



สุขภาวะของสมาชิกเครือข่ายสัจจะลดรายจ่ายวันละ 1 บาทเพื่อทำสวัสดิการ  
ภาคประชาชน จังหวัดสงขลา

**The Well-being of Members of Songkhla Sajja One-Baht-Pledge Saving per Day  
Network for the People's Welfare Sector**

จตุรรัตน์ ไชยเอียด

**Jutarat Chai-ead**

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา  
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of  
Master of Science in Health System Management  
Prince of Songkla University**

2558

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์	สุขภาพของสมาชิกเครือข่ายสัจจะลดรายจ่ายวันละ 1 บาท เพื่อทำ สวัสดิการภาคประชาชน จังหวัดสงขลา
ผู้เขียน	นางสาวจุฑารัตน์ ไชยเอียด
สาขาวิชา	การจัดการระบบสุขภาพ

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	คณะกรรมการสอบ
..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา โลงนาภิวัฒน์)	.....ประธานกรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิมลมาลย์ ศรีรุ่งเรือง)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	.....กรรมการ (รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยะนุช จิตตสุนนท์)
..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงศ์เทพ สุธีรรุฒิ)	.....กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา โลงนาภิวัฒน์)
	.....กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงศ์เทพ สุธีรรุฒิ)
	.....กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัยนา หนูนิล)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ

.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระพล ศรีชนะ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(3)

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(ผศ.ดร.สุกัญญา โสจนาภิวัดน์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางสาวจุฑารัตน์ ไชยเอียด)

นักศึกษา

(4)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ  
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวจุฑารัตน์ ไชยเอียด)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	สุขภาพของสมาชิกเครือข่ายสัจจะลดรายจ่ายวันละ 1 บาท เพื่อทำสวัสดิการภาคประชาชน จังหวัดสงขลา
ผู้เขียน	นางสาวจุฑารัตน์ ไชยเอียด
สาขาวิชา	การจัดการระบบสุขภาพ
ปีการศึกษา	2557

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจสุขภาพของสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ที่ได้จากการคำนวณโดยใช้สูตรของยามานะที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามเท่ากับ 0.81 และนำแบบสอบถามไปหาความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับ 0.92 ด้านสุขภาพทางกาย จิต สังคม และปัญญา มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.71, 0.77, 0.85 และ 0.72 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติ Kruskal-Wallis H Test เปรียบเทียบเป็นรายคู่ด้วยวิธี Tamhane's T2 ผลการศึกษาพบว่า

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ( $\bar{x} = 2.71$ , S.D. = 0.35) สุขภาพรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับดี พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสุขภาพดีที่สุดคือ สุขภาพทางจิต ( $\bar{x} = 2.88$ , S.D. = 0.49) รองลงมาคือ สุขภาพทางสังคม ( $\bar{x} = 2.74$ , S.D. = 0.54) สุขภาพทางกาย ( $\bar{x} = 2.65$ , S.D. = 0.32) และสุขภาพทางปัญญา ( $\bar{x} = 2.56$ , S.D. = 0.40) ตามลำดับ ผลการเปรียบเทียบสุขภาพของสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ในระดับโซน พบว่า พื้นที่โซนที่แตกต่างกันมีผลต่อสุขภาพของสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ทั้งโดยรวมและรายด้านคือ สุขภาพทางจิต สุขภาพทางสังคม และสุขภาพทางปัญญา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากผลการวิจัยเครือข่ายสัจจะฯ ควรมีการพัฒนาสุขภาพทางกายให้กับสมาชิกด้วยการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ และควรพัฒนางิจกรรมของเครือข่ายสัจจะฯ ที่ช่วยพัฒนาสุขภาพทางจิต สังคมและปัญญาของสมาชิกให้ดียิ่งขึ้น

<b>Thesis Title</b>	The Well-being of Members of Songkhla Sajja One-Baht-Pledge Saving per Day Network for the People's Welfare Sector
<b>Author</b>	Miss Jutarat Chai-Ead
<b>Major Program</b>	Health System Management
<b>Academic Year</b>	2014

### ABSTRACT

The objective of this descriptive research was to determine the well-being of members of Songkhla Sajja One-Baht-Pledge Saving per Day Network for the People's Welfare Sector. The sample size was calculated using Yamane formula with 95% confidence level. The sample comprised 400 members of the network, selected by stratified random sampling. Data were collected using a questionnaire. The content of the questionnaire was approved by three experts, yielding an index of 0.81. The reliability of the questionnaire calculated by Cronbach's alpha coefficient was 0.92. The data were analyzed using descriptive statistics, namely frequency, percentage, mean, and standard deviation, Kruskal-Wallis H Test and Tamhane's T2.

Results showed that the sample had a mean overall well-being at good level ( $\bar{x} = 2.71$ , S.D. = 0.35). Individual average levels of well-being of 4 aspects were good. Mental well-being had the highest mean level ( $\bar{x} = 2.88$ , S.D. = 0.49) followed by social well-being ( $\bar{x} = 2.74$ , S.D. = 0.54), physical well-being ( $\bar{x} = 2.65$ , S.D. = 0.32) and spiritual well-being ( $\bar{x} = 2.56$ , S.D. = 0.40). Comparative results of district of residence of the overall well-being and of each aspect, namely mental well-being, social well-being, physical well-being, and spiritual well-being revealed significant differences at the 0.05 level.

In summary, the Songkhla Sajja One-Baht-Pledge Saving per Day Network for the People's Welfare Sector should encourage the network members to have appropriate health promotion behavior, particularly regarding exercise and food intake. The network should have activities for enhancing mental, social and spiritual well-being.

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา โลงนาภีวัฒน์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่เป็นทั้งผู้ชี้แนะ แนะนำ จุดประกายความคิด ให้กำลังใจตลอดมาผู้วิจัย ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์เพื่อให้วิทยานิพนธ์สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาการความรู้ จุดประกายแนวคิดและปัญญาอันเป็นพื้นฐานในการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ของสถาบันการจัดการระบบสุขภาพทุกท่านที่ได้ช่วยเหลือ ทั้งเป็นธุระจัดการ รวมทั้งเพื่อนพี่ๆ น้องๆ ที่เรียนปริญญาโท

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการบริหารสมาคมสวัสดิการภาคประชาชนสงขลา และประธานกองทุนสังฆะฯ ทั้ง 12 กองทุนที่อำนวยความสะดวก อนุญาตให้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล และให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณสถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่สนับสนุนทุนส่วนหนึ่งในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

สุดท้ายนี้คุณประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบแด่บุพการี ครอบครัวญาติพี่น้อง คณาจารย์และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

จุฑารัตน์ ไชยเอียด

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(6)
กิตติกรรมประกาศ.....	(7)
สารบัญ.....	(8)
รายการตาราง.....	(10)
รายการภาพประกอบ.....	(12)
<b>บทที่ 1 บทนำ.....</b>	<b>1</b>
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	4
สมมติฐานการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	5
ความสำคัญและประโยชน์ของการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
<b>บทที่ 2 เอกสารงานและวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....</b>	<b>8</b>
แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาวะ.....	8
เครือข่ายสังคมฯ.....	19
เครือข่ายสังคมจะลดรายจ่ายวันละ 1 บาทเพื่อสุขภาวะ.....	28
<b>บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....</b>	<b>30</b>
ประชากร กลุ่มตัวอย่าง .....	30
วิธีการสุ่มตัวอย่าง.....	31
เครื่องมือในการวิจัย.....	35



## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	37
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	39
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	39
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล.....	40
ผลการวิจัย.....	40
อภิปรายผลการวิจัย.....	57
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	63
สรุปผลการวิจัย.....	63
ข้อเสนอแนะ.....	66
บรรณานุกรม.....	68
ภาคผนวก.....	74
ก แบบพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย.....	75
ข แบบสอบถามการวิจัย.....	76
ค รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	83
ประวัติผู้เขียน.....	84

## รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1. แสดงการสุ่มตัวอย่างแต่ละกองทุนสัจจะฯ	32
2. จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	41
3. จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาชีพ รายได้ และความพอเพียงของรายได้	42
4. จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลโรคประจำตัว	44
5. จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลการเป็นสมาชิกองค์กรชุมชนอื่น ระยะเวลาการเป็นสมาชิกกองทุนสัจจะฯ และสวัสดิการที่เคยได้รับจากกองทุนสัจจะฯ	45
6. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสุขภาวะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสุขภาวะรายด้านและโดยรวม	47
7. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสุขภาวะทางกายของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสุขภาวะรายด้านและรายข้อ	48
8. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสุขภาวะทางจิตของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสุขภาวะรายด้านและรายข้อ	49
9. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสุขภาวะทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสุขภาวะรายด้านและรายข้อ	50
10. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสุขภาวะทางปัญญาของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสุขภาวะรายด้านและรายข้อ	51
11. ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสุขภาวะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพื้นที่โซน	52
12. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่สุขภาวะ โดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพื้นที่โซน	53
13. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่สุขภาวะทางจิตของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพื้นที่โซน	54
14. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่สุขภาวะทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพื้นที่โซน	55

รายการตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
15. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ระดับสุขภาวะทางปัญญาของ กลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพื้นที่โซน	56

## รายการภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1. แผนที่จังหวัดสงขลา	24
2. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	34

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การมีสุขภาวะที่ดีนั้นเป็นเป้าหมายสูงสุดของชีวิตและสังคมในทุกๆที่ เพราะการมีสุขภาวะที่ดีเป็นพื้นฐานแห่งชีวิต (ประเวศ วะสี, 2543) สุขภาวะเป็นสิ่งที่มนุษย์ต้องการ เป็นภาวะที่เป็นสุขซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน คือ สุขภาวะทางกาย จิต สังคม และปัญญา ปัจจุบันประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งทางด้านเทคโนโลยี สังคม วัฒนธรรมและเศรษฐกิจ ทำให้การดำเนินชีวิตของประชาชนทุกระดับชั้นของสังคมไทยเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ส่งผลให้มีสุขภาवन้อยลง พบว่าคนไทยมีการเจ็บป่วยทางกายและมีพฤติกรรมเสี่ยงหรือไม่เหมาะสมต่อสุขภาพมากขึ้น เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกายพักผ่อนไม่เพียงพอ การใช้สารเสพติด รวมทั้งมีพฤติกรรมการทำงานที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้สุขภาวะทางกายของประชาชนมีแนวโน้มไปในทางที่เสื่อมลง โดยในปี 2552 พบว่าอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคไม่ติดต่อเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของคนไทยที่สำคัญ 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคมะเร็ง รองลงมาคือ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ในอัตรา 88.3, 29.0, 21.0, 11.1 และ 3.6 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจของครอบครัว สังคมประเทศชาติ และความสูญเสียด้านสุขภาพหรือภาระทางสุขภาพ (สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554) ยังพบว่าการมีปฏิสัมพันธ์และความเอื้ออาทรต่อกันลดลง การดำเนินชีวิตที่ถูกกำหนดด้วยระยะเวลาและเงื่อนไขต่างๆ ต้องต่อสู้ดิ้นรนเพื่อความอยู่รอด ทำให้ประชาชนมีแนวโน้มที่จะเกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้ามากขึ้น นอกจากนี้ยังมีความขัดแย้งทางความคิดทางการเมืองทำให้สังคมเกิดความแตกแยก สถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่ยืดเยื้อ การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรที่ไม่ได้สัดส่วนกับทรัพยากรทางเศรษฐกิจที่มีอยู่ ส่งผลให้มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ยากลำบาก ขาดความมั่นคงในอาชีพการงาน รายได้ไม่เพียงพอต่อการดำเนินชีวิต ก่อให้เกิดปัญหาสังคมตามมาอีกหลายด้าน ทั้งการอพยพย้ายถิ่น ความแออัดและขาดที่อยู่อาศัยในชุมชนเมือง ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงที่หลากหลายและรวดเร็วของสังคมไทยทำให้การดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างเร่งรีบ ต้องแก่งแย่งแข่งขัน

รวมทั้งโครงสร้างสังคมที่มีความเหลื่อมล้ำสูงทำให้คนมีความเห็นแก่ตัวมากขึ้น บ่งบอกถึงสุขภาพทางปัญญาที่เสื่อมลง

