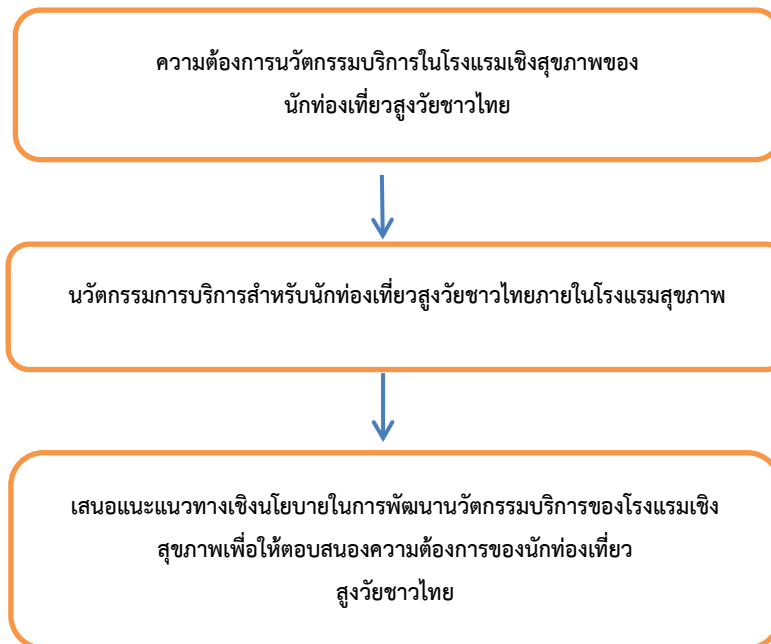
1. เพื่อศึกษาความต้องการนวัตกรรมการบริการในโรงแรมเชิงสุขภาพของ นักท่องเที่ยวสูงวัยชาวไทย
2. เพื่อศึกษานวัตกรรมการบริการสำหรับผู้สูงวัยชาวไทยภายในโรงแรมเชิงสุขภาพ
3. เพื่อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนานวัตกรรมการบริการของโรงแรมเชิงสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้าผู้สูงวัยชาวไทย

3. ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่องนวัตกรรมการบริการของโรงแรมเชิงสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของ นักท่องเที่ยวสูงวัยชาวไทยในจังหวัดกรุงเทพมหานคร คณะผู้วิจัยได้ให้ขอบเขตในการศึกษาวิจัย ดังนี้

1. ขอบเขตด้านพื้นที่ การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้ขอบเขตในจังหวัดกรุงเทพมหานคร
2. ขอบเขตด้านประชากร ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือนักท่องเที่ยวสูงวัยชาวไทยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และกลุ่มที่ 2 ผู้บริหารหรือระดับผู้จัดการโรงแรมเชิงสุขภาพ
3. ขอบเขตด้านเวลา การศึกษาวิจัยนี้ใช้เวลาดำเนินงานตั้งแต่ เดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม 2565

4. กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 1: กรอบแนวคิด

ที่มา : ผู้วิจัย (2565)

5. วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยวิธีการดำเนินการวิจัย มีรายละเอียด ดังนี้

1. เนื้อหาที่ศึกษา ศึกษาเกี่ยวกับนวัตกรรมบริการของโรงแรมเชิงสุขภาพ ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview)
2. การเลือกพื้นที่ศึกษา ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกพื้นที่ศึกษาแบบเจาะจง (Purposive Selective) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมกับวัตถุประสงค์และลักษณะของการวิจัยเป็นหลัก คือโรงแรมเชิงสุขภาพในจังหวัดกรุงเทพมหานคร ซึ่งพบว่าโรงแรมเชิงสุขภาพในจังหวัดกรุงเทพมหานครมีจำนวนมากที่สุด และมีนักท่องเที่ยวสูงวัยชาวไทยมาใช้บริการเป็นจำนวนมาก
3. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลและเกณฑ์การคัดเลือก กลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ผู้วิจัยสัมภาษณ์และเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ประชากร คือผู้ให้ข้อมูลหลักของโรงแรมเชิงสุขภาพที่จดทะเบียนถูกต้องตามกฎหมายและพระราชบัญญัติ ซึ่งเป็นสมาชิกกลุ่มโรงแรมไทยในจำนวน 5 คน และนักท่องเที่ยวสูงวัยชาวไทยที่เคยใช้บริการโรงแรมเชิงสุขภาพในจังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 10 คน

6. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยเลือกใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างประเด็นคำถามเพื่อให้เป็นไปตามแนวทางการสัมภาษณ์ของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล โดยใช้เครื่องมือสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสร้างแบบสอบถามประเภทกึ่งโครงสร้าง ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้ 1) ศึกษาทฤษฎี แนวคิด หลักการจากหนังสือ ตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) ศึกษาวัตถุประสงค์ของการวิจัย 3) กำหนดหัวข้อประเด็นหลักและประเด็นย่อยของแนวคำถาม การสัมภาษณ์ 4) พิจารณาประเด็นคำถามที่ใช้สัมภาษณ์ 5) ปรับปรุงประเด็นคำถามการสัมภาษณ์ ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

7. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก พร้อมบันทึกเสียงและภาพเคลื่อนไหว และการจดบันทึก ในการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยใช้คำถามที่เตรียมการไว้และเจาะลึกกับคำตอบที่ไม่ชัดเจน เมื่อผู้วิจัยสัมภาษณ์เรียบร้อยแล้ว จะนำข้อมูลจากเครื่องบันทึกเสียงนั้นมาถอดเครื่องบันทึกเป็นข้อมูลเชิงบรรยาย ทบทวนการสัมภาษณ์ ซ้ำอย่างน้อย 2 รอบ ซึ่งหากพบว่าข้อมูลที่ได้ยังไม่ชัดเจนพอจะโทรศัพท์กลับไปสัมภาษณ์ซ้ำหรือส่งข้อความไปถามซ้ำจากช่องทางไลน์หรือส่งข้อความตรงไปยังสื่อโซเชียลมีเดีย เฟสบุ๊ค จนได้คำตอบที่ชัดเจนเข้าใจตรงกัน

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) เพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อมูล ดังนี้ 1.แหล่งที่มาของข้อมูลหลายแหล่งซึ่งมีทั้งแหล่งข้อมูล ทุติยภูมิ และแหล่งข้อมูลปฐมภูมิ จากหลายมุมมอง ความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลได้แก่ นักท่องเที่ยวสูงวัยชาวไทยและผู้บริหารหรือระดับผู้จัดการในโรงแรมเชิงสุขภาพ

8. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เป็นเทคนิคการวิเคราะห์ข้อมูลจากความเป็นจริงโดยไม่เจือปนความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้ศึกษาและมองภาพรวมทั้งหมดของข้อมูลโดยไม่แยกส่วน (Holistic) เทคนิคดังกล่าวเป็นเป็นวิธีการตีความ (Interpretation approaches) ของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์การวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้เวลาในการวิจัยปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตามสภาพแวดล้อมในหลากหลายมิติและหลากหลายบริบท ทำให้ผู้วิจัยต้องใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากปรากฏการณ์ที่อาจจะไม่ครอบคลุมทุกหน่วยข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์ การสรุปผลอธิบายภายในกรอบที่เฉพาะเจาะจง แต่ถือได้ว่าเป็นตัวแบบที่นำไปใช้ในการขยายผลข้อมูลเพิ่มเติมได้ในอนาคต โดยผู้วิจัยมีความคาดหวังไว้วางใจจะได้นำกรอบแนวความคิดทฤษฎีใหม่นำไปสู่แนวทางการสร้างนวัตกรรมบริการโรงแรมเชิงสุขภาพได้

9.สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยนวัตกรรมการบริการของโรงแรมเชิงสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของนักท่องเที่ยวชาวไทยในจังหวัดกรุงเทพมหานคร โดยการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก 2 กลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า

กลุ่มที่ 1 นักท่องเที่ยวชาวไทย

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1. ข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) พบว่า เป็นเพศชาย 4 คน อายุระหว่าง 60 -67 ปี เพศหญิง 6 คน อายุ 60 -65 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 7 คน และระดับปริญญาโท จำนวน 3 คน

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2. ความต้องการนวัตกรรมการบริการในโรงแรมเชิงสุขภาพของนักท่องเที่ยวชาวไทย

- ด้านนวัตกรรมการบริการในมุมมองของนักท่องเที่ยวชาวไทย พบว่า นักท่องเที่ยวส่วนใหญ่รู้จักกับนวัตกรรมการบริการดีพอสมควร และทราบว่านวัตกรรมจะต้องใช้ควบคู่กับเทคโนโลยีจะทำให้การบริการได้รวดเร็ว สะดวกสบาย ตื่นตาและสร้างความประทับใจให้กับนักท่องเที่ยวชาวไทยมาก

2. ปัจจัยด้านการบริการที่มีผลต่อการเลือกโรงแรมเชิงสุขภาพของนักท่องเที่ยวชาวไทย

ในส่วนนี้ผู้วิจัยได้นำกลยุทธ์การตลาดบริการ (7Ps) มาตั้งเป็นข้อคำถาม

2.1. ปัจจัยด้านผลิตภัณฑ์ (Product) ในส่วนของผลิตภัณฑ์และการบริการของโรงแรมเชิงสุขภาพนั้น พบว่านักท่องเที่ยวชาวไทยให้ความสำคัญมาก ๆ ในด้านการบริการที่ตรงกับความต้องการของนักท่องเที่ยวชาวไทย เช่น มีการบริการนวดแบบไทยแท้ ทรีทเมนต์ และสปา (โดยมีอาชีพ) ห้องออกกำลังกายที่มีการติดตั้งเครื่องปรับอากาศที่ได้มาตรฐานสากล มีบริเวณที่จัดกิจกรรมโยคะ และพื้นที่บริการในโรงแรมเชิงสุขภาพนั้นจะต้อง สะอาด โลง สวยงาม การตกแต่งเน้นธรรมชาติ ร่มรื่น และต้องมีสิ่งอำนวยความสะดวกครบครัน

2.2. ปัจจัยด้านราคา (Price) ในส่วนของราคา พบว่านักท่องเที่ยวชาวไทย ยินดีจ่ายจ่ายให้กับบริการที่คุ้มค่า คุ้มราคา และมีมาตรฐานกับคุณภาพ การบริการที่ได้รับ

2.3. ปัจจัยด้านสถานที่ (Place) ในส่วนของสถานที่โรงแรมเชิงสุขภาพนั้น พบว่านักท่องเที่ยวชาวไทยให้ความสำคัญในด้านการเดินทางสะดวก มีที่จอดรถเพียงพอและปลอดภัย มีรถไฟฟ้าผ่าน ใกล้แหล่งสรรพสินค้า

2.4. ปัจจัยการส่งเสริมการตลาด (Promotion) พบว่านักท่องเที่ยวชาวไทยมีความสนใจเป็นพิเศษกับการจัดแพคเกจทรีทเมนต์และแพคเกจสปา มากเป็นพิเศษ เพราะนักท่องเที่ยวชาวไทยคิดว่าเป็นกิจกรรมที่ผ่อนคลายที่สุด

2.5. ปัจจัยด้านพนักงาน (Personal) ในส่วนของพนักงานนั้น นักท่องเที่ยวชาวไทยพึงพอใจกับคุณภาพ เป็นกันเอง มีมารยาท และต้องมีความเคารพลูกค้าอย่างจริงใจ และนักท่องเที่ยวชาวไทย

ยังให้ความสำคัญกับการบริการที่ดีเยี่ยมของพนักงานในทุกแผนกด้วย เช่น พนักงานต้อนรับ พนักงานรักษาความปลอดภัย

2.6. ปัจจัยด้านกระบวนการ (Process) ในส่วนของกระบวนการนั้น นักท่องเที่ยวสูงวัยชาวไทยให้ความสำคัญกับกระบวนการบริการที่รวดเร็ว มีการลำดับขั้นตอนการบริการที่ชัดเจน เป็นธรรมชาติ (เป็นไปตามคิว) และพึงพอใจที่โรงแรมเชิงสุขภาพนำเอาเทคโนโลยีมาใช้ในการบริการ และทำให้กระบวนการนั้นสะดวก รวดเร็วขึ้น

2.7. ปัจจัยด้านลักษณะทางกายภาพ (Physical Evident) นักท่องเที่ยวสูงวัยชาวไทยให้ความสำคัญกับสิ่งอำนวยความสะดวกสบายต่าง ๆ เช่น พื้นห้องน้ำต้องสะอาด ไม่ลื่น มีราวจับพยุงตัวไม่ให้ลื่นล้ม มีป้ายบอกทางขนาดใหญ่

3.ความต้องการด้านการบริการโรงแรมเชิงสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของนักท่องเที่ยวสูงอายุชาวไทย

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) พบว่านักท่องเที่ยวสูงอายุชาวไทยต้องการการบริการในสิ่งต่าง ๆ ดังนี้

3.1 พนักงานที่บริการจะต้องผ่านการอบรมความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและมีประกาศนียบัตรรับรอง

3.2 ต้องการบริการอาหาร แบบออแกนิคและเครื่องดื่มสุขภาพ เช่น ดื่อกอกซ์

3.3 ต้องการโปรแกรมด้านสุขภาพ และผลิตภัณฑ์จากธรรมชาติเพื่อสุขภาพ

เฉพาะทาง

3.4 ต้องการแพคเกจเพื่อสุขภาพแบบเร่งด่วนและโปรโมชั่นต่าง ๆ

3.5 ต้องการให้มีการปรับทัศนียภาพ และบรรยากาศท่ามกลางสวนให้เหมาะสมกับ

การพักผ่อนหย่อนใจแล้วเหมาะแก่การเข้าพัก

กลุ่มที่ 2 ผู้บริหารหรือผู้จัดการโรงแรมเชิงสุขภาพ จำนวน 5 ท่าน

พบว่าทางโรงแรมเชิงสุขภาพทั้ง 5 แห่ง ลงทุนนำเทคโนโลยีมาใช้ในการบริการที่สามารถตอบสนองความต้องการของลูกค้าให้มากที่สุด ในหลาย ๆ แผนก ดังนี้

1. ด้านนวัตกรรมบริการ ผู้บริหารหรือผู้จัดการโรงแรมเชิงสุขภาพได้นำเทคโนโลยีเข้ามาใช้และปรับปรุง แก้ไข เพื่อให้ตอบสนองความต้องการของลูกค้าจนสามารถสร้างความพึงพอใจให้กับลูกค้าได้ดี

2. นวัตกรรมบริการของโรงแรมเชิงสุขภาพในมุมมองของผู้บริหารหรือผู้จัดการโรงแรมเชิงสุขภาพ ในมุมมองของผู้บริหารหรือผู้จัดการโรงแรมเชิงสุขภาพ พบว่า ได้นำนวัตกรรมบริการมาใช้ในการบริการกับลูกค้า ตั้งแต่การที่ลูกค้าติดต่อทางโรงแรมเพื่อเข้าพักหรือจองแพคเกจ ลงทะเบียนเข้าพัก การบริการลูกค้าขณะที่อยู่ภายในโรงแรม จนกระทั่งลูกค้าออกจากโรงแรม

3. นวัตกรรมบริการของโรงแรมเชิงสุขภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการ

ของลูกค้า เช่น ห้องออกกำลังกายแบบ Functional Studio ที่ใช้งานได้หลากหลายรูปแบบและสามารถผสมผสานการออกกำลังกายแบบกายภาพบำบัดเข้ากับการออกกำลังกายทั่วไปไว้ในห้องเดียวกัน อุปกรณ์ Isokinetic Dynamometer ที่ช่วยทดสอบและเสริมสร้างสมรรถภาพการเคลื่อนไหวและความสมดุลของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลของการศึกษานวัตกรรมการบริการของโรงแรมเชิงสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของนักท่องเที่ยวสูงวัยชาวไทยในกรุงเทพมหานคร พบว่านักท่องเที่ยวสูงวัยชาวไทยมีความรู้จักและคุ้นเคยกับนวัตกรรมการบริการพอสมควร ผู้วิจัยคาดว่าเป็นเพราะส่วนใหญ่นักท่องเที่ยวชาวไทยสูงอายุเป็นผู้มีการศึกษาระดับปริญญาตรีและปริญญาโททั้งหมด สำหรับปัจจัยด้านการบริการที่มีผลต่อการเลือกโรงแรมเชิงสุขภาพนั้น นักท่องเที่ยวสูงวัยชาวไทยให้ความสำคัญกับส่วนผสมทาง การตลาดบริการ (Service Marketing) โดยให้ความสำคัญกับการบริการเชิงสุขภาพ สภาพแวดล้อมที่ดี สะอาด สงบ ซึ่งสอดคล้องกับ Oscar (Hengxuan) Chi, Chris (Zhe) Ouyang and Christina Chi, 2018 ได้ทำการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และได้ให้นิยามคำว่า Wellness Hotel ว่า คือโรงแรมที่มุ่งเน้นไปที่ลูกค้าที่มีแรงจูงใจในการรักษาและส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงวิถีชีวิตที่ดีโดยโรงแรมให้บริการครอบคลุมความต้องการของลูกค้าทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพใจ การพักผ่อน อาหารเพื่อสุขภาพ สภาพแวดล้อมที่ดี ด้านความต้องการด้านการบริการโรงแรมเชิงสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของนักท่องเที่ยวสูงวัยชาวไทย พบว่านักท่องเที่ยวสูงวัยชาวไทยต้องการพนักงานที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญและมีใบประกาศนียบัตรรับรอง ต้องการแพคเกจด้านความงาม และการดูแลสุขภาพจากผู้เชี่ยวชาญซึ่งสอดคล้องกับ มานิตา ผิวจันทร์ และ อนัญญา รัตนประเสริฐ (2562) ภายในโรงแรมมีบริการด้านสปา และการเสริมความงาม เช่น การทำผิวนุ่ม แต่งเล็บ ซึ่งโรงแรมประเภทนี้จัดเป็น Wellness Hotel ในระดับเริ่มต้นโรงแรมที่มีสปาพร้อมโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพ และความงาม (Hotel with Spa and wellness function) รวมถึงสิ่งที่นักท่องเที่ยวสูงวัยชาวไทยให้ความสำคัญอีกประการ คือสิ่งอำนวยความสะดวกและพื้นที่ใช้สอยใน การทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ควรได้รับซึ่งสอดคล้องกับ Susaraporn (2021) จากการวิจัยพบว่า 1) ความต้องการทั้งหมด, สิ่งอำนวยความสะดวก(X2) ($\beta = 0.425$, $\alpha < .01$) และ Staff (X3) ($\beta = 0.417$, $\alpha < .05$) มีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อผู้สูงอายุในประเทศไทย จะมีสิ่งอำนวยความสะดวกด้าน wellness ที่มากกว่าแค่สปา รวมถึงมีการจัดโปรแกรมด้านการฟื้นฟูสุขภาพและความงาม

จากการศึกษาวิจัยนวัตกรรมการบริการของโรงแรมเชิงสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของนักท่องเที่ยวสูงวัยชาวไทยในกรุงเทพมหานคร ผู้บริหารหรือผู้จัดการโรงแรมเชิงสุขภาพมีความเข้าใจและต้องการนำนวัตกรรมมาใช้ในองค์กรเพราะทราบดีว่าสามารถนำมาตอบสนองความต้องการของลูกค้าได้เป็นอย่างดี และยังพบว่าคำว่านวัตกรรมไม่จำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีเสนอไป อาจเป็นการปรับปรุง แก้ไข พัฒนาแนวความคิดให้เกิดการบริการรูปแบบใหม่ๆ และมีความแตกต่าง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 โรงแรมเชิงสุขภาพควรเตรียมความพร้อมในการเพิ่มขึ้นของจำนวนนักท่องเที่ยวสูงอายุชาวไทย เพราะมีแนวโน้มที่จะมีจำนวนลูกค้าเพิ่มสูงขึ้นมากจากจำนวนการเพิ่มขึ้นของกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มของผู้ที่รักสุขภาพ

1.2 ควรทำกิจกรรมให้หลากหลายเพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้าอย่างเหมาะสม เช่น กิจกรรมโยคะ ทรีทเมนต์ แพคเกจสปา

1.3 ควรเตรียมผู้เชี่ยวชาญด้านต่าง ๆ เช่น นักกายภาพบำบัด แพทย์ทางเลือกที่ให้บริการทางการแพทย์ เช่น การฝังเข็ม ครอบแก้ว เพื่อแก้ปัญหาด้านสุขภาพ และฟื้นฟูร่างกายให้กับผู้ใช้บริการ เช่น นักกีฬา ที่มีอาการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ คนวัยทำงานและผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรทำการศึกษาเชิงปริมาณกับกลุ่มนักท่องเที่ยวสูงอายุชาวต่างชาติเพราะเป็นกลุ่มเป้าหมายของการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทยเพื่อจะได้ศึกษาในประเทศอื่น ๆ ที่น่าสนใจ เช่น ปลายที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกเข้าพักโรงแรมเชิงสุขภาพในประเทศไทย และควรขยายพื้นที่ในการศึกษาวิจัยไปยังจังหวัดที่มีโรงแรมเชิงสุขภาพ เช่น ภูเก็ต เชียงใหม่ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อธุรกิจโรงแรมเชิงสุขภาพต่อไป

บรรณานุกรม

กรมกิจการผู้สูงอายุ.(2564). *เทรนด์ท่องเที่ยวที่มาแรงที่สุดในปี 2020* .สืบค้นเมื่อ

28/10/2564. <http://www.dop.go.th/th/gallery/1/3078>

ศูนย์วิจัยกสิกรไทย. (2562). *การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Medical-tourism) ขยายตัว*

ต่อเนื่องในปี 2561.สืบค้นเมื่อวันที่ 13 พฤศจิกายน 2562, จาก

<https://www.kasikornbank.com/th/personal>, 24 กุมภาพันธ์ 2564.

