บทบาท ความต้องการ และการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการส่งเสริมสุขภาพเด็กนักเรียน: กรณีศึกษาพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา

Roles, Needs, and Participation of Stakeholders in Student Health Promotion: A Case Study from Thai-Cambodian Border Communities

Received : July 1, 2025
Revised : September 23, 2025
Accepted : October 1, 2025

ประสิทธิ์ ค้าชัยภูมิ, วท.ม. (Prasit Kachaiyaphum, M.Sc.)[1]
ธวัชชัย เติมใจ, ปร.ด. (Thawatchai Toemjai, Ph.D.)[2]
พชรมน สอนเจริญ, ปร.ด. (Pacharamon Soncharoen, Ph.D.)[3]*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาบทบาท ความต้องการ และแนวทางการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพนักเรียนชายแดนไทย-กัมพูชา

วิธีการวิจัย: การวิจัยผสมผสานวิธีแบบอธิบายเชิงลำดับ กลุ่มตัวอย่าง 50 คน จาก 5 กลุ่ม คือ บุคลากรสาธารณสุข ครู ผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน และพระสงฆ์ กลุ่มละ 10 คน เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงประเด็น และข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ตรวจสอบด้วยวิธีสามเส้า บูรณาการตามกรอบ ACTIVE

ผลการวิจัย: ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีบทบาทแตกต่างแต่เสริมกัน บุคลากรสาธารณสุขให้บริการและความรู้ ต้องการระบบเฝ้าระวังบูรณาการ (ร้อยละ 90) ครูจัดการศึกษาและดูแล ต้องการสื่อสอดคล้องวัฒนธรรม (ร้อยละ 95) ผู้ปกครองดูแลหลัก ต้องการข้อมูลเข้าถึงง่าย (ร้อยละ 90) ผู้นำชุมชนประสานงาน ต้องการกลไกชัดเจน (ร้อยละ 85) พระสงฆ์ให้คำแนะนำและสร้างความตระหนัก ต้องการบูรณาการกิจกรรมศาสนา (ร้อยละ 85) กลยุทธ์ 4 ประการ คือ (1) เครือข่ายพหุภาคีระดับตำบล (ร้อยละ 92) (2) ระบบสื่อสารผสมผสาน (ร้อยละ 88) (3) กิจกรรมตามบริบทวัฒนธรรม (ร้อยละ 85) (4) กรอบติดตามประเมินผล (ร้อยละ 90)

สรุป: การส่งเสริมสุขภาพนักเรียนชายแดนไทย-กัมพูชาต้องบูรณาการการมีส่วนร่วมหลากหลายกลุ่มผ่านกลไกสอดคล้องบริบทวัฒนธรรม การศึกษานำเสนอกรอบแนวคิดมีหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับพัฒนาโปรแกรมยั่งยืนในบริบทข้ามวัฒนธรรมคล้ายคลึงกัน

คำสำคัญ: บทบาทผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย, ความต้องการ, การส่งเสริมสุขภาพเด็ก, การมีส่วนร่วม, พื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา

[1]นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ
(Public Health Technical Officer, Chaiyaphum Provincial Health Office)
[2]อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
(Lecturer, Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani Province)
[3]อาจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
(Lecturer, Faculty of Medicine, Mahasarakham University)
**ผู้รับผิดชอบบทความ (Corresponding author)*
E-mail: Pacharamon@msu.ac.th

Abstract

Objective: To examine the roles, needs, and participation approaches of stakeholders in school health promotion programs in the Thai-Cambodian border community.

Methods: A sequential explanatory mixed-methods research design was employed with 50 participants from five stakeholder groups: healthcare personnel, teachers, parents, community leaders, and Buddhist monks (10 participants per group). Data were collected through in-depth interviews and focus group discussions. Qualitative data were analyzed using thematic content analysis, while quantitative data were analyzed using descriptive statistics. Triangulation was employed for validation, and data integration followed the ACTIVE framework.

Results: Stakeholders exhibited distinct yet complementary roles. Healthcare personnel provided services and health education, requiring integrated surveillance systems (90%). Teachers managed health education and student care, requiring culturally appropriate learning materials (95%). Parents served as primary caregivers, requiring accessible health information (90%). Community leaders coordinated and mobilized resources, requiring clear structural mechanisms (85%). Buddhist monks provided spiritual guidance and raised health awareness, requiring integration of health messages into religious activities (85%). Four participation strategies emerged: (1) multi-sectoral networks at sub-district level (92%), (2) integrated communication systems (88%), (3) culturally-responsive health activities (85%), and (4) monitoring and evaluation frameworks (90%).

Conclusion: Effective school health promotion in Thai-Cambodian border communities requires integrated stakeholder participation through culturally-appropriate mechanisms. This study presents an evidence-based framework for developing sustainable health promotion interventions in similar cross-cultural border contexts.

Keywords: stakeholder engagement, school health promotion, cross-border communities, participatory approaches, Thai-Cambodian border

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พยาธิที่ถ่ายทอดผ่านดิน (Soil-transmitted helminths: STH) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยพยาธิหลักได้แก่ *Ancylostoma duodenale*, *Necator americanus*, *Ascaris lumbricoides*, และ *Trichuris trichiura* (Silver et al., 2018) การส่งเสริมสุขภาพเด็กนักเรียนในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชาเป็นประเด็นที่มีความซับซ้อนทั้งในมิติสุขภาพ สังคม และการเมือง พื้นที่ชายแดนมีสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการติดเชื้อโรคและมีความท้าทายในการแก้ไขปัญหาเนื่องจากความซับซ้อนทางสังคมและการเมือง โดยมีประชากรข้ามแดนมากกว่า 3 ล้านคนจากกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์ และในปี 2567 ประเทศไทยมีประชากรที่ไม่ใช่สัญชาติไทยอย่างน้อย 5.3 ล้านคน เพิ่มขึ้นร้อยละ 8 จากรายงานครั้งก่อน (Wattanawong et al., 2021) เป็นที่ทราบกันดีว่าสถานการณ์สุขภาพเด็กในพื้นที่ชายแดนมีความท้าทายเป็นพิเศษ ซึ่งพบว่าอัตราการติดเชื้อพยาธิในประเทศโดยรวมอยู่ที่ร้อยละ 9.79 (Wattanawong et al., 2021) แต่ในพื้นที่ชายแดนมีแนวโน้มสูงกว่าค่าเฉลี่ย และจากการศึกษาในประเทศเพื่อนบ้านพบว่า เมียนมาร์มีอัตราการติดเชื้อพยาธิที่ถ่ายทอดผ่านดินร้อยละ 17 (Biermann et al., 2023) ลาวพบ *Ascaris lumbricoides* ความชุกร้อยละ 34.9 (Jin et al., 2021) และกัมพูชาพบอัตราการติดเชื้อพยาธิในลำไส้โดยรวมร้อยละ 26.2 (Moore et al., 2015) และพบอัตราการติดเชื้อสูงในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ เฉพาะ *Strongyloides stercoralis* (Sangwalee et al., 2022) และในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นผู้ลี้ภัยและแรงงานข้ามชาติ (Brummaier et al., 2021)