อดีตสังคมไทยมีวัฒนธรรมการอยู่ร่วมกันแบบช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน มีชุมชนเป็นศูนย์กลาง โดยมีศาสนาเป็นที่พึ่งพาในการแก้ปัญหา เป็นระบบสวัสดิการชุมชนแบบธรรมชาติ อยู่บนพื้นฐานของความเกื้อกูล เคารพซึ่งกันและกัน ทำให้อยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข เมื่อสังคมเปลี่ยนแปลงไปทำให้บทบาทของชุมชนในการดูแลซึ่งกันและกันลดลง เกิดช่องว่างระหว่างคนรวยกับคนจน ชีวิตขาดความมั่นคง ภาครัฐจึงเข้ามามีบทบาทในการจัดสวัสดิการให้กับประชาชน เพื่อบรรเทาปัญหาความยากจนและปัญหาต่างๆของชีวิตเท่าที่จำเป็น (สถินทิพย์ เชียงทอง และอินทราวิทย์สมบูรณ์, 2552)

การเข้าถึงหรือมีสวัสดิการมีความสำคัญเนื่องจากสวัสดิการเป็นสิ่งที่ทุกคนจะต้องเข้าถึง จะต้องได้รับ และเป็นสิทธิพื้นฐานทางสังคม การมีสวัสดิการเป็นการสร้างหลักประกันเพื่อความมั่นคงและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นของคนในสังคม ทั้งในรูปของสิ่งของ เงินทุน น้ำใจ การช่วยเหลือเกื้อกูล เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตตั้งแต่ เกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นระบบการช่วยเหลือเกื้อกูลของคนในท้องถิ่นที่มีรูปแบบและวิธีการที่หลากหลาย ก่อให้เกิดรายได้ลดรายจ่าย นำไปสู่การแก้ไขปัญหาความยากจน (สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน, ม.ป.ป.) อย่างไรก็ตามปัจจุบันประชาชนบางกลุ่มเท่านั้นที่ได้รับสวัสดิการ ได้แก่ ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ ลูกจ้างภาคเอกชนในรูปแบบการมีประกันสังคม แต่รัฐไม่สามารถจัดให้มีสวัสดิการอย่างทั่วถึงและครอบคลุม โดยเฉพาะกลุ่มแรงงานนอกระบบ ทำให้เกิดการรวมกลุ่มเป็นกลุ่มสวัสดิการภาคประชาชนในชุมชนชนบทหรือชุมชนเมืองเพื่อช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ช่วยให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมั่นคงและยั่งยืนภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์ ส่งผลให้มีการพัฒนาชุมชนในด้านเศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพ

เครือข่ายสัจจะลดรายจ่ายวันละ 1 บาท เพื่อทำสวัสดิการภาคประชาชน จังหวัดสงขลา เป็นเครือข่ายภาคประชาชนที่พยายามพึ่งพาตนเองและช่วยเหลือเกื้อกูลกันเอง โดยครูชบ ยอดแก้ว เป็นผู้ริเริ่มโดยใช้ประสบการณ์ในอดีตคือ โครงการออมทรัพย์วันละ 1 บาท ที่โรงเรียนวัดน้ำขาวในเพื่อแก้ปัญหาให้กับเด็กนักเรียนที่ขาดแคลนอาหารกลางวันและชุดนักเรียน และแก้ปัญหาหนี้สินให้กับครู ทำให้โรงเรียนวัดน้ำขาวในมีกองทุนสวัสดิการจากการออมทรัพย์วันละ 1 บาท สำเร็จในปี พ.ศ. 2526 ขณะที่โรงเรียนมีเงินออมมากขึ้นชาวบ้านกลุ่มหนึ่งจึงได้มาขอกู้เงินจากทางโรงเรียน แต่ครูชบ ยอดแก้วไม่ยินยอมเพราะเป็นเงินของเด็กนักเรียน ทำให้ชาวบ้านในชุมชนตำบลน้ำขาวเรียกร้องให้ครูชบ ยอดแก้วจัดตั้งกลุ่มออมทรัพย์ให้ชาวบ้าน จึงได้ทดลองโครงการกลุ่มสัจจะออมทรัพย์แบบพัฒนาครอบครัวชีวิตในตำบลน้ำขาว โดยมีหลักเกณฑ์ว่าผลกำไรร้อยละ 50 ใช้ปันผลให้กับผู้ถือหุ้น และร้อยละ 50 นำไปจัดตั้งกองทุนสวัสดิการให้แก่สมาชิก และนำดอกผลจากการให้กู้เงินกองทุน

สวัสดิการมาจัดสวัสดิการการตาย และการเจ็บป่วยเมื่อต้องนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล ครูชบ ยอดแก้วใช้เวลา 3 ปี (พศ. 2526-2529) จึงจัดตั้งกลุ่มสัจจะออมทรัพย์แบบพัฒนาครบวงจรชีวิตได้ครบทุกหมู่บ้านจำนวน 11 กลุ่มในตำบลน้ำขาว ครูชบ ยอดแก้วพยายามผลักดันนโยบายการสมทบเงินกองทุนสวัสดิการของภาคประชาชนจากภาครัฐ แต่พบว่ากลุ่มองค์กรการเงินส่วนใหญ่ทั้งประเทศให้ความสำคัญในเรื่องกองทุนสวัสดิการน้อยมักเน้นในเรื่องการปันผล การจัดสวัสดิการของกลุ่มต้องใช้เวลาเนื่องจากต้องรอให้มีเงินสวัสดิการที่มากพอ ซึ่งต้องใช้เวลาอย่างน้อย 1 ปี ทำให้ครูชบ ยอดแก้ว พัฒนางค์กรการเงินชุมชนรูปแบบใหม่ โดยมุ่งเน้นการจัดทำสวัสดิการภาคประชาชนขึ้นคือ กองทุนสัจจะลดรายจ่ายวันละ 1 บาทเพื่อทำสวัสดิการภาคประชาชนสงขลา (ชบ ยอดแก้ว และคณะ, ม.ป.ป.) แนวคิดของเครือข่ายสัจจะฯ เป็นการพัฒนาสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ให้มีจริยธรรม คุณธรรม ตามกระแสพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช ซึ่งได้แก่ สัจจะ (การรักษาความสัตย์) ทมะ (การรู้จักข่มใจตน) ขันติ (การอดทนอดกลั้น) และจาคะ (การรู้จักเสียสละ) ให้เกิดขึ้นในตัวคน เป็นการพัฒนาทุนทางสังคมในชุมชนที่มีอยู่ 7 ทุน ได้แก่ ทุนคน ทุนภูมิปัญญา ทุนศาสนา และวัฒนธรรม ทุนเวลา ทุนแรงงาน ทุนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และทุนเงินตรา ให้เกิดความสมดุลและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน เพื่อการบรรลุเป้าหมายของเครือข่ายสัจจะฯ คือ “การเกิดสังคมที่ดี คนมีความสุข” โดยใช้เงินเป็นเครื่องมือพัฒนาคนผ่านกิจกรรมการออมเงินจากการลดรายจ่ายเพื่อนำเงินมาช่วยเหลือเกื้อกูลกันในรูปแบบการจัดสวัสดิการ 9 เรื่อง ครอบคลุมการเกื้อกูลช่วยเหลือกันตลอดอายุขัยของชีวิต คือ สวัสดิการการเกิด แก่ เจ็บ ตาย ทุนการศึกษา ช่วยดูแลคนด้อยโอกาสในสังคมของตนให้มีชีวิตที่ดีขึ้น สวัสดิการคนทำงาน สวัสดิการเงินกู้ และสวัสดิการเงินฝาก เกิดการใช้สาระของความเป็นมนุษย์ในการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เป็นการยกระดับจิตวิญญาณของคนให้สูงขึ้น (ชบ ยอดแก้ว และคณะ, ม.ป.ป.; คณะกรรมการการสนับสนุนการขับเคลื่อนสวัสดิการชุมชนจังหวัดสงขลา, 2554) ซึ่งต่อมาปี พ.ศ. 2556 มีการขยายกลุ่มครอบคลุมทุกตำบลในจังหวัดสงขลา และได้รวมตัวเป็นเครือข่ายสัจจะลดรายจ่ายวันละ 1 บาทเพื่อทำสวัสดิการภาคประชาชนสงขลา ในนามสมาคมสวัสดิการภาคประชาชนสงขลา

จังหวัดสงขลาเป็นจังหวัดที่มีความหลากหลายทางภูมิศาสตร์และวัฒนธรรม สามารถแบ่งโซนพื้นที่ของจังหวัดตามสภาพภูมิศาสตร์ได้เป็น 4 โซน คือ โซนที่ 1 คาบสมุทรสทิงพระ สภาพพื้นที่มีลักษณะคล้ายแหลมยื่นยาวมาจากพื้นดินแผ่นดินใหญ่ที่มีน้ำล้อมรอบ 3 ด้าน มีวิถีชีวิตที่เรียบง่าย มีวัฒนธรรมอันดีงามเกี่ยวข้องกับตาล โคนด การทำนา และการทำประมงหรือหาเล โซนที่ 2 ดินแดนสองทะเล เป็นชุมชนหนึ่งที่มีวิถีชีวิตผูกพันกับป่าชายเลน และเป็นชุมชนเก่าจึงเป็นแหล่งกำเนิดศิลปวัฒนธรรมต่างๆ ที่มี “รากเหง้า” ทั้งในด้านประเพณีและวัฒนธรรมที่มีการสืบทอดกันมาแต่โบราณ เป็นแหล่งกำเนิดศิลปวัฒนธรรมโนราห์และหนังตะลุงที่มีชื่อเสียงเป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลาย

โซนที่ 3 ชุมชนอุตะเถา เป็นพื้นที่ลุ่มน้ำซึ่งส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ราบ พื้นที่เกษตรกรรม อุตสาหกรรม พาณิชยกรรม เป็นชุมชนเมือง โซนที่ 4 ดินแดนสองวัฒนธรรม เป็นพื้นที่ที่มีความหลากหลายทั้งเชื้อชาติ ศาสนา วิถีชีวิตความเป็นอยู่ ประชาชนประกอบด้วย ชาวไทย-มุสลิม และชาวไทย-พุทธ ที่มีการผสมผสานกลมกลืนทางวัฒนธรรม บริเวณอำเภอนาทวีเป็นที่ตั้งของด่านศุลกากรประกอบ เป็นช่องทางสำคัญที่จะเชื่อมโยงเศรษฐกิจการค้าและการท่องเที่ยวระหว่างประเทศไทยกับประเทศมาเลเซีย จะเห็นว่าสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมของแต่ละโซนพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน ซึ่งส่งผลให้สุขภาวะของสมาชิกเครือข่ายสังคมนั้นๆ ในแต่ละโซนพื้นที่ที่มีความแตกต่างกันได้ (กลุ่มงานสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานจังหวัดสงขลา, 2554; กลุ่มงานยุทธศาสตร์การพัฒนาจังหวัด, 2556)

ที่ผ่านมาทางเครือข่ายสังคมนั้นๆมีการวัดผลสำเร็จของการดำเนินงานในด้านการจัดสวัสดิการให้กับสมาชิก การพัฒนาการบริหารจัดการเครือข่ายและการพัฒนาพฤติกรรมการออมจากการลดรายจ่ายวันละ 1 บาทของสมาชิก แต่ยังไม่เคยมีการวัดผลตามเป้าหมาย คือ “สังคมดี คนมีความสุข” ซึ่งก็คือ สุขภาวะของสมาชิกเครือข่ายสังคมนั้นๆ ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญของการสำรวจสุขภาวะของสมาชิกเครือข่ายสังคมนั้นๆทั้ง 4 ด้าน คือ สุขภาวะทางกาย จิต สังคม และปัญญา และเปรียบเทียบระดับสุขภาวะของสมาชิกเครือข่ายสังคมนั้นๆในระดับโซน เพื่อจะได้นำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาการบริหารจัดการเครือข่ายสังคมนั้นๆ ให้บรรลุสู่เป้าหมายคือ “สังคมดี คนมีความสุข” หรือสุขภาวะได้

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับสุขภาวะทางกาย จิต สังคม และปัญญาของสมาชิกเครือข่ายสังคมนั้นๆ ทั้งรายด้านและโดยรวม
2. เพื่อเปรียบเทียบสุขภาวะทางกาย จิต สังคม และปัญญาของสมาชิกเครือข่ายสังคมนั้นๆ ในระดับโซน

### คำถามการวิจัย

1. ระดับสุขภาวะทางกาย จิต สังคม และปัญญาของสมาชิกเครือข่ายสังคมนั้นๆทั้งรายด้านและโดยรวมอยู่ในระดับใด