ดาวศุกร์ บุญญะสานต์ และ ชงสุดา โตท่าโรง. (2563). *นวัตกรรมบริการกับการ*

สร้างคุณค่าในธุรกิจโรงแรม,NKRAFA Journal of Humanities and Social Sciences, Year 8 December 2020.

แนวโน้มธุรกิจ/อุตสาหกรรม(2564-2566) : *ธุรกิจโรงแรม* 24 กุมภาพันธ์ 2564.

บุษบา อู่อรุณ. ภัทรพล ชุ่มมี และปรีชา คำมาตี. (2563). *กลยุทธ์การสร้าง*

ประสบการณ์ให้กับลูกค้าของธุรกิจโรงแรมระดับ 4- 5 ดาว ในภาคกลางและภาคตะวันออกของประเทศไทย.วารสารวิทยาการจัดการปริทัศน์,ปีที่ 23 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม-มิถุนายน, 91-100.

บุษบา อู่อรุณ. 2558. *กลยุทธ์การตลาดที่มีผลต่อความพึงพอใจของนักท่องเที่ยวชาว*



จีน กลุ่มผู้สูงวัยที่ใช้บริการท่องเที่ยวเชิงส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย *วารสารวิชาการเซาธ์อีสท์
บางกอก* ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม-ธันวาคม 2561, 46-64.

มานิตา ผิวจันทร์ และ อนัญญา รัตนประเสริฐ .(2562). *แนวโน้มธุรกิจโรงแรมและรี
สอร์ทเพื่อสุขภาพ*.งานประชุมวิชาการระดับชาติด้านการท่องเที่ยวกับมนุษยศาสตร์ ครั้งที่ 19-20
ธันวาคม.2562.

รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2556 โดย มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ
ไทย (มส.ผส.).

Cbre.(2021).*โรงแรมเพื่อสุขภาพยังคงเป็นที่ต้องการในปี 2564*. สืบค้นเมื่อ 10
มีนาคม 2564 .From [https://www.cbre.co.th/th/news/demand-for-wellness-
accommodation-continues-into-2021](https://www.cbre.co.th/th/news/demand-for-wellness-accommodation-continues-into-2021).

Department of Tourism, (2014). *S Global Wellness Institute* (2018) *Global
Wellness Tourism Economy*. November 2018.แผนแม่บท
ยุทธศาสตร์ชาติ การท่องเที่ยว .2564. สืบค้นเมื่อ 28/10/2564 ที่
http://nscr.nesdb.go.th/wpcontent/uploads/2021/01/06_NS_05.pdfstandard of tourism
service. Bangkok: Ministry of Tourism and Sport. Department of Health Service Support
(2016). *Summary report of Thailand’s Development policy as an international health
center (Medical Hub)*. Bangkok: Ministry of Public Health.

Global Wellness Institute (2018) *Global Wellness Tourism Economy*.
November 2018.แผนแม่บทยุทธศาสตร์ชาติ การท่องเที่ยว .2564. สืบค้นเมื่อ 28/10/2564.จาก
http://nscr.nesdb.go.th/wp-content/uploads/2021/01/06_NS_05.pdf

Mueller, H., & Kaufmann, E. L. (2001). *Wellness tourism: Market analysis of a
Special health tourism segment and implications for the hotel industry*. *Journal of
Vacation*.

Susaraporn Tangtenglam, Ariya Pongpanich and Chalongsri
Pimonsompong.(2021).The Need for Hotel Elderly’s in Thailand.*International Journal
of Arts and Social Science*, Volume 4 Issue 3, May-June 2021.



โคโรแพคติก : การรักษาอาการปวดหลังส่วนล่างจากการเรียนออนไลน์ของนักเรียนมัธยมศึกษา

นิวัฒน์ พนมสารนรินทร์¹

ประภาวรรณ ตระกูลเกษมสุข²

ดวงทอง นุกูลกิจ³

ณัฐ นาราวิทย์⁴

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาระดับอาการปวดหลังส่วนล่างของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาทั้งก่อนและหลังการรักษาด้วยโคโรแพคติก 2) เพื่อเปรียบเทียบอาการปวดหลังส่วนล่างของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ก่อนและหลังการรักษาด้วยโคโรแพคติก และ 3) เพื่อเสนอผลการรักษาอาการปวดหลังส่วนล่างด้วยโคโรแพคติกและแนวทางการดูแลป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างจากการเรียนออนไลน์ของนักเรียนมัธยมศึกษา กลุ่มตัวอย่างคืออาสาสมัครนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาจำนวนทั้งสิ้น 30 คน ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเนื่องจากการเรียนออนไลน์ในระหว่างปีการศึกษา 2563 และ 2564 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบประเมินอาการปวดหลังส่วนล่างทางการแพทย์มาประยุกต์ใช้ในการกำหนดข้อคำถาม และดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยการสอบถามอาการจากกลุ่มตัวอย่างประกอบกับการประเมินอาการโดยนักโคโรแพคติกทั้งก่อนและหลังการรักษาเพื่อเปรียบเทียบอาการปวดหลังส่วนล่างจากการรักษาด้วยโคโรแพคติก สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ t-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาส่วนใหญ่มีอาการปวดหลังส่วนล่างจากการเรียนออนไลน์ในภาพรวมก่อนการรักษาอยู่ในระดับปานกลางและหลังการรักษาอยู่ในระดับน้อยมาก 2) เมื่อนำค่าระดับอาการปวดหลังส่วนล่างในภาพรวมมาเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการรักษาพบมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ 3) อาการปวดหลังส่วนล่างจากการเรียนออนไลน์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาลดลงหลังจากที่ได้รับการรักษาด้วยโคโรแพคติกโดยไม่จำเป็นต้องใช้ยาแก้ปวดเพื่อบรรเทาอาการปวดอีกเลย โดยอาการปวดจะบรรเทาได้ไวและหายขาดไปได้นั้นผู้เข้ารับการรักษาจะต้องให้ร่วมมือในการปรับเปลี่ยนรูปแบบการใช้ชีวิตประจำวันร่วมด้วย และเพื่อป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างจากการเรียนออนไลน์ ในการนั่งเรียนทุกๆ 1 ชั่วโมง นักเรียนควรมีการปรับเปลี่ยนอิริยาบถและขยับร่างกาย เช่น การลุกเดิน อย่างน้อย 5 นาที รวมถึงเลือกใช้โต๊ะ – เก้าอี้ และอุปกรณ์การเรียนออนไลน์ที่เหมาะสมเพื่อให้ร่างกายอยู่ในอิริยาบถที่เหมาะสม

คำสำคัญ: อาการปวดหลังส่วนล่าง, โคโรแพคติก, การเรียนออนไลน์, นักเรียนมัธยมศึกษา



Chiropractic: Treatments of Secondary School Students' Low Back Pain from Online Learning

Niwatt Phanomsarnnarin¹

Prapawan Trakulkasemsuk²

Tuangthong Nukulki³

Nutt Narawit⁴

Abstract

This research aims to 1) study the pain level of secondary school students' low back pain prior and after Chiropractic treatment, 2) compare the quality of low back pain prior and after Chiropractic treatment, and 3) introduce the efficacy of Chiropractic treatment for low back pain in secondary school students that is caused by online learning. The sample group were 30 volunteered secondary school students presented with localized low back pain from sitting long period of time during online learning in the academic year of 2020 to 2021. The data was collected by using outcome assessments and questions that were related to their symptoms prior and after chiropractic treatment respectively. The data was then analyzed and converted into frequency, percentage, mean, and t-test.

The results found that 1) symptoms of low back pain in secondary students before treatment was graded as mild to moderate, 2) when compared the values of subjects' symptoms of low back pain between prior to chiropractic treatment and after chiropractic treatment, statistically significant at the .01 level, and 3) the symptoms of low back pain in secondary students after receiving chiropractic treatment was significantly reduced and eliminated the use of NSAIDs. It was most effective when the subject had made adjustment to their lifestyle modifications such as taking 5 minutes break every hour by getting up from their chairs and move around. Other modifications include adjusting the height of their chairs and tables in correct ergonomic position suitable for online learning.

Keywords: *Low back pain, Chiropractic, Online Learning, Secondary school student*



บทนำ

ด้วยการพัฒนาของเทคโนโลยีสารสนเทศและอินเทอร์เน็ตทำให้รูปแบบการใช้ชีวิตของคนในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งรวมถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านการศึกษาดูด้วยเช่นกัน โดยการจัดการเรียนการสอนในรูปแบบออนไลน์ได้ถูกพัฒนาและนำมาใช้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาหลายทศวรรษที่ผ่านมา แต่ด้วยวิกฤตการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 หรือ COVID-19 ทำให้สถานศึกษาทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยต้องปรับรูปแบบการเรียนการสอนมาสู่รูปแบบออนไลน์ทั้งหมดทันที โดยที่ผู้สอนและผู้เรียนจำนวนมากอาจยังขาดความพร้อมหรือขาดประสบการณ์เกี่ยวกับการเรียนการสอนออนไลน์ (Xin Xie et al, 2020) ก่อให้เกิดความเครียดสะสมกลายเป็นภาวะ Digital burnout and fatigue หรือหมดไฟในการทำงานและความเหนื่อยล้าจากโลกดิจิทัล ซึ่งถือเป็นปัญหาด้านสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Degges-White, 2020; Nadler, 2020; Erten & Özdemir, 2020) อีกทั้งการเรียนออนไลน์ในสภาพแวดล้อมที่ขาดความพร้อมทั้งในด้านสถานที่ เครื่องมือ และอุปกรณ์ในการเรียน ยังทำให้การนั่งเรียนอยู่ในอิริยาบถที่ไม่เหมาะสม ซึ่งก่อให้เกิดความเมื่อยล้าทางร่างกายและความไม่สบายตัวของผู้เรียน โดยการใช้งานคอมพิวเตอร์หรือการนั่งหน้าจอ เป็นเวลานานเป็นอีกสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดอาการผิดปกติของกระดูกและกล้ามเนื้อ ซึ่งทำให้ร่างกายเกิดอาการปวดเมื่อยขึ้นได้หลายบริเวณ อาทิ คอ ไหล่ แขน ขา ข้อมือ มือ รวมไปถึงหลังส่วนล่าง ซึ่งเป็นอาการปวดที่พบเห็นได้มากที่สุดในการเจ็บป่วยเกี่ยวกับระบบกระดูกและกล้ามเนื้อของคนในสังคมปัจจุบัน (Ayanniyi et al., 2011; Diaz-Caballero, 2010)

โดยทั่วไปอาการปวดหลังส่วนล่างมักถูกมองว่าเป็นอาการที่เกิดกับวัยทำงานซึ่งเป็นผลมาจากการนั่งทำงานเป็นเวลานานเป็นหลัก (Ehrlich 2003; Hwang et al, 2019) อย่างไรก็ตามอาการปวดหลังส่วนล่างนั้นสามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ในวัยเด็กและมีโอกาสสูงที่จะสะสมไปสู่อาการปวดเรื้อรังได้ในอนาคต (Paranjape & Ingole, 2018) ความเสี่ยงในการเกิดอาการปวดหลังส่วนล่างในเด็กนักเรียนเกิดได้จากหลากหลายปัจจัย อาทิ ปัจจัยด้านเพศ พฤติกรรม ระยะเวลาการใช้งานคอมพิวเตอร์ เฟอร์นิเจอร์ที่ใช้เป็นประจำ ปัญหาทางสรีระ รวมถึงการนั่งด้วย (Taspinar, 2013; Korovessis, Repantis & Baikousis, 2010; Rubin 2007) โดยร่างกายของเด็กในวัยมัธยมเป็นช่วงของวัยเจริญเติบโตที่รวดเร็วในด้านส่วนสูง จึงจำเป็นต้องมีการขยับร่างกายให้บ่อยและทานอาหารให้เพียงพอต่อการเจริญเติบโต แต่ด้วยภาระหน้าที่ในการเรียนโดยเฉพาะอย่างยิ่งการเรียนออนไลน์ที่เด็กนักเรียนส่วนใหญ่จำเป็นต้องอยู่ในท่านั่งและมองจอไม่ว่าจะเป็นจอคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ หรือแท็บเล็ต เป็นระยะเวลาติดต่อกันหลายชั่วโมงต่อวัน เป็นสาเหตุให้เกิดความเมื่อยล้าและสะสมเป็นอาการปวดที่เรื้อรัง อาการปวดตามข้อกระดูกต่างๆ ในร่างกาย โดยเฉพาะกระดูกสันหลังซึ่งเป็นบริเวณที่พบเจอได้บ่อยในนักเรียนมัธยมเนื่องมาจากการนั่งที่ไม่ถูกวิธีหรือนั่งนานเกินไป หากไม่ได้รับการดูแลที่ถูกวิธีอาการปวดหลังส่วนล่างสามารถเพิ่มระดับความรุนแรงได้ ทั้งปวดหมอนรองกระดูกส่วนล่าง กล้ามเนื้อหลังอักเสบเฉียบพลัน หรือแม้กระทั่งทำให้เปลี่ยนแปลงรูปร่างกระดูกสันหลังเป็นสภาวะกระดูกสันหลังคดได้ ดังนั้นการวินิจฉัยอาการปวดหลังส่วนล่างในเด็กจึงเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญในการติดตามและพิจารณาวิธีการรักษาที่เหมาะสม เพื่อป้องกันหรือลดอาการที่จะเกิดขึ้นเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ได้ (Chou, 2007)

การรักษาอาการปวดหลังส่วนล่างมีอยู่ด้วยกันหลายหลายวิธี โดยการรักษาในปัจจุบันจะเน้นการรักษาที่ลุ่มลำร่างกายของผู้ป่วยน้อยที่สุดโดยหลีกเลี่ยงการใช้ยาหรือการผ่าตัดหากไม่จำเป็น ซึ่งโครแพคติกเป็นศาสตร์ทางเลือกในการรักษารูปแบบหนึ่งได้รับการรับรองทั้งในประเทศไทยและในระดับสากล โดยการรักษาด้วยโครแพคติกจะมุ่งในการวินิจฉัยอาการและบำบัดด้วยการใช้มือของนักโครแพคติกเป็นหลักในการจัดปรับสรีระและดูแลระบบข้อกระดูกสันหลังที่มีระบบประสาทเชื่อมอยู่โดยที่ไม่ใช้ยาหรือผ่าตัดเข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งโดยทั่วไปจะใช้เวลาในการรักษาเฉพาะการจัดปรับข้อกระดูกประมาณครั้งละ 5 ถึง 10 นาที และทำการรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ถึง 10 ครั้ง โดยแต่ละครั้งจะใช้ระยะเวลาห่างอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และอย่างมากสุดไม่เกิน 4 สัปดาห์ การรักษาด้วยการจัดปรับ (Adjustment Technique) นี้ จะทำให้ข้อกระดูกสันหลังส่วนล่างเกิดการคลายตัวทำให้ขยับได้ง่ายขึ้นและกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างที่ยึดติดกับกระดูกสันหลังก็จะเกิดการคลายตัวตามไปด้วยเช่นกัน จึงทำให้อาการปวดหลังส่วนล่างลดลง (Lefebvre, Peterson & Haas, 2012) หลังจากการรักษา นักโครแพคติกจะให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยดูแลร่างกายตนเองได้อย่างถูกต้อง อาทิ การออกกำลังกาย การดูแลโภชนาการ และเปลี่ยนแปลงรูปแบบการใช้ชีวิต เพื่อปรับสมดุลร่างกายและไม่กลับมามีอาการปวดเรื้อรังอีก (Hartvigsen et al, 2020; Mior et al, 2019; Christensen, 2010)

ในระยะเวลาราว 2 ปีที่ผ่านมาหรือกล่าวได้ว่าตั้งแต่เกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 พบว่าเด็กนักเรียนมัธยมศึกษามีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อที่อาจจะเรื้อรังและนำไปสู่อาการออฟฟิศซินโดรมเพิ่มมากยิ่งขึ้นกว่าช่วงก่อน COVID-19 ที่ยังไม่มีเรียนออนไลน์ (The Coverage, 2565) จึงสามารถกล่าวได้ว่าการปรับการเรียนการสอนมาสู่รูปแบบออนไลน์อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เด็กนักเรียนมัธยมมีรูปแบบการใช้ชีวิตที่ต้องอยู่ในอิริยาบถที่ไม่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น อาทิ การนั่งหน้าจอเป็นเวลานาน การใช้อุปกรณ์ โต๊ะ เก้าอี้ ที่ไม่ถูกตามหลักกายศาสตร์ โภชนาการ รวมไปถึงการขยับร่างกายหรือออกกำลังกายที่ลดน้อยลงไปด้วย ซึ่งหลังจากสถานการณ์ COVID-19 หมดไป การเรียนการสอนในยุควิถีชีวิตใหม่มีแนวโน้มจะพัฒนาสู่รูปแบบออนไลน์มากยิ่งขึ้น การดูแลสุขภาพร่างกายของเด็กนักเรียนมัธยมโดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านกระดูกและกล้ามเนื้อจึงถือเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้เด็กนักเรียนมัธยมซึ่งอยู่ในช่วงวัยรุ่นได้มีการเติบโตทางร่างกายที่สมบูรณ์และป้องกันมิให้เกิดอาการปวดเมื่อยซึ่งอาจสะสมและเป็นอาการเรื้อรังได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับอาการปวดหลังส่วนล่างของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาทั้งก่อนและหลังการรักษาด้วยโครแพคติก
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการปวดหลังล่างของนักเรียนชั้นมัศึกษาก่อนและหลังการรักษาด้วยโครแพคติก
3. เพื่อเสนอผลการรักษาอาการปวดหลังส่วนล่างด้วยโครแพคติกและแนวทางการดูแลป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างจากการเรียนออนไลน์ของนักเรียนมัธยมศึกษา



วิธีดำเนินการวิจัย

คณะผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยการเปิดรับอาสาสมัครผู้เข้าร่วมวิจัย โดยกำหนดคุณสมบัติเป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึง ปีที่ 6 จากโรงเรียนต่างๆ ที่มีการจัดการเรียนการสอนรูปแบบออนไลน์ในระหว่างปีการศึกษา 2563 ถึง 2564 จำนวนทั้งสิ้น 30 คน และกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบโควตา (Quota sampling) โดยกำหนดเป็นเพศชายและเพศหญิงจำนวนเพศละ 15 คน เท่ากัน จากนั้นจึงทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการวินิจฉัยอาการของนักไครโอแพรคติก ประกอบกับเกณฑ์การวิจัยที่กำหนดไว้ ประกอบด้วย 1) มีอายุ 12 ถึง 18 ปี 2) เริ่มมีอาการปวดหลังส่วนล่างหลังจากการเรียนออนไลน์มาเป็นระยะเวลามากกว่า 1 เดือนขึ้นไป 3) ไม่มีโรคประจำตัวอันตรายต่อกระดูกสันหลัง 4) ไม่มีประวัติการเกิดอุบัติเหตุรุนแรงที่กระดูกสันหลังส่วนล่าง 5) ไม่มีประวัติเข้ารับการผ่าตัดที่กระดูกสันหลังส่วนล่างและไม่มีเหล็กที่กระดูกสันหลัง 6) ได้รับการตรวจร่างกายเบื้องต้นและไม่พบความเสี่ยงใดๆ ในการรักษาโดยศาสตร์ไครโอแพรคติก 7) ได้รับการอนุญาตจากผู้ปกครองในการทำการรักษาด้วยไครโอแพรคติกและยินยอมให้เก็บข้อมูลในการวิจัย 8) สามารถเข้ามารักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ครั้ง และการรักษาแต่ละครั้งห่างกันไม่เกิน 4 สัปดาห์ และ 9) มิได้ทำการรักษาด้วยวิธีการอื่นในระหว่างการวิจัย ทั้งนี้หากพบว่ามีอาสาสมัครคนใดไม่ตรงกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ผู้วิจัยก็จะทำการคัดออก