สถานการณ์ยิ่งทวีความรุนแรงขึ้นจากการระบาดของโควิด-19 ที่ส่งผลกระทบต่อทางลบต่อเด็กครอบคลุมหลายมิติ ทั้งด้านกายภาพ จิตใจ การศึกษา พัฒนาการ พฤติกรรม และสุขภาพสังคม ผลกระทบเหล่านี้มีแนวโน้มจะยังคงดำเนินต่อไปในอนาคต กุมารแพทย์และผู้เกี่ยวข้องจึงควรตระหนักและดำเนินมาตรการช่วยเหลือเด็กทั้งในปัจจุบันและอนาคต รวมทั้งต้องมีการวิจัยอย่างต่อเนื่องเพื่อระบุและประเมินความท้าทายที่ส่งผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก (Irwin et al., 2022) ส่งผลต่อการเรียนรู้และการพัฒนาศักยภาพของเด็กนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญ และการแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อนนี้จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายกลุ่ม เนื่องจากความแตกต่างทางภาษา วัฒนธรรม และระบบความเชื่อ อย่างไรก็ตามการศึกษาส่วนใหญ่มุ่งเน้นการทำงานของกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งโดยเฉพาะขาดการวิเคราะห์เชิงลึกเกี่ยวกับบทบาท ความต้องการและกลไกการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ แม้ว่าหลักฐานเชิงประจักษ์แสดงให้เห็นถึงผลกระทบเชิงบวกของการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อสุขภาพ (Helldén et al., 2023) และประเทศไทยมีประสบการณ์การใช้แนวทางการมีส่วนร่วมผ่านสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (Tangcharoensathien et al., 2024)

พื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชามีลักษณะเฉพาะทางชาติพันธุ์ ภาษา วัฒนธรรม และระบบความเชื่อที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น โดยเฉพาะในจังหวัดศรีสะเกษซึ่งเป็นพื้นที่ศึกษาที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมและมีประวัติความตึงเครียดทางการเมืองในบางช่วง โดยเฉพาะบริเวณใกล้ปราสาทเขาพระวิหาร ซึ่งส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขและการประสานงานข้ามพรมแดน แม้ว่าในปัจจุบันความสัมพันธ์จะดีขึ้น

แต่ผลกระทบด้านโครงสร้างพื้นฐานยังคงส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของประชากรในพื้นที่ เพราะฉะนั้นการศึกษานี้จึงมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพในระดับชุมชนท้องถิ่น โดยไม่เน้นประเด็นการเมืองระหว่างประเทศ แต่เน้นการทำงานร่วมกันของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน การศึกษาผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างครอบคลุมจึงเป็นความจำเป็นเร่งด่วนเพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน การพัฒนากลยุทธ์ One Health แบบบูรณาการในลุ่มน้ำโขงตอนล่างและแนวทาง Magic Glasses แสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ของการแทรกแซงแบบองค์รวมที่มีประสิทธิภาพ (Charoensuk et al., 2024; Mationg et al., 2024) ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จะสร้างองค์ความรู้ใหม่เป็นรากฐานการพัฒนานโยบายและแนวทางปฏิบัติที่มีประสิทธิผล สนับสนุนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในการสร้างสุขภาวะที่ดีสำหรับเด็กและเยาวชนในพื้นที่ชายแดน และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ชายแดนอื่นๆ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันได้

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาบทบาท ความต้องการ และการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการส่งเสริมสุขภาพเด็กนักเรียนในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา

2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

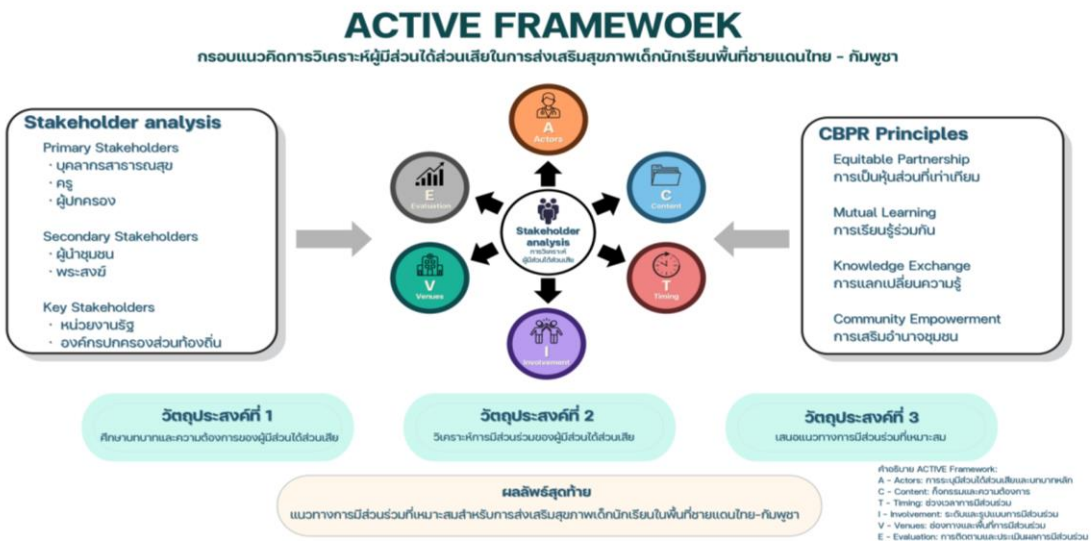
2.2.1 เพื่อศึกษาบทบาท และกิจกรรมหลักของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละกลุ่มในการส่งเสริมสุขภาพเด็กนักเรียนในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา

2.2.2 เพื่อวิเคราะห์ความต้องการและข้อจำกัดของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการส่งเสริมสุขภาพเด็กนักเรียนในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา

2.2.3 เพื่อเสนอแนวทางการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมสำหรับการส่งเสริมสุขภาพเด็กนักเรียนในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยใช้กรอบแนวคิด ACTIVE Framework ในการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วย: Actors (ผู้ที่เกี่ยวข้อง) - ใช้ตอบวัตถุประสงค์ข้อ 1 เพื่อระบุผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและบทบาท, Content (สิ่งที่เกิดขึ้น) และ Involvement (ระดับการมีส่วนร่วม) - ใช้ตอบวัตถุประสงค์ข้อ 2 เพื่อวิเคราะห์ความต้องการ, Venues (สถานที่มีส่วนร่วม), Timing (เวลาที่มีส่วนร่วม) และ Evaluation (การประเมินผล) - ใช้ตอบวัตถุประสงค์ข้อ 3 เพื่อเสนอแนวทางการมีส่วนร่วม ร่วมกับทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชนแบบ Community-Based Participatory Research (CBPR) ที่เน้นองค์ประกอบ: Partnership (การเป็นหุ้นส่วน), Co-learning (การเรียนรู้ร่วมกัน), Capacity Building (การพัฒนาศักยภาพ), และ Sustainability (ความยั่งยืน) และ Stakeholder Theory ที่ประกอบด้วย: Power (อำนาจ), Legitimacy (ความชอบธรรม), และ Urgency (ความเร่งด่วน) รายละเอียดดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

3.1 นิยามเชิงปฏิบัติการ

"การมีส่วนร่วม" หมายถึง การที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนในกระบวนการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน 2) การดำเนินการ 3) การติดตามประเมินผล และ 4) การตัดสินใจ ในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเด็กนักเรียน โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ การให้ข้อมูล การปรึกษาหารือ การมีส่วนร่วม การร่วมมือ และการเป็นหุ้นส่วนเต็มรูปแบบ

4. วิธีดำเนินการวิจัย

4.1 การออกแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) โดยใช้แนวทาง Explanatory Sequential Design ที่ดำเนินการเป็น 2 ส่วน คือ การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพก่อนตามด้วยการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อยืนยันและเสริมข้อมูล โดยข้อมูลเชิงปริมาณมีบทบาทเสริม (Supplementary) เพื่อ: 1) อธิบายแนวโน้มและความถี่ของประเด็นที่พบ 2) ยืนยันและเสริมผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ 3) นำเสนอลักษณะทั่วไปของกลุ่มเป้าหมาย ไม่ใช่เพื่อสรุปอนุมานเชิงสถิติ (Statistical Generalization) หรือทดสอบสมมติฐาน ความน่าเชื่อถือมาจาก Triangulation ระหว่างข้อมูลเชิงคุณภาพและปริมาณ โดยการวิจัยดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคม 2567 - เมษายน 2568 ในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SSKEO 2024-079