2. สุขภาวะทางกาย จิต สังคม และปัญญา ทั้งรายด้านและโดยรวมของสมาชิกเครือข่าย  
 สักจะๆ ในในระดับ โชนมีความแตกต่างกันหรือไม่

### สมมติฐานการวิจัย

สมาชิกเครือข่ายสักจะๆ ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ โชนคาบสมุทรสทิงพระ โชนดินแดน  
 สองทะเล โชนชุมชนอุตะเกา และ โชนดินแดนสองวัฒนธรรม มีสุขภาวะแตกต่างกัน

### กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แนวคิดสุขภาวะ และปัจจัยกำหนด  
 สุขภาพ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. แนวคิดสุขภาวะ ได้จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ประเวศ วะสี,  
 2543; คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2552; พระพรหมคุณาภรณ์, 2549) จำแนกสุขภาวะออกเป็น 4 ด้าน  
 คือ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะทางปัญญา

สุขภาวะทางกาย คือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การอยู่ในสิ่งแวดล้อม  
 ที่เกื้อกูลต่อสุขภาพและปลอดภัยจากภัยอันตราย มีพฤติกรรมลดการดำเนินชีวิตที่ถูกต้องไม่เป็นอันตราย  
 ต่อร่างกาย

สุขภาวะทางจิต คือ สภาพของจิตใจที่ปราศจากอาการผิดปกติต่างๆ ความสามารถ  
 ในการจัดการกับอารมณ์ มีความมั่นคงทางอารมณ์ และสามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมทั้ง  
 ทางด้านกายภาพและสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงได้

สุขภาวะทางสังคม คือ การอยู่ร่วมกันด้วยดีในครอบครัวและสังคม มีความรักใคร่  
 กลมเกลียว เอื้ออาทรและช่วยเหลือกัน รู้จักแก้ปัญหาคัดค้านด้วยสันติวิธี

สุขภาวะทางปัญญา คือ มีความฉลาดรู้เท่าทันสิ่งต่างๆ เข้าใจสรรพสิ่งตามความ  
 เป็นจริง เข้าถึงความดีงามความถูกต้อง มีคุณธรรม และไม่เห็นแก่ตัว ไม่ยึดมั่นถือมั่น

2. แนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพ แบ่งออกได้เป็น 3 ปัจจัย คือ บุคคล สิ่งแวดล้อม  
 และระบบกลไกการดำเนินงาน (พงค์เทพ สุธีรัฐติ, 2554)

ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล เป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล  
 โดยตรง เนื่องจากเป็นลักษณะภายในของบุคคลที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมด้าน  
 ต่างๆ ออกมา ทำให้บุคคลเกิดความเข้าใจที่จะรับรู้ต่อสิ่งนั้น การที่บุคคลจะมีสุขภาวะดีหรือไม่ดี

ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านปัจจัยบุคคล เนื่องจากสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของบุคคลได้ดี ปัจจัยด้านปัจจัยบุคคลที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ ได้แก่ พันธุกรรม อายุและเพศ ปัจจัยจิตใจ และพฤติกรรมของบุคคล

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สามารถจำแนกเป็นสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ สิ่งแวดล้อมทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคลโดยผ่านกระบวนการเรียนรู้และการขัดเกลาทางสังคมในรูปแบบของพฤติกรรมที่แสดงออกไปตามบทบาท สถานภาพ สถานะทางสังคมของแต่ละสังคม

ปัจจัยด้านระบบกลไกการดำเนินงาน การทำงานร่วมกันของแต่ละหน่วยงาน โดยมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันในการทำงานแต่ละขั้นตอนอย่างชัดเจน เป็นการทำงานอย่างต่อเนื่องเพื่อให้งานสำเร็จตามประสงค์ได้ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพเนื่องจากระบบกลไกการดำเนินงานสามารถช่วยลดการสัมผัสกับปัจจัยเสี่ยง และความรุนแรงของโรคและความพิการ รวมถึงเป็นการป้องกันโรคด้วย

### ความสำคัญและประโยชน์ของการวิจัย

1. เครือข่ายสัจจะฯ มีข้อมูลสุขภาพของสมาชิกและสามารถนำไปใช้พัฒนาการบริหารจัดการเครือข่ายสัจจะฯ เพื่อการบรรลุสู่เป้าหมายของเครือข่ายสัจจะฯ คือ สังคมดี คนมีความสุข
2. หน่วยงานภาครัฐมีข้อมูลสุขภาพของสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ และสามารถนำไปใช้พัฒนาการบริการเพื่อสนองตอบความต้องการของสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อสำรวจระดับสุขภาพของสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ครอบคลุมพื้นที่ทั้ง 16 อำเภอ ของจังหวัดสงขลา ประกอบด้วย 140 กองทุน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างเดือนมิถุนายน – สิงหาคม พ.ศ. 2556

### นิยามศัพท์เฉพาะ

สุขภาพ หมายถึง สภาวะของบุคคลที่แสดงถึงความสมดุลของร่างกายและจิตใจ เนื่องจากมีพฤติกรรมดำเนินชีวิตที่ไม่เป็นอันตราย และรู้เท่าทันความเป็นจริงของชีวิต อันมีผล

ให้บุคคลนั้นมีความสัมพันธ์ที่ดีกับสิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพและทางสังคม ซึ่งประกอบไปด้วย 4 ด้าน คือ สุขภาวะทางกาย จิต สังคม และปัญญา ซึ่งมีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวม

สุขภาวะทางกาย หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีความสมบูรณ์แข็งแรง และสามารถทำกิจกรรมหรือดำเนินชีวิตประจำวันได้ ในที่นี้หมายถึงรวมถึงพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตที่ไม่เป็นอันตรายต่อร่างกาย รวมทั้งมีสิ่งแวดล้อมที่เกื้อกูล ปลอดภัยต่อการดำเนินชีวิต

สุขภาวะทางจิต หมายถึง สภาพของจิตใจที่ปราศจากอาการผิดปกติต่างๆ มีความมั่นคงทางอารมณ์ เนื่องจากสามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมทางด้านกายภาพและสังคมได้อย่างเหมาะสม ทำให้สามารถจัดการกับความกดดันต่างๆในการดำเนินชีวิตได้

สุขภาวะทางสังคม หมายถึง การที่คนในสังคมมีความรักใคร่กลมเกลียว เอื้ออาทร และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เนื่องจากการอยู่ร่วมกันด้วยดี ปราศจากสัมพันธภาพที่ร้ายฉานของคนในครอบครัว ชุมชน และสังคม รู้จักแก้ปัญหาความขัดแย้งด้วยสันติวิธี

สุขภาวะทางปัญญา หมายถึง ความสุขที่เกิดจากรู้เท่าทันสิ่งต่างๆ และเข้าใจสรรพสิ่งตามความเป็นจริง เข้าใจถึงคุณค่าและความหมายของชีวิต จนเข้าถึงความดีงาม ความถูกต้อง มีคุณธรรม ลดความเห็นแก่ตัว ไม่ยึดมั่นถือมั่น

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาระดับสุขภาวะทางกาย จิต สังคม และปัญญาของสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ขอบเขตการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาวะ
  - 1.1 ความหมายสุขภาวะ
  - 1.2 องค์ประกอบของสุขภาวะ
  - 1.3 ปัจจัยกำหนดสุขภาวะ
2. เครือข่ายสัจจะฯ
  - 2.1 ความเป็นมาของเครือข่ายสัจจะฯ
  - 2.2 การบริหารจัดการเครือข่ายสัจจะฯ
  - 2.3 บริบทของเครือข่ายสัจจะฯ
3. เครือข่ายสัจจะฯลดรายจ่ายวันละ 1 บาทเพื่อสุขภาวะ

#### 1.แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาวะ

สุขภาวะเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นยิ่งต่อความเจริญงอกงามและพัฒนาการทุกๆ ด้านในตัวบุคคล สุขภาวะเป็นรากฐานที่สำคัญของการดำเนินชีวิตของบุคคลจึงเปรียบเสมือนวิถีแห่งชีวิตที่จะนำไปสู่ความสุขและความสำเร็จต่างๆ ในชีวิตได้

##### 1.1 ความหมายสุขภาวะ

ในอดีตคำว่า “สุขภาวะ” หมายถึง สุขภาพกายเป็นหลักที่เน้นการไม่มีโรคร้ายไข้เจ็บ ต่อมาจึงได้ให้ความหมายรวมถึงสุขภาพจิตร่วมด้วย เพราะคนที่มีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง แต่สุขภาพจิตเสื่อมโทรมหรือเป็นโรคจิตก็ไม่สามารถดำเนินชีวิตเป็นปกติสุขได้ และอาจจะทำร้ายผู้อื่นได้อีกด้วย สุขภาวะ (Well-Being) หรือสุขภาพ (Health) หมายถึง สภาวะของบุคคลที่แสดงถึงความรู้สึกมีความสุข ความสมบูรณ์ที่เกิดจากความสมดุลของร่างกาย จิตใจ สังคมและปัญญา ที่มี

ความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกันอย่างเป็นองค์รวม ไม่เพียงแต่ปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น (WHO, 1998; คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2552; ประเวศ วะสี, 2543; พระพรหมคุณาภรณ์, 2549) แม้แต่ผู้ป่วยเรื้อรัง คนพิการ หรือผู้ที่มีความบกพร่องทางร่างกายหรือทางจิตก็ยังสามารถบรรลุถึงสภาวะในขอบเขตศักยภาพของแต่ละบุคคลได้ (วิพุธ พูลเจริญ, 2544) โดยเน้นถึงความเป็นพลวัตของสุขภาพซึ่งมีนัยว่าสุขภาพมีการเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงและขึ้นกับเหตุปัจจัยอันสลับซับซ้อน ไม่ใช่เป็นภาวะที่คงที่ตายตัว หรือขึ้นกับเหตุปัจจัยเพียงอันใดอันหนึ่งเท่านั้น (Fernando et al, 1998 อ้างใน ทองหล่อ เดชไทย, 2550) สุขภาพมีความสำคัญทั้งในระดับบุคคล ระดับครอบครัว และระดับชุมชน ที่ช่วยให้บุคคล ครอบครัวและสังคมได้แสดงบทบาทหน้าที่และพัฒนาตนเองไปในทิศทางที่เหมาะสมได้ตามศักยภาพสูงสุดที่มีอยู่ เกิดความเข้มแข็ง และอยู่ร่วมกันอย่างสงบสุข สุขภาพจึงเป็นยอดปรารถนาของทุกคน ทุกครอบครัวและทุกสังคม (นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2548)

บุคคลสามารถทราบภาวะสุขภาพของตนเองได้จากการประเมินภาวะสุขภาพ การวัดสถานะสุขภาพ (Measurement of Health Status) เป็นการใช้อยู่ข้อมูลและวิธีการต่างๆ เพื่อให้ทราบถึงสภาวะหรือระดับสุขภาพของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล รวมทั้งปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสภาวะสุขภาพในระดับต่างๆ เพื่อการแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาด้านสุขภาพ (พรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์ และอังสนา บุญธรรม, 2545) จากการศึกษาดัชนีวัดสถานะสุขภาพอดีตถึงปัจจุบันของพรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์ และอังสนา บุญธรรม (2545) พบว่าดัชนีที่ใช้วัดสถานะสุขภาพตามมิติต่างๆของสุขภาพประกอบด้วยดัชนี 2 กลุ่ม คือ ดัชนีสุขภาพเชิงลบและดัชนีสุขภาพเชิงบวก โดยดัชนีสุขภาพเชิงลบเป็นการวัดความสามารถหรือศักยภาพขององค์ประกอบต่างๆของระบบที่สำคัญของร่างกายในการทำงานว่ามีความปกติหรือผิดปกติมากน้อยเพียงใด ซึ่งความผิดปกติหรือความสามารถที่ลดลงนั้นอาจเกิดจากการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุจากสาเหตุต่างๆ ในแต่ละช่วงชีวิตของบุคคล ดัชนีชี้วัดสุขภาพเชิงบวกเป็นการวัดสถานะสุขภาพที่นอกเหนือไปจากด้านของการสูญเสีย เช่น การเจ็บป่วย หรือ การตาย เนื่องจากได้เป็นที่เข้าใจโดยทั่วไปว่า สุขภาพนั้นมีได้หมายความว่าไม่เจ็บป่วยเท่านั้น แต่ครอบคลุมศักยภาพของการดำเนินชีวิตที่มีคุณค่าต่อตนเอง และสังคมด้วย สุขภาพเป็นมิติหนึ่งที่มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิต ดังนั้นการวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Healthrelated Quality of Life หรือ HRQOL) จึงมีความจำเป็นและเป็นผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่สำคัญมากอย่างหนึ่ง นอกเหนือจากอายุขัย (Life Expectancy) หรือการมีชีวิตรอด (Survival) โดยคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพเป็นผลลัพธ์ที่ไม่สามารถมองเห็นได้จากผลทางคลินิกหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพียงอย่างเดียว การประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพมีความสำคัญอย่างมากในอันที่จะเข้าใจว่าโรคและการรักษามีผลกระทบอย่างไรต่อชีวิตของผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ป่วยเอง (Patient Perspective) ซึ่งตรงกับแนวความคิดของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (พรธรรณีทิพา ศักดิ์ทอง, 2550) โดยการประเมิน