ทำการเก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินอาการปวดที่ประยุกต์ใช้ข้อคำถามจากแบบตรวจสอบอาการปวดหลังส่วนล่าง Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire (Fairbank & Pynsent, 2000) มากำหนดเป็นข้อคำถาม และทำการเก็บข้อมูลด้วยการสอบถามอาการจากกลุ่มตัวอย่างประกอบการประเมินอาการโดยนักไครโอแพรคติกทั้งก่อนและหลังการรักษาที่คลินิกกายภาพบำบัดและไครโอแพรคติก เพื่อเปรียบเทียบอาการปวดหลังส่วนล่างจากการรักษาด้วยไครโอแพรคติก จากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ผลการรักษาเพื่อนำเสนอแนวทางในการดูแลป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างจากการเรียนออนไลน์ของนักเรียนมัธยมศึกษา

ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นอาสาสมัครมีจำนวนรวมทั้งสิ้น 30 คน แบ่งออกเป็นเพศชาย 15 คน คิดเป็นร้อยละ 50 เพศหญิง 15 คน คิดเป็นร้อยละ 50 อายุ 12 ปี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.3 อายุ 13 ปี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.3 อายุ 14 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 23.3 อายุ 15 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 23.3 อายุ 16 ปี จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.3 อายุ 17 ปี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10 และอายุ 18 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 23.3

กลุ่มตัวอย่างทุกคนใช้เวลาในการเรียนออนไลน์อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน และนั่งเรียนออนไลน์ต่อเนื่องไม่ต่ำกว่าวันละ 30 นาที โดยมีอาการปวดสะสมก่อนทำการรักษาเป็นระยะเวลาประมาณ 1 เดือน ถึง 1 ปี อาการของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดปวดหลังบริเวณส่วนกระดูกสันหลังช่วงล่าง (Lumbar region) มีความรู้สึก



ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ แสบร้อน และระบบหมุนเวียนเป็นเวลานาน ไม่มีอาการร้าวลงขา ไม่มีอาการชาขา ไม่มีอาการกล้ามเนื้อช่วงล่างอ่อนแรง และจะรู้สึกดีขึ้นหากได้นอนหรือลุกจากที่นั่งเพื่อเปลี่ยนอิริยาบถเป็นเวลามากกว่า 5 นาทีขึ้นไป โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนมีอาการปวดกล้ามเนื้อบริเวณอื่นร่วมด้วย อาทิ คอ บ่า ไหล่ แขน และขา

การดำเนินการรักษา

นักโครแพรคติกดำเนินการวินิจฉัยเบื้องต้นและตรวจหาข้อต่อกระดูกสันหลังส่วนล่างที่มีอาการปวดก่อนทำการรักษา เมื่อพบจุดปวดเมื่อยหรือจุดที่มีอาการปวดทางนักโครแพรคติกจะเริ่มทำการรักษาโดยใช้วิธีการจัดปรับข้อกระดูกส่วนล่าง (Lumbar Spine) ตามศาสตร์โครแพรคติก ซึ่งในบางกรณีสำหรับคนไข้ที่มีอาการระบบง่ายอาจมีการใช้อุปกรณ์เพียงโครแพรคติกในการจัดปรับข้อกระดูกร่วมด้วยเพื่อป้องกันอาการระบบ และหากยังคงมีอาการระบบจะใช้การประคบเย็น 10 ถึง 15 นาที เพื่อลดอาการ หลังจากจัดปรับข้อกระดูกเรียบร้อยแล้วจะมีการคลายกล้ามเนื้อด้วยการเหยียดยืด ระยะเวลาเฉลี่ยในการรักษาแต่ละครั้งประมาณ 30 นาที จากนั้นนักโครแพรคติกจะประเมินอาการและทำการนัดหมายให้กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาในครั้งต่อไป โดยเว้นระยะเวลาประมาณ 2 ถึง 4 สัปดาห์ และหากหลังการรักษายังคงมีอาการระบบตามข้อกระดูกสันหลังให้ประคบเย็นในช่วง 3 วันแรกหลังการรักษา จากนั้นจึงทำการประคบร้อนต่ออีก 3 วัน ทั้งนี้หากกลุ่มเป้าหมายคนใดรู้สึกว่าร่างกายตอบสนองกับการประคบเย็นมากกว่าร้อน หลังจาก 3 วัน ในการรักษาสามารถที่จะประคบเย็นได้เช่นกัน อย่างไรก็ตามไม่มีกลุ่มตัวอย่างคนใดมีอาการระบบหลังจากเสร็จสิ้นการรักษาในแต่ละครั้งเลย

ระหว่างการรักษาในแต่ละครั้งกลุ่มตัวอย่างทุกคนยังคงมีการเรียนออนไลน์ตามปกติ โดยทุกคนจะได้รับคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและอิริยาบถในการเรียนออนไลน์ ซึ่งให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนลดการอยู่ในอิริยาบถที่นั่งนานเกิน 1 ชั่วโมง โดยทุกๆ 1 ชั่วโมงจะต้องมีการขยับร่างกายด้วยการลุกขึ้นเดินไปมาอย่างน้อย 5 นาที ก่อนที่จะกลับมานั่งเรียนออนไลน์ต่อ โดยได้แนะนำให้จดจำในระบบ “5-55” ซึ่งหมายความว่า “ลุกขึ้นขยับร่างกาย 5 นาที ต่อการนั่งเรียนออนไลน์ 55 นาที” รวมถึงแนะนำการเปลี่ยนเก้าอี้ที่เหมาะสมต่อสรีระของหลังส่วนล่าง พยายามหลีกเลี่ยงการใช้สมาร์ตโฟนในการเรียนออนไลน์หากไม่จำเป็น โดยแนะนำให้เรียนออนไลน์ผ่านคอมพิวเตอร์หรือแท็บเล็ตที่หน้าจอมีขนาดใหญ่เพียงพอ และจัดวางให้ระดับสายตากับคอมพิวเตอร์หรือแท็บเล็ตควรอยู่ในระดับที่ต่ำไม่เกิน 25 องศา ในส่วนของการใช้ชีวิตประจำวันกลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับคำแนะนำให้ออกกำลังกายตามความสนใจของตนเอง อาทิ โยคะ วิ่ง ว่ายน้ำ ปั่นจักรยาน และการสร้างกล้ามเนื้อโดยใช้เครื่องสร้างกล้ามเนื้อแบบทั่วไป เป็นต้น เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้มีการเปลี่ยนอิริยาบถขยับร่างกาย และเสริมสร้างกล้ามเนื้อให้แข็งแรงยิ่งขึ้น รวมถึงการเหยียดยืดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างตามคู่มือที่นักโครแพรคติกแนะนำทุกวัน ก่อนและหลังการเรียนออนไลน์ เพื่อป้องกันกล้ามเนื้อที่ตึงจากการนั่งนานเกินไป

1) อาการปวดหลังส่วนล่างต่ออิริยาบถยืน

ก่อนการรักษา กลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดหลังส่วนล่างที่ส่งผลต่อการยืนอยู่ในระดับ 1 สามารถยืนได้นานเท่าที่ต้องการโดยไม่ทำให้มีอาการปวดเพิ่มขึ้น มากที่สุดเป็นจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 43.3 รองลงมาคือระดับ 2 สามารถยืนได้นานเท่าที่ต้องการแต่การยืนทำให้มีอาการปวดเพิ่มขึ้น และระดับ 3 อาการปวดทำให้ไม่สามารถยืนได้นานเกิน 1 ชั่วโมง จำนวนระดับละ 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20 เท่ากัน ระดับ 4 อาการปวดทำให้ไม่สามารถยืนได้นานเกิน 30 นาที จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.3 และระดับ 5 อาการปวดทำให้ไม่สามารถยืนได้นานเกิน 10 นาที จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.3 โดยไม่มีกลุ่มตัวอย่างคนใดมีอาการปวดในระดับ 6 อาการปวดทำให้ไม่สามารถยืนได้เลย

หลังการรักษา กลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดหลังส่วนล่างที่ส่งผลต่อการยืนอยู่ในระดับ 1 สามารถยืนได้นานเท่าที่ต้องการโดยไม่ทำให้มีอาการปวดเพิ่มขึ้น มากที่สุดเป็นจำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 73.3 รองลงมาคือระดับ 2 สามารถยืนได้นานเท่าที่ต้องการแต่การยืนทำให้มีอาการปวดเพิ่มขึ้น จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 26.7 และไม่มีกลุ่มตัวอย่างคนใดมีอาการปวดในระดับ 3 ถึง 6

เมื่อนำค่าระดับอาการปวดหลังส่วนล่างต่ออิริยาบถยืนมาเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการรักษา พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระดับอาการปวดหลังส่วนล่างด้านอิริยาบถยืนก่อนและหลังการรักษา

	N	Mean	S.D.	t	Sig
ก่อนการรักษา	30	2.13	1.23	4.709	.000*
หลังการรักษา	30	1.27	0.45		

2) อาการปวดหลังส่วนล่างต่ออิริยาบถเดิน

ก่อนการรักษา กลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดหลังส่วนล่างที่ส่งผลต่อการเดินอยู่ในระดับ 1 อาการปวดไม่ส่งผลกระทบต่อการเดินทาง มากที่สุดเป็นจำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 53.3 รองลงมาคือระดับ 2 อาการปวดทำให้ไม่สามารถเดินได้เกิน 1.5 กิโลเมตร จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20 ระดับ 3 อาการปวดทำให้ไม่สามารถเดินได้เกิน 750 เมตร จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.3 ระดับ 4 อาการปวดทำให้ไม่สามารถเดินได้เกิน 500 เมตร จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.7 ระดับ 5 สามารถเดินได้โดยจำเป็นต้องใช้ไม้เท้าเท่านั้น และระดับ 6 ไม่สามารถเดินเองได้ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.3 เท่ากัน

หลังการรักษา กลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดหลังส่วนล่างที่ส่งผลต่อการเดินอยู่ในระดับ 1 อาการปวดไม่ส่งผลกระทบต่อการเดินทาง มากที่สุดเป็นจำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 90 รองลงมาคือระดับ 2 อาการปวดทำให้ไม่สามารถเดินได้เกิน 1.5 กิโลเมตร จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.7 และระดับ 3 อาการปวดทำให้ไม่สามารถเดินได้เกิน 750 เมตร จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.3 และไม่มีกลุ่มตัวอย่างคนใดมีอาการปวดในระดับ 3 ถึง 6

เมื่อนำค่าระดับอาการปวดหลังส่วนล่างต่ออิริยาบถเดินมาเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการรักษา พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับอาการปวดหลังส่วนล่างต่ออิริยาบถเดินก่อนและหลังการรักษา

	N	Mean	S.D.	t	Sig
ก่อนการรักษา	30	1.97	1.35	4.205	.000*
หลังการรักษา	30	1.13	0.43		

3) อาการปวดหลังส่วนล่างต่ออิริยาบถนั่ง

ก่อนการรักษากลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดหลังส่วนล่างที่ส่งผลต่อการนั่งอยู่ในระดับ 1 สามารถนั่งได้นานเท่าที่ต้องการบนเก้าอี้ทุกชนิด มากที่สุดเป็นจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 รองลงมาคือระดับ 2 สามารถนั่งได้นานเท่าที่ต้องการเฉพาะบนเก้าอี้ที่เหมาะสม และระดับ 3 อาการปวดทำให้ไม่สามารถนั่งได้นานเกิน 1 ชั่วโมง จำนวนระดับละ 8 คน คิดเป็นร้อยละ 26.7 เท่ากัน ระดับ 5 อาการปวดทำให้ไม่สามารถยืนได้นานเกิน 30 นาที จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10 และระดับ 4 อาการปวดทำให้ไม่สามารถนั่งได้นานเกิน 30 นาที จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.3 โดยไม่มีกลุ่มตัวอย่างคนใดมีอาการปวดในระดับ 6 อาการปวดทำให้ไม่สามารถนั่งได้เลย

หลังการรักษากลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดหลังส่วนล่างที่ส่งผลต่อการนั่งอยู่ในระดับ 1 สามารถนั่งได้นานเท่าที่ต้องการบนเก้าอี้ทุกชนิด มากที่สุดเป็นจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.3 รองลงมาคือระดับ 2 สามารถนั่งได้นานเท่าที่ต้องการเฉพาะบนเก้าอี้ที่เหมาะสม จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 ระดับ 3 อาการปวดทำให้ไม่สามารถนั่งได้นานเกิน 1 ชั่วโมง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.3 และไม่มีกลุ่มตัวอย่างคนใดมีอาการปวดในระดับ 4 ถึง 6

เมื่อนำค่าระดับอาการปวดหลังส่วนล่างต่ออิริยาบถนั่งมาเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการรักษา พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับอาการปวดหลังส่วนล่างต่ออิริยาบถนั่งก่อนและหลังการรักษา

	N	Mean	S.D.	t	Sig
ก่อนการรักษา	30	2.30	1.26	4.955	.000*
หลังการรักษา	30	1.40	0.56		

4) อาการปวดหลังส่วนล่างต่ออิริยาบถนอน

ก่อนการรักษากลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดหลังส่วนล่างที่ส่งผลต่อการนอนอยู่ในระดับ 1 อาการปวดไม่ส่งผลกระทบต่อการนอน สามารถนอนหลับได้ดี มากที่สุดเป็นจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 46.7 รองลงมาคือระดับ 2 สามารถนอนหลับได้ดีเมื่อทานยาแก้ปวด จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 26.7 ระดับ 3 สามารถนอนหลับได้ไม่เกิน 6 ชั่วโมง ถึงแม้ว่าจะทานยาแก้ปวดแล้ว จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.7 ระดับ 5



สามารถนอนหลับได้ไม่เกิน 2 ชั่วโมง ถึงแม้ว่าจะทานยาแก้ปวดแล้ว จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.7 และระดับ 4 สามารถนอนหลับได้ไม่เกิน 4 ชั่วโมง ถึงแม้ว่าจะทานยาแก้ปวดแล้ว จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.3 โดยไม่มีกลุ่มตัวอย่างคนใดมีอาการปวดในระดับ 6 อาการปวดทำให้ไม่สามารถนอนได้เลย

หลังการรักษากลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดหลังส่วนล่างที่ส่งผลต่อการนอนอยู่ในระดับ 1 อาการปวดไม่ส่งผลกระทบต่อการนอน สามารถนอนหลับได้ดี มากที่สุดเป็นจำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 83.3 รองลงมาคือระดับ 2 สามารถนอนหลับได้ดีเมื่อทานยาแก้ปวด จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.3 ระดับ 3 สามารถนอนหลับได้ไม่เกิน 6 ชั่วโมง ถึงแม้ว่าจะทานยาแก้ปวดแล้ว จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.3 และไม่มีกลุ่มตัวอย่างคนใดมีอาการปวดในระดับ 4 ถึง 6

เมื่อนำค่าระดับอาการปวดหลังส่วนล่างต่ออิริยาบถนอนมาเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการรักษาพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระดับอาการปวดหลังส่วนล่างต่ออิริยาบถนอนก่อนและหลังการรักษา

	N	Mean	S.D.	t	Sig
ก่อนการรักษา	30	2.03	1.35	3.979	.000*
หลังการรักษา	30	1.20	0.48		

5) อาการปวดหลังส่วนล่างต่อความสามารถในการยกสิ่งของ

ก่อนการรักษากลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดหลังส่วนล่างที่ส่งผลต่อความสามารถในการยกสิ่งของอยู่ในระดับ 1 สามารถยกของหนักได้โดยไม่ทำให้มีอาการปวดเพิ่มขึ้น มากที่สุดเป็นจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 56.7 รองลงมาคือระดับ 2 สามารถยกของหนักได้แต่ทำให้มีอาการปวดเพิ่มขึ้น จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20 ระดับ 3 อาการปวดทำให้ไม่สามารถยกของหนักขึ้นจากพื้นได้แต่ยังสามารถยกได้หากสิ่งของนั้นอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.7 ระดับ 4 อาการปวดทำให้ไม่สามารถยกของหนักได้เลย แต่ยังสามารถยกของที่น้ำหนักมากได้หากสิ่งของนั้นอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.7 โดยไม่มีกลุ่มตัวอย่างคนใดมีอาการปวดในระดับ 5 สามารถยกได้เฉพาะของที่มีน้ำหนักเบาเท่านั้น และระดับ 6 ไม่สามารถยกหรือถือสิ่งของใดๆ ได้เลย

หลังการรักษากลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดหลังส่วนล่างที่ส่งผลต่อความสามารถในการยกสิ่งของอยู่ในระดับ 1 สามารถยกของหนักได้โดยไม่ทำให้มีอาการปวดเพิ่มขึ้น มากที่สุดเป็นจำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 83.3 รองลงมาคือระดับ 2 สามารถยกของหนักได้แต่ทำให้มีอาการปวดเพิ่มขึ้น จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.7 และไม่มีกลุ่มตัวอย่างคนใดมีอาการปวดในระดับ 3 ถึง 6

เมื่อนำค่าระดับอาการปวดหลังส่วนล่างต่อความสามารถในการยกสิ่งของมาเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการรักษาพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบระดับอาการปวดหลังส่วนล่างต่อความสามารถในการยกสิ่งของก่อนและหลังการรักษา

	N	Mean	S.D.	t	Sig
ก่อนการรักษา	30	1.73	0.98	4.264	.000*
หลังการรักษา	30	1.17	0.38		

6) อาการปวดหลังส่วนล่างต่อสมาธิในการเรียน

ก่อนการรักษา กลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดหลังส่วนล่างที่ส่งผลต่อสมาธิในการเรียนอยู่ในระดับ 1 สามารถมีสมาธิเรียนได้นานเท่าที่ต้องการโดยไม่มีอาการปวดมากที่สุดเป็นจำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมาคือระดับ 2 สามารถมีสมาธิเรียนได้นานเท่าที่ต้องการถึงแม้มีอาการปวดบ้าง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20 ระดับ 3 อาการปวดทำให้มีสมาธิเรียนได้แค่ 1-3 ชั่วโมง และระดับ 5 อาการปวดทำให้มีสมาธิเรียนได้แค่ 10 นาที จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.7 เท่ากัน และสุดท้ายระดับ 4 อาการปวดทำให้มีสมาธิเรียนได้แค่ 30 นาที และระดับ 6 อาการปวดทำให้ไม่สามารถมีสมาธิเรียนได้เลย จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.3 เท่ากันเช่นกัน

หลังการรักษา กลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดหลังส่วนล่างที่ส่งผลต่อสมาธิในการเรียนอยู่ในระดับ 1 สามารถมีสมาธิเรียนได้นานเท่าที่ต้องการโดยไม่มีอาการปวดมากที่สุดเป็นจำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 83.3 รองลงมาคือระดับ 2 สามารถมีสมาธิเรียนได้นานเท่าที่ต้องการถึงแม้มีอาการปวดบ้าง จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10 ระดับ 3 อาการปวดทำให้มีสมาธิเรียนได้แค่ 1-3 ชั่วโมง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.7 และไม่มีกลุ่มตัวอย่างคนใดมีอาการปวดในระดับ 4 ถึง 6

เมื่อนำค่าระดับอาการปวดหลังส่วนล่างต่อสมาธิในการเรียนมาเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการรักษาพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบระดับอาการปวดหลังส่วนล่างต่อสมาธิในการเรียนก่อนและหลังการรักษา

	N	Mean	S.D.	t	Sig
ก่อนการรักษา	30	1.87	1.41	3.565	.001*
หลังการรักษา	30	1.33	0.99		

7) อาการปวดหลังส่วนล่างต่อการใช้ยาบรรเทาปวด

ก่อนการรักษา กลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดหลังส่วนล่างที่ส่งผลต่อการใช้ยาบรรเทาปวดอยู่ในระดับ 2 ปวดมากแต่ยังสามารถทนความปวดได้โดยไม่ต้องใช้ยาแก้ปวดมากที่สุดเป็นจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาคือระดับ 4 ยาแก้ปวดสามารถช่วยให้หายปวดได้เป็นส่วนใหญ่ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 26.7 ระดับ 1 ปวดเล็กน้อยสามารถทนความปวดได้ โดยไม่จำเป็นต้องใช้ยาแก้ปวด จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.7 ระดับ 3 ยาแก้ปวดสามารถช่วยให้หายปวดได้ทั้งหมด จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10 โดยไม่มีกลุ่มตัวอย่างคนใดมีอาการในระดับ 6 ยาแก้ปวดไม่สามารถช่วยให้หายปวดได้เลย

หลังการรักษากลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดหลังส่วนล่างที่ส่งผลต่อการใช้ยาบรรเทาปวดอยู่ในระดับ 1 ปวดเล็กน้อยสามารถทนความปวดได้โดยไม่ต้องใช้ยาแก้ปวดมากที่สุด เป็นจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 รองลงมาคือระดับ 2 ปวดมากแต่ยังสามารถทนความปวดได้โดยไม่ต้องใช้ยาแก้ปวดมากที่สุด เป็นจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 และไม่มีกลุ่มตัวอย่างคนใดมีอาการปวดในระดับ 3 ถึง 6