4.2 พื้นที่ดำเนินการวิจัย

การวิจัยดำเนินการในชุมชนชายแดนไทย-กัมพูชา จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งมีลักษณะเฉพาะดังนี้ คือ

4.2.1 ประชากรหลากชาติพันธุ์ ประกอบด้วย ไทย กัมพูชา ลาว และเมียนมาร์

4.2.2 โครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพที่จำกัดและอยู่ห่างไกลจากศูนย์กลางเมือง

4.2.3 พลวัตทางสังคมวัฒนธรรมที่ซับซ้อน จำเป็นต้องใช้แนวทางการวิจัยที่คำนึงถึงวัฒนธรรม

4.2.4 ประวัติความตึงเครียดทางการเมืองที่ส่งผลต่อการประสานงานข้ามพรมแดนด้านสุขภาพ

4.3 กลุ่มเป้าหมาย

4.3.1 ประชากร คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการส่งเสริมสุขภาพเด็กนักเรียนในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา จังหวัดศรีสะเกษ

4.3.2 กลุ่มเป้าหมาย ใช้หลักการของการวิจัยเชิงคุณภาพที่เน้นความอิ่มตัวของข้อมูล (Data Saturation) กลุ่มละ 10 คน รวม 50 คน

4.3.3 การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่

1) บุคลากรสาธารณสุข (n=10) มีประสบการณ์การทำงานในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 2 ปี

2) ครู (n=10) สอนในระดับประถมศึกษา และมีประสบการณ์ไม่น้อยกว่า 2 ปี

3) ผู้ปกครอง (n=10) มีบุตรหลานเรียนในระดับประถมศึกษา

4) ผู้นำชุมชน (n=10) ดำรงตำแหน่งผู้นำชุมชนไม่น้อยกว่า 2 ปี

5) พระสงฆ์ (n=10) พำนักในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 2 ปี และมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน

4.4 เกณฑ์การคัดเข้าและการคัดออก
เกณฑ์การคัดเข้าและการคัดออก

4.4.1 บุคลากรสาธารณสุข (n=10)

เกณฑ์การคัดเข้า

1) มีประสบการณ์การทำงานในพื้นที่อย่างน้อย 2 ปี

2) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริม

3) สุขภาพตำบลหรือศูนย์สุขภาพชุมชน

4) มีประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพเด็กหรือกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เกณฑ์การคัดออก

ไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาได้ครบทุกระยะ; มีอุปสรรคด้านการสื่อสารที่สำคัญ

4.4.2 ครู (n=10)

เกณฑ์การคัดเข้า

1) สอนในระดับประถมศึกษา (ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6)

2) ประสบการณ์การสอนอย่างน้อย 2 ปี

3) ปฏิบัติงานในโรงเรียนในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา

เกณฑ์การคัดออก

ครูชั่วคราวหรือครูสอนแทน; ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.4.3 ผู้ปกครอง/ผู้ดูแล (n=10)

เกณฑ์การคัดเข้า

1) มีบุตรหลานเรียนในระดับประถมศึกษาในพื้นที่ศึกษา

2) อาศัยในพื้นที่ชายแดนอย่างน้อย 2 ปี

3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก

ผู้อาศัยชั่วคราวและมีข้อจำกัดด้านการสื่อสารที่สำคัญ

4.4.4 ผู้นำชุมชน (n=10)

เกณฑ์การคัดเข้า

1) ดำรงตำแหน่งผู้นำอย่างน้อย 2 ปี (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ประธานกลุ่ม)

2) มีบทบาทที่แข็งขันในการประสานงานชุมชน; ได้รับการยอมรับจากชุมชน

เกณฑ์การคัดออก

ผู้นำที่ได้รับการแต่งตั้งเมื่อเร็วๆ นี้และการมีส่วนร่วมในชุมชนจำกัด

4.4.5 พระสงฆ์ (n=10)

เกณฑ์การคัดเข้า

1) พำนักในวัดท้องถิ่นอย่างน้อย 2 ปี

2) มีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนหรือการศึกษา

3) ได้รับความเคารพและไว้วางใจจากชุมชน

เกณฑ์การคัดออก

การพำนักชั่วคราวและการมีส่วนร่วมในชุมชนน้อยมาก

4.5 เครื่องมือการเก็บข้อมูล

4.5.1 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guide) สำหรับศึกษาบทบาท ความต้องการ และมุมมองส่วนบุคคล

4.5.2 แบบสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion Guide) สำหรับศึกษาการมีส่วนร่วมและแนวทางการทำงานร่วมกัน

4.5.3 แบบสำรวจข้อมูลพื้นฐาน

เป็นแบบสำรวจแบบปลายปิด จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย

1) ข้อมูลส่วนบุคคล (อายุ เพศ ระดับการศึกษา) 5 ข้อ

2) ข้อมูลการทำงาน (ประสบการณ์ ตำแหน่ง พื้นที่รับผิดชอบ) 5 ข้อ

3) ข้อมูลการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต 5 ข้อ

เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน จากสาขาสาธารณสุขศาสตร์ การพยาบาล และสังคมวิทยา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (CVI) = 0.89

4.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล (15-30 นาที/คน)

ระยะที่ 2 การสนทนากลุ่มแยกตามประเภทผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (5 กลุ่ม กลุ่มละ 30 นาที)

ระยะที่ 3 การสนทนากลุ่มผสม (1 กลุ่ม 60 นาที)

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณดำเนินการหลังจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเบื้องต้น โดยใช้แบบสำรวจข้อมูลพื้นฐานเพื่อเก็บข้อมูลลักษณะทั่วไปและการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย ทั้ง 50 คน ใช้เวลาเก็บข้อมูล 2 สัปดาห์ในเดือนมิถุนายน 2567

4.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

4.7.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยใช้วิธีการเปิดรหัส (Open Coding) รหัสแกน (Axial Coding) และรหัสเลือก (Selective Coding) ตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ด้วยโปรแกรม ATLAS.ti 9

4.7.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ) ด้วยโปรแกรม SPSS version 26.0

4.8 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มเป้าหมาย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างละเอียด เน้นการเข้าร่วมโดยสมัครใจ การรักษาความลับ และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บรักษาเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวม

5. ผลการวิจัยและอภิปรายผล

5.1 ผลการวิจัย

5.1.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มเป้าหมาย (n=50)

การศึกษาครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 50 คน แบ่งเป็น 5 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุข ครู ผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน และพระสงฆ์ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มเป้าหมาย (n=50)

กลุ่มเป้าหมาย	อายุเฉลี่ย (ปี)	ประสบการณ์เฉลี่ย (ปี)	ระดับการศึกษา (ร้อยละ)
บุคลากรสาธารณสุข(n=10)	38.4±8.2	12.6±6.4	ปริญญาตรี (80), ปริญญาโท (20)
ครู (n=10)	42.1±9.7	15.3±7.8	ปริญญาตรี (70), ปริญญาโท (30)
ผู้ปกครอง (n=10)	36.8±7.5	-	ประถม (40), มัธยม(45), ปริญญาตรี (15)
ผู้นำชุมชน (n=10)	45.2±8.9	8.7±4.2	ประถม (30), มัธยม (50), ปริญญาตรี (20)
พระสงฆ์ (n=10)	41.6±11.3	14.2±8.6	มัธยม (60), ปริญญาตรี (40)