สุขภาพส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญกับสุขภาวะทางกาย คือ การมีร่างกายที่แข็งแรง ปัญหาสุขภาพ การตรวจสุขภาพ เช่น ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับโคเลสเตอรอล ในเลือด สุขภาวะทางจิต คือสภาพจิตใจที่เป็นปกติ ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต อาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับ อาการซึมเศร้า สุขภาวะทางสังคม คือการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี สามารถอยู่ร่วมและปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ การยอมรับทางสังคม สุขภาวะทางปัญญา คือความเคร่งศาสนา มีจิตสำนึกสาธารณะ ยึดมั่นในศีลธรรมความดีงาม ความรู้สึกเป็นสุขเมื่อช่วยเหลือผู้อื่น (สุริศา ถ่ามซ้าง และคณะ, 2549; สุนิศา พรหมตรัง, 2549; รศรินทร์ เกรย์ ประเวศ ดันติพิวัฒนสกุล และเรวดี สุวรรณพเก้า, 2553)

## 1.2 องค์ประกอบของสุขภาวะ

สุขภาวะมีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะทางปัญญา

### 1.2.1 สุขภาวะทางกาย (Physical Health)

สุขภาวะทางกายเป็นส่วนหนึ่งของสุขภาวะซึ่งสภาพร่างกายของคนเราเป็นตัวชี้วัดที่เห็นได้ชัดเจนและง่ายกว่าสุขภาพในมิติอื่นๆ การที่คนเรามีสุขภาวะทางกายที่สมบูรณ์แข็งแรงย่อมส่งผลให้สุขภาพจิตตามไปด้วย สุขภาวะทางกาย หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีความสมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลัง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ เนื่องจากอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เกื้อกูลต่อสุขภาวะและปลอดภัยจากภัยอันตราย มีปัจจัยสี่เพียงพอต่อการดำเนินชีวิต มีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ถูกต้องไม่เป็นอันตรายต่อร่างกาย และสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ประเวศ วัชชี, 2543; พระไพศาล วิสาโล, 2553; สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2550) สภาพทางร่างกายและพฤติกรรมของมนุษย์เป็นเครื่องมือชี้วัดที่เห็นได้ชัดเจน และง่ายกว่าสุขภาพในมิติอื่นๆ การประเมินสุขภาพของคนในสังคมจึงมักเริ่มต้นจากการประเมินสุขภาพร่างกายและพฤติกรรม ในอดีตมองความสำคัญของสุขภาพกายในรูปของการมีชีวิตอยู่ยาวนานจนแก่เฒ่า ปลอดภัยจากโรคภัยไข้เจ็บ มีครอบครัวที่อบอุ่น และสามารถสืบต่อลูกหลานและเครือข่ายขยายวงศ์ตระกูลต่อไป การประเมินภาวะสุขภาพที่แสดงทั้งภาวะสุขภาพกายเชิงบวกและเชิงลบจึงปรากฏอยู่ในความคาดหวังของสังคมไทยมาช้านานแล้ว สุขภาวะทางกายนั้นพิจารณาได้จากลักษณะและขนาดของร่างกาย สมรรถนะ การรับรู้จากการสัมผัสทางกาย การเจ็บป่วยและความผิดปกติทางกาย สมรรถนะกำลังกาย สมรรถนะในการฟื้นตัวจากการเจ็บป่วย และสมรรถนะในการดำเนินภารกิจการทำงาน (วิพุธ พูลเจริญ, 2544)

สุขภาพของบุคคลเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมต่างๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน และสุขภาพของบุคคลเป็นผลของพฤติกรรม เกิดขึ้นในทุกวัยของชีวิตตั้งแต่เกิดจนถึงวัยชรา พฤติกรรมบางอย่างมีความใกล้ชิดกับสุขภาพมากและสามารถใช้เป็นตัวชี้วัดในการทำนายปัญหาสุขภาพของบุคคลได้ ในการพัฒนาสุขภาพเพื่อสร้างสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง จึงเน้นการติดตาม เฝ้าระวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหาและปัจจัยหลักของสุขภาพที่สำคัญ ครอบคลุมพฤติกรรม การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การเสพยาเสพติด พฤติกรรมทางเพศ ความเครียดและภาวะสุขภาพจิต การบริโภคอาหาร ผลิตภัณฑ์และเทคโนโลยีสุขภาพ และการดูแลสิ่งแวดล้อม เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการลดการเกิดโรค ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการพิการ ลดการตาย และลดภาระค่าใช้จ่าย (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ดติง และคณะ (2542) ที่พบว่าปัญหาสุขภาพและอนามัยของมนุษย์ที่เกิดขึ้น ส่วนใหญ่มักเกิดจากพฤติกรรมของมนุษย์เป็นหลัก เช่น พฤติกรรมบริโภค พฤติกรรมการทำงานและความปลอดภัย พฤติกรรมความเครียด พฤติกรรมทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลเด็กและผู้สูงอายุ จากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เปลี่ยน ไปหันมานิยมอาหารสำเร็จรูป อาหารฟาสต์ฟู้ด ขนมขบเคี้ยว น้ำอัดลม ซึ่งผู้ผลิตได้เพิ่มรสชาติหวาน มัน เค็มในปริมาณที่เพิ่มขึ้น พบว่าคนไทยบริโภคน้ำตาลและโซเดียมเพิ่มขึ้นเกินกว่าเกณฑ์มาตรฐาน 3.4–5.6 เท่า และ 1.4–2.3 เท่า ส่วนใหญ่มาจากการบริโภคเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม อาหารและขนม ผลิตภัณฑ์นมปรุงแต่งรสหวาน และมาจากผลิตภัณฑ์ เครื่องปรุงรส น้ำปลา ซีอิ๊ว เกลือ กะปิ ซอสหอยนางรม ตามลำดับ ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน เบาหวาน ไต หัวใจ เส้นเลือดอุดตัน ความดันโลหิตสูง และโรคมะเร็ง (สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554) จากการสำรวจสุขภาพของประชาชนไทยในปี 2551–2552 พบว่าคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีความชุกของการสูบบุหรี่ร้อยละ 23.7 (12 ล้านคน) ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 19.9 (10 ล้านคน) ลดลงจากปี 2546 – 2547 ที่มีความชุกถึงร้อยละ 25.3 โดยมีแนวโน้มการเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุน้อยลง อายุเฉลี่ย 18.6 ปี ในชายอายุเฉลี่ย 17.7 ปี หญิงอายุเฉลี่ย 26.6 ปี (ที่มา: กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง) ซึ่งการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคร้ายที่สำคัญคือ โรค มะเร็งปอด กล้องเสียง และหลอดเลือด (สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554)

โดยสรุปจะเห็นว่าสุขภาพทางกายเป็นการรับรู้สภาพด้านร่างกาย ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับวิถีการดำเนินชีวิต สุขภาพทางกายมีผลมาจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิต พฤติกรรมที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การพักผ่อนนอนหลับเพียงพอ การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ พฤติกรรมที่ทำลายสุขภาพ เช่น การ

รับประทานอาหารไขมัน/น้ำตาลสูง การรับประทานอาหารรสเค็มจัด การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น นอกจากนี้การมีสุขภาพกายดียังมีผลจากการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เกื้อกูลปลอดภัยต่อสุขภาพ

### 1.2.2 สุขภาวะทางจิต (Mental Health)

สุขภาพจิตเป็นส่วนหนึ่งของสุขภาพ การเจ็บป่วยทางกายและทางจิตมีความสัมพันธ์กันไม่สามารถแยกกันโดยเด็ดขาด การเจ็บป่วยทางกายโดยเฉพาะโรคที่เป็นเรื้อรังหรือรักษาไม่หายขาด มักมีผลกระทบต่อสุขภาพจิต ในทางกลับกันการมีสุขภาพจิตที่ดีจะเป็นผลดีกับสุขภาพทางกายด้วย สุขภาวะทางจิต หมายถึง การดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นสุข ความสมบูรณ์ของจิตใจที่ปราศจากอาการผิดปกติต่างๆ อาทิโรคจิตหรือโรคประสาท มีความมั่นคงทางอารมณ์ มีความสามารถในการปรับตัวได้ตามสภาวะแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้าง สามารถทำตนให้มีคุณค่าต่อตนเองและมีประโยชน์ต่อสังคมได้ดี และมีวิธีการจัดการกับตนเองได้อย่างเหมาะสมในสังคมโดยไม่มีข้อขัดแย้งภายในจิตใจ (มารยาท รุจิวิทย์, 2548; จำลองรัตนวิวัฒน์, 2536) นอกจากนี้อาจพิจารณาผู้ที่มีสุขภาพจิตได้จากความพึงพอใจในชีวิต การยอมรับความจริงของชีวิต รู้จักควบคุมตนเอง การรู้จักปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ดี แก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้ดี สามารถจัดระเบียบชีวิตของตนเองได้เหมาะสม มีความมั่นคงทางอารมณ์ มีความสุขในชีวิต พฤติกรรมต่างๆ ที่แสดงออกของคนในสังคมครอบคลุมหลายด้าน ประกอบด้วยด้านปัญญา ความคิด ความเข้าใจ ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ของตนที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น ด้านประสบการณ์ทางอารมณ์ คือ สามารถเผชิญกับความตึงเครียดและภาวะกดดันได้ การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้าหรือกังวล ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม คือสามารถเข้ากับผู้อื่นได้ ไม่เก็บตัวอยู่คนเดียว ด้านการทำงาน ได้แก่เต็มตามความสามารถ เลือกออาชีพได้ตรงกับความสามารถ รวมไปถึงการรู้จักตนเอง ภาควิชาจิตในสิ่งดีๆ ที่ตนมีอยู่ (พงศ์เทพ สุธีรุฒิ และยูซุฟ นิมะ, 2552; วิพุธ พูลเจริญ, 2544; สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ, 2540) ซึ่งสอดคล้องกับอภิชัย มงคล และคณะ (2551) ที่กล่าวว่าสุขภาพจิตเป็นความสมดุลระหว่างสังคม ร่างกาย จิตใจและอารมณ์ มีความสามารถในการจัดการกับปัญหาในการดำเนินชีวิตปรับตัวได้ดีในสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลง สามารถสร้างสรรค์ผลงานที่ดี และเสถียรเพื่อสังคม



ปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในประเทศไทยมีปัญหาที่รุนแรงขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม จากการสำรวจของกรมสุขภาพจิตพบว่า ในปี 2553 คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีคะแนนสุขภาพจิตอยู่ที่ 33.30 คะแนน ซึ่งอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้สำหรับสุขภาพจิตของคนทั่วไป (27.01-34 คะแนน) และในจำนวนนี้เป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปร้อยละ 11.2 และผู้ที่สูงกว่าคนทั่วไปร้อยละ 37.2 โดยผู้ที่มีอายุ 40-59 ปี เป็นกลุ่มที่มีสุขภาพจิตสูงสุดเป็นอันดับหนึ่ง ซึ่งอาจจะเป็นไปได้ว่ากลุ่มอายุนี้มีอาชีพและความมั่นคงทางการเงินมากกว่ากลุ่มอายุอื่น สำหรับกลุ่มคนสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่น ถึงแม้ว่ามีคะแนนสุขภาพจิตต่ำสุด แต่สุขภาพจิตของกลุ่มนี้ในรอบ 3 ปีก็ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด อย่างไรก็ตาม คะแนนสุขภาพจิตในปี 2553 ของทั้งชายและหญิง และทุกกลุ่มอายุต่างก็ดีขึ้นกว่าปี 2551 และ 2552 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553)