เมื่อนำค่าระดับอาการปวดหลังส่วนล่างต่อการใช้ยาบรรเทาปวดมาเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการรักษาพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบระดับอาการปวดหลังส่วนล่างต่อการใช้ยาบรรเทาปวดก่อนและหลังการรักษา

	N	Mean	S.D.	t	Sig
ก่อนการรักษา	30	2.67	1.24	6.679	.000*
หลังการรักษา	30	1.33	0.48		

8) อาการปวดหลังส่วนล่างในภาพรวม

ในการวัดระดับอาการปวดหลังส่วนล่างในภาพรวมกำหนดมาตรวัดประมาณค่า คือ 0 เท่ากับ ไม่ปวดเลย ถึง 10 เท่ากับ ปวดมากที่สุด ซึ่งก่อนการรักษากลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดหลังส่วนล่างในภาพรวมเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 6.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 1.80 โดยกลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดในระดับ 6 และระดับ 7 มากที่สุด จำนวนเท่ากันคือระดับละ 8 คน คิดเป็นร้อยละ 26.7 รองลงมาคือระดับ 8 จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.3 ระดับ 4 จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10 ระดับ 2 และระดับ 5 จำนวนเท่ากันคือระดับละ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.7 ระดับ 3 ระดับ 9 และระดับ 10 จำนวนเท่ากันคือระดับละ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.3

หลังการรักษากลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดหลังส่วนล่างในภาพรวมเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 2.37 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 1.09 โดยกลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดในระดับ 2 มากที่สุด จำนวน 11 คิดเป็นร้อยละ 36.7 รองลงมาคือระดับ 1 และระดับ 3 จำนวนเท่ากันคือระดับละ 7 คน คิดเป็นร้อยละ 23.3 ระดับ 4 จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.3 และระดับ 5 จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.3 โดยหลังการรักษาไม่มีกลุ่มตัวอย่างคนใดมีอาการมากกว่าระดับ 5

เมื่อนำค่าระดับอาการปวดหลังส่วนล่างในภาพรวมมาเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการรักษาพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบระดับอาการปวดหลังส่วนล่างในภาพรวมก่อนและหลังการรักษา

	N	Mean	S.D.	t	Sig
ก่อนการรักษา	30	6.08	1.80	13.213	.000*
หลังการรักษา	30	2.37	1.09		



ผลการรักษาอาการปวดหลังส่วนล่างด้วยไครโอแพรคติกและแนวทางการดูแลป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างจากการเรียนออนไลน์ของนักเรียนมัธยมศึกษา

พบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนได้ปฏิบัติตามคำแนะนำของนักไครโอแพรคติกในการการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต จึงทำให้อาการปวดลดลงโดยไม่จำเป็นต้องใช้ยาบรรเทาปวดอีกเลย จึงอาจกล่าวได้ว่าการรักษาด้วยศาสตร์ไครโอแพรคติกและการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตสามารถลดอาการปวดหลังส่วนล่างจากการเรียนออนไลน์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาได้ และเพื่อป้องกันอาการที่จะเกิดซ้ำหรือเกิดเป็นอาการเรื้อรังในภายภาคหน้า ในการเรียนออนไลน์ผู้เรียนควรได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องในการปรับอิริยาบถในการเรียนให้เหมาะสม เลือกใช้โต๊ะ-เก้าอี้ที่ถูกต้องแบบมาตามหลักกายศาสตร์ ซึ่งเก้าอี้ที่เหมาะสมต่อสรีระของหลังส่วนล่างจะต้องมีความโค้งรับกล้ามเนื้อหลัง มีพนักวางแขน สามารถปรับตำแหน่งสูง-ต่ำให้เหมาะกับโต๊ะได้ด้วย โดยที่เท้าทั้งสองข้างควรแตะถึงพื้นได้ ไม่ควรนั่งไขว่ห้างนานเกิน 15 นาที เก้าอี้ควรมีที่พิงศีรษะเพื่อให้คอไม่ก้มไปข้างหน้าและไหล่อยู่ในตำแหน่งโค้งค่อม ระดับสายตากับคอมพิวเตอร์หรือแท็บเล็ตควรอยู่ในระดับที่ต่ำไม่เกิน 25 องศา

โดยในการนั่งเรียนออนไลน์ทุกๆ 1 ชั่วโมงต้องมีการพักเพื่อปรับเปลี่ยนอิริยาบถอย่างน้อย 5 นาที และเพิ่มเติมด้วยการออกกำลังกายเพื่อสร้างกล้ามเนื้อส่วนหลัง จะสามารถป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังในกลุ่มเด็กนักเรียนช่วงวัย 12 ถึง 18 ปีได้เป็นอย่างดี อย่างไรก็ตามหากมีข้อจำกัดบางประการทำให้ไม่สามารถปฏิบัติหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเรียนออนไลน์ได้ทั้งหมด อย่างน้อยหากรู้สึกเริ่มมีอาการเมื่อยล้าหลังจากการนั่งเรียนออนไลน์ ผู้เรียนควรมีการขยับร่างกายเพื่อปรับเปลี่ยนท่าทางบ้างเท่าที่เป็นไปได้ เช่น เปลี่ยนท่านั่ง ยกแขน สะบัดข้อมือข้อเท้า หมุนคอ หรือพักสายตาบ้างในระหว่างการเรียนออนไลน์

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่าการรักษาด้วยไครโอแพรคติกส่งผลให้อาการปวดหลังส่วนล่างของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาลดลงได้ และหลังจากการรักษากลุ่มตัวอย่างทุกคนไม่จำเป็นต้องใช้ยาแก้ปวดเพื่อบรรเทาอาการปวดอีกเลย สอดคล้องกับ Forgiarini (2018) ซึ่งพบเช่นกันว่าการรักษาด้วยไครโอแพรคติกประกอบกับการออกกำลังกายสามารถลดอาการปวดหลังส่วนล่างและช่วยให้การเคลื่อนไหวของข้อกระดูกดีขึ้นด้วย โดยจำนวนครั้งที่เหมาะสมในการรักษาจะขึ้นอยู่กับระดับอาการปวดของกลุ่มตัวอย่าง หากมีอาการปวดในระดับเล็กน้อยการเข้ารับการรักษาท่อเนื่องโดยเฉลี่ย 2 ครั้ง อาจทำให้อาการปวดบรรเทาหรือหายไปได้ แต่ในทางกลับกันหากมีอาการปวดอยู่ในระดับมาก อาจต้องใช้การรักษาที่ต่อเนื่องถึง 10 ครั้งหรือมากกว่านั้น โดยการรักษาแต่ละครั้งจะใช้ระยะเวลาห่างอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และอย่างมากสุดไม่เกิน 4 สัปดาห์ โดย Gevers-Montoro et al. (2021) ได้ทำการสังเคราะห์งานวิจัยพบว่าระยะเวลาในการรักษาอาการปวดหลังส่วนล่างด้วยไครโอแพรคติกมีผู้ศึกษาและสรุปผลไว้อย่างหลายหลายตั้งแต่ 2 สัปดาห์ไปจนถึง 12 เดือน จึงจะเริ่มบรรเทาอาการปวดลงได้ อย่างไรก็ตามโดยศาสตร์ไครโอแพรคติกซึ่งถือเป็นแพทย์ทางเลือกหนึ่งที่ใช้การรักษาด้วยมือโดยหลีกเลี่ยงการใช้ยาหากไม่จำเป็น ดังนั้นการจะดูแลรักษาให้อาการปวดบรรเทาหรือหายขาดผู้ป่วยจะต้องให้ร่วมมือในการปรับเปลี่ยนรูปแบบการใช้ชีวิตประจำวันร่วมด้วย



โดยในการเรียนออนไลน์นักเรียนควรต้องเลือกใช้โต๊ะ-เก้าอี้ที่เหมาะสมตามหลักกายศาสตร์ หลีกเลี่ยงการอยู่ในอิริยาบถที่นั่งนานจนเกินไป ควรมีการพักเพื่อขยับร่างกายทุกๆ 1 ชั่วโมง อย่างน้อย 5 นาที รวมถึงเลือกใช้อุปกรณ์การเรียน อาทิ คอมพิวเตอร์ แท็บเล็ต ที่มีขนาดหน้าจอใหญ่เพียงพอ และระดับสายตาที่มองจอควรอยู่ในระดับที่ต่ำไม่เกิน 25 องศา เพื่อไม่ให้ศีรษะอยู่ในตำแหน่งที่ไม่เหมาะสม รวมถึงหลีกเลี่ยงการเรียนออนไลน์ผ่านสมาร์ตโฟนเนื่องจากหน้าจอโทรศัพท์ส่วนใหญ่มีขนาดเล็กเกินไปทำให้ต้องเพ่งมอง ซึ่งการเพ่งมองจอโทรศัพท์มือถือนานเกินไปเป็นเวลานานก่อให้เกิดการเกร็งของดวงตาและผู้ใช้โทรศัพท์มักจะต้องก้มมองจอจึงทำให้ศีรษะมีการยื่นออกทางด้านหน้า และเมื่ออยู่ในท่าดังกล่าวเป็นเวลานานจะทำให้กล้ามเนื้ออยู่ในท่าคงค้าง จึงเกิดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อและทำให้เกิดอาการปวดตามมาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของประภาวรณ ตระกูลเกษมสุข และคณะ (2564) ที่พบว่าอุปกรณ์เทคโนโลยี เพอร์นิเจอร์ และอิริยาบถโดยอิริยาบถเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการปวดหลังส่วนล่างของนักเรียนมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

- 1) การรักษาด้วยไครโอแพรคติกสามารถช่วยให้อาการปวดหลังส่วนล่างบรรเทาหรือลดลงได้ แต่อย่างไรก็ตามการจะทำให้มีอาการปวดหายขาด ผู้รับการรักษาจะต้องให้ร่วมมือในการปรับเปลี่ยนรูปแบบการใช้ชีวิตประจำวันร่วมด้วย โดยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย 1 ครั้ง ต่อ สัปดาห์ จะเสริมสร้างกล้ามเนื้อให้แข็งแรงลดอาการปวดหลังเรื้อรัง และลดความเสี่ยงที่จะเกิดอาการปวดหลังส่วนล่างได้
- 2) หากเริ่มรู้สึกมีอาการปวดหลังส่วนล่างจากการเรียนออนไลน์ควรหยุดพักหรือปรับเปลี่ยนอิริยาบถโดยทุกๆ 1 ชั่วโมง ควรมีการเปลี่ยนท่าทาง เคลื่อนไหวร่างกาย และพักสายตาจากหน้าจอคอมพิวเตอร์ อย่างน้อย 5 นาที หากเป็นไปได้ควรลุกเดินไปมาสลับกับการนั่ง
- 3) ควรเลือกใช้โต๊ะ-เก้าอี้ และอุปกรณ์การเรียนออนไลน์ที่มีความเหมาะสม ไม่ควรนั่งเรียนออนไลน์ที่พื้นเป็นเวลานาน และเลือกใช้คอมพิวเตอร์หรือแท็บเล็ตที่มีขนาดหน้าจอใหญ่เพียงพอที่จะไม่ต้องเพ่งสายตาโดยไม่แนะนำให้เรียนออนไลน์ผ่านสมาร์ตโฟนหากไม่มีความจำเป็น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการรักษาด้วยไครโอแพรคติกเพียงอย่างเดียวโดยไม่ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตกับการรักษาด้วยไครโอแพรคติกโดยปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตตามคำแนะนำของนักไครโอแพรคติก
- 2) ศึกษาเกี่ยวกับการรักษาอาการปวดของร่างกายในส่วนอื่นๆ นอกเหนือจากอาการปวดหลังส่วนล่าง



บรรณานุกรม

- Ayanniyi, O., Mbada, C.E., & Muolokwu, C.A. (2011). *Prevalence and profile of back pain in Nigerian adolescents. Med Princ Pract, 20*, 368-373.
- Buchbinder, R., Underwood, M., Hartvigsen, J., & Maher, C.G. (2020). *The lancet series call to action to reduce low value care for low back pain: an update. Pain 161*(1), 57-64.
- Chou, R., Qaseem, A., Snow, V., Casey, D., Cross, J.T., & Shekelle, P. (2007). *Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. Ann Intern Med, 147*, 478-491.
- Christensen, M., Kollasch, M., & Hyland, J.K. (2010). *Practice analysis of chiropractic. Greeley, CO: NBCE.*
- Degges-White, S. (2020). *Zoom Fatigue: Don't Let Video Meetings Zap Your Energy. Some 'cheats' to help you beat Zoom fatigue before it beats you. Psychology Today.* <https://www.psychologytoday.com/us/blog/lifetime-connections/202004/zoom-fatigue-dont-letvideo-meetings-zap-your-ener>
- Diaz-Caballero, A.J., Gómez-Palencia, I.P., & Díaz-Cárdenas, S. (2010). *Ergonomic factors that cause the presence of pain muscle in students of dentistry. Med Oral Patol Oral Cir Bucal, 15*, 906-911.
- Ehrlich, G.E. (2003). *Low back pain. Bull World Health Organ, 81*, 671-676.
- Erten, P., & Özdemir, O. (2020). *The Digital Burnout Scale Development Study. Inonu University Journal of the Faculty of Education, 21*(2), 668-683.
- Fairbank, J.C.T. & Pynsent, P.B. (2000). *The Oswestry Disability Index. Spine, 25*(22), 2940-2953.
- Hartvigsen, J., French, M.D. (2020). *So, what is chiropractic? Summary and reflections on a series of papers in Chiropractic and Manual Therapies. Chiropr Man Ther, 28*(4). 25-30.
- Hwang, J., Philip, K.L., Frank, M.P., Howard, S., & Dino, S. (2019). *Low back pain in children: a rising concern. European Spine Journal, 28*, 211-213.
- Korovessis, P., Repantis, T., & Baikousis, A. (2010). *Factors affecting low back pain in adolescents. J Spinal Disord Tech, 23*, 513-520.
- Mior, S., Wong, J., Sutton, D., & Beliveau, P.J.H. (2019). *Bussi res A, Hogg-Johnson S, et al. Understanding patient profiles and characteristics of current chiropractic practice: a cross-sectional Ontario Chiropractic Observation and Analysis Study (O-COAST). BMJ Open.*



- Montoro, C., Provencher, B., Descarreaux, M., Mues, A., & Piché, M. (2021). *Clinical effectiveness and efficacy of chiropractic spinal manipulation for spine pain. Frontiers in pain research*, 2, 1-14.
- Nadler, R. (2020). *Understanding “Zoom fatigue”: Theorizing spatial dynamics as third skins in computer-mediated communication. Computers and Composition*.
<https://doi.org/10.1016/j.compcom.2020.102613>
- Nyland, L.J., Grimmer, K.A. (2003). *Is undergraduate physiotherapy study a risk factor for low back pain? A prevalence study of LBP in physiotherapy students. BMC Musculoskeletal Disord*, 4(22), 1-12.
- Paranjape, S., Ingole, V. (2018). *Prevalence of back pain in secondary school students in an urban population: cross-sectional study. Cureus*, 10, 29-83.
- Rubin, D.I. (2007). *Epidemiology and risk factors for spine pain. Neurol Clinic*, 25, 353-371.
- Taspinar, F., Taspinar, B., Cavlak, U., & Celik, E. (2013). *Determining the pain affecting factors of university students with nonspecific low back pain. J Phys Ther Sci*, 25, 1561-1564.
- Trakulkasemsuk, P., Phanomsarnnarin, N., Yodsai, T., & Wongsakul, S. (2021). *A causal relationship model of online learning on secondary school students’ low back pain. Journal of MCU Social Science*, 10(3), 26-38. (in thai)
- The Coverage. (2023, February). *Online learning sprays poison children with office syndrome are overwhelmed by stagnant state, affecting physical and mental*. (in thai)
<https://www.thecoverage.info/news/content/3172>
- Xie, X., Siau, K., & Nah, F.F. (2020). *COVID-19 pandemic – online education in the new normal and the next normal, Journal of Information Technology Case and Application Research*, 22(3), 175-187.



ความท้าทายของการสื่อสารด้านการดูแลสุขภาพข้ามวัฒนธรรมในการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์: กรณีศึกษาของ โรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

พรหมศิริ หนองเหล็ก¹

ภทรียา กิจเจริญ²

ณัฐณีย์ มินนต³

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้คือเพื่อศึกษาอุปสรรคด้านการสื่อสารในการดูแลสุขภาพข้ามวัฒนธรรมของลุ่มทาง
 การแพทย์ ในการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ที่มีความความสัมพันธ์กันในแต่ละบทบาท ได้แก่ การแปลภาษา ความเป็นมือ
 อาชีพ การจัดการ และการชักจูง เพื่อเป็นกลยุทธ์ในการสื่อสารให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการสื่อสารด้านสุขภาพทาง
 วัฒนธรรมที่พบว่ามีความแตกต่างกันด้านภาษา วัฒนธรรม และความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ การศึกษากลุ่มตัวอย่าง
 โดยลุ่มทางการแพทย์ที่ทำงานในสถานพยาบาลที่ให้บริการผู้ป่วยต่างชาติและอธิบายประสบการณ์ของลุ่มทาง
 การแพทย์ ผู้ป่วยต่างชาติ และและบุคลากรทางการแพทย์ ในแง่ของการสื่อสารด้านการดูแลสุขภาพข้ามวัฒนธรรม
 ได้แก่ การแปลภาษา ความเป็นมืออาชีพ การจัดการ และการชักจูง การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพแบบ
 พรรณนา ประชากรผู้เข้าร่วมเป็นลุ่มทางการแพทย์ ผู้ป่วยต่างชาติและ บุคลากรทางการแพทย์ ที่ทำงานใน
 โรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพฯ ประเทศไทย และศูนย์การแพทย์ กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกโดยใช้การสุ่ม
 ตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึก และข้อมูลถูกรวบรวมและวิเคราะห์โดยใช้
 หลักการวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อวิเคราะห์และตีความความสอดคล้องกันระหว่างสาเหตุและผลที่อธิบายได้ด้วยข้อมูล
 ค้นพบว่าอุปสรรคประสบการณ์การดูแลสุขภาพข้ามวัฒนธรรมนั้นมีความท้าทายลุ่มทางการแพทย์ในบทบาท
 หน้าที่ในงานที่เกี่ยวข้องและความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ซับซ้อน ผลการวิจัยพบข้อค้นพบที่สำคัญกับทีมผู้บริหาร
 โรงพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ ขอแนะนำการฝึกอบรมเรื่องสมรรถนะเชิงวัฒนธรรม สำหรับความก้าวหน้า
 ในอาชีพและส่งเสริมความเป็นมืออาชีพผ่านการออกไปอนุญาตและการพัฒนาความฉลาดทางด้านอารมณ์ ทักษะ
 ของผู้ให้บริการที่สำคัญ ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องพัฒนาทักษะในเชิงรุกเพื่อลดสถานะทางอารมณ์

คำสำคัญ: การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ, ลุ่ม, ผู้แปลภาษา, ข้ามวัฒนธรรม, สุขภาพ

¹ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล

² คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล

³ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล



The Challenge of Cross-Cultural Healthcare Communication on Medical Tourism: Case Study of International Private Hospital in Bangkok, Thailand

Promsiri Nonglek¹

Patreeya Kitcharoen²

Natthani Meemon³

Abstract

The purposes of this study were to explore the challenges to cross-cultural healthcare communication experienced by medical interpreters in proposed four roles relation of conduit, professional, manager, and advocate maximal utility achievement communication strategies in language, culture, and healthcare education in cross-cultural healthcare communication and to explore the barriers to cross-cultural healthcare communication as experienced by medical interpreters working in health facilities that serve international patients and explain the experiences of medical interpreters, patients, and physicians in terms of cross-cultural healthcare communication: conduit, professional, manager, and advocate. This study adopted a qualitative descriptive. The key informants were medical interpreter, international patient, medical providers who work at International Private Hospital, Bangkok, Thailand, and the Medical Center. The sample was selected using purposive sampling. In-depth interviews were used to collect data. Data were analyzed using content analysis to interpret qualitative data. It was found that barriers cross-cultural healthcare experiences challenged medical interpreter in task relation and complex triangle power relationships. The results suggested that hospital administrative teams and healthcare professionals. Based on the major findings, it was recommended that cultural competence education and training provide insight for career progression and promote professionalization through license issuance and providing quality emotional support need to empathizing proactively develop the skills to de-escalate emotionally charged.