จากตารางพบว่า ผู้นำชุมชนมีอายุเฉลี่ยสูงสุด (45.2 ปี) ส่วนผู้ปกครองมีอายุเฉลี่ยต่ำสุด (36.8 ปี) ในด้านประสบการณ์การทำงาน ครูมีประสบการณ์เฉลี่ยสูงสุด (15.3 ปี) และมีสัดส่วนผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาโทสูงสุด (ร้อยละ 30)

5.1.2 บทบาทของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการส่งเสริมสุขภาพเด็กนักเรียน (ตอบวัตถุประสงค์ข้อ 1)

บทบาทหลักของแต่ละกลุ่ม

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก 5 กลุ่ม แต่ละกลุ่มมีบทบาทและความต้องการที่แตกต่างกันแต่เสริมสร้างซึ่งกันและกัน รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 บทบาทหลักและกิจกรรมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการส่งเสริมสุขภาพเด็ก

กลุ่ม	บทบาทหลัก	กิจกรรมสำคัญ (ร้อยละของผู้ตอบ)	จุดแข็ง	ข้อจำกัด
บุคลากรสาธารณสุข	ผู้ให้บริการและความรู้ทางการแพทย์	- ให้บริการตรวจรักษา (100) - ให้ความรู้ป้องกันโรค (90) - เฝ้าระวังสถานการณ์โรค (85)	- ความรู้เชิงวิชาการ - เครื่องมือการตรวจ	- จำนวนบุคลากรจำกัด - เวลาในการให้คำปรึกษา
ครู	ผู้ให้การศึกษาและดูแลในโรงเรียน	- สอนสุขศึกษา (100) - สังเกตพฤติกรรมนักเรียน (95) - ประสานผู้ปกครอง (80)	- ความใกล้ชิดกับเด็ก - ทักษะการสอน	- ภาระงานสอนหนัก - ขาดความรู้เฉพาะด้าน
ผู้ปกครอง	ผู้ดูแลหลักที่บ้าน	- ดูแลสุขภาพที่บ้าน (100) - สังเกตอาการนำส่งรักษา (95) - สนับสนุนกิจกรรมโรงเรียน (60)	- ความใกล้ชิดตลอดเวลา - แรงจูงใจในการดูแล	- ความรู้ด้านสุขภาพจำกัด - ข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ

ตารางที่ 2 บทบาทหลักและกิจกรรมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการส่งเสริมสุขภาพเด็ก (ต่อ)

กลุ่ม	บทบาทหลัก	กิจกรรมสำคัญ (ร้อยละของผู้ตอบ)	จุดแข็ง	ข้อจำกัด
ผู้นำชุมชน	ผู้ประสานงานและจัดหาทรัพยากร	- ประสานหน่วยงาน (85) - ผลักดันงบประมาณ (75) - สร้างการมีส่วนร่วม (70)	- อำนาจในการตัดสินใจ - เครือข่ายความสัมพันธ์	- ข้อจำกัดงบประมาณ - การเปลี่ยนแปลงนโยบาย
พระสงฆ์	ผู้ให้คำแนะนำและสร้างจิตสำนึก	- ให้ความรู้สร้างจิตสำนึก (80) - เป็นที่ปรึกษาชุมชน (75) - จัดกิจกรรมในวัด (60)	- ความเคารพนับถือจากชุมชน - โอกาสเข้าถึงประชาชน	- ข้อจำกัดด้านเวลา - ความรู้ด้านสุขภาพ

จากตารางแสดงให้เห็นว่า แต่ละกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีบทบาทที่แตกต่างกัน แต่เสริมกัน โดยบุคลากรสาธารณสุขและครูมีบทบาทหลักในการให้บริการและการศึกษา ผู้ปกครองมีบทบาทในการดูแลต่อเนื่อง ผู้นำชุมชนมีบทบาทในการสนับสนุนทรัพยากร และพระสงฆ์มีบทบาทในการสร้างแรงจูงใจและจิตสำนึก

5.1.3 ความต้องการและข้อจำกัดของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (ตอบวัตถุประสงค์ข้อ 2)

1) ความคิดเห็นต่อปัญหาปัจจุบันและความต้องการของแต่ละกลุ่ม

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อปัญหาปัจจุบันและความต้องการในการส่งเสริมสุขภาพเด็กนักเรียน พบว่าแต่ละกลุ่มมีมุมมองและความต้องการที่สะท้อนบทบาทและข้อจำกัดเฉพาะของตนเอง ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความคิดเห็นและความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการส่งเสริมสุขภาพเด็ก

กลุ่ม	ความคิดเห็นหลักต่อปัญหาปัจจุบัน	ความต้องการเร่งด่วน (ร้อยละ)	ความต้องการระยะยาว	เงื่อนไขความสำเร็จ
บุคลากรสาธารณสุข	*"ปัญหาโรคพยาธิยังคงมีอยู่ แม้จะมีการรณรงค์ ขาดการติดตามอย่างต่อเนื่อง และโควิด-19 ทำให้การตรวจสุขภาพหยุดชะงัก"*	- ระบบเฝ้าระวังแบบบูรณาการ (90) - เครื่องมือตรวจคัดกรอง (85) - อบรมทักษะสื่อสาร (75)	- ระบบข้อมูลสุขภาพเด็กแบบดิจิทัล - เครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน	- การสนับสนุนจากผู้บริหาร - งบประมาณเพียงพอ
ครู	*"เด็กมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม บ้านไม่ให้ความสำคัญ ครูขาดความรู้เฉพาะด้าน และภาระงานสอนมาก"*	- สื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสม (95) - อบรมเทคนิคการสอน (80) - แนวทางจัดกิจกรรมปลอดภัย (85)	- หลักสูตรสุขศึกษาที่บูรณาการ - ระบบสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญ	- ความร่วมมือจากผู้ปกครอง - การลดภาระงานอื่น

ตารางที่ 3 ความคิดเห็นและความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการส่งเสริมสุขภาพเด็ก (ต่อ)

กลุ่ม	ความคิดเห็นหลักต่อปัญหาปัจจุบัน	ความต้องการเร่งด่วน (ร้อยละ)	ความต้องการระยะยาว	เงื่อนไขความสำเร็จ
ผู้ปกครอง	*"รู้ว่าสำคัญแต่ไม่รู้วิธีการที่ถูกต้อง ข้อมูลที่ได้รับซับซ้อนเกินไป และมีข้อจำกัดเรื่องเงิน"*	- ความรู้ที่เข้าใจง่าย (90) - ช่องทางสื่อสารกับโรงเรียน (75) - การสนับสนุนค่าใช้จ่าย (60)	- เครือข่ายผู้ปกครองเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ - การเข้าถึงบริการสุขภาพที่สะดวก	- เวลาและโอกาสในการเรียนรู้ - การสนับสนุนจากชุมชน
ผู้นำชุมชน	*"ปัญหาต้องแก้ไขแบบบูรณาการ ต้องมีความร่วมมือจากทุกภาคส่วน และต้องมีความยั่งยืน"*	- กลไกประสานงานที่ชัดเจน (85) - งบประมาณสนับสนุน (80) - พัฒนาศักยภาพ อสม. (70)	- แผนพัฒนาสุขภาพชุมชนระยะยาว - การสร้างชุมชนต้นแบบ	- การมีส่วนร่วมของประชาชน - นโยบายที่ต่อเนื่อง
พระสงฆ์	*"การส่งเสริมสุขภาพสอดคล้องกับหลักธรรม ชาวบ้านเชื่อฟังคำสอน แต่ต้องมีความรู้ที่ถูกต้อง"*	- บูรณาการความรู้กับหลักธรรม (85) - สื่อที่เหมาะกับบริบทวัด (70) - การสนับสนุนจากหน่วยงาน (65)	- การพัฒนาหลักสูตรธรรมะเพื่อสุขภาพ - เครือข่ายพระสงฆ์เพื่อสุขภาพ	- ความเข้าใจและยอมรับจากชุมชน - การสนับสนุนจากเจ้าอาวาส