โดยสรุปสุขภาพจิตเป็นองค์ประกอบที่สำคัญเพราะเมื่อเกิดปัญหาต่อสุขภาพจิตก็จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพด้านอื่นๆตามไปด้วย สุขภาวะทางจิต เป็นการรับรู้ถึงสภาพจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกหุดหู่ เศร้าหรือท้อแท้สิ้นหวัง รู้สึกเบื่อทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน ความรู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ เครียดจากการใช้ชีวิต ความรู้สึกดิ่งเครียดจนทำอะไรไม่ได้ ความรู้สึกมีความหวัง ความพึงพอใจในชีวิต ความสามารถในการจัดการความเครียด ความสามารถในการเผชิญหน้ากับปัญหาต่างๆ ความสามารถในการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ และการควบคุมอารมณ์ของตนเอง

### 1.2.3 สุขภาวะทางสังคม (Social Health)

สุขภาวะทางสังคม หมายถึง สุขภาวะที่เกิดจากการอยู่ร่วมกันด้วยดีของกลุ่มคนในขนาดและลักษณะต่างๆ เช่น ในครอบครัว ในชุมชน ในสถานที่ทำงาน ในเมือง ในสังคมขนาดใหญ่ หรือประเทศ และการอยู่ร่วมกันด้วยดีทั้งโลก โดยมีความรักใคร่กลมเกลียว เอื้ออาทรและช่วยเหลือกัน รวมทั้งการบำเพ็ญประโยชน์ต่อผู้อื่น ไม่มีการทะเลาะวิวาท ทำร้ายกัน รู้จักแก้ปัญหาความขัดแย้งด้วยสันติวิธี นำมาซึ่งการมีครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรม มีความเสมอภาค มีภราดรภาพ และสันติภาพ มีสวัสดิภาพในชีวิต (ประเวศ วะสี, 2545; สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2550; พระไพศาล วิสาโล, 2553) มนุษย์ไม่มีทางสร้างความสุขที่แท้จริงและยั่งยืน โดยคิดถึงแต่ความสุขของตนเอง โดยไม่นึกถึงความสุขร่วมกันของครอบครัว ชุมชน เพื่อนร่วมงาน ของสังคมทั้งหมด และของโลกทั้งหมด เพราะทั้งหมดเชื่อมโยงเป็นหนึ่งเดียว (ประเวศ วะสี, 2545) กลไกทางสังคมและเศรษฐกิจเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบอย่างกว้างขวาง ก่อให้เกิดความเสื่อมถอยของความสัมพันธ์ระหว่างคนในสังคม ชุมชน และครอบครัว สุขภาพดีเป็นผลจากสังคมดี ในสังคมที่ดีมีคน

เจ็บป่วยน้อยและหายเร็ว เพราะสังคมที่พัฒนาอย่างมีคุณภาพ มีภัยที่คุกคามต่อสุขภาวะนั้นน้อย และสุขภาพของทุกคนได้รับการดูแลรักษาอย่างทั่วถึงและเพียงพอ ในขณะที่สังคมที่พัฒนาอย่างขาดคุณภาพทำให้สุขภาพเสื่อมถอย ครอบครัวและชุมชนล่มสลาย สิ่งแวดล้อมทรุดโทรมเกิดความยากจน ความขัดแย้ง ความรุนแรง และความทุกข์ สุขภาวะของบุคคลไม่ว่าจะเป็นด้านกาย ใจ สังคม หรือจิตวิญญาณจึงเป็นผลลัพธ์มาจากระบบสังคม สุขภาพดีเป็นผลจากการมีสังคมที่ดี คือสังคมที่เป็นธรรม เอื้อเพื่อเกื้อกูลกัน ไม่กดขี่หรือเอารัดเอาเปรียบกัน เคารพในคุณค่าความเป็นมนุษย์เสมอกัน ไม่เบียดเบียนตนเอง ผู้อื่นและไม่เบียดเบียนธรรมชาติ (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10, 2549) โดยให้ความสำคัญกับการอยู่ในสังคมที่มีความปลอดภัยจากอาชญากรรมและความรุนแรงที่ก่อให้เกิดการทำร้ายทางเพศและการทำลายทรัพย์สิน ได้รับการศึกษาในระบบโรงเรียนไม่น้อยกว่า 12 ปี และมีโอกาสได้เรียนต่อเนื่องตลอดชีวิต เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและมีทักษะการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสม ประกอบอาชีพที่สุจริตและมีรายได้เพียงพอต่อการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข มีที่อยู่อาศัยที่ถูกต้องสุขลักษณะอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี (กระทรวงสาธารณสุข, 2548)

โดยสรุปสุขภาวะทางสังคมเป็นความสามารถในการอยู่ร่วมกันด้วยดีในครอบครัวและชุมชน มีความรักใคร่ ความเข้าใจ เอาใจใส่ดูแลซึ่งกันและกัน การมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาในชุมชนและความรู้สึกผูกพันกับชุมชนของตน รู้จักแก้ปัญหาความขัดแย้งด้วยสันติวิธี และสามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมทางสังคมได้

#### 1.2.4 สุขภาวะทางปัญญา (Spiritual Health)

สุขภาวะทางปัญญา หมายถึง การมีความสุขหรือสันติสุขภายในด้วยการมีสติและปัญญาสมบูรณ์ มีความฉลาดรู้เท่าทันสิ่งต่างๆ เข้าใจสรรพสิ่งตามความเป็นจริง เข้าถึงความดีงามถูกต้อง มีคุณธรรม และไม่เห็นแก่ตัว ช่วยให้ดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข รู้จักคิดหรือพิจารณาด้วยเหตุผลจนสามารถแก้ปัญหาหรือหลุดพ้นจากความทุกข์ ตลอดจนรู้จักดำเนินการต่างๆ ให้สำเร็จได้ด้วยวิธีการแห่งปัญญา สามารถเป็นที่พึ่งของตนเองได้ (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2550; พระไพศาล วิสาโล, 2553) สุขภาวะทางปัญญายังเป็นภาวะที่เรามองโลกในเชิงบวก รู้จักเปลี่ยนทุกข์ให้เป็นสุขได้ สามารถมองเห็นความจริงในชีวิตโดยปราศจากความยึดมั่นถือมั่นจนนำไปสู่การถืออาทร สมานฉันท์ช่วยเหลือเกื้อกูล มีเมตตากรุณา นำไปสู่การอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข (พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ, 2552) จะเห็นว่าสุขภาวะทางปัญญาเป็นสุดยอดของสุขภาวะทั้งหมด เป็นสิ่งที่ครอบคลุมและเชื่อมโยงกับสุขภาพในอีกสามด้าน ทั้งด้านกาย จิต และสังคม เพราะปัญญาเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยยึดกุมสุขภาวะ

ในด้านอื่นๆ ให้ปรับตัวประสานกันอย่างครอบคลุมและครบถ้วนทั้งในระดับบุคคล และในระดับสังคม หากขาดสุขภาวะทางปัญญาอาจเป็นการยากที่สุขภาวะองค์รวมจะเกิดขึ้นได้ (วิพุธ พูลเจริญ, 2544) ปัญหาสุขภาวะทางปัญญาของสังคมที่เกิดขึ้นมากในขณะนี้ คือ การหลงอารมณ์ เราเชื่อว่าจิตมีหน้าที่ รู้แต่ไม่รู้ทันอารมณ์ การมีสุขภาวะทางปัญญาเราต้องรู้เท่าทันอารมณ์ที่มากระทบ ชีวิตคือกระแสแห่งการเปลี่ยนแปลง แต่หากเราอยากให้มันไม่เปลี่ยนแปลง อาการอย่างนี้ทำให้เราเกิดการยึดมั่นถือมั่น ถ้าเรารู้เท่าทันกระแสแห่งการเปลี่ยนแปลงเราจะตัดความยึดมั่นถือมั่น ซึ่งเป็นเหตุแห่งความทุกข์ เราสามารถรู้เท่าทันทุกเรื่องได้ ไม่หลงเพลินในความรู้สึก เราก็จะหลุดพ้นจากทุกข์ (แม่ชีคันสนีย์ เสถียรสุด, 2544) อารมณ์ เชื้อประไพศิลป์ (2546) ได้สรุปกรอบแนวคิดของสุขภาวะทางปัญญาเพื่อเป็นแนวทางในการประเมินสุขภาวะทางปัญญา โดยแบ่งออกเป็น 3 มิติ คือ มิติที่มีความสัมพันธ์กับศาสนา (Connectedness to Religion) เช่น ความเชื่อ ความศรัทธา ใ้วางใจ ความรัก ความดี คุณค่า ความงาม ความหวัง มิติเกี่ยวกับปรัชญาของชีวิต จุดมุ่งหมายของชีวิต เช่น จุดมุ่งหมายสูงสุดในชีวิต ความจริงสูงสุด ความเข้าใจตามความเป็นจริง มิติที่เป็นความรู้สึก การแสดงออก พฤติกรรม เช่น ความผาสุก ความอ่อนน้อม กตัญญู ความเมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา ความสดชื่นเบิกบาน แจ่มใส ปิติยินดี สงบเย็น เป็นสุข ไม่เศร้าหมอง มีน้ำใจ ช่วยเหลือให้อภัย สังคมไทยกำลังต้องการภูมิคุ้มกันความทุกข์ ไม่มีอะไรที่จะเสริมสร้างภูมิคุ้มกันความทุกข์ได้เข้มแข็งดีเท่ากับสุขภาวะทางปัญญา สุขภาวะทางปัญญาจะช่วยให้ผู้คนบรรลุถึงความสุขที่แท้จริง คือความสุขที่เกิดจากการมีทัศนคติที่ถูกต้อง รู้เท่าทันความจริงของชีวิตและโลก สามารถคิดแก้ปัญหาความทุกข์ได้ด้วยปัญญารวมทั้งมีความสุขจากการดำเนินชีวิต จากการเป็นผู้ให้และการทำความดี มีจิตอาสาเพื่อคนอื่นและส่วนรวม โดยให้ความสำคัญกับการลด ละ เลิกอบายมุขและสิ่งเสพติด มีความรู้ รักสามัคคี มีความเอื้อเฟื้อเกื้อกูลกัน มีสติและปัญญาแก้ไขปัญหาคความขัดแย้งรุนแรงต่างๆด้วยเหตุผลและสันติวิธี ยึดมั่นในหลักศาสนาและวัฒนธรรมที่ดีงาม (กระทรวงสาธารณสุข, 2548)

โดยสรุปสุขภาวะทางปัญญา เป็นการรับรู้ถึงความสุขที่เกิดจากการรู้เท่าทันสิ่งต่างๆ และเข้าใจสรรพสิ่งตามความเป็นจริง เข้าใจถึงคุณค่าและความหมายของชีวิต จนเข้าถึงความดีงาม ความถูกต้อง มีคุณธรรม ลดความเห็นแก่ตัว ไม่ยึดมั่นถือมั่น เป็นสุขภาวะที่สำคัญและมีผลต่อสุขภาวะทางกาย จิต และสังคม

### 1.3 ปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health Determinant)

ปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health Determinants) หมายถึง สิ่งใดๆก็ตามที่เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางบวกและทางลบแล้วมีผลต่อสุขภาพ ปัจจัยกำหนดสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความสุข หรือความสุขที่เกิดขึ้นในชีวิตที่ดำรงอยู่ของมนุษย์ ปัจจัยกำหนดสุขภาพสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ปัจจัย คือ บุคคล สิ่งแวดล้อม และระบบกลไกการดำเนินงาน (พงค์เทพ สุธีรวิมล, 2554)

1. ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล เป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคลโดยตรง เนื่องจากเป็นลักษณะภายในของบุคคลที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมด้านต่างๆออกมา ทำให้บุคคลเกิดความเข้าใจที่จะรับรู้ต่อสิ่งนั้น การที่บุคคลจะมีสุขภาพดีหรือไม่ดีขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล เนื่องจากสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของบุคคลได้ดี ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคลที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ ได้แก่ พันธุกรรม อายุและเพศ ปัจจัยจิตใจ และพฤติกรรมของบุคคล (นิตยา เพ็ญศิริินภา, 2548; สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2550) ดังนี้