Keywords: MEDICAL TOURISM, INTERPRETER, TRANSLATOR, CROSS-CULTURAL, HEALTHCARE

¹ Corresponding author, Faculty of Social Sciences and Humanities, Program Public Health and Social Sciences, Mahidol University. E-mail: pha_e.o@hotmail.com,

² Faculty of Social Sciences and Humanities, Program Public Health and Social Sciences, Mahidol University. Email: patreeya.kit@mahidol.ac.th

³ Faculty of Social Sciences and Humanities, Program Public Health and Social Sciences, Mahidol University. Email: natthani.mee@mahidol.ac.th

บทนำ (Introduction)

The healthcare sector in Southeast Asia has seen an increasing tendency towards globalization, with significant connections to countries such as India, Indonesia, Malaysia, the Philippines, Singapore, and Thailand. The private sector has demonstrated a growing tendency to actively market medical tourism locations for international visitors, with the aim of enhancing Thailand's attractiveness as a popular destination for travellers. Therefore, the nation's healthcare reputation has experienced growth owing to its unique Thai-style hospitality. In accordance with Pattharapinyophong (2019), Furthermore, the hospital offers various advantages, including adherence to the standards obligated by the Hospital Accreditation of Thailand and International (such as the Joint Commission International or JCI), as well as other internationally accepted guidelines like ISO and Hazards and Critical Controls Principle (HACCP). These standards, in combination with reasonable prices and promotional offers, make the hospital an attractive choice for patients seeking selective treatments such as Cardiology, Orthopedics, Cosmetic and Plastic Surgery, Dental Care, and Eye Treatment, among other specialties. According to the study conducted by Rerkrujipimol and Assenov in 2008, The growing number of international markets has resulted in improvements to the system economy, leading to increases in the availability of health and wellness services. The global movement of patients seeking medical care and healthcare services, both invasive and non-invasive, is becoming increasingly recognized as a significant aspect of the healthcare market. The phenomenon in issue has been referred to as medical tourism. According to Lunt, Smith, and Exworthy (2011), This movement influenced the economy, culture, society, environment, and the economic activity of technology. The international market is strengthened by both international commerce and industrial interconnections. Through international investment and corporate networks that strengthen health and medical tourism, the international market could benefit greatly. (Surugiu & Surugiu, 2015) Intercultural competence is a consequence of globalization and has implications for both individuals and the larger population. Cultural variety has an influence on the phenomenon's dynamics. In a multicultural community, the challenge of understanding multiple cultures and beliefs may emerge regardless of beliefs, religion, or societal structure. (Rivière, 2009) This implies that persons from diverse backgrounds will have a difficult time socializing, understanding, and accepting one another. (Wani, 2011)

Thailand's government has been supporting medical tourism in Thailand, as stated in The Office of the National Economic and Social Development Board Office of the Prime Minister must promote and develop the medical and wellness tourism Thailand in The Twelfth National Economic and Social Development Plan (2017-2021) areas as medical hubs. The number of international travelers who visited Thailand in 2016 was 1.2 million, and they were classified into two groups: 80% of medical tourists and 20% of wellness tourists. The 20% is expatriate who is a foreign investment and a worker in Thailand such as Japanese, South-Korea, and European. (Office of the National Economic and Social Development Council Office of the Prime Minister, 2017)

Many international patients in the international private hospital come from different cultures, religions, and socioeconomic systems. Language is therefore essential for effective cross-cultural healthcare communication. Effective communication is required to ensure patient safety and compliance, detection and diagnosis, and health promotion. According to research on cross-cultural healthcare communication barriers, a language barrier, low health education, anxiousness, general attitudes, gender attitudes, and health beliefs make it difficult for healthcare practitioners to comprehend the patient's context. (Taylor, Nicolle, & Maguire, 2013) Medical interpreters have their own cultural values and beliefs as well. Those associated with cross-cultural healthcare communication have been described as limitations to the exchange of information between a healthcare provider and an international patient, alongside misunderstandings caused by inadequate health knowledge, different cultural behavior, and language barriers. (Hultsjö & Hjelm, 2005) The concept of cross-cultural health care communication is understanding the value of culture in communication which critical for cultural competency in a medical interpreter, who must be competent at communicating effectively.

In a multicultural society, this is the role of medical interpreters, international patients, physicians, and medical staffs have relationships through face-to-face communication across cultures. The researcher conducted observations in order to investigate untrained medical interpreters who may experience challenges in effectively communicating guidelines in international healthcare.

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objective)

1. To explore the barriers to cross-cultural healthcare communication as experienced by medical interpreters working in health facilities that serve international patients
2. To explain the experiences of medical interpreters, patients, and physicians in terms of cross-cultural healthcare communication: conduit, professional, manager, and advocate

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง (Literature Review)

The study provides an overview of previous research on knowledge sharing and cross-cultural healthcare communication with a multicultural environment in the age of globalization. Using cross-cultural healthcare communication model examines the relationship between the medical interpreters, international patients, and medical providers by using The Cross-Cultural Health Care Program (CCHCP) in medical interpreter role as conduit, advocate, manager, and professional.

Globalization

The relationship between globalization and culture involves the many kinds of cultures existing worldwide, which are under the influence of Western dominance, such as the establishment of a new international transnational community, border lessness, and freedom of choice. Culture shapes what behaviors are desirable or forbidden for members of the culture norms for persons in social structure roles as well as the main goals and principles in one's life values. (Wani, 2011) significantly but not immediately. (McLaren, 1998)

Cultural competence in the delivery of healthcare services

Cultural awareness is approached the most detailed about intercultural competence. From the study of intercultural communicative competence (ICC) claim that the key to cultural awareness is ability to evaluate critically of recognition of one's biases, prejudices, and assumptions with aware of the influence of one's own cultural and of one's own cultural. This awareness with conscious understanding influences individuals to impose their behaviors, beliefs, and values, and its importance in communication. It is the meaningful of etic view and emic view to specific health condition under the culture value as ill, disable, facing death, or facing to another human

condition. “Because culture is focused on the total or holistic lifeways of human” that interconnectedness of the state of harmony between body, mind, and spirit with combination of traditional context integrated with knowledge. (Leininger & McFarland, 1999)

Poor functional health education is common among patients who have low educational attainment, among old patients and racial or ethnic minorities. It associated with a poor understanding of one’s condition and its management with impacts health outcomes are not clear, it is likely that ineffective information flow in the health care context plays a role. (Schillinger, Bindman, Wang, Stewart, & Piette, 2004). This barrier also has a significant effect on clinical performance, medical decision making, medication management, and patients’ understanding of and access to services. They may be unable to complete documents correctly and may be uncomfortable to ask for assistance. This may leave with unresolved questions or may sign a paper that would not understanding. Many patients claim that their doctor did not explain their medical situation to them in simple terms. (Safeer & Keenan, 2005)

The conceptualization of the “interpreter as manager of the cross-cultural/ cross-language mediated clinical encounter” defines the primary function of the role as the facilitation of the communication process between two people who do not speak the same language to make possible the goal of the encounter. Since the goal of the clinical encounter shared meaning between what the patient presents and how the provider interprets. The facilitation of the communication process requires more than linguistic translation but it especially when the cultural concept of meaning for patient and provider are very different. The medical interpreter achieves this not only by providing appropriate linguistic translation from one language to another, but also by actively assisting. It also required overcoming communication barriers based in cultural, class, religious, and other social variations. (Avery, 2001)

These roles of medical interpreter follow by The Cross-Cultural Health Care Program (CCHCP) for communicative goals and their corresponding strategies that play in health care settings such as conduit, advocate, manager, and professional. It has been engaged in nonprofit training and consulting organization of cultural competence health care systems founded in 1992. They



mission is “to serve as a bridge between communities and health care institutions to advance access to quality health care that is culturally and linguistically appropriate” After training will get a certificate recognized Bridging the Gap (BTG) and Cultural Competency interpreter training programs. This offers training in cultural competency and medical (CCHCP) Seattle, WA 98116 interpretation, and has interpretation and translation services. Customized cross-cultural training from United State.

Conduit is transferring complete information. Reinforcing provider-patient relationship, interpreting in a first-person singular style, and using verbal and nonverbal strategies to claim an invisible role. The conduit role is sanctioned by the code of ethics. For example, in American Medical Interpreters Association, Diversity Rx, California Health Interpreters Association, and Massachusetts Medical Interpreters Association have been collaborating over the past decade to enhance the professional status of medical interpreting who give positions the interpreter largely as a conduit by transmitting messages between parties reliably and without distortion. The conduit model provides prescriptive guidelines for interpreting behaviors. It does not accurately describe actual interpreter practice. (Dysart-Gale, 2005) This model is still popular in the communication model by first, interpreter traditionally has been expected to claim an invisible role. This model allowed interpreters to deny any personal interference with their work. Second, the conduit model appears to be a straightforward way of interpretation and requires minimal train that medical interpreter send the message without judgment. Lastly, the provider and patient will have confidently assumed that the message that medical interpreter interpret is truth and still have full control over the information exchanged. This model role as everyone has a robot. (Hsieh, 2009) The problematic behaviors of other speakers, providing a framework to interpret and evaluate performances, managing optimal, exchange of information enhancing the speakers’ understanding of information, and managing the content and flow of information to be culturally appropriate and to provide optimal care. Interpersonal challenges reported by healthcare interpreters as a patient are asking interpreters to perform tasks outside their role. Interpersonal dynamics create pressures on the interpreter. (NSW Health Care Interpreter Services (NSW HCIS), 2014) Medical Interpreter is person who need specific skills such as level of fluency for linguistic skill, using positive language and adaptability for customer service skills and cultural competence skills to

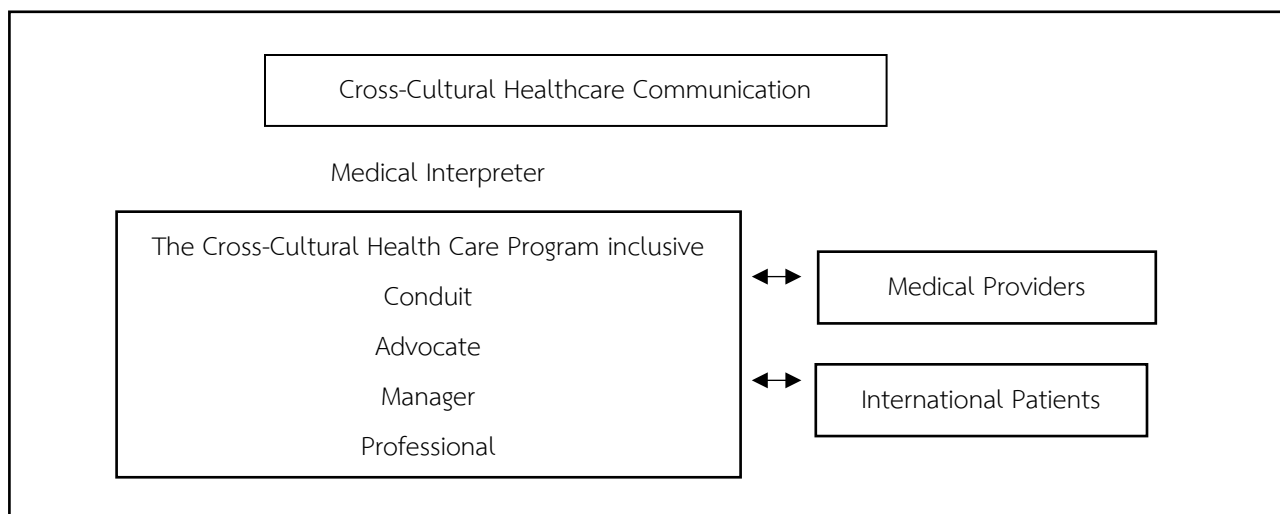
provide and support international tourists as niche market tourists who limited language proficiency. The driving factors that play a role in medical tourists in Thailand as medical interpreter supportively management must challenge. Because of the training and education implement continuous focus training programs about medical procedure performance. The highlighted increased health tourists access to healthcare services by the quality of human resources management role is an advantages strategies part of the contribution of medical tourism. (Pocock & Phua, 2011) Medical interpreter received training in the hospital so-called on-the-job training. They are teaching the skills to new interpreters by performing a specific job in the working environment that involves a combination of observing and hands-on experience under the senior medical interpreter. In Thailand had attempt to provide training for medical interpreters by university but it has not become an established regular course, however, noticeable problem in this untraining medical interpreter in cultural competency and cross-cultural training are practically non-existent in hospital. (Nishikito, 2015)

กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)

Many researchers have been exploring medical interpreters that provided translation and interpretation services to many of whom are of limited language in the hospital. Previous literature has discussed and reflexive approach to inform inclusively:

Blay, N., et al. (2018), Green, B., et al. (2017), Hsieh, E. (2006), Hsieh, E. and E. M. Kramer (2012),

The conceptual framework was developed as follows:



วิธีการดำเนินการวิจัย (Methodology)

The researcher collected all data recorded and analyzed conduct the research in a manner to attain data saturation. After finishing every participants such as 10 Medical interpreters, 5 International patients and 5 Medical providers. The researcher will read all transcripts and coding the data for dominant themes and categories. Data analysis begins with listening to participant verbal descriptions. The transcribed data were compared with tape-recorded data, again and again, to make sure the participant description and statement are unaltered. This study has been follow a descriptive research analysis. The purposive sampling has been used for sample size calculation. Private hospital in Bangkok Thailand 55 hospitals where have medical interpreters, therefore, the researcher purposively included only the participants from those hospitals.

ผลการวิจัย (Result)

Background data of medical interpreter

Result of background data of medical interpreter participants were obtained from 10 subjects: 10 females and 1 male. The first language spoken by the respondents was: 9 of respondents was Thai and 1 respondent was Chinese. For all of them education is bachelor's degree. The average age 29 years old. The work experienced of medical interpreter between 7 months – 4 years. Most of them are Thai. All of them have language certificated with language level was comprehend two languages as spoken and written as level Education, Bachelor's degree.

Background data of international patient

Result of background data of international patients were obtained from 5 subjects: 4 females and 1 male and 3 Australians, 1 New Zealand and 1 Singaporean. Most of the international patients included in this study went through the plastic surgery medical procedure as for the period of collecting data. However, there are some international patients who received another medical treatment.

Background data of medical provider

Result of background data of medical interpreter participants were obtained from 5 subjects: 4 females and 1 male and 1 Physician, 2 registered nurses and 2 nursing assistants. For all of them work with international hospital who experienced at least 3 months' work in international hospital.

Cross-cultural healthcare Experiences and Barriers

The data obtained from the individual interviewees on the awareness multicultural environment. Individual or identifiable private information used to protect anonymity and confidentiality. In analyzing the data, the data was being transcribed, translated, and identifying patterns of expressions. To create order out of the different patterns and commonalities of participant expressions. Three themes emerged from participant narratives. The barrier of cross-cultural healthcare communication emerged health education, language or linguacultural, and religion and culture. From the findings, it was discovered that some medical interpreters have experienced pressure while working about health education barriers with as medical interpreter gave information as

“In the case of male genitourinary tracts, I am not familiar with it, so I asked my colleague to help at that time by using Line or Wechat. It is about the next process for medical treatment or preparing the patient but in the worst case is change the medical interpreter. But before I leave the translation service with the patient. I need to explain the reason and understand.” (CA001)

Another experienced, who is older, for medical interpreter that are not assure about the health information as well. They will get help to process as

“I will advise my manager to help me. In my team, they always shared patient information. I will learn from another medical interpreter about vocabulary, protocol, or suggestion” (CA006)

Medical interpreter gave the information that they need standby for translation service with medical provider as follows:

“Nurse will need to communicate with patient for do treatment as injection, collect the blood or wound dressing so it also needs medical interpreter stay with nurse for help interpret.” (CD001)

The medical provider also shared the opinion to support the problematic as medical terminology that they lend a helping hand.

“I help medical interpreter by explained the medical terminology” (CD004)

The barrier of cross-cultural healthcare communication, language or linguacultural barrier that exists as the discovery by information from participants. For language barrier, some informants give information about how they help the international patient under the watch for solve the language barrier problem.

“Solving the immediate problems is undoubtedly so I will use common words, gestures or body language” (CA004)

The language which interaction in communication highlighted for communication between them. The primary of their role as the facilitation of the communication process. For the international patient’s side who shared the opinions that support the main medical interpreter function role is do the translate service and send the message between them

From the finding, many medical interpreters look to practice the nonverbal signals for international, which English is the foremost, patient who cannot speak international language well as

“I had experienced a Korean Case. He cannot speak English and I cannot speak Hangul. I use body language to communicate” (CA006)



For cross-cultural communication, the dimension of religious and culture barriers. The tension between medical interpreter, medical provider and international may occur in some cases. The power distance between unequal relationships. It found the power dynamic issue of social hierarchy between service recipient and service provider. For the information received, medical interpreter who gatekeeper for communication cannot do primary of their role and the problem solving that the brighten way from informant as their shared.

“It may be tension between Islam practitioners so I concern about tension between conversation so I may avoid this case. Because improving the appearance of part of the body is prohibited. But it is the right of patients to do their body, so I ask permission from my manager.” (CA003)

For the most concern about comfortable or uncomfortable in unstructured situations. To support team communication, interpreters are responsible for providing face-to-face interpreting with patients and relied on most frequently for taking down patient health history. The bridge position made assist patients and families during healthcare process. For less uncomfortable situations and more understanding the international patient as professional medical interpreter who effective collaboration.

“Medical interpreter will tell the patient’s background to me such as culture, or personal information that help me more understand patient. Sometimes it makes me more relax” (CD004)

Medical provider experience supported up the behavior of individual-level masculinity-femininity. It shows socialization behaviors. Individual practice was impacted by culture shaping. The power dynamic between culture and religion is more complicated. The power dynamic is brought into the relationship. This reveals that physicians have dominance and power in the healthcare system. As seen in the participant's shared experience.



“ In Arab culture must ask permission from her and family such as touch her face for injection. This culture is not allowed man to touch their body, but the doctor can do.”
(CD003)

In cultural sensitivity and awareness is working. Medical interpreter practices with respectfully and acceptances.

“ Some women Arab still strict the culture but accidentally that get male medical interpreter. In the consultation, which need open the face to doctor, male medical interpreter will interpret behind the curtain.” (CD001)

People who are away from home may encounter interaction with culturally diverse backgrounds. The barrier undermines trust issues that occurs as human error or misunderstanding. Medical interpreters cross the bridge of trust and can build an effective friendship. In international view, they shared experiences about it.

“ She was supporting me as bring the nurse to do wound dressing, follow up the appointment, or stay with me in the consultation room. When I stay alone in Thailand, I do not friend here so she like a new friend.” (CB001)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

The purposes of this study were to explore the challenge of cross- cultural healthcare communication in medical tourism: a case study of international private hospital in Bangkok Thailand. Qualitative data were collected through in-depth interview with medical interpreters, medical providers, and international patients. It was found that language or linguacultural barriers happened during communication, which are highly relevant to inadequate functional health education. The medical interpreter shows that role of communication bridge and informative guideline in healthcare approached. In part of culture barriers found the challenge of diversity cultural food consumption during stay in the hospital, additional, unequal power relationship.

A challenge is limited knowledge of medical terminology. In the healthcare system, the ability to gather an accurate medical history is a crucial clinical competence for medical interpreters. Literature review reveals that the power of language and words was co-constructed and influenced by different degrees of power. (Nimmon & Stenfors-Hayes, 2016) The result presented untrained medical interpreter in healthcare communication barriers as a language's effect on professionalization, which in the part communication environment in linguistic complexity can significantly contribute to subjectivity, verbiage, sentence structure, and knowing versus believing in the situation. (Zuczkowski, Canestrari, Riccioni, & Bongelli, 2014)

This is conducted not only by giving appropriate linguistic translation from one language to another, but also by supporting once needed for overcoming communication barriers based on cultural, class, religious, and other social differences. (Mattila, 2000) Previous research in cross-cultural studies criticized the power distance dimension, which represents power inequality and authority interactions in culture by seeking to affect hierarchy and diverse relationships. (Soares, Farhangmehr, & Shoham, 2007) It can be claimed, based on previous experience that limitations in language ability and cultural barriers increase the risk of healthcare outcomes, such as the risk of misdiagnosis and inappropriate treatment, which can be life-threatening, and decrease patient satisfaction with hospital healthcare services. (Hadziabdic & Hjelm, 2013)

The task relationship of a medical interpreter in cross-cultural healthcare communication. The findings obtained from the informants who performed as medical interpreters in private hospitals in Thailand were highlighted in this discussion. The Cross-Cultural Health Care Program (CCHCP) in health care settings was mentioned continuing to follow the medical interpreter's task relations as the responsibilities of medical interpreter. This paradigm includes communication and coordination purposes such as conduit, advocate, manager, and professional. According to the interview data, communication enhances the interaction between medical professionals, international patients, and medical interpreters in the healthcare setting.