จากตารางสามารถวิเคราะห์ความต้องการของแต่ละกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย สะท้อนบทบาท และลักษณะการทำงานที่แตกต่างกัน โดยกลุ่มผู้ให้บริการโดยตรงต้องการเครื่องมือและระบบสนับสนุนที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพ กลุ่มผู้รับผลกระทบโดยตรงต้องการความรู้ที่เข้าใจง่ายและนำไปปฏิบัติได้จริง กลุ่มผู้มีอำนาจตัดสินใจต้องการระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ และยั่งยืนขณะที่กลุ่มผู้มีอิทธิพลทางสังคมต้องการการเชื่อมโยงกิจกรรมสุขภาพกับบทบาททางศาสนา ทั้งนี้ทุกกลุ่มประสบความท้าทายร่วม 4 ประการ ได้แก่ ข้อจำกัดด้านทรัพยากร ความต้องการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ การพัฒนาศักยภาพ และความยั่งยืน ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพเด็กที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องคำนึงถึงความต้องการที่หลากหลายและสร้างกลไกที่ตอบสนองความท้าทายร่วมกัน

2) การวิเคราะห์ความต้องการตามกลุ่ม

จากตารางข้างต้น สามารถวิเคราะห์ความต้องการของแต่ละกลุ่มได้ดังนี้

- กลุ่มผู้ให้บริการโดยตรง (บุคลากรสาธารณสุขและครู) มีความต้องการเครื่องมือและระบบสนับสนุนการทำงาน โดยเน้นความทันสมัย ประสิทธิภาพ และความเหมาะสมกับบริบท กลุ่มนี้ต้องการการอบรมเพิ่มทักษะและความรู้เฉพาะด้าน เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

- กลุ่มผู้รับผลกระทบโดยตรง (ผู้ปกครอง) มีความต้องการความรู้ที่เข้าใจง่ายและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง เน้นการสื่อสารสองทางและการสนับสนุนที่เป็นรูปธรรม กลุ่มนี้ต้องการการเสริมอำนาจ (Empowerment) เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพบุตรหลานได้อย่างมั่นใจ

- กลุ่มผู้มีอำนาจตัดสินใจ (ผู้นำชุมชน) มีความต้องการระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพเน้นการประสานงาน และความยั่งยืน กลุ่มนี้มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบาย และจัดสรรทรัพยากร

- กลุ่มผู้มีอิทธิพลทางสังคม (พระสงฆ์) มีความต้องการการเชื่อมโยงกิจกรรมสุขภาพกับบทบาททางศาสนา เน้นความเหมาะสมทางวัฒนธรรม และการยอมรับของชุมชน กลุ่มนี้มีศักยภาพในการสร้างแรงจูงใจ และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

3) ความท้าทายร่วมที่พบในทุกกลุ่ม

- ข้อจำกัดด้านทรัพยากร คือ ทุกกลุ่มต้องการการสนับสนุนด้านงบประมาณ บุคลากร และเครื่องมือ

- ความต้องการประสานงาน คือ ต้องการกลไกการทำงานร่วมกันที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ

- การพัฒนาศักยภาพ คือ ต้องการการเสริมสร้างความรู้และทักษะที่เหมาะสมกับบทบาทของตน

- ความยั่งยืน คือ ต้องการให้กิจกรรมและการสนับสนุนมีความต่อเนื่องระยะยาว

5.1.4 แนวทางการมีส่วนร่วมที่เหมาะสม (ตอบวัตถุประสงค์ข้อ 3)

จากการสนทนากลุ่มผสมและการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มเป้าหมายได้เสนอแนวทางการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ชายแดน ดังนี้

1) การสร้างเครือข่ายความร่วมมือแบบพหุภาคี (ได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้ข้อมูล ร้อยละ 92)

- จัดตั้งคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพนักเรียนระดับตำบล
- มีตัวแทนจากทุกกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (กลุ่มละ 2-3 คน)
- การประชุมเป็นประจำเดือนละ 1 ครั้ง พร้อมแผนงาน 6 เดือน
- กำหนดบทบาทและความรับผิดชอบชัดเจน (Job Description)
- มีระบบการรายงานและการประเมินผล

ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า *"ต้องมีคนจากทุกฝ่ายมาร่วม ไม่ใช่แค่คุยกันแล้วจบ แต่ต้องมีแผนชัดเจน ใครทำอะไร เมื่อไหร่ต้องเสร็จ"* (ผู้นำชุมชนคนที่ 3)

2) การพัฒนาระบบสื่อสารแบบบูรณาการ (ได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้ข้อมูล ร้อยละ 88)

- ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น Line Group สำหรับการประสานงานเร่งด่วน

- Facebook Page สำหรับการเผยแพร่ความรู้สู่ชุมชน

- แอปพลิเคชันสำหรับบันทึกข้อมูลสุขภาพเด็ก (ถ้าเป็นไปได้)

- การสื่อสารแบบสองทางระหว่างโรงเรียน-บ้าน ผ่าน Notebook สุขภาพ

- ระบบฐานข้อมูลสุขภาพเด็กที่เชื่อมโยงระหว่างโรงเรียน-โรงพยาบาล

- การจัดทำจดหมายข่าวสุขภาพรายเดือน (ภาษาไทย-เขมร)

ครูคนหนึ่งแสดงความคิดเห็นว่า *"ถ้ามีระบบที่เชื่อมกันได้ จะช่วยให้เราทราบปัญหาสุขภาพเด็กได้เร็วขึ้นและแก้ไขได้ทันท่วงที"* (ครู คนที่ 5)

3) การจัดกิจกรรมร่วมที่คำนึงถึงวัฒนธรรมท้องถิ่น (ได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้ข้อมูล ร้อยละ 85)

- วันสุขภาพชุมชน (เดือนละ 1 ครั้ง) ที่โรงเรียน หรือ วัด

- การรณรงค์ป้องกันโรคในเทศกาลสำคัญ (สงกรานต์, ลอยกระทง, วันวิสาขบูชา)

- การบูรณาการกิจกรรมสุขภาพกับกิจกรรมทางศาสนา (เทศน์ธรรมเพื่อสุขภาพ)

- กิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในโรงเรียน (การแสดง การประกวด)

- การจัดนิทรรศการสุขภาพในงานประเพณีของชุมชน

- โครงการ "พ่อแม่ครูสุขภาพ" สำหรับผู้ปกครองที่เป็นแรงงานข้ามชาติ

พระสงฆ์ท่านหนึ่งกล่าวว่า *"การนำหลักธรรมะมาผสมกับความรู้ด้านสุขภาพจะทำให้ชาวบ้านเข้าใจและปฏิบัติตามได้ดีกว่าเพราะเขาเชื่อฟัง"* (พระสงฆ์ องค์ที่ 2)

4) กลไกการติดตามและประเมินผล (ได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้ข้อมูล ร้อยละ 90)

- การประเมินผลการมีส่วนร่วมเป็นรายไตรมาส

- ใช้ตัวชี้วัดที่ชัดเจน เช่น จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม ระดับความพึงพอใจ

- การสำรวจสุขภาพเด็กประจำปี เพื่อประเมินผลลัพธ์

- การประชุมทบทวนและปรับปรุงแนวทางทุก 6 เดือน

- การจัดทำรายงานความก้าวหน้าเสนอต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

5.1.5 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

จากการสนทนากลุ่ม ผู้ให้ข้อมูลได้เสนอแนะเพิ่มเติม 5 ประการ:

1) การสร้างแรงจูงใจ *"ต้องมีของรางวัลหรือการยกย่องสำหรับผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง"* (ผู้ปกครองคนที่ 7)

2) การพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง *"จัดอบรมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นประจำสำหรับทุกกลุ่ม"* (บุคลากรสาธารณสุขคนที่ 4)

3) การจัดการความขัดแย้ง *"ต้องมีกลไกในการจัดการเมื่อมีความเห็นต่างกันระหว่างกลุ่ม"* (ผู้นำชุมชนคนที่ 6)

4) การสนับสนุนงบประมาณ *"ต้องมีแหล่งงบประมาณที่ชัดเจนและต่อเนื่อง ไม่ใช่แค่พึ่งงบจากรัฐเพียงอย่างเดียว"* (ผู้นำชุมชนคนที่ 8)

5) การขยายผลสู่พื้นที่อื่น *"ถ้าได้ผลดี ควรนำไปขยายในตำบลอื่นๆ ในจังหวัด"* (บุคลากรสาธารณสุขคนที่ 8)

5.2 อภิปรายผล

การศึกษาระบุผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 5 กลุ่ม ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข ครู ผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน และพระสงฆ์ ซึ่งต้องการทรัพยากร การประสานงาน และความยั่งยืน โดยแนวทางที่เหมาะสมคือ การสร้างเครือข่ายพหุภาคี ระบบสื่อสารบูรณาการ กิจกรรมสอดคล้องวัฒนธรรม และกลไกติดตามประเมินผล

5.2.1. บทบาทและความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นระบบความร่วมมือที่ซับซ้อนระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 5 กลุ่มหลัก ซึ่งสอดคล้องกับ Stakeholder Theory ของ Mitchell et al. (1997) และ Freeman & McVea (2001) ที่เน้นการจำแนกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตามอำนาจ ความชอบธรรม และความเร่งด่วน บุคลากรสาธารณสุขและครูจัดเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักที่มีทั้งอำนาจ และความชอบธรรม โดยบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในการให้บริการและความรู้ทางการแพทย์ (ร้อยละ 100) สะท้อนการบูรณาการระหว่างระบบการศึกษา และสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Vaughen et al. (2024) และ Biermann et al. (2023) ที่เน้นความสำคัญของการมีส่วนร่วมแบบสหวิชาชีพ บทบาทของผู้ปกครองในการเป็นผู้ดูแลหลักที่บ้าน (ร้อยละ 100) สอดคล้องกับแนวคิดของ Haldane et al. (2019) เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ส่งผลต่อการเสริมอำนาจ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ขณะที่บทบาทของผู้นำชุมชนในการประสานงานและจัดหาทรัพยากร (ร้อยละ 85) และพระสงฆ์ในการให้คำแนะนำและสร้างจิตสำนึก (ร้อยละ 80) สะท้อนลักษณะเฉพาะของสังคมไทยที่เคารพสถาบันศาสนาและผู้นำชุมชน ตามที่ Tangcharoensathien et al. (2024) อธิบายถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคีในระบบสุขภาพไทย

5.2.2 ความต้องการและข้อจำกัดของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา

ความต้องการกลไกประสานงานที่ชัดเจนของทุกกลุ่ม (ร้อยละ 85) สอดคล้องกับกรอบ ACTIVE Framework ของ Pollock et al. (2019) โดยเฉพาะในมิติ Venues (สถานที่และช่องทางการมีส่วนร่วม) และ Involvement (รูปแบบการมีส่วนร่วม) ความต้องการระบบเฝ้าระวังแบบบูรณาการของบุคลากรสาธารณสุข (ร้อยละ 90) สะท้อนมิติ Content และ Evaluation ขณะที่ความต้องการสื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสมของครู (ร้อยละ 95) และความรู้ที่เข้าใจง่ายของผู้ปกครอง (ร้อยละ 90) แสดงความสำคัญของมิติ Content ที่ต้องเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhang et al. (2024) ที่พบความต้องการปรับเปลี่ยนเนื้อหาและวิธีการสื่อสารให้เหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม ในแนวทาง Community-Based Participatory Research (CBPR) ความต้องการบูรณาการกิจกรรมสุขภาพกับกิจกรรมทางศาสนาของพระสงฆ์ (ร้อยละ 85) สะท้อนมิติ Venues ที่คำนึงถึงบริบทวัฒนธรรม สอดคล้องกับหลักการของ Collins et al. (2018) เกี่ยวกับการเคารพและใช้ประโยชน์จากความหลากหลายทางวัฒนธรรม ความต้องการสนับสนุนทรัพยากรของทุกกลุ่มสะท้อนข้อจำกัดของระบบสุขภาพในพื้นที่ห่างไกล สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhu et al. (2019) ที่พบข้อจำกัดคล้ายคลึงกันในชุมชนชนบท

5.2.3 แนวทางการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา

ข้อเสนอแนะเรื่องการสร้างเครือข่ายพหุภาคี (ร้อยละ 92) สอดคล้องกับหลักการ Community-Based Participatory Research (CBPR) ที่เน้นการเป็นหุ้นส่วนที่เท่าเทียมกัน และการเรียนรู้ร่วมกัน ตามที่ Collins et al. (2018) อธิบายว่า CBPR เป็นการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างเท่าเทียมในการวิจัยและสามารถตอบสนองต่อการเรียกร้องให้มีวิธีการวิจัยที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและขับเคลื่อนโดยชุมชนเพื่อจัดการกับความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ได้แก่การเสนอระบบสื่อสารแบบบูรณาการ (ร้อยละ 88) ที่ผสมผสานเทคโนโลยีดิจิทัลและวิธีการดั้งเดิม สอดคล้องกับแนวโน้มการเปลี่ยนผ่านดิจิทัลในระบบสุขภาพ การศึกษาของ Kijsanayotin et al. (2024) เกี่ยวกับการค้นหากลไกการกำกับดูแลสุขภาพดิจิทัลเพื่อสนับสนุนระบบสุขภาพของประเทศ โดยใช้กรณีศึกษาไทย พบว่าการบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลกับระบบดั้งเดิมสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการสุขภาพและการเข้าถึงข้อมูลได้ รวมทั้งการจัดกิจกรรมร่วมที่คำนึงถึงวัฒนธรรมท้องถิ่น (ร้อยละ 85) สะท้อนความสำคัญของการเคารพ และใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาท้องถิ่น การศึกษาของ Moodie et al. (2024) เกี่ยวกับความร่วมมือข้ามภาคส่วนในการสนับสนุนสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของครอบครัว และเด็กอะบอริจินัลในการดูแลนอกบ้าน จากมุมมองขององค์กรควบคุมสุขภาพชุมชน อะบอริจินัลในออสเตรเลียตะวันตก แสดงให้เห็นความสำคัญของการคำนึงถึงบริบทวัฒนธรรมในการออกแบบและดำเนินโปรแกรมสุขภาพ อีกทั้งกลไกการติดตามและประเมินผล (ร้อยละ 90) สอดคล้องกับหลักการของการวิจัยที่มุ่งเน้นการปฏิบัติและการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน การศึกษาของ Vu et al. (2024) ที่ใช้วิธีการผสมผสานและขับเคลื่อนด้วยทฤษฎีในการประเมินความยั่งยืนของการแทรกแซงแบบป้องกันพหุภาคส่วนสำหรับชาวเอเชียใต้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่าการติดตาม และประเมินผลระยะยาวเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จและความยั่งยืนของโปรแกรม ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับแนวโน้มสากลในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน Kuruvilla et al. (2018) ชี้ให้เห็นความสำคัญของความร่วมมือแบบพหุภาคีในการส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงเพื่อสุขภาพและการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยเน้นว่าการทำงานแบบ "business not as usual" ต้องอาศัยความร่วมมือข้ามภาคส่วนเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงที่แท้จริงและยั่งยืน และการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Helldén et al. (2023) ที่ทำการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักด้านสุขภาพเด็กในกัมพูชา เกี่ยวกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนและความร่วมมือพหุภาคส่วนสำหรับสุขภาพเด็ก พบว่าการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลากหลายกลุ่มเป็นกุญแจสำคัญในการบรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพเด็ก และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Antonio et al. (2020) ที่ใช้กระบวนการ modified Delphi เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะสำหรับความร่วมมือข้ามภาคส่วนในการป้องกันและควบคุมโรคที่มีพาหะนำโรค ยังสนับสนุนความสำคัญของการประสานงานข้ามภาคส่วนในการจัดการปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน โดยเฉพาะในบริบทที่มีความหลากหลายของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเช่นเดียวกับพื้นที่ชายแดน แต่อย่างไรก็ตาม การประยุกต์ใช้แนวทางเหล่านี้ในทางปฏิบัติอาจพบอุปสรรค ได้แก่ ความขัดแย้งของผลประโยชน์ระหว่างกลุ่มต่างๆ การเปลี่ยนแปลง