1.1 พันธุกรรม พันธุกรรมเป็นสิ่งที่กำหนดภาวะสุขภาพของบุคคลตั้งแต่แรกเกิด ซึ่งอาจถ่ายทอดมาจากบรรพบุรุษ หรือเกิดจากความผิดปกติของโครโมโซมขณะที่อยู่ในครรภ์ของมารดา มีการแฝงไปด้วยปัจจัยที่กำหนดรูปร่าง หน้าตา ผิว ภูมิคุ้มกัน อารมณ์ นิสัย และการเกิดโรคก็อาจมีผลมาจากพันธุกรรมที่ได้รับการถ่ายทอด เช่น ความดันโลหิตสูง หากบุคคลมีพันธุกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแล้วมีพฤติกรรมเสี่ยงก็จะมีโอกาสการเกิดโรคได้สูง (นิตยา เพ็ญศิริินภา, 2548; สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2550)

1.2 อายุและเพศ เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรค เป็นปัจจัยที่ควบคุมกำหนดพัฒนาการ ประสบการณ์เรียนรู้ ประสบการณ์ชีวิต พฤติกรรม และบทบาทในครอบครัวและสังคม ช่วงวัยที่ต่างกันมีโอกาสเกิดโรคที่แตกต่างกัน เพศที่ต่างกันมีโอกาสเกิดโรคที่ต่างกัน (นิตยา เพ็ญศิริินภา, 2548; สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2550) จากการศึกษาของจักรรินทร์ สีมา (2552) พบว่าบุคคลที่มีอายุเพิ่มขึ้นย่อมมีทักษะในการดูแลสุขภาพดีขึ้น ประกอบกับความเสื่อมโทรมของอวัยวะและสมรรถภาพการทำงานที่ลดลง ทำให้บุคคลที่มีอายุมากขึ้นมีการใส่ใจสุขภาพมากขึ้นตามไปด้วย

1.3 ปัจจัยจิตใจ ครอบคลุมการรับรู้ ความเชื่อ ทักษะคิด ค่านิยม แรงจูงใจ ซึ่งเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคล ที่จะก่อให้เกิดการมีสุขภาพของบุคคล การมีเจตคติและค่านิยมที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลเสียก็จะเกิดกับสุขภาพ (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2550)

1.4 ปัจจัยพฤติกรรม พฤติกรรมเป็นปฏิกริยาของบุคคลที่แสดงออกมาให้สังเกตเห็นได้ หรืออาจเป็นพฤติกรรมภายในที่สังเกตไม่ได้แต่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการแสดงออก หรือการดำเนินชีวิตของบุคคล (นิคยา เพ็ญศิริณา, 2548) พฤติกรรมของบุคคลนั้นมีอิทธิพลต่อสุขภาพของตนเองและคนอื่น โดยจะก่อให้เกิดผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัว หรือชุมชน (สุรเกียรติ์ อาชานานุกาพ, 2550) พฤติกรรมแบ่งออกได้เป็น 2 พฤติกรรม คือ พฤติกรรมเสริม เป็นการสร้างเสริมสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารเสริม เป็นต้น และพฤติกรรมเสี่ยง เป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติแล้วอาจนำไปสู่การเกิดอันตรายต่อชีวิตและสุขภาพของตนเองและผู้อื่น เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา เป็นต้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553) การที่บุคคลมีพฤติกรรมที่เหมาะสมเกี่ยวกับการดำรงชีวิตในทุกมิติคนๆ นั้นก็จะมีความสุข

2.ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สภาพสิ่งแวดล้อมเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่กำหนดสุขภาพ โดยสามารถจำแนกเป็นสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ และสิ่งแวดล้อมทางสังคม

2.1 สิ่งแวดล้อมทางด้านกายภาพ เป็นสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติที่อยู่รอบตัวมนุษย์ซึ่งสามารถกำหนดสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน ทั้งในด้านบวกและลบ ได้แก่ สภาพภูมิศาสตร์ ส่งผลต่อภาวะโภชนาการที่ดีหรือการขาดแคลนอาหาร ภูมิอากาศที่เหมาะสม การปนเปื้อนของสารเคมีและเชื้อโรคในดิน น้ำและอากาศ ภาวะอากาศร้อนหรืออุณหภูมิโลกที่สูงขึ้น ส่งผลต่อสภาวะภูมิอากาศแปรปรวน เชื้อโรคมัลติการเจริญเติบโตได้มากขึ้นและเร็วขึ้น (นิคยา เพ็ญศิริณา, 2548; สุรเกียรติ์ อาชานานุกาพ, 2550)

2.2 สิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ เป็นสิ่งมีชีวิตที่อยู่รอบตัวมนุษย์ เช่น เชื้อโรค ซึ่งเป็นสาเหตุของการติดเชื้อและมะเร็งบางชนิด เช่น มะเร็งตับ มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งต่อมน้ำเหลือง มะเร็งปากมดลูก พืช ได้แก่ ต้นไม้ สมุนไพร ผักผลไม้ที่เป็นอาหารสุขภาพ รวมทั้งพืชบางชนิดที่เป็นพิษต่อสุขภาพ สัตว์ ซึ่งเป็นแหล่งสารอาหารที่สำคัญของมนุษย์ และเป็นพิษภัยต่อสุขภาพ เช่น สุนัขบ้า สัตว์มีพิษ (สุรเกียรติ์ อาชานานุกาพ, 2550)

2.3 สิ่งแวดล้อมทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคล โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้และการจัดเกลาทางสังคมในรูปแบบของพฤติกรรมที่แสดงออกไปตามบทบาท สถานภาพ สถานะทางสังคมของแต่ละสังคม ประกอบด้วยลักษณะโครงสร้างของครอบครัว เครือข่ายทางสังคม สภาพทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยที่มีผลต่อวิถีชีวิตของบุคคล โดยพบว่าผู้ที่มีรายได้สูงจะมีสถานะสุขภาพที่ดีกว่าและมีอายุที่ยืนยาวกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ โดยมีศาสนาและวัฒนธรรมเป็นบรรทัดฐานในการดำเนินชีวิต สร้างความเป็นระเบียบและมั่นคงทางจิตใจ เป็นที่พึ่งและกำลังใจในการดำเนินชีวิตสู่สุขภาพ การเมืองการปกครอง การศึกษาและเทคโนโลยีการสื่อสารเข้ามามีบทบาท

ในการสื่อสารติดต่อและถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารความรู้ทางการแพทย์และสาธารณสุข นำไปสู่การพัฒนาสุขภาพและความต้องการทางสุขภาพได้อย่างกว้างขวางและมีประสิทธิภาพ (นิตยา เพ็ญศิริินภา, 2548; ศิริศักดิ์ สุนทรไชย, 2550) Laretta และคณะ (1982) กล่าวว่าวัฒนธรรมและขนบธรรมเนียม ประเพณี บางวัฒนธรรมจะช่วยประคับประคองและมีกิจกรรมที่ช่วยลดความรุนแรงของความเครียดลง

3. ปัจจัยด้านระบบกลไกการดำเนินงาน การทำงานร่วมกันของแต่ละหน่วยงาน (บุคคล กลุ่ม หน่วยงาน และองค์กรต่างๆ) ในระบบ (ในพื้นที่ และหน่วยปฏิบัติการ) โดยมีปฏิสัมพันธ์ ร่วมกันในการทำงานแต่ละขั้นตอนอย่างชัดเจน เป็นการทำงานอย่างต่อเนื่องเพื่อจะให้งานสำเร็จตามประสงค์ได้ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ เนื่องระบบกลไกการดำเนินงานสามารถช่วยลดการสัมผัสกับปัจจัยเสี่ยง และความรุนแรงของโรคและความพิการ รวมถึงเป็นการป้องกันโรคด้วย ตัวอย่างเช่นกลไกในระบบการบริหารจัดการชุมชน ระบบการมีส่วนร่วม ระบบการเรียนรู้ของชุมชน ระบบการปกครองท้องถิ่น เป็นต้น ซึ่งกลไกดังกล่าวจะส่งผลต่อประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และคุณภาพของการจัดการสุขภาวะของชุมชน มีผลต่อเนื่องถึงเรื่องความเท่าเทียม ความเสมอภาค ความเหลื่อมล้ำ (พงค์เทพ สุธีรัฐ, 2554; เขาวภา ตี้อัชสุวรรณ, 2555) โดยสามารถพิจารณาปัจจัยด้านระบบกลไกการดำเนินงานที่มีผลต่อสุขภาพประกอบด้วย 3 ด้าน คือ (เขาวภา ตี้อัชสุวรรณ, 2555)

3.1 ปัจจัยนำเข้า หมายถึงทรัพยากรสุขภาพ ได้แก่ ความพอเพียงและการกระจายของกำลังคนด้านสุขภาพ การกระจายสถานบริการสาธารณสุข เทคโนโลยีด้านสุขภาพ และรายจ่ายด้านสุขภาพ (นิตยา เพ็ญศิริินภา, 2548; เขาวภา ตี้อัชสุวรรณ, 2555)

3.2 การบริหารจัดการ ได้แก่ การจัดบริการสุขภาพต้องครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรงและป้องกันการเกิดโรคเป็นหลัก (นิตยา เพ็ญศิริินภา, 2548; เขาวภา ตี้อัชสุวรรณ, 2555)

3.3 สมรรถนะของระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงบริการ ประสิทธิภาพ และคุณภาพของการให้บริการสุขภาพ และความเป็นธรรมของบริการ ความเป็นธรรมของการใช้บริการสุขภาพ ความเป็นธรรมของผลลัพธ์ของบริการสุขภาพ และความเป็นธรรมของภาระรายจ่ายสุขภาพ (นิตยา เพ็ญศิริินภา, 2548; เขาวภา ตี้อัชสุวรรณ, 2555)

## 2. เครือข่ายสังคม

### 2.1 ความเป็นมาของเครือข่ายสังคม

ความเป็นมาของเครือข่ายสังคมเกิดเนื่องจากสวัสดิการเป็นสิ่งที่ทุกคนจะต้องเข้าถึงและพึงได้รับ เนื่องจากเป็นสิทธิพื้นฐานทางสังคม การมีสวัสดิการเป็นการสร้างหลักประกันเพื่อความมั่นคง และความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นของคนในสังคม การจัดสวัสดิการในสังคมยังไม่ครอบคลุมและไม่ทั่วถึง โดยเฉพาะอย่างยิ่งชาวไร่ ชาวนา แม่ค้ารายย่อย แรงงานนอกระบบในชนบทที่ยากลำบาก สวัสดิการ หรือที่มีอยู่ก็ยังไม่เพียงพอและยังไม่ทั่วถึง ส่งผลกดดันให้ภาคประชาชนต้องช่วยเหลือตนเอง โดยการจัดสวัสดิการชุมชนขึ้น สวัสดิการชุมชนนั้นมาจากฐานคิดที่ต้องการจะสร้างหลักประกันความมั่นคงและความมั่นคงของคนในชุมชน สร้างกระบวนการในการจัดการตนเอง โดยภาคส่วนต่างๆ เพื่อให้ความต้องการจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำเนินชีวิตตั้งแต่เกิดจนตายได้รับการตอบสนอง เป็นกระบวนการที่ไม่ได้มองเรื่องเงินเพียงอย่างเดียว แต่หมายถึงการดูแลเอื้อเฟื้อต่อกันผ่านรูปแบบที่หลากหลาย อาจอยู่ในรูปของสิ่งของ เงินทุน น้ำใจ การช่วยเหลือเกื้อกูลโดยมีลักษณะ “ให้อย่างมีคุณค่า รับอย่างมีศักดิ์ศรี” มีผลให้เกิดการเรียนรู้และนำสู่การพึ่งพาตนเองได้ ช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุข (สลิทธิชัย เชียงทอง และอินทรา วิทยสมบุรณ์, 2552, สุกัญญา โสจนาภิวัฒน์, 2553) ในอดีตที่ผ่านมการจัดสวัสดิการภาคประชาชนจะอาศัยดอกผลจากการกั๊ยืมเงินขององค์กรการเงินชุมชนมาจัดตั้งเป็นกองทุนสวัสดิการ ในปี พ.ศ. 2522 ครูชบ ยอดแก้วผู้นำแนวคิดกองทุนสวัสดิการชุมชน ได้ทดลองโครงการออมทรัพย์วันละ 1 บาท ที่โรงเรียนวัดน้ำขาว ใน เพื่อแก้ปัญหาเด็กนักเรียนที่ขาดแคลนอาหารกลางวันและชุดนักเรียน และแก้ปัญหาหนี้สินให้กับครูได้ในระดับหนึ่ง ทำให้ในโรงเรียนวัดน้ำขาวในมีกองทุนสวัสดิการจากการออมทรัพย์วันละ 1 บาท สำเร็จในปี พ.ศ. 2526 ขณะที่โรงเรียนมีเงินออมมากขึ้น ชาวบ้านกลุ่มหนึ่งจึงได้มาขอกู้เงินจากทางโรงเรียน แต่ครูชบ ยอดแก้วไม่ยินยอมเพราะเป็นเงินของเด็กนักเรียน ทำให้ชาวบ้านในชุมชนตำบลน้ำขาวเรียกร้องให้ครูชบ ยอดแก้วจัดตั้งกลุ่มออมทรัพย์ให้ชาวบ้าน จึงได้ทดลองโครงการกลุ่มสังคมออมทรัพย์แบบพัฒนาครอบครัวชีวิต โดยมีหลักเกณฑ์ว่าได้กำไรที่ได้จากการให้กู้ยืมเงินร้อยละ 50 ใช้ปีนผลให้ผู้ถือหุ้น ร้อยละ 50 นำมาตั้งเป็นกองทุนสวัสดิการให้แก่สมาชิก และนำดอกผลจากการให้กู้เงินกองทุนสวัสดิการมาจัดสวัสดิการการตาย การเจ็บป่วยเมื่อต้องนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล ครูชบ ยอดแก้วใช้เวลา 3 ปี (พ.ศ. 2526-2529) จึงจัดตั้งกลุ่มสังคมออมทรัพย์แบบพัฒนาครอบครัวชีวิตได้ครบทุกหมู่บ้าน จำนวน 11 กลุ่มในตำบลน้ำขาว ปัจจุบันมีกลุ่มเพิ่มขึ้น ครูชบ ยอดแก้วพยายามผลักดันนโยบายสมทบเงินกองทุนสวัสดิการภาคประชาชนจากภาครัฐแต่