Conduit for the data the medical interpreters manage roles as the conduit model which is a linguistic action that is sufficient in medical interpreters' practices because of providing emotional

support contradicts the conduit model. (Hsieh, 2008) From the perspective of the medical provider, emotional support provided by the medical interpreters is an essential part of their powerful connection with the international patient, which is humanitarian and professional. (Hsieh & Hong, 2010) Selective research shows that providing positive emotional support in healthcare can contribute sustainably to multiple indices of personal and relational well-being. Furthermore, this support will help patients recover more quickly from a variety of illnesses and injuries and may even prolong their life expectancy. (Burlison, 2003) Medical interpreters appear to be advocates and gatekeepers who disregard cross-cultural differences. (Hale, 2014) In advocacy implement for communication is having the intention of supporting good health outcomes but in this issue have interfere communication and must avoid taking on advocacy role because it is in part of risk to the safety, health, well-being, or human dignity of the service. (Mikkelsen, 2016)

Manage as the manager as a successful medical interpreter not only needs to function as a conduit, but also conduct another task. (Hsieh, 2006) Performing responsibilities unrelated to interpretation practices is the co-diagnostician task of a medical interpreter involved in the diagnostic and treatment process of a patient, additionally, physicians and interpreters having overlapping roles and services. (Hsieh, 2007) Literature supports this investigation as a task undertaken by various medical interpreter functions, such as clinical functions, therapeutic allies, patient empowerment, and metalinguistic negotiators. (Aranda, Gutiérrez, & Li, 2021) Professional, who that trained to interpret in a variety of health care settings, medical interpreter from the language by under interpreters' standards and code of ethics including beneficence, fidelity, and respect. (Loach, 2019) In the case of a language barrier, a family member interpreter has more advantages, such as familiarity, comfort, and accessibility, but research has found that the use of professional medical interpreters improves clinical care and enhances patient satisfaction. (Seidelman & Bachner, 2010)

Power relationship among medical interpreter, medical provider, and international patients in the multicultural healthcare by observation with participants at a private hospital where health professionals communicate with complex triangle power relations that the medical interpreter is shaped by the presence of a third party, the same as a previous study that represents as a co-

diagnostician; furthermore, the client-provider relationship is extremely complicated. (Jimenez, 2004) Physicians and patients seem to have a challenging time communicating, and a patient's perspective of a medical interpreter is not that of an invisible conduit. The doctor considers the medical interpreter as a therapeutic relationship. (Rosenberg, Leanza, & Seller, 2007) In a multicultural environment, sociodemographic factors regarding cultural background by gender are meaningful in power dynamics, according to a research study that discovered that patients tend to impede and keep up longer face- to- face interaction with patients once considering communication, and that conflicts arise when they do not experience similar healthcare perceptions. (Beisecker, 1990. Emotional intelligence, which includes knowing how to act in a manner that meets the demands of patients, is highlighted. This includes emotional communication, empathy, compassion, sensitivity, impulse control, and stress management, all of which could affect a patient's trust in a medical provider. (Cherry, Fletcher, and O'Sullivan, 2013)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย (Conclusion and Recommendation)

The finding of the study showed the barriers to effective communication result from insufficient and unsure information. The study has highlighted several researchable aspects that could be pursued further research as the relationship between medical interpreter, medical provider and international patient is considered the training program in the cross- cultural healthcare communication should be made available to medical interpreter and medical provider who have close relationship with international patient in the private hospital. The lack of a formalized and training need to be addressed on government level with input the training in policy to fulfill their cultural competency in multicultural environment for drive the medical tourism in Thailand. In addition, the frameworks were analyzed by content analysis:

The Barriers in globalization's cultural diversity are culturally different groups of individuals who prioritize their own culture. In cross-cultural healthcare communication has challenged language, cultural competence, and poor health education interfere medical interpreter and medical provider service. In the language barrier, medical terminology, and vocabulary relevant to language

proficiency are crucial to professional quality. To provide linguistically relevant health care services by accurately delivering information and maintaining confidentiality within the environment of a complex triangle of power. As conduits, medical interpreters have a greater responsibility of involvement with management, advocates, and professionals regarding emotional awareness.

In multicultural healthcare environments, intercultural competence is important. Active learning represented the cross-cultural education and awareness approach to shapes medical interpreters. The study revealed that the social hierarchy between service recipient and service provider involves a power dynamic. Values and beliefs are associated with cultural identity and an understanding of the role to act or to react. Intercultural competence empowers and inspires individuals to approach cross-cultural healthcare services with courage. To achieve the objective, the administrative section developed a strategy to provide orientation with important skills and knowledge for strengthening their competencies. Because medical provider and medical interpreter is intensively interdependent in healthcare service and awareness of human errors.

It is also recommended the further study should be conducted using a mixed-methods approach to obtain a comprehensive understanding of the topic. Since there are number of international patients coming for a treatment in the private hospitals in Thailand, the trend is growing up, therefore, it's recommended this similar study should be conducted in the hospital in other provinces. The international patients who undergone treatment, surgery, or wellness retreat in Thailand have many nationalities, it's recommended this similar study should be conducted with further language. The medical interpreter service in the private hospital should engage a trained cultural interpreter compared with training medical interpreter.

เอกสารอ้างอิง (Reference)

- Aranda, C. Á., Gutiérrez, R. L., & Li, S. (2021). Towards a collaborative structure of interpreter-mediated medical consultations: Complementing functions between healthcare interpreters and providers. *Social Science & Medicine*, 269, 113529.
- Avery, M.-P. B. (2001). *The role of the health care interpreter: An evolving dialogue*. National Council on Interpreting in Health Care.
- Beisecker, A. E. (1990). Patient power in doctor-patient communication: What do we know? *Health communication*, 2(2), 105-122.
- Blay, N., Ioannou, S., Seremetkoska, M., Morris, J., Holters, G., Thomas, V., & Bronwyn, E. (2018). Healthcare interpreter utilisation: analysis of health administrative data. *BMC health services research*, 18(1), 348.
- Burleson, B. R. (2003). The experience and effects of emotional support: What the study of cultural and gender differences can tell us about close relationships, emotion, and interpersonal communication. *Personal relationships*, 10(1), 1-23.
- Cherry, M. G., Fletcher, I., & O'Sullivan, H. (2013). The influence of medical students' and doctors' attachment style and emotional intelligence on their patient-provider communication. *Patient education and counseling*, 93(2), 177-187.
- Green, B., Oepfen, R., Smith, D. A., & Brennan, P. (2017). Challenging hierarchy in healthcare teams—ways to flatten gradients to improve teamwork and patient care. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 55(5), 449-453.
- Ginde, A. A., Sullivan, A. F., Corel, B., Caceres, J. A., & Camargo Jr, C. A. (2010). Reevaluation of the effect of mandatory interpreter legislation on use of professional interpreters for ED patients with language barriers. *Patient education and counseling*, 81(2), 204-206.
- Hadziabdic, E., & Hjelm, K. (2013). Working with interpreters: practical advice for use of an interpreter in healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 11(1), 69-76.
- Hale, S. (2014). Interpreting culture. Dealing with cross-cultural issues in court interpreting. *Perspectives*, 22(3), 321-331.
- Hsieh, H.-F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288.

- Hsieh, E. (2006). Conflicts in how interpreters manage their roles in provider–patient interactions. *Social Science & Medicine*, 62(3), 721-730.
- Hsieh, E. (2007). Interpreters as co-diagnosticians: Overlapping roles and services between providers and interpreters. *Social Science & Medicine*, 64(4), 924-937.
- Hsieh, E. (2008). “I am not a robot!” Interpreters' views of their roles in health care settings. *Qualitative Health Research*, 18(10), 1367-1383.
- Hsieh, E., & Hong, S. J. (2010). Not all are desired: Providers’ views on interpreters’ emotional support for patients. *Patient education and counseling*, 81(2), 192-197.
- Jimenez, X. (2004). The patient-interpreter-physician triangle: Issues of power, transparency, and self-regulation. *Revista Romana de Bioetica*, 2(3).
- Kafetsios, K., Anagnostopoulos, F., Lempesis, E., & Valindra, A. (2014). Doctors’ emotion regulation and patient satisfaction: A social-functional perspective. *Health communication*, 29(2), 205-214.
- Kafetsios, K., Hantzara, K., Anagnostopoulos, F., & Niakas, D. (2016). Doctors’ attachment orientations, emotion regulation strategies, and patient satisfaction: A multilevel analysis. *Health communication*, 31(6), 772-777.
- Lunt, N., Smith, R., & Exworthy, M. (2011). Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A Scoping Review, Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Nishikito, E. (2015). Medical interpreting services in the United States, Japan, and Thailand: Comparisons of the teamwork between physicians and medical interpreters. *jsn Journal*, 5(2), 70-88.
- Pattharapinyopong, W. (2019). The opportunities and challenges for Thailand in becoming the medical tourism hub of the ASEAN Region. *Journal of Management Sciences Surathani Rajabhat University*, 6(1), 1-16.
- Pocock, N. S., & Phua, K. H. (2011). Medical tourism and policy implications for health systems: a conceptual framework from a comparative study of Thailand, Singapore and Malaysia. *Globalization and Health*, 7(1), 12.

- Rerkrujipimol, J., & Assenov, I. (2008). *Medical tourism in Thailand and its marketing strategies*. Paper presented at the Retrived from [http://www.conference.phuket.psu.ac.th/PSU OPEN WEEK](http://www.conference.phuket.psu.ac.th/PSU_OPEN_WEEK).
- Rosenberg, E., Leanza, Y., & Seller, R. (2007). Doctor–patient communication in primary care with an interpreter: physician perceptions of professional and family interpreters. *Patient education and counseling*, 67(3), 286-292.
- Rumun, A. J. (2014). Influence of religious beliefs on healthcare practice. *Int J Educ Res*, 2(4), 37-48.
- Schillinger, D., Bindman, A., Wang, F., Stewart, A., & Piette, J. (2004). Functional health literacy and the quality of physician– patient communication among diabetes patients. *Patient education and counseling*, 52(3), 315-323.
- Skelton, J., Kai, J., & Loudon, R. (2001). Cross cultural communication in medicine: questions for educators. *Medical Education*, 35.
- Soares, A. M., Farhangmehr, M., & Shoham, A. (2007). Hofstede's dimensions of culture in international marketing studies. *Journal of business research*, 60(3), 277-284.
- Surugiu, M. - R. , & Surugiu, C. (2015) . International Trade, Globalization and Economic Interdependence between European Countries: Implications for Businesses and Marketing Framework. *Procedia Economics and Finance*, 32, 131-138. doi:10.1016/s2212-5671(15)01374-x
- Tanatkatrakul, C. (2017). The Second Thailand National Tourism Development Plan (2017 - 2021).
- Turner, L. (2007). ‘First world health care at third world prices’: globalization, bioethics and medical tourism. *BioSocieties*, 2(3), 303-325.
- Yang, M. X., Chan, H., Yu, I. Y., & Fock, H. (2019). Consumer motivation for reward pursuit: A culture-based and progress-based model of loyalty program effectiveness. *Journal of Global Marketing*, 32(4), 255-268.
- Zuczkowski, A., Canestrari, C., Riccioni, I., & Bongelli, R. (2014). Communicating certainty and uncertainty in medical, supportive and scientific contexts. *Communicating Certainty and Uncertainty in Medical, Supportive and Scientific Contexts*, 1-420.

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

จิรนนท์ ชูช่วย¹

ธัญมา หลายพัฒน์²

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory active research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 80 ราย และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 116 ราย วิธีดำเนินการวิจัยมี 3 ขั้นตอนคือ 1) วิเคราะห์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน 2) พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย 3) ประเมินผลการปฏิบัติตามระบบการดูแลผู้ป่วย ซึ่งพัฒนาดังแต่ระยะ ก่อนเข้าโรงพยาบาล, ขณะอยู่ในโรงพยาบาลและหลังกลับจากโรงพยาบาล (Pre-Hospital, In-Hospital และ Post-Hospital) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แผนผังการดูแลผู้ป่วย, เอกสารประชาสัมพันธ์เรื่อง ทีมการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบ (Stroke Team Fast Track), แบบแผนการรักษา (Standing order) ของแพทย์ที่จะพิจารณาให้ผู้ป่วยได้รับยา Rt-PA, แบบรวบรวมข้อมูลคุณภาพการให้บริการผู้ป่วย, แนวทางการดูแล (Care map) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, QR Code ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง, Line กลุ่ม และแบบประเมินผล

ผลการวิจัยพบว่า มีการปฏิบัติตามแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันได้ครบทุกข้อคิดเป็นร้อยละ 100 ยกเว้นบางแผนก จึงได้มีการประชุมและปรับระบบการดูแลครั้งที่ 2 พบว่า มีการปฏิบัติตามแนวทางการพัฒนาระบบร้อยละ 100 ส่วนความพึงพอใจโดยรวมของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องต่อการปฏิบัติตามระบบการดูแลผู้ป่วย มีระดับมากที่สุด เฉลี่ย 4.13 คะแนน (S.D.= 0.60) ความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วยต่อการได้รับการดูแลตามระบบการดูแล มีระดับมากที่สุด เฉลี่ย 4.54 คะแนน (S.D.=0.53) เมื่อเปรียบเทียบก่อนการพัฒนา ระบบ มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน 17 ราย ได้รับยา Rt-PA ภายใน 60 นาที 6 ราย ร้อยละ 35.3 เวลาเฉลี่ย 74.3 นาที หลังพัฒนาระบบมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 10 ราย ได้รับยา Rt-PA ภายใน 60 นาที จำนวน 8 ราย ร้อยละ 80 เวลาเฉลี่ย 48 นาที ก่อนการพัฒนาระบบเกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่ ปอดติดเชื้อ ร้อยละ 10.54 ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 6.12 และแผลกดทับ ร้อยละ 1.36 หลังพัฒนาระบบพบว่า ปอดติดเชื้อ มีร้อยละ 1.98 ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 7.92 และแผลกดทับ ร้อยละ 0.99 แสดงว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นนั้น มีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ในการให้บริการแก่ผู้ป่วยได้ข้อเสนอแนะคือควรมีการติดตามการปฏิบัติตามระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการปฏิบัติ

คำสำคัญ ระบบการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

² อาจารย์ ภาควิชาสุขภาพ คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



Development of Care System for Stroke Patients at Prachuap Khiri Khan Hospital

Jeeranan Choochuay¹

Thanma Laipat²

This participatory action research aimed at the development of a care system for stroke patients in Prachuap Khiri Khan Hospital. A group of samples consisted of 80 stroke patients and their caregivers and 116 relevant staff. The methodology is composed of three steps including, 1) analyzing the problematic points in the care of stroke patients, 2) enhancing the care system and 3) evaluating the performance according to the system which was improved from the pre-hospital period to in-hospital and post-hospital period. The materials included a diagram of care, a coordination document entitled Stroke Team Fast Track, standing orders of physicians for considering dispensing of Rt-PA, data documentation about the quality of service, a care map of stroke patients, a QR code to access education about stroke, Line group, and evaluation forms.

The result found that system compliance of care for stroke patients was 100% in all topics, except the topics of Emergency Room and OPD. Therefore, there was a second conference for improvement of the care system of stroke patients and system compliance was 100%, average satisfaction in the practice of involved staff broke the highest record with 4.13 points (S.D. = 0.60) and average satisfaction in the service system of stroke patients and caregivers also broke the record with 4.54 points (S.D. = 0.53). When comparing before developing the system, 17 patients received Rt-PA medication within 60 minutes (6 patients, accounting for 35.3%. the average time was 74.3 minutes. After developing a system, from 10 patients received Rt-PA medication within 60 minutes, 8 patients, accounting for 80% average time was 48 minutes. Before the development of the system, complications such as Pneumonia were 10.54 %, Urinary Tract Infection was 6.12% and Bed Sore was 1.36%. And after the development of the system, Pneumonia was 1.98 %, Urinary Tract Infection was 7.92% and Bed Sore was 0.99%. The result indicated that the use and efficacy of care system improvement can be applied to managing and further developing care services for stroke patients. Recommendations should be following care system continuity to practice sustainability.

Keywords; Care System Stroke Patients

¹ Registered Nurse, Professional Level, Prachuap Khiri Khan Hospital

² Registered Nurse, Practitioner Level, Prachuap Khiri Khan Hospital

³ Lecturer, Department of Health Education, Faculty of Physical Education, Srinakharinwirot University

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง(Cerebrovascular disease, Stroke) เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบหลอดเลือดในสมอง เป็นเหตุให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติไป ก่อให้เกิดอาการทางกายที่แสดงออกให้เห็น และหากอาการแสดงคงอยู่เกิน 24 ชั่วโมง อาจทำให้เสียชีวิตได้ โดยมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดที่ทำให้เกิด infarction หรือ hemorrhage (WHO, 1973) ซึ่งประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 3 ประเภทใหญ่ๆ (ดิษนัย ทศนพูนชัย, 2562) ประเภทแรกคือ Ischemic Stroke เป็น “ภาวะหลอดเลือดสมองตีบตัน” หรือ “ภาวะสมองขาดเลือด” พบได้ประมาณ 80% ของโรคหลอดเลือดสมอง มีสาเหตุมาจากการเสื่อมสภาพของหลอดเลือดจากการสะสมของคราบไขมัน หินปูน ที่ผนังหลอดเลือดชั้นในจนหนาแน่น แข็งขาดความยืดหยุ่น ทำให้รูของหลอดเลือดค่อยๆตีบแคบลง ส่งผลให้ประสิทธิภาพของการลำเลียงเลือดลดลง หรืออาจเกิดจากลิ่มเลือดจากหัวใจ หรือการปริแตกของผนังหลอดเลือดหลุดมาอุดตันหลอดเลือดในสมอง ประเภทที่สองคือ Hemorrhagic Stroke เป็น “ภาวะหลอดเลือดสมองแตก” หรือ “ภาวะเลือดออกในสมอง” ส่งผลให้เซลล์สมองได้รับบาดเจ็บจากการมีเลือดคั่งในเนื้อสมองทำให้เนื้อสมองตายมักพบในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ทำให้หลอดเลือดมีความเปราะและโป่งพอง และสาเหตุอื่นๆ ที่พบได้ เช่น ภาวะโป่งพองของหลอดเลือดสมอง ผู้ที่มีการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เช่น โรคเลือด โรคตับ การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด การได้รับสารพิษ การใช้สารเสพติด เป็นต้น และประเภทที่สามคือ Transient ischemic attack (TIA) เป็น “ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว” มีอาการคล้ายโรคสมองขาดเลือด แต่มีอาการชั่วคราวมักเป็นไม่เกิน 1 ชั่วโมง ประมาณ 15% ของผู้ป่วยที่มีอาการสมองขาดเลือดชั่วคราว จะมีภาวะโรคหลอดเลือดสมองตามมาจึงถือเป็นภาวะเร่งด่วนที่ต้องรับมาโรงพยาบาล เพราะมีโอกาสเสี่ยงที่จะทำให้เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาตได้

จากข้อมูลสถานการณ์ในปี 2555 พบว่า โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเป็นโรคที่ทำให้คนทั่วโลกเสียชีวิตมากกว่า โรคเอดส์ วัณโรคและมาลาเรียรวมกัน (นิตยา พันธุเวทย์ และ ลินดา จำปาแก้ว, 2558) นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ยังระบุว่า โลกนี้มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 15 ล้านคนต่อปี โดยเฉลี่ยทุกๆ 6 วินาที จะมีคนตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน ทั้งนี้ ในปี พ.ศ.2563 คาดว่าจะมีผู้ป่วยโรคดังกล่าวเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2560)

สำหรับประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในปัจจุบัน ก่อให้เกิดผลกระทบกับตัวผู้ป่วยและครอบครัวอีกทั้งในระดับสังคมและประเทศชาติด้วย ในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลันมารักษาในโรงพยาบาลเป็นจำนวนมาก หากได้รับการรักษาไม่ทันท่วงทีอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือหากรอดชีวิต ส่วนใหญ่มักมีความพิการหลงเหลืออยู่ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงต้องพึ่งพาบุคคลอื่นมากขึ้น ผลกระทบที่เกิดขึ้นไม่เพียงแต่เกิดกับตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังเกิดกับผู้ดูแลด้วย

โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ได้จัดตั้งหน่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ณ หอผู้ป่วย