ของนโยบาย และข้อจำกัดด้านทัพยากร การศึกษาของ Eichinger et al. (2022) ที่ประเมินการแทรกแซงเชิงซ้อนเพื่อปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการที่ซับซ้อนผ่านการทดลองแบบสุ่มที่มีการควบคุม ESTHER พบว่าความต่อเนื่องของการสนับสนุนและการปรับเปลี่ยนวิธีการตามบริบทท้องถิ่นเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการแทรกแซงเชิงซ้อน

6. สรุป

การศึกษาระบุผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 5 กลุ่ม ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข ครู ผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน และพระสงฆ์ ซึ่งสามารถจัดเป็น 4 กลุ่มตามบทบาท คือ ผู้ให้บริการโดยตรง ผู้รับผลกระทบโดยตรง ผู้มีอำนาจตัดสินใจ และผู้มีอิทธิพลทางสังคม ทุกกลุ่มมีความต้องการทรัพยากร การประสานงานที่มีประสิทธิภาพ และความยั่งยืนร่วมกัน แนวทางการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมประกอบด้วย 4 เสาหลัก ได้แก่ การสร้างเครือข่ายพหุภาคี การพัฒนาระบบสื่อสารบูรณาการ การจัดกิจกรรมที่สอดคล้องวัฒนธรรมท้องถิ่น และการสร้างกลไกติดตามประเมินผล การประยุกต์ใช้ ACTIVE Framework ในบริบทพื้นที่ชายแดนแสดงให้เห็นช่องว่างระหว่างนโยบายและการปฏิบัติ และสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่สามารถประยุกต์ใช้ในพื้นที่ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันได้

7. ข้อจำกัดของการศึกษา

7.1 ข้อจำกัดด้านพื้นที่ โดยการศึกษาดำเนินการเฉพาะจังหวัดศรีสะเกษ จึงอาจไม่สามารถนำผลไปใช้กับพื้นที่ชายแดนอื่นที่มีบริบททางสังคม วัฒนธรรม และการเมืองแตกต่างกัน

7.2 ข้อจำกัดด้านขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มเป้าหมาย 50 คนอาจมีข้อจำกัดในการสะท้อนความหลากหลายของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ขนาดใหญ่

7.3 ข้อจำกัดด้านเวลา โดยเป็นการศึกษาภาคตัดขวาง ไม่ได้ติดตามการเปลี่ยนแปลงหรือประเมินผลการมีส่วนร่วมในระยะยาว

7.4 ข้อจำกัดด้านภาษาและวัฒนธรรม โดยการสื่อสารอาจมีอุปสรรคจากความแตกต่างทางภาษาและวัฒนธรรมของประชากรข้ามชาติ แม้จะมีล่ามช่วยแปล

7.5 ข้อจำกัดด้านความไวทางการเมือง โดยบริบทความสัมพันธ์ไทย-กัมพูชาอาจส่งผลต่อความเปิดเผยข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลบางกลุ่ม

7.6 ข้อจำกัดด้านการสรุปอนุมาน โดยผลการศึกษาเป็นเฉพาะบริบทพื้นที่ศึกษา การนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นต้องมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม

8. ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการส่งเสริมสุขภาพเด็กนักเรียนในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา ผู้วิจัยเสนอแนะการพัฒนาในสามมิติหลัก

8.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

8.1.1 ระดับชาติ พัฒนานโยบายบูรณาการข้ามกระทรวงและจัดตั้งคณะกรรมการประสานงานระดับชาติ

8.1.2 ระดับจังหวัด สร้างศูนย์ประสานงานผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและระบบฐานเชื่อมโยงข้อมูล

8.1.3 ระดับท้องถิ่น เสริมสร้างศักยภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนการมีส่วนร่วม

8.2 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

8.2.1 พัฒนาบุคลากร จัดอบรมทักษะการทำงานร่วมกันและการสื่อสารข้ามวัฒนธรรมสำหรับทุกกลุ่ม

8.2.2 สร้างเครื่องมือ พัฒนาคู่มือปฏิบัติงานเฉพาะและสื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น

8.2.3 กลไกการมีส่วนร่วม จัดตั้งคณะกรรมการพหุภาคีและระบบสื่อสารสองทางผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล

8.3 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

8.3.1 ขยายการศึกษา ศึกษาเปรียบเทียบพื้นที่ชายแดนอื่น การติดตามระยะยาวและประเมินผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก

8.3.2 พัฒนานวัตกรรม
วิจัยเทคโนโลยีดิจิทัลเฉพาะบริบทและโมเดลการมีส่วนร่วมสำหรับพื้นที่ชายแดน

8.4 การนำไปสู่การปฏิบัติ

การดำเนินงานแบ่งเป็น 3 ระยะได้แก่

8.4.1 ระยะสั้น จัดตั้งคณะทำงานและอบรมเบื้องต้น

8.4.2 ระยะกลาง พัฒนาระบบและกลไก

8.4.3 ระยะยาว ประเมินผลและสร้างความยั่งยืน

ความสำเร็จต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนและการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มมท้องถิ่น และกลไกการติดตามประเมินผล

9. เอกสารอ้างอิง

Antonio, C. A. T., Bermudez, A. N. C., Cochon, K. L., Reyes, M., Torres, C. D. H., Liao, S., Ortega, D. J. N., Silang, A., Uezono, D. R., Roxas, E. A., & Salamat, M. S. S. (2020). Recommendations for Intersectoral collaboration for the prevention and control of vector-borne diseases: Results from a modified Delphi process. *The Journal of Infectious Diseases*, *222*(Suppl 8), S726-S731.

Biermann, O., Nordenstam, A., Muwonge, T., Kabiri, L., Ndeezi, G., & Alfvén, T. (2023). Sustainable preventive integrated child health care: Reflections on the importance of multidisciplinary and multisectoral stakeholder engagement. *Glob Health Action*, *16*(1), 2173853.

Brummaier, T., Tun, N. W., Min, A. M., Gilder, M. E., Archasuksan, L., Proux, S., Kiestra, D., Charunwatthana, P., Utzinger, J., Paris, D. H., Nacher, M., Simpson, J. A., Nosten, F., & McGready, R. (2021). Burden of soil-transmitted helminth infection in pregnant refugees and migrants on the Thailand-Myanmar border: Results from a retrospective cohort. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, *15*(3), e0009219.