พบว่ากลุ่มองค์กรการเงินส่วนใหญ่ให้ความสำคัญในเรื่องกองทุนสวัสดิการน้อย มักเน้นในเรื่องการปันผล อีกทั้งจากประสบการณ์การตั้งกลุ่มออมทรัพย์ พบจุดด้อยคือ มีการกู้ยืมเงินมาก การจัดสวัสดิการของกลุ่มต้องใช้เวลาานต้องรอให้มีเงินสวัสดิการที่มากพอ ซึ่งส่วนใหญ่ใช้เวลาอย่างน้อย 1 ปี จากเหตุผลดังกล่าวครูชบ ยอดแก้ว จึงปรับให้มีนวัตกรรมองค์กรการเงินชุมชนรูปแบบใหม่ โดยมุ่งเน้นการจัดทำสวัสดิการภาคประชาชน โดยให้ชื่อว่ากลุ่มกองทุนสัจจะวันละ 1 บาทเพื่อทำสวัสดิการชุมชน (ชบ ยอดแก้ว และคณะ, ม.ป.ป.)

กองทุนสัจจะฯ เป็นกระบวนการทางสังคมที่รวมกลุ่มคนที่ขาดหรือยังได้รับสวัสดิการจากภาครัฐยังไม่เพียงพอ ดำเนินการขับเคลื่อนโดยภาคประชาชนด้วยการสนับสนุนจากภาคีในส่วนของภาคการเมือง และการสนับสนุนด้านการพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้จากภาคีภาควิชาการ แนวคิดสัจจะวันละ 1 บาทเพื่อทำกองทุนสวัสดิการชุมชนเป็นการพัฒนาจริยธรรมคุณธรรม ตามกระแสพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช ซึ่งได้แก่ สัจจะ (การรักษาความสัตย์) ทมะ (การรู้จักข่มใจตน) ขันติ (การอดทน อดกลั้น) และจาคะ (การรู้จักเสียสละ) ให้เกิดขึ้นในตัวคน กระบวนการทำให้เกิดการรวมกลุ่มสร้างโอกาส และใช้เงินตราเป็นเครื่องมือพัฒนาคน ด้วยการพัฒนาคนแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและปัญญา เป็นการพัฒนาทุนทางสังคมในชุมชนที่มีอยู่ทั้ง 7 ทุน คือ ทุนคน ทุนภูมิปัญญา ทุนธรรมชาติ ทุนเวลา ทุนวัฒนธรรม ทุนแรงงาน และทุนเงินตรา ให้เกิดความสมดุลและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน เพื่อการบรรลุเป้าหมายของกองทุนสัจจะฯ คือ “การเกิดสังคมที่ดี และคนในสังคมมีความสุข” หรือสุขภาวะปรัชญาสำคัญของกลุ่มสัจจะวันละ 1 บาท เพื่อทำสวัสดิการภาคประชาชน คือ ใช้ทุนเงินเป็นเครื่องมือในการพัฒนาคนให้เป็นคนดี และมีปัญญา โดยใช้เงินเป็นเครื่องมือในกิจกรรมการออมเงินจากการลดรายจ่าย ตั้งเป็นกองทุนสวัสดิการเพื่อนำเงินมาช่วยเหลือเกื้อกูลกันในรูปแบบการจัดสวัสดิการ 9 เรื่องครอบคลุมการเกื้อกูลช่วยเหลือกันตลอดอายุขัยของชีวิตตั้งแต่เกิด แก่ เจ็บ ตาย อีกทั้งยังช่วยดูแลคนด้อยโอกาสในสังคมของตนให้มีชีวิตที่ดีขึ้น สวัสดิการคนทำงาน นอกจากนั้นยังมีสวัสดิการเงินกู้และเงินฝากซึ่งเป็นสวัสดิการที่เป็นแรงจูงใจให้คนมีการออมและการส่งคืนเงินกู้อย่างสม่ำเสมอ เพื่อแก้ปัญหาหนี้สินที่เป็นอยู่ จะเห็นได้ว่ากองทุนสัจจะฯ ไม่ใช่มีเพียงกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับเงินเท่านั้น แต่มีความเขยิบในการใช้ทุนเงินเป็นเครื่องมือในการพัฒนาทุนที่เหลือในชุมชนให้สมดุลเป็นการพัฒนาแบบบูรณาการไม่ได้แยกส่วน ซึ่งมีความแตกต่างกับกลุ่มองค์กรการเงินส่วนใหญ่ที่ให้ความสำคัญในเรื่องกองทุนสวัสดิการน้อยมาก แต่จะเน้นในเรื่องของการปันผลก่อให้เกิดการกู้ยืมเงินมากขึ้น ส่งผลให้เกิดปัญหาหนี้สินซ้ำซ้อนและปัญหาอื่นๆตามมา (ชบ ยอดแก้ว และคณะ, ม.ป.ป.)



## 2.2 การบริหารจัดการเครือข่ายสัจจะฯ

การขยายกองทุนสัจจะฯ ปัจจุบันครอบคลุมทุกตำบลในจังหวัดสงขลาและรวมตัวกันเป็นเครือข่ายสัจจะฯ ในนามสมาคมสวัสดิการภาคประชาชนสงขลา แนวคิดของเครือข่ายสัจจะฯ เพื่อทำสวัสดิการภาคประชาชน ใช้กระบวนการทางเศรษฐกิจ โดยใช้สวัสดิการเป็นเครื่องมือในการเปลี่ยนแปลงสังคม เป้าหมายคือพัฒนาคนให้เป็นคนดีและมีความสามารถ โดยใช้เงินเป็นเครื่องมือในกิจกรรมการออมเงินจากการลดรายจ่าย ตั้งเป็นกองทุนสวัสดิการเพื่อนำเงินมาช่วยเหลือเกื้อกูลกันในรูปแบบการจัดสวัสดิการ เป็นการให้อย่างมีคุณค่า รับอย่างมีศักดิ์ศรี เพื่อสร้างสังคมดีคนมีความสุข

### วัตถุประสงค์การพัฒนาคน

- 1) พัฒนาคนให้มีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บทุกชนิด เน้นอนามัยส่วนบุคคล อนามัยสิ่งแวดล้อม
- 2) พัฒนาคนให้มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ เน้นการทำงานพื้นฐานอาชีพ
- 3) พัฒนาคนให้เป็นประชาธิปไตย อันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข

การบริหารจัดการคน คนในบริบทของเครือข่ายสัจจะฯสามารถจำแนกออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ คณะกรรมการบริหารเครือข่ายสัจจะฯ ซึ่งได้รับมอบหมายภารกิจในการบริหารจัดการกองทุนจากสมาชิกและสมาชิกกองทุนเครือข่ายสัจจะฯ คณะกรรมการระดับตำบล/เทศบาลมาจากสมาชิกในแต่ละหมู่บ้าน แต่ละหมู่บ้านจะมีกองทุนสัจจะฯ เป็นกลุ่มย่อยๆแต่ละกลุ่มจะมีสมาชิกประมาณ 50 คน และในแต่ละหมู่บ้านหนึ่งๆอาจจะมีการคัดเลือกตัวแทนแกนนำในกลุ่มนี้ไปเป็นประธานกองทุนสัจจะฯในระดับตำบล/เทศบาล ต่อมาประธานกองทุนสัจจะฯในระดับตำบล/เทศบาลในแต่ละอำเภอต้องคัดเลือกตัวแทนในกลุ่มประธานกองทุนสัจจะฯในระดับตำบล/เทศบาลมาเป็นคณะกรรมการบริหารเครือข่ายสัจจะฯ หรือสมาคมสวัสดิการภาคประชาชน จังหวัดสงขลา บุคคลกลุ่มนี้จะทำหน้าที่เป็นตัวแทนของสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯในจังหวัดสงขลา (ชบ ยอดแก้ว และคณะ, ม.ป.ป.)

การบริหารการเงิน โดยการนำเงินสัจจะทั้งหมดมาแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนแรกร้อยละ 30 ตั้งเป็นกองทุนเงินยืมทำวิสาหกิจ ทำธุรกิจชุมชนที่ไม่เอาเปรียบสังคม หรือทำอาชีพที่ไม่ทำลายสิ่งแวดล้อม ไม่ทำลายคุณภาพชีวิต ผลผลิตที่เกิดจากการยืมเงินนี้ไปลงทุนค้าขายให้สมาชิกต้องมีส่วนลดต่ำกว่าท้องตลาด 1 บาท เงินยืมเพื่อการศึกษาให้ตามหลักฐานการจ่ายของกองทุนสัจจะฯ การยืมเงินกองทุนสัจจะฯนี้ไม่มีดอกเบี้ย ส่วนที่สองร้อยละ 50 ตั้งไว้เพื่อจัดสวัสดิการ 9 เรื่อง ส่วน

ร้อยละ 20 ใช้เป็นกองทุนสำรองการจัดสวัสดิการ (ชบ ยอดแก้ว และคณะ, ม.ป.ป.; จำนวนที่ แรกพินิจ, 2549; วรเมศม์ สุวรรณดา, 2550)

กิจกรรมของกองทุนสัจจะฯ คือ การบริหารจัดการให้สมาชิกและชุมชนได้รับสวัสดิการอย่างทั่วถึงและเป็นธรรมตามระเบียบและกฎเกณฑ์ของแต่ละกองทุน หลักสำคัญในส่วนนี้ประกอบด้วยความเร็ว คือ ตอบสนองความต้องการหรือแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนของสมาชิกและชุมชนได้ทันทั่วทั้งที่ ความยืดหยุ่น คือ ไม่ติดยึดขั้นตอนการดำเนินงานที่ตายตัว เพราะเป้าหมายในการจัดสวัสดิการชุมชนอยู่ที่การช่วยเหลือสมาชิก ไม่ใช่การทำถูกหรือผิดระเบียบอย่างที่ปฏิบัติในงานของทางราชการ และความหลากหลาย คือ มีรูปแบบความช่วยเหลือโดยการจัดสวัสดิการให้กับสมาชิก 9 เรื่อง ได้แก่ เกิด แก่ เจ็บ ตาย ทุนการศึกษา คนด้อยโอกาส สวัสดิการคนทำงาน สวัสดิการเงินกู้ สวัสดิการเงินฝาก (ชบ ยอดแก้ว และคณะ, ม.ป.ป.; จำนวนที่ แรกพินิจ, 2549; วรเมศม์ สุวรรณดา, 2550)