อายุรกรรมชาย ขึ้นตั้งแต่ เดือน ต.ค. 2560 เป็นต้นมา จากการปฏิบัติงาน พบว่า ในปีงบประมาณ 2561 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาด่วนในหน่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 230 ราย ผู้ป่วยที่มีอาการและมาได้รับการรักษาภายใน 4.5 ชั่วโมง (การเข้าถึงบริการ) จำนวน 11 ราย อัตราการเข้าถึงบริการ คิดเป็นร้อยละ 38.5 อัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Rt-PA) ภายใน 60 นาที จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 46 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันมีภาวะแทรกซ้อนเรื่อง ภาวะปอดติดเชื้อจำนวน 48 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.9 ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.1 และแผลกดทับ จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.7 และในไตรมาสแรกของปีงบประมาณ 2562 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาด่วนในหน่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 83 ราย ผู้ป่วยที่มีอาการและมาได้รับการรักษาภายใน 4.5 ชั่วโมง (การเข้าถึงบริการ) จำนวน 7 ราย อัตราการเข้าถึงบริการคิดเป็นร้อยละ 47.0 ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Rt-PA) ภายใน 60 นาที จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 15 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันมีภาวะแทรกซ้อนเรื่องภาวะปอดติดเชื้อ จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.1 ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.0 และไม่พบอัตราการเกิดแผลกดทับ จะเห็นได้ว่าอัตราการเข้าถึงบริการมีแนวโน้มดีขึ้นแต่อัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Rt-PA) ภายใน 60 นาที ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มลดลง แสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันตามระบบเดิมขาดการทบทวนและพัฒนาเพื่อให้เข้ากับสถานการณ์ปัจจุบัน ตั้งแต่แรกเริ่ม จนกระทั่งจำหน่าย ทั้งในเรื่องการให้ข้อมูลความรู้กับประชาชนทั้งในชุมชนและในโรงพยาบาลที่ยังไม่ครอบคลุม การให้การรักษารวดเร็ว (Activated Stroke fast Track) ภายในเวลาที่กำหนด การประสานสหสาขาวิชาชีพ พบว่ามีผู้ป่วยบางรายยังได้รับการประสานสหวิชาชีพไม่ครบ กระบวนการเช่น การส่งผู้ป่วยทำกายภาพ การส่งผู้ป่วยเข้าคลินิกอดบุหรี่ การนัดพบแพทย์ เวชศาสตร์ฟื้นฟู และการติดตามเยี่ยมบ้าน

จากข้อมูลข้างต้นดังกล่าว ผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ได้มีการทบทวนปัญหาเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่เกิดขึ้น จึงมีความสนใจที่จะพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อลดปัญหาในระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ซึ่งจะช่วยชีวิตผู้ป่วยได้มากขึ้น และทำให้ระบบการดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันของโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory active research) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ในช่วงเดือน มกราคม – พฤษภาคม พ.ศ. 2562 และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

นิยามศัพท์เฉพาะ

ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน หมายถึง แนวทางในการปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันตั้งแต่แรกเริ่ม จนกระทั่งจำหน่าย ที่หน่วยโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke Unit)กำหนดเพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันได้รับการรักษาตามมาตรฐานอย่างครบถ้วน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน หมายถึง ผู้ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ทั้งเพศชายและเพศหญิง และเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง หมายถึง บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ได้แก่ แพทย์ พยาบาลแผนกห้องฉุกเฉิน หอผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยอายุรกรรม และ แผนกผู้ป่วยนอก เจ้าหน้าที่เวรเปล เจ้าหน้าที่ห้องชันสูตร(Lab) เจ้าหน้าที่ห้องเอกซเรย์ เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ และ นักกายภาพบำบัด ที่มีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแนวทางของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่มีสายสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย และทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก โดยใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับสมาชิกคนอื่นในครอบครัวและสามารถใช้เทคโนโลยีในการติดต่อสื่อสารและใช้โทรศัพท์มือถือที่มีสัญลักษณ์ QR Code อยู่ภายในตัวเครื่อง

QR Code (Quick Response) หมายถึง การใช้ QR Code (Quick Response) หมายถึง บาร์โค้ด 2 มิติ โดยสามารถใช้งาน QR Code ผ่านโทรศัพท์มือถือที่มีสัญลักษณ์ QR Code อยู่ภายในตัวเครื่องโดยนำกล้องที่อยู่บนมือถือ Scan บน QR Code รอสักครู่แล้วเครื่องจะอ่าน QR Code สีดำออกมาเป็นตัวหนังสือที่มีข้อมูลของโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วยความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสาเหตุความเสี่ยง อาการของโรค อันตราย ความพิการ ตลอดจนการรักษา การให้การดูแล การฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งด้านอาหารสำหรับการป้องกันและบำบัดโรคหลอดเลือดสมอง และการใช้กลุ่มไลน์ในการติดต่อให้ข้อมูลกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องต่อการปฏิบัติตามระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน หมายถึง ความรู้สึกหรือทัศนคติของบุคคลในทางบวก ทางเป็นกลางหรือทางลบต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน

ความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันต่อการได้รับการดูแลตามระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน หมายถึง ความรู้สึกหรือทัศนคติของบุคคลในทางบวก ทางเป็นกลางหรือทางลบต่อระบบการได้รับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน

แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้ขั้นตอนกระบวนการพยาบาลของเบ็ตตี้ นิวแมน (Betty Neuman's nursing process steps) (Ahmadi & Sadeghi, 2017) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎีเชิงระบบของนิวแมน โดยขั้นตอนมีดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เป็นการวินิจฉัยทางการแพทย์ ประกอบด้วย

1.1 ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและทำการประเมินผลข้อมูล ด้วยการบ่งชี้ จัดลำดับ และประเมินความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ ตลอดจนบ่งชี้ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดและพื้นที่ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและภายในบุคคล

1.2 ตรวจสอบการรับรู้และระบุปัญหาที่เกิดขึ้น เป็นการบ่งชี้ และแยกความแตกต่างของการรับรู้ระหว่างผู้ป่วย และผู้ให้การดูแล รวมถึงการพยายามแก้ปัญหาการรับรู้ที่แตกต่าง

1.3 กำหนดข้อวินิจฉัยทางการแพทย์

ขั้นตอนที่ 2 เป็นเป้าหมายทางการแพทย์ ประกอบด้วย

2.1 การกำหนดเป้าหมายทางการแพทย์ในระยะสั้นและระยะยาว เป็นการคาดหวังผลลัพธ์และการตอบสนองพฤติกรรมที่พึงปรารถนาด้วยการจัดการกับปัญหา (มีการตัดสินใจร่วมระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้การดูแล)

2.2 วางแผนกิจกรรมทางการแพทย์ในการแก้ไขปัญหา เป็นการวางแผนกิจกรรมทางการแพทย์, ปฏิบัติเฉพาะสำหรับผู้ป่วย, ผู้ให้การดูแลหรือผู้อื่นสะท้อนผลลัพธ์ที่คาดหวัง

ขั้นตอนที่ 3 เป็นผลลัพธ์ทางการแพทย์ แบ่งเป็น

3.1 ผลลัพธ์จากกิจกรรมทางการแพทย์

3.2 การประเมินผล และการปรับเป้าหมายใหม่ เป็นการวิเคราะห์การตอบสนองของผู้ป่วยและการกำหนดความสำเร็จของผลลัพธ์ที่คาดหวัง ซึ่งถ้าไม่สำเร็จ ให้ระบุสาเหตุที่ทำให้ไม่สำเร็จ และกำหนดเป้าหมายใหม่ ถ้าต้องการ

วิธีดำเนินการวิจัย

1. การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยไม่ใช้ความน่าจะเป็น (Non – Probability Sampling) ด้วยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive selection) ตามคุณสมบัติดังนี้

1.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ตั้งแต่ เดือนมกราคม ถึง พฤษภาคม 2562 และญาติ หรือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ที่สามารถอ่านออกเขียนได้และสามารถใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ทุกคนได้ ทั้งหมด 80 คน หลังมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน

1.2 เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาลแผนกห้องฉุกเฉิน หอผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยอายุรกรรม และ แผนกผู้ป่วยนอก เจ้าหน้าที่เวรเปล เจ้าหน้าที่ห้องชันสูตร (Lab) เจ้าหน้าที่ห้องเอกซเรย์ เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ และ นักกายภาพบำบัด และเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ จำนวน 116 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย มีดังนี้

2.1 แผนผังการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน



2.2 เอกสารประสานเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ เรื่อง Stroke Team Fast Track

2.3 แบบแผนการรักษา (Standing order) สำหรับแพทย์ ที่จะพิจารณาให้ผู้ป่วยได้รับยา Rt-PA

2.4 แบบรวบรวมข้อมูลคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน

2.5 แนวทางการดูแล (Care map) สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน

2.6 QR Code ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน และ Line กลุ่ม

2.7 แบบประเมินการปฏิบัติตามระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน

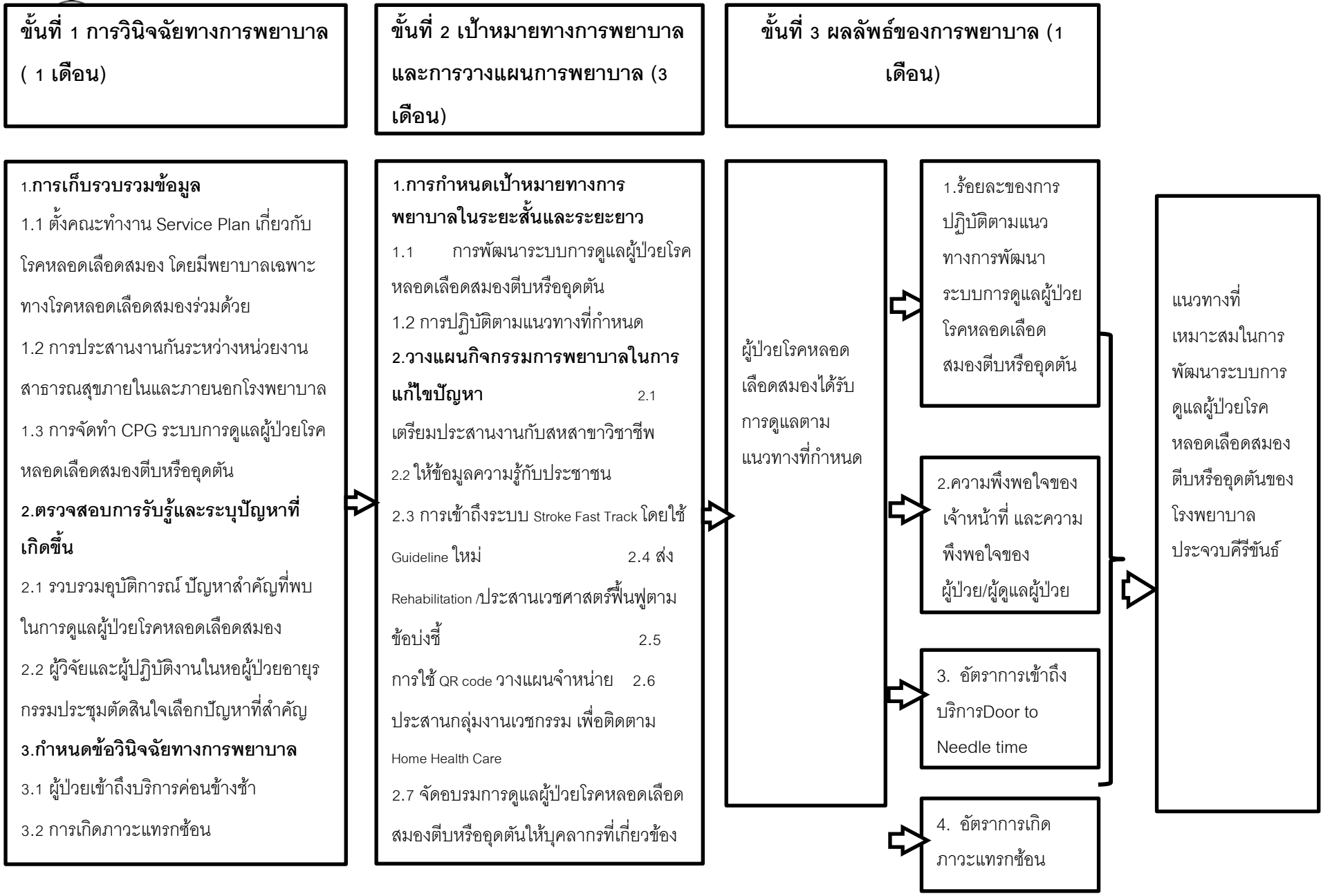
2.8 แบบประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องต่อการปฏิบัติตามระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน

2.9 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันต่อการได้รับการดูแลตามระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน

ในส่วนของแบบประเมินได้มีการตรวจหาดัชนีค่าความสอดคล้องของเนื้อหากับวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index : IOC) ของข้อคำถามในแบบสอบถาม โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.7-0.9 ซึ่งมีความสอดคล้องและสามารถนำไปใช้ได้

3. ขั้นตอนการดำเนินการในกระบวนการพัฒนาระบบ ระยะเวลา 5 เดือน

ในกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ผู้วิจัยมีขั้นตอนการดำเนินงานตามกระบวนการพยาบาล โดยประยุกต์จากขั้นตอนกระบวนการพยาบาลของเบ็ตตี้ นิวแมน (Betty Neuman's nursing process steps) (Ahmadi & Sadeghi, 2017) แสดงในภาพที่ 1 ดังนี้



ภาพที่ 1 การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน

จากแผนภาพที่ 1 ในการดำเนินงาน คณะผู้วิจัยได้มีการประชุม 2 ครั้ง ในแต่ละครั้งจะมี 4 ขั้นตอนการทำงานคือ ขั้นวางแผน ขั้นปฏิบัติ ขั้นสังเกต และขั้นสะท้อนผล โดยในครั้งที่ 1 จะเป็นการรวบรวมข้อมูลประสานงานกับหน่วยงานต่างๆทั้งใน-นอกโรงพยาบาล มีการลงพื้นที่ เช่น การเยี่ยมบ้าน และพัฒนาระบบต่างๆในโรงพยาบาลเพื่อปรับปรุงการให้บริการ เช่น การใช้ QR-code, การปรับปรุงคู่มือ (guideline) เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย และมีการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามครั้งที่ 1 เพื่อศึกษาผลการปฏิบัติตามระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ส่วนครั้งที่ 2 จะเป็นการปรับระบบ โดยการนำผลจากการทำงานในครั้งแรกมาปรับปรุงและหาแนวทางแก้ไข จากนั้นจะทำการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามครั้งที่ 2 เพื่อศึกษาผลการปฏิบัติตามระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ปรับแล้ว เพื่อเปรียบเทียบกับครั้งก่อนหน้าว่า มีการปฏิบัติตามระบบการดูแลเพิ่มขึ้นหรือไม่ และระบบที่ปรับนี้ได้ผลเพียงใด พร้อมกับประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่และญาติผู้ป่วย เพื่อทดสอบว่ามีความพึงพอใจกับระบบที่ได้พัฒนานี้หรือไม่ เพื่อนำไปสรุปว่าแนวทางการพัฒนาระบบนี้มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อไปหรือไม่

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 47 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.8 รองลงมาคือเพศหญิง จำนวน 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 51– 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.3 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 61 – 70 ปี คิดเป็นร้อยละ 25 ช่วงอายุ 71 – 80 ปี คิดเป็นร้อยละ 15 ช่วงอายุ 41 – 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 13.8 ช่วงอายุ 81 – 90 ปี คิดเป็นร้อยละ 12.5 และช่วงอายุ 31– 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 7.5 ตามลำดับ

ขั้นตอนการปฏิบัติตามระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันครั้งที่ 1 พบว่า มีการปฏิบัติตามแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 85.7 สามารถปฏิบัติได้ครบทุกข้อคิดเป็นร้อยละ 100 ยกเว้น ในหัวข้อแผนกห้องฉุกเฉินรายงาน In Chart และแพทย์ Intern ภายใน 2 นาที จำนวน 55 ราย คิดเป็นร้อยละ 98.21 แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) ประสานงาน ห้องฉุกเฉิน (ER) และส่งผู้ป่วยไป ห้องฉุกเฉิน (ER) ภายใน ≥ 15 นาทีจำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.79 การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูล ผู้ป่วย Stroke ครบถ้วน ประเมิน MRS, Barthel Index จำนวน 55 ราย คิดเป็นร้อยละ 98.21และ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการออกภายใน 30 นาที จำนวน 54 รายคิดเป็นร้อยละ 97.50 จึงได้มีการประชุมและปรับระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันครั้งที่ 2 พบว่ามีการปฏิบัติตามแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันคิดเป็นร้อยละ 100

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตามการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน



อายุ	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน				
1. คัดกรองผู้ป่วยสงสัยโรค Stroke ได้ทันทีทันใด	56	100	24	100
2. แผนก ER รายงาน In Chart และ แพทย์ Intern ภายใน 2 นาที และแผนก OPD ประสาน ER และส่งผู้ป่วยไป ER ภายใน ≤15 นาที	55	98.21	24	100
3. แพทย์ Intern ประเมิน NIHSS Score ภายใน 10 นาที	56	100	24	100
4. โทรแจ้ง Operator ประสาน Stroke team หลัง Activated ≤10 นาที	4	100	2	100
5. พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล ดังนี้	56	100	24	100
V/S , N/S	56	100	24	100
ตรวจคลื่นหัวใจ(EKG 12 leads) (ระบุเวลาที่ทำ)	56	100	24	100
เจาะเลือด(CBC, BUN ,Cr ,Electrolyte ,Coagulation	56	100	24	100
,Blood Clot	54	97.50	24	100
เจาะ DTX (ระบุเวลาที่เจาะ)	28	100	11	100
ผล Platelet , Coagulation ออกภายใน 30 นาที	56	100	24	100
6. ผู้ป่วยที่สงสัย Stroke ได้รับการ ชั่งน้ำหนักทันทีทันใด	56	100	24	100
7. เจ้าหน้าที่เวรเปลที่ได้รับแจ้ง มารับผู้ป่วยภายใน 5 นาที	56	100	24	100
8. ส่งผู้ป่วยทำ CT Brain NC ภายใน ≤ 20 นาที (ระบุเวลาที่ส่ง)	4	100	2	100
9. แพทย์ Intern รายงาน แพทย์อายุรกรรมทันที หลังผู้ป่วยทำ CT	4	100	2	100
10. แพทย์ Internแจ้งแนวทางการให้ rT-PA แก่ญาติหรือผู้ป่วยเซ็นยินยอม	4	100	2	100
11. พยาบาลมา ให้ยาละลายลิ่มเลือด rT-PA ภายใน ≤ 10 นาที	56	100	24	100
12. ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด rT-PA ภายในเวลา ≤ 60 นาที				
13. แพทย์ใช้ Standing Order รูปแบบใหม่	55	98.21	24	100
14. ลงข้อมูล ใน Registry Stroke ครบถ้วน	55	98.21	24	100
แผนกผู้ป่วยหนักและ Stroke Unit				
16. บันทึกข้อมูล ในแบบบันทึกข้อมูล ผู้ป่วย Stroke ครบถ้วน	56	100	24	100
17. ประเมิน MRS , Brathel Index				
18. เจาะ FBS , Lipid profile				
19. ส่ง Rehabilitation				

20. ส่ง Home Health Care (BI $\leq$ 75, MSR $\geq$ 4)	15	100	11	100
21. แนะนำการใช้ QR code และเข้าร่วมกลุ่ม Line Stroke	55	100	24	100
22. ประเมินNIHSS,N/S ได้ถูกต้อง ต่อเนื่องตาม care map	56	100	24	100
23. ให้คำแนะนำป้องกันการกลับเป็นซ้ำครบถ้วน	56	100	24	100
24. ประเมินการกลืนก่อนเริ่ม oral intake และจัดการให้อาหาร อย่างเหมาะสม	56	100	24	100
25. มีการดูแลเพื่อป้องกันpneumonia (มีแนวทาง)	56	100	24	100
26. มีการดูแลเพื่อป้องกัน UTI (มีแนวทาง)	56	100	24	100
27. มีการดูแลป้องกันแผลกดทับ (มีแนวทาง)	56	100	24	100
28. ผู้ป่วยมีไข้ T> 38 องศาได้รับการจัดการลดไข้และหาสาเหตุ				
		85.7		100

ผลการวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องต่อการปฏิบัติตามระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน และความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันต่อการได้รับการดูแลตามระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน

ความพึงพอใจโดยรวมของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องต่อการปฏิบัติตามระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน อยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยรวม 4.13 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ 0.60 ซึ่งคนส่วนใหญ่พึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันมีความปลอดภัยต่อเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องมากที่สุดเฉลี่ย 4.25 คะแนน รองลงมาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันจะเกิดประโยชน์ที่ดีต่อผู้ป่วยเฉลี่ย 4.23 คะแนน ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันมีความปลอดภัยต่อผู้ป่วยเฉลี่ย 4.22 คะแนน ระบบสามารถนำมาปฏิบัติได้จริงเฉลี่ย 4.21คะแนน พึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน 4.13 คะแนน และการประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเฉลี่ย 4.12 คะแนนตามลำดับ ระดับความพึงพอใจมากต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันปฏิบัติตามได้ง่าย ไม่ยุ่งยากเฉลี่ย 4.02 คะแนน ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันมีความสะดวก รวดเร็วเฉลี่ย4.00 คะแนน และความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน เฉลี่ย 3.99 คะแนน

ความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันต่อการได้รับการดูแลตามระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน อยู่ในระดับมากที่สุดเฉลี่ย 4.54 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.53 ส่วนใหญ่พึงพอใจมากที่สุดในเรื่องได้รับการต้อนรับอย่างสุภาพ เป็นมิตร เฉลี่ย 4.73 คะแนน รองลงมาเรื่องได้รับการให้บริการที่รวดเร็ว เฉลี่ย 4.65 คะแนน เรื่องการได้รับข้อมูล เกี่ยวกับโรคและการ

ดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉลี่ย 4.63 คะแนน ระดับความพึงพอใจต่อความปลอดภัยจากการได้รับการเฉลี่ย 4.62 คะแนน ระดับความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลโดยรวม เฉลี่ย 4.59 คะแนน ระดับความพึงพอใจต่อการให้คำแนะนำผ่านกลุ่มไลน์ เฉลี่ย 4.41 คะแนน ระดับความพึงพอใจต่อการได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านเฉลี่ย 4.39 คะแนน และ ระดับความพึงพอใจต่อการใช้อุปกรณ์ตาม QR Code เฉลี่ย 4.30 คะแนน ตามลำดับ

อภิปรายผลการวิจัย

ในการดำเนินการครั้งนี้ จากผลการประเมินพบว่า มีการปฏิบัติตามแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันได้ครบทุกข้อคิดเป็นร้อยละ 100 ยกเว้นบางแผนก จึงได้มีการประชุมและปรับระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันครั้งที่ 2 พบว่า มีการปฏิบัติตามแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันคิดเป็นร้อยละ 100 ระดับความพึงพอใจโดยรวมของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องต่อการปฏิบัติตามระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน อยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยรวม 4.13 คะแนน (S.D.= 0.60) ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันต่อการได้รับการดูแลตามระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน อยู่ในระดับมากที่สุดเฉลี่ย 4.54 คะแนน (S.D.=0.53) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อมรรรัตน์ กุลทิพรธน์, วัชรภรณ์ ไชยทอง และจิระกานต์ สุขเมือง (2560) ที่พบว่าหลังจากการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจรที่พัฒนาแล้ว พยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย และผลการศึกษาของ สายนาท พลไชโย (2559) พบว่า ภายหลังจากการเกิดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีมาตรฐานการดูแลแล้ว ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับกับผลการศึกษาของ ประหยัด พิงทิม (2557) พบว่า การพัฒนาและประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบบริการเร่งด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก และผลการศึกษาของ ลินดา สันตวาจา และศรัณญา บุญโญ (2558) ที่พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ดูแลมีความพึงพอใจในบริการในระดับมาก

เมื่อเปรียบเทียบก่อนการพัฒนา ระบบ มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน 17 ราย ได้รับยา Rt-PA ภายใน 60 นาที (Door to Needle time) 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.3 เวลาเฉลี่ยอยู่ที่ 74.3 นาที หลังพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน 10 ราย ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Rt-PA) ภายใน 60 นาที (Door to Needle time) 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 80 เวลาเฉลี่ยอยู่ที่ 48 นาที ก่อนการพัฒนา ระบบเกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่ ปอดติดเชื้อ คิดเป็นร้อยละ 10.54 ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะคิดเป็นร้อยละ 6.12 และแผลกดทับคิดเป็นร้อยละ 1.36 หลังพัฒนาระบบ พบว่า มีภาวะแทรกซ้อนได้แก่ ปอดติดเชื้อ คิดเป็นร้อยละ 1.98 ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะคิดเป็นร้อยละ 7.92 และแผลกดทับคิดเป็นร้อยละ 0.99 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของจินตนา คำภักดี และคณะ (2560) ที่พบว่า หลังพัฒนาระบบแล้ว ผู้ป่วยได้รับการบริการที่

รวดเร็วขึ้น ได้รับยาละลายลิ่มเลือดที่รวดเร็วขึ้น และผลการศึกษาของ อมรรัตน์ กุลทิพรธน์, วัชรภรณ์ โต๊ะทอง และจิระกานต์ สุขเมือง (2560) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย เกิดภาวะแทรกซ้อน ติดเชื้อปอดอักเสบและติดเชื้อทางเดินปัสสาวะน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายแตกต่างกัน รวมถึงผลการศึกษาของสายนาท พลไชโย (2559) พบว่า ภายหลังการเกิดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีมาตรฐานการดูแลแล้ว ภาวะแทรกซ้อนก่อนจำหน่ายลดลง และผลการศึกษาของ วรรณรา ไหลวารินทร์ (2559) ที่พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและภายหลังจำหน่าย แสดงให้เห็นว่าแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตึบหรืออุดตันที่เกิดขึ้นนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

ข้อเสนอแนะ

1. การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมของบุคลากรหลายฝ่ายประกอบกัน ได้แก่ แพทย์พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกายอุปกรณ์เสริม ตลอดจนโภชนากร ร่วมทีมกันให้การดูแลรักษา
2. ควรมีการนิเทศ ติดตามการปฏิบัติตามระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตึบหรืออุดตันอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการปฏิบัติ
3. สมาชิกในครอบครัวมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตึบหรืออุดตันมีข้อจำกัดด้านร่างกายในการทำกิจวัตรประจำวัน ทำให้ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นมากขึ้น อีกทั้งยังต้องทำกายภาพบำบัด การรับบทบาทใหม่ของครอบครัวจึงต้องมีการเรียนรู้ และปรับบทบาทให้เหมาะสม

บรรณานุกรม

- จินตนา คำภักดี, บดีภัทร วรฐิธอนันต์,ปรางณี เกสรสันต์, ไพรวลัย พรหมที และ ลินดา สันตวาจา. (2560). ประสิทธิภาพของ Fast Tracks Hub System ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน. *วารสารประชารักษ์เวชสาร*, 14(2), 85-95.
- ดิษนัย ทศนพูนชัย. (2562). *Strokeหรือโรคหลอดเลือดสมอง*. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: <http://www.sikarin.com/content/detail/131/stroke> หรือโรคหลอดเลือดสมอง.
- นิตยา พันธุ์เวทย์, และลินดา จำปาแก้ว. (2558). *ประเด็นสารธรรมรงค์วันอัมพาตโลก ปี พ.ศ. 2557*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- ประหยัด พึ่งทิม. (2557). การพัฒนารูปแบบบริการเร่งด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสระบุรี. *วารสารกองการพยาบาล*, 41(2), 6-25.
- ลินดา สันตวาจา และศรัณญา บุญโญ. (2558).การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี. *วารสารกองการพยาบาล*, 42(1), 91-112.
- วรรณวรา ไหลวารินทร์ และกัญญา เลี่ยนเครือ. (2559).การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา. *วารสารกองการพยาบาล*, 43(3), 92-113.
- สายนาท พลไชโย. (2559). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายใต้บริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิ. *วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม*, 6(1), 26-35.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2560). *โรคหลอดเลือดสมองเสียชีวิต 1 คน/ 6 วินาที*. (ออนไลน์).แหล่งที่มา: <https://www.thaihealth.or.th/Content/39010>.
- อมรรัตน์ กุลทิพรธน์, วัชรภรณ์ โต๊ะทอง และจิระกานต์ สุขเมือง. (2560). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจร เครือข่ายโรงพยาบาลเพชรบูรณ์. *วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11*, 31(4), 619-629.
- Ahmadi, Z. and Sadeghi, T. (2017). Application of the Betty Neuman systems model in the nursing care of patients/clients with multiple sclerosis. *Mult Scler J Exp Transl Clin*. Jul-Sep; 3(3).
- World Health Organization Meeting on Community Control of Stroke and Hypertension. (1973). *Control of stroke in the community : methodological considerations and protocol of WHO register*. CVD/s/73.6 Geneva: WHO 1973.



คณะผู้จัดทำ

ที่ปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ

- | | |
|---|---|
| 1. ศาสตราจารย์ ดร. คณิต ญ นคร | ข้าราชการบำนาญ นักวิชาการอิสระ |
| 2. ศาสตราจารย์ ดร. ม.ร.ว. ชัยยุทธ สวัสดิวัตน์ | คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. ศาสตราจารย์ นพ. วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ | ศูนย์กฎหมายและจริยศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 4. ศาสตราจารย์ นพ. อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม | ผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ |
| 5. ศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์ | ข้าราชการบำนาญ นักวิชาการอิสระ |
| 6. ศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ สินลารัตน์ | มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต |
| 7. ศาสตราจารย์ ดร. นงลักษณ์ วิรัชชัย | คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 8. ศาสตราจารย์ ดร. สันทัด เสริมศรี | คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 9. ศาสตราจารย์ ดร. บุญเลิศ เลี้ยวประไพ | ข้าราชการบำนาญ นักวิชาการอิสระ |
| 10. ศาสตราจารย์ ดร. รัชมิตรา หุ่นสวัสดิ์ | ข้าราชการบำนาญ นักวิชาการอิสระ |
| 11. รองศาสตราจารย์ ดร. ฤดี สุราฤทธิ์ | คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 12. Professor Dr. Sangsoo Chun | Soonchunhyang University ประเทศเกาหลีใต้ |

บรรณาธิการ

- | | |
|---|--|
| รองศาสตราจารย์ ดร. เชษฐ รัชดาพรธนาธิกุล | คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล |
|---|--|

บรรณาธิการรอง

- | | |
|--|--|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชูชีพ เปียดนอก | มหาวิทยาลัยปทุมธานี |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร. ศุภวัณณ์ พลายน้อย | คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. รองศาสตราจารย์ ดร. มัลลิกา มัติโก | คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 4. รองศาสตราจารย์ ดร. สุนิย์ กัลยะจิตร | คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล |



บรรณาธิการฝ่ายจัดการ

1. รองศาสตราจารย์ ดร. ปกรณ์ สิงห์สุริยา
2. นางกนกรัตน์ ธีรป

คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

กองบรรณาธิการ

1. ศาสตราจารย์ พ.ต.อ.วีระพล กุลบุตร
2. รองศาสตราจารย์ ม.ร.ว. วุฒิเลิศ เทวกุล
3. รองศาสตราจารย์ พ.ต.ท. กุเกียรติ เจริญบุญ
4. รองศาสตราจารย์ ดร. สุรชาติ หนองคาย
5. รองศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสมน พฤตภิณโณ
6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วินัย วงศ์สุวัฒน์
7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วรรณรา ชื่นวัฒนา
8. รองศาสตราจารย์ ดร. อุทัยทิพย์ เจียวิวรรณกุล
9. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พ.ต.ท. ดร. พงศ์กุลธร โรจน์วิรุฬห์
10. อาจารย์ ดร. นพดล กรรณิกา
11. อาจารย์ ดร. ภูมิ มูลศิลป์
12. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ฐนันต์ศักดิ์ บวรนนท์กุล
13. รองศาสตราจารย์ ดร. พรพนชญา ศิริวรรณบุษย์
14. Dr. Giuliano Giustarini
15. Dr. Mattia Salvini

คณะตำรวจศาสตร์ โรงเรียนนายร้อยตำรวจ
สถาบันพระปกเกล้า
สำนักงานอัยการสูงสุด
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
สถาบัน AIT
มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะตำรวจศาสตร์ โรงเรียนนายร้อยตำรวจ
สำนักวิจัยเอแบคโพล มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ
คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ
คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล



ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความ

- | | |
|---|--|
| 1. ศาสตราจารย์ ดร. คณิต ญ นคร | ข้าราชการบำนาญ นักวิชาการอิสระ |
| 2. ศาสตราจารย์ ดร. จำนงค์ อภิวัฒน์สิทธิ์ | ข้าราชการบำนาญ นักวิชาการอิสระ |
| 3. ศาสตราจารย์คลินิก นพ. อำนาจ กุศลนันท์ | แพทยสภา |
| 4. ศาสตราจารย์ ดร.บรรเจิด สิงคะเนติ | คณะนิติศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ |
| 5. ศาสตราจารย์ ดร.พิมพ์วิทย์ บุญมงคล | คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ |
| | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 6. รองศาสตราจารย์ ดร. เนาวรัตน์ พลายน้อย | คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ |
| | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 7. รองศาสตราจารย์ ดร. ลือชัย ศรีเงินยวง | คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ |
| | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 8. รองศาสตราจารย์ ดร. ศิริวรรณ ไกรสุรพงศ์ | คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ |
| | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 9. รองศาสตราจารย์ ดร. นฤนันท์ สุริยมนี | คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ |
| | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 10. รองศาสตราจารย์ ดร. ชาย โพธิ์สีดา | สถาบันวิจัยประชากรและสังคม |
| | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 11. รองศาสตราจารย์ ดร. โยธิน แสงวงศ์ | สถาบันวิจัยประชากรและสังคม |
| | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 12. รองศาสตราจารย์ ดร. โกวิท วงศ์สุรวัฒน์ | คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ |
| 13. รองศาสตราจารย์ ดร. สนธิ เตชานันท์ | ข้าราชการบำนาญ นักวิชาการอิสระ |
| 14. รองศาสตราจารย์ ดร. วัลลภ รัฐฉัตรานนท์ | คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ |
| 15. รองศาสตราจารย์ ดร. ภูมิ โชคเหมาะ | คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง |
| 16. รองศาสตราจารย์ ดร. มานพ คณะโต | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 17. รองศาสตราจารย์ ดร. ประภาพรพรณ อุ่่นอบ | คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ |
| | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 18. รองศาสตราจารย์จิราพร จักรไพบงค์ | คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ |
| | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 19. รองศาสตราจารย์พรณิภา บุรพาชีพ | ข้าราชการบำนาญ นักวิชาการอิสระ |
| 20. รองศาสตราจารย์ชูขณะ รุ่งปัจฉิม | รองอธิการบดี มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง |
| 21. รองศาสตราจารย์วุฒิชัย มูลศิลป์ | ข้าราชการบำนาญ นักวิชาการอิสระ |
| 22. รองศาสตราจารย์พินิจ ทิพย์มณี | คณะนิติศาสตร์ปรีดี พนมยงค์ |



- | | |
|--|--|
| 23. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พ.ท.นพ.เอนก ยมจินดา | มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต |
| 24. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัตนา วงศ์ศรีมีเดือน | รองอธิการบดีและคณบดีและเยาวชน
คณะวิทยาการจัดการ |
| 25. นาวาอากาศโทหญิง ดร. ภัทราภรณ์ ภัทรโยธิน | มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต |
| 26. พล.ท. ดร. วีระ วงศ์สรรค์ | วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ |
| 27. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรธิดา วิเศษศิลปานนท์ | ผู้ทรงคุณวุฒิ กองบัญชาการกองทัพไทย
คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ |
| 28. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประทีป ฉัตรสุภาวงศ์ | มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ |
| 29. ดร.เพชรมณี วิริยะสืบพงศ์ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 30. ดร.รุ่งรังษี วิบูลชัย | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ |

ฝ่ายจัดการ

- นางกนกรัตน์ ธิปไตย

ฝ่ายจัดทำรูปเล่มวารสาร

- รติ แต่มสมบัติ



คณะทำงานวารสารวิชาการสหศาสตร์
คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์

๑. คณบดี	ที่ปรึกษา
๒. รองคณบดีฝ่ายวิจัยและวิชาการ	ที่ปรึกษา
๓. รองคณบดีฝ่ายบริหารและพัฒนาระบบ	ที่ปรึกษา
๔. รองคณบดีฝ่ายนโยบายและยุทธศาสตร์	ที่ปรึกษา
๕. รองคณบดีฝ่ายกิจการนักศึกษาและพัฒนาคุณภาพ	ที่ปรึกษา
๖. รองคณบดีฝ่ายสารสนเทศและการจัดการความรู้	ที่ปรึกษา
๗. รองคณบดีฝ่ายวิเทศสัมพันธ์และสื่อสารองค์การ	ที่ปรึกษา
๘. หัวหน้าภาควิชาสังคมศาสตร์	ที่ปรึกษา
๙. หัวหน้าภาควิชามนุษยศาสตร์	ที่ปรึกษา
๑๐. หัวหน้าภาควิชาศึกษาศาสตร์	ที่ปรึกษา
๑๑. หัวหน้าภาควิชาสังคมและสุขภาพ	ที่ปรึกษา
๑๒. หัวหน้าศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุขฯ	ที่ปรึกษา
๑๓. หัวหน้าศูนย์กฎหมายการแพทย์ฯ	ที่ปรึกษา
๑๔. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เชษฐ รัชดาพรธนาธิกุล	ประธานคณะกรรมการ
๑๕. รองศาสตราจารย์ ดร.ศุภวัณย์ พลายน้อย	กรรมการ
๑๖. รองศาสตราจารย์ ดร.มัลลิกา มัติโก	กรรมการ
๑๗. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปกรณ สิงห์สุริยา	กรรมการ
๑๘. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงเทียน อยู่เถา	กรรมการ
๑๙. อาจารย์ ดร.วุฒินันท์ กันทะเตียน	กรรมการ
๒๐. นางสาวสุภาภรณ์ คำศิริ	กรรมการ
๒๑. นางสาวอุดมศรี วัฒนสีบแถว	กรรมการ
๒๒. นางกฤษณี เสนาเก่า	กรรมการ
๒๓. นายเรือง เครือมิ่งมงคล	กรรมการ
๒๔. นางกนกรัตน์ ธีป	กรรมการและเลขานุการ



ระเบียบการเสนอบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารสหศาสตร์

1. เป็นบทความทางด้านสังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์ หรือศึกษาศาสตร์ ซึ่งไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่มาก่อน
2. ความยาวไม่เกิน 12 หน้า เขียนเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยโปรแกรมไมโครซอฟเวิร์ด (Microsoft Word) บนกระดาษขนาด A4 ระยะขอบตามที่โปรแกรมกำหนดโดยปริยาย (default) ใช้ตัวอักษร TH Sarabun New ขนาด 16 pt เว้นช่วง 1 บรรทัด (single-spacing)
3. ต้องมีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ประกอบบทความแต่ละบทความมีความยาวไม่เกิน 1 หน้า และต้องมีชื่อนามสกุลผู้แต่ง พร้อมด้วยตำแหน่งวิชาการ
4. ในบทคัดย่อ ที่ชื่อนามสกุลผู้เขียนทุกคน ใช้เครื่องหมายลำดับเลข (1, 2, 3,...) ทำเชิงอรรถท้ายหน้า (footnote) เพื่อระบุตำแหน่งและหน่วยงาน
5. ในบทความ ที่ชื่อนามสกุลผู้เขียนทุกคน ใช้เครื่องหมายลำดับเลขทำเชิงอรรถท้ายเรื่อง (endnote) เพื่อระบุตำแหน่งและหน่วยงาน
6. ถ้ามีกิตติกรรมประกาศ (acknowledgment) (เช่น แหล่งทุน) ให้เขียนไว้ท้ายบทความ ก่อนที่จะขึ้นในส่วนบรรณานุกรม
7. การระบุแหล่งอ้างอิงในเนื้อเรื่อง ใช้วิธีการอ้างแทรกตามระบบ APA
8. การเขียนบรรณานุกรมใช้ระบบ APA (สามารถดาวน์โหลดตัวอย่างการเขียนบรรณานุกรมได้ใน shorturl.at/rsuPW)
9. ถ้ามีเชิงอรรถอธิบายเนื้อหาในเนื้อเรื่อง ให้ใช้ระบบเชิงอรรถท้ายเรื่อง (endnote) โดยทำเชิงอรรถด้วยเครื่องหมายลำดับเลข (1, 2, 3,...)
10. กองบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่ส่งคืนต้นฉบับพิมพ์และแผ่นบันทึกข้อมูล ต้นฉบับจะต้องผ่านการประเมินคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้งนี้กองบรรณาธิการอาจขอให้ผู้เขียนปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาและ/หรือรูปแบบบทความก่อนการตีพิมพ์
11. ส่งไฟล์ต้นฉบับ (Microsoft Word) E-mail: shmujournal@gmail.com
12. ผู้เขียนบทความจะได้รับการติดต่อกลับเพื่อการแจ้งเนื้อหาการปรับปรุงบทความ หรือ เพื่อแจ้งผลการประเมินภายในเวลา 1-2 เดือน



วารสารสหศาสตร์

ISSN 1513-8429

ปีที่ 23 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2566)

วารสารสหศาสตร์

Interdisciplinary Studies Journal

ปีที่ 23 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2566)

Vol. 23 No. 2 (July - December 2023)

ISSN 1513-8429



9 771513 842425



คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล

25/25 ถ.พุทธมณฑลสาย4 ต.ศาลายา

อ.พุทธมณฑล จ.นครปฐม 73170

โทรศัพท์: 0-2800-2840-70 ต่อ 1648

โทรสาร: 0-2441-9738

เว็บไซต์: www.sh.mahidol.ac.th