Charoensuk, L., Chedtabud, K., Chaipibool, S., Laothong, U., Suwannatrai, A., Pinlaor, S., & Prakobwong, S. (2024). Integrated One-Health approach for prevention and control of Opisthorchis viverrini infection in rural Thailand: A 3-year study. *Parasitology Research, 123*(7), 258.

Collins, S. E., Clifasefi, S. L., Stanton, J., The Leap Advisory, B., Straits, K. J. E., Gil-Kashiwabara, E., Rodriguez Espinosa, P., Nicasio, A. V., Andrasik, M. P., Hawes, S. M., Miller, K. A., Nelson, L. A., Orfaly, V. E., Duran, B. M., & Wallerstein, N. (2018). Community-based participatory research (CBPR): Towards equitable involvement of community in psychology research. *American Psychologist*, *73*(7), 884-898.

Eichinger, M., Görig, T., Georg, S., Hoffmann, D., Sonntag, D., Philippi, H., König, J., Urschitz, M. S., & De Bock, F. (2022). Evaluation of a complex intervention to strengthen participation-centred care for children with special healthcare needs: Protocol of the stepped wedge cluster randomised PART-CHILD trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(24), 16865.

Freeman, R. E., & McVea, J. (2001). A stakeholder approach to strategic management. *SSRN Electronic Journal*.

Haldane, V., Chuah, F. L. H., Srivastava, A., Singh, S. R., Koh, G. C. H., Seng, C. K., & Legido-Quigley, H. (2019). Community participation in health services development, implementation, and evaluation: A systematic review of empowerment, health, community, and process outcomes. *PLOS ONE*, *14*(5), e0216112.

Helldén, D., Sok, S., Chea, T., Nordenstedt, H., Kuruvilla, S., Alvesson, H. M., & Alfvén, T. (2023). Sustainable development goals and multisectoral collaborations for child health in Cambodia: A qualitative interview study with key child health stakeholders. *BMJ Open*, *13*(11), e073853.

Irwin, M., Lazarevic, B., Soled, D., & Adesman, A. (2022). The COVID-19 pandemic and its potential enduring impact on children. *Current Opinion in Pediatrics, 34*(1), 107-115.

Jin, H., Ryu, K., Lee, D., Vonghachack, Y., Choi, M. H., Hong, S. T., & Song, H. B. (2021). Prevalence and risk factors of intestinal helminthiasis in remote mountainous villages of northern Lao PDR: A cross-sectional study. *Korean Journal of Parasitology, 59*(2), 131-138.

Kijsanayotin, B., Ratchatorn, A., & Suwanthaweemeesuk, K. (2024). Finding digital health governance mechanism to support the country's health systems: Thailand case study. *Oxford Open Digital Health*, *2*, oqac019.

Kuruvilla, S., Hinton, R., Boerma, T., Bunney, R., Casamitjana, N., Cortez, R., Fracassi, P., Franz-Vasdeki, J., Helldén, D., McManus, J., Papp, S., Rasanathan, K., Requejo, J., Silver, K. L., Tenhoope-Bender, P., Velleman, Y., Wegner, M. N., Armstrong, C. E., Barnett, S., & Group, P. M. C. S. (2018). Business not as usual: How multisectoral collaboration can promote transformative change for health and sustainable development. The British Medical Journal, *363*, k4771.

Mationg, M. L. S., Williams, G. M., Tallo, V. L., Olveda, R. M., McManus, D. P., Stewart, D. E., & Gray, D. J. (2024). A review of health education activities targeting schoolchildren for the control of soil-transmitted helminthiasis in Southeast Asia, with emphasis upon the Magic Glasses approach. *Advances in Parasitology, 123*, 1-22.

Mitchell, R. K., Agle, B. R., & Wood, D. J. (1997). Toward a theory of stakeholder identification and salience: Defining the principle of who and what really counts. *The Academy of Management Review*, *22*(4), 853-886.

Moodie, S., Jones, J., Chenhall, R., Williams, R., Garlett, C., Gibberd, A., O'Donnell, M., McAullay, D., McNamara, B., & Eades, S. (2024). Intersectoral collaboration for supporting the health and wellbeing of Aboriginal families and children in out-of-home care: Perspectives from Western Australian Aboriginal Community Controlled Health Organisations. *Frontiers Public Health*, *12*, 1392208.

Moore, C. E., Nget, P., Saroeun, M., Kuong, S., Chanthou, S., Kumar, V., Bousfield, R., Nader, J., Bailey, J. W., Beeching, N. J., Day, N. P., & Parry, C. M. (2015). Intestinal parasite Infections in symptomatic children attending hospital in Siem Reap, Cambodia. *PLOS ONE*, *10*(5), e0123719.

Pollock, A., Campbell, P., Struthers, C., Synnot, A., Nunn, J., Hill, S., Goodare, H., Morris, J., Watts, C., & Morley, R. (2019). Development of the ACTIVE framework to describe stakeholder involvement in systematic reviews. *Journal of Health Services Research & Policy, 24*(4), 245-255.

Sangwalee, W., Norkaew, J., Inthachak, S., Janwan, P., Rodpai, R., Sanpool, O., Sadaow, L., Boonroumkaew, P., Intapan, P. M., Maleewong, W., & Thanchomnang, T. (2022). Prevalence of intestinal parasitic infections and genetic differentiation of Strongyloides stercoralis among migrant workers from Myanmar, Lao PDR and Cambodia in northeastern Thailand. *PLOS ONE*, *17*(12), e0279754.

Silver, Z. A., Kaliappan, S. P., Samuel, P., Venugopal, S., Kang, G., Sarkar, R., & Ajjampur, S. S. R. (2018). Geographical distribution of soil transmitted helminths and the effects of community type in South Asia and South East Asia – A systematic review. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, *12*(1), e0006153.

Tangcharoensathien, V., Adulyanon, S., Supaka, N., Munkong, R., Viriyathorn, S., Sirithienthong, S., Kanhachon, S., & Marten, R. (2024). The Thai Health Promotion Foundation: Two decades of joint contributions to addressing noncommunicable diseases and creating healthy populations. *Global Health Science and Practice, 12*(2), e2300311.

Vaughen, S., Kowalczyk, M., DeClemente, T., Ignoffo, S., Fox, K., Cheatham, J., & Volerman, A. (2024). A model of community health worker integration into schools: Community-based participatory research in action. *Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, and Action, 18*(1), 91-101.

Vu, M., Nedunchezhian, S., Lancki, N., Spring, B., Brown, C. H., & Kandula, N. R. (2024). A mixed-methods, theory-driven assessment of the sustainability of a multi-sectoral preventive intervention for South Asian Americans at risk for cardiovascular disease. *Implementation Science Communications, 5*(1), 89.

Wattanawong, O., Iamsirithaworn, S., Kophachon, T., Nak-Ai, W., Wisetmora, A., Wongsaroj, T., Dekumyoy, P., Nithikathkul, C., Suwannatrai, A. T., & Sripa, B. (2021). Current status of helminthiases in Thailand: A cross-sectional, nationwide survey, 2019. *Acta Tropica*, *223*, 106082.

Zhang, Y., Xie, Y. J., Yang, L., Cheung, K., Zhang, Q., Li, Y., Hao, C., Wang, H. H. X., Zhou, Q., & Leung, A. Y. M. (2024). Community-based participatory research (CBPR) approaches in vaccination promotion: A scoping review. *International Journal for Equity in Health*, *23*(1), 227.

Zhu, X., Weigel, P., Baloh, J., Nataliansyah, M., Gunn, N., & Mueller, K. (2019). Mobilising cross-sector collaborations to improve population health in US rural communities: A qualitative study. *BMJ Open*, *9*(11), e030983.