กฎ กติกาของกองทุนสัจจะฯ

- 1) สมาชิกต้องสมัครใจที่จะทำสัจจะวันละ 1 บาท เพื่อทำกองทุนสวัสดิการภาคประชาชน โดยพื้นฐานแล้วสามารถเข้าเป็นสมาชิกได้ตั้งแต่แรกเกิด โดยพ่อแม่สมัครเป็นสมาชิกให้ และจะต้องทำสัจจะไปจนถึงอายุ 60 ปี
- 2) ผู้สมัครต้องเป็นคนที่มีภูมิลำเนาอยู่ในตำบลนั้น หรือเป็นลูกหลาน
- 3) ต้องเป็นผู้ไม่มีประวัติเสียทางการเงิน และต้องเสียค่าสมัครเป็นสมาชิก คนละ 20 บาท ค่าสมัครจะไม่คืนให้ไม่ว่ากรณีใดๆ
- 4) วิธีสัจจะ ให้สัจจะไว้ที่บ้านวันละ 1 บาท และให้นำเงินสัจจะมารวมกันทุกเดือนในวันและเวลา ตามที่คณะกรรมการกำหนด ณ ที่ทำการกองทุนสัจจะฯ นั้นๆ
- 5) การบริหารจัดการในรูปแบบคณะกรรมการที่มาจากคัดเลือกตั้งของสมาชิก จะให้อยู่ในวาระหรือไม่ แล้วแต่ที่ประชุมใหญ่ของสมาชิก
- 6) สมาชิกจะได้รับสวัสดิการทุกเรื่องที่กองทุนจัดขึ้น
- 7) สมาชิกขาดสัจจะเมื่อใดหมดสภาพเป็นสมาชิก แต่ได้รับเงินสัจจะคืนเฉพาะคนที่ไม่เคยได้รับสวัสดิการเลย คำว่า “ขาดสัจจะ” ในที่นี้ไม่ได้มีความหมายถึงแต่การขาดการส่งเงินสัจจะวันละ 1 บาทเท่านั้น การไม่ปฏิบัติตามแผนวิสาหกิจที่ตั้งไว้เวลาออมเงินทุนจากกองทุนก็ถือว่าเป็นการขาดสัจจะเช่นเดียวกัน
- 8) หากมีปัญหาเรื่องอื่นๆคณะกรรมการสามารถออกกติกาเพิ่มเติมได้ แต่ต้องไม่ขัดกับกติกาเดิม

## กฎ กติกาเกี่ยวกับสวัสดิการ

เมื่อสมัครที่จะทำสัญญาเพื่อทำกองทุนสวัสดิการภาคประชาชนครบ 180 วัน จะได้รับสวัสดิการ 9 เรื่อง สวัสดิการที่จัดให้มีนั้นเป็นสวัสดิการครบวงจรชีวิตตั้งแต่เกิดจนตาย ได้แก่

1) เกิด ให้ลูก 500 บาท แม่นอนโรงพยาบาลให้คืนละ 100 บาท ไม่เกิน 5 คืน/ครั้ง ปีละไม่เกิน 2,000 บาท

2) แก่	สัจจะครบ 15 ปี อายุ 60 ปี	ได้บำนาญเดือนละ	300 บาท
	สัจจะครบ 20 ปี อายุ 60 ปี	ได้บำนาญเดือนละ	400 บาท
	สัจจะครบ 25 ปี อายุ 60 ปี	ได้บำนาญเดือนละ	500 บาท
	สัจจะครบ 30 ปี อายุ 60 ปี	ได้บำนาญเดือนละ	600 บาท
	สัจจะครบ 35 ปี อายุ 60 ปี	ได้บำนาญเดือนละ	700 บาท
	สัจจะครบ 40 ปี อายุ 60 ปี	ได้บำนาญเดือนละ	800 บาท
	สัจจะครบ 45 ปี อายุ 60 ปี	ได้บำนาญเดือนละ	900 บาท
	สัจจะครบ 50 ปี อายุ 60 ปี	ได้บำนาญเดือนละ	1,000 บาท
	สัจจะครบ 55 ปี อายุ 60 ปี	ได้บำนาญเดือนละ	1,100 บาท
	สัจจะครบ 60 ปี อายุ 60 ปี	ได้บำนาญเดือนละ	1,200 บาท

3) เจ็บ นอนโรงพยาบาล ถ้าสัจจะครบ 180 วัน ได้รับค่าเสียโอกาส คืนละ 100 บาท ปีละไม่เกิน 10 คืน/ราย

4) ตาย	สัจจะครบ	180 วัน	เสียชีวิตได้ค่าทำศพ	2,500 บาท
	สัจจะครบ	365 วัน	เสียชีวิตได้ค่าทำศพ	5,000 บาท
	สัจจะครบ	730 วัน	เสียชีวิตได้ค่าทำศพ	10,000 บาท
	สัจจะครบ	1,460 วัน	เสียชีวิตได้ค่าทำศพ	15,000 บาท
	สัจจะครบ	2,920 วัน	เสียชีวิตได้ค่าทำศพ	20,000 บาท
	สัจจะครบ	5,840 วัน	เสียชีวิตได้ค่าทำศพ	30,000 บาท

5) ทุนการศึกษา ยืมกองทุนร้อยละ 30

6) คนด้อยโอกาส สัรวจนำชื่อฝากกองทุนเพื่อรับสวัสดิการ (กองทุนจะดูแลผู้ด้อยโอกาส)

7) สวัสดิการคนทำงาน จ่ายให้คนละ 130 บาท/วัน/เดือน / ฝากออม 100 บาท 30 บาท ฝากสัจจะ

8) สวัสดิการเงินกู้ เป็นสมาชิกครบ 180 วัน ตายกองทุนจ่ายในวงเงินไม่เกิน 30,000 บาท และกู้มาแล้วไม่น้อยกว่า 365 วัน มีการผ่อนส่งสม่ำเสมอ (เข้าเกณฑ์จ่ายให้รายละไม่เกิน 200 บาท/ราย/เดือน) เช่น เป็นหนี้ 30,000 บาท วิธีจ่ายไม่ได้จ่าย 30,000 ที่เดียว แต่จะไปดูสัญญาที่ผู้ตายกู้ไว้ทำไว้อย่างไร เช่น สัญญาเดือนละ 200 บาท กลุ่มสัจจะก็จะจ่ายให้แทนเดือนละ 200 บาท จนครบ 30,000 บาท

9) สวัสดิการเงินฝาก ตายจ่ายให้ร้อยละ 50 ของวงเงินแต่ไม่เกิน 15,000 บาท และมีการฝากสม่ำเสมอ (เข้าเกณฑ์จ่ายให้รายละไม่เกิน 100 บาท/ราย/เดือน)

### 2.3 บริบทของเครือข่ายสัจจะฯ



ภาพประกอบ 1 แผนที่จังหวัดสงขลา

สงขลาเป็นจังหวัดชายแดนของประเทศไทย อาณาเขตติดต่อกับจังหวัดใกล้เคียง ดังนี้ ทิศเหนือติดต่อกับจังหวัดพัทลุงและจังหวัดนครศรีธรรมราช ทิศตะวันออกติดต่อกับอ่าวไทย ทิศใต้ติดต่อกับจังหวัดยะลา จังหวัดปัตตานี รัฐเคดาห์และรัฐเปอรลิสของประเทศมาเลเซีย ทิศตะวันตกติดต่อกับจังหวัดพัทลุงและจังหวัดสตูล มีพื้นที่ทั้งหมด 7,765.323 ตารางกิโลเมตร แบ่งเขต

การปกครองออกเป็น 16 อำเภอ คือ อำเภอเมือง อำเภอหาดใหญ่ อำเภอจะนะ อำเภอรโนด อำเภอ สทิงพระ อำเภอนาทวี อำเภอนาหม่อม อำเภอคลองหอยโข่ง อำเภอเทพา อำเภอสะบ้าย้อย อำเภอ บางกล่ำ อำเภอกะแสสินธุ์ อำเภอกวนเนียง อำเภอสะเดา อำเภอรัตนภูมิ และอำเภอลิงหนคร

ลักษณะภูมิประเทศ ทางตอนเหนือเป็นคาบสมุทรแคบและยาวยื่นลงมาทางใต้ เรียกว่า คาบสมุทรสทิงพระ กับส่วนที่เป็นแผ่นดินรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้าทางตอนใต้ แผ่นดินทั้งสอง ส่วนเชื่อมต่อกันโดยสะพานติณสูลานนท์ พื้นที่ทางทิศเหนือส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่ม ทิศตะวันออก เป็นที่ราบริมทะเล ทิศใต้และทิศตะวันตกเป็นภูเขาและที่ราบสูง ซึ่งเป็นแหล่งกำเนิดต้นน้ำลำธารที่ สำคัญ

ลักษณะภูมิอากาศ จังหวัดสงขลาตั้งอยู่ในเขตอิทธิพลของลมมรสุมเมืองร้อน มีลม มรสุมพัดผ่านประจำทุกปี คือ ลมมรสุมตะวันออกเฉียงเหนือ เริ่มตั้งแต่เดือนตุลาคมถึงกลางเดือน มกราคม และลมมรสุมตะวันตกเฉียงใต้เริ่มตั้งแต่กลางเดือนพฤษภาคมถึงกลางเดือนตุลาคม จาก อิทธิพลของลมมรสุมดังกล่าวส่งผลให้มีฤดูกาลเพียง 2 ฤดู คือ ฤดูร้อน เริ่มตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนกรกฎาคม ซึ่งจะเป็นช่วงที่ว่างของลมมรสุมจะเริ่มตั้งแต่หลังจากหมดมรสุม ตะวันออกเฉียง เหนือแล้ว อากาศจะเริ่มร้อนและอากาศจะมีอุณหภูมิสูงสุดในเดือนเมษายน แต่อากาศจะไม่ร้อน มากนักเนื่องจากตั้งอยู่ใกล้ทะเล ฤดูฝนเริ่มตั้งแต่เดือนสิงหาคมถึงเดือนมกราคม จังหวัดสงขลาจะมี ฝนตกทั้งในช่วงมรสุมตะวันออกเฉียงเหนือและมรสุมตะวันตกเฉียงใต้ จะถูกเทือกเขาบรรทัดปิด กั้นทำให้ฝนตกน้อยลง (กลุ่มงานสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานจังหวัดสงขลา, 2556)

โครงสร้างเศรษฐกิจของจังหวัดสงขลา ขึ้นกับการผลิตในสาขาอุตสาหกรรม สาขา เกษตรกรรม และสาขาประมงเป็นสำคัญ ทั้งนี้ปัจจัยหลักในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจ คือ ยางพารา อุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องกับยางพาราและผลิตภัณฑ์แปรรูปอาหารทะเล ประชากรในพื้นที่จังหวัด สงขลาส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 63.71 รองลงมาร้อยละ 33.16 นับถือศาสนาอิสลาม ร้อย ละ 3.13 นับถือศาสนาอื่นๆ (ศาสนาคริสต์ ฮินดู) (สำนักงานวัฒนธรรมจังหวัดสงขลาข้อมูล ณ 1 ธันวาคม 2555) จังหวัดสงขลาได้แบ่งโซนพื้นที่ตามสภาพภูมิศาสตร์ เป็น 4 โซน คือ

*โซนที่ 1 คาบสมุทรสทิงพระ ประกอบด้วย อำเภอรโนด อำเภอลิงหนคร อำเภอ กระแสสินธุ์ อำเภอสทิงพระ*

สภาพพื้นที่เป็นที่ราบลุ่ม มีทะเลขนานทั้ง 2 ด้าน คือ ด้านทิศตะวันออกติดกับอ่าว ไทย เป็นพื้นที่เสี่ยงที่มีผลกระทบจากคลื่นพัง ทิศตะวันตกติดกับทะเลสาบสงขลา เป็นพื้นที่เสี่ยงต่อ น้ำท่วมขังในช่วงที่น้ำหลาก ตั้งอยู่ในเขตภูมิอากาศแบบมรสุมเมืองร้อน อากาศไม่ร้อนจัด เนื่องจาก อิทธิพลของทะเล ลักษณะดินส่วนใหญ่เป็นดินเหนียวเหมาะแก่การทำนา ประชากรส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ได้แก่ ทำนา ทำสวน การทำประมง การค้าขาย พืชเศรษฐกิจที่สำคัญ คือ

ข้าว มะพร้าว ตาล โตนด มะม่วง กุ้ง ปัจจุบันพื้นที่นาถูกแปรสภาพเป็นนาุ้งมากขึ้น ด้านอุตสาหกรรม โชนนี้จะไม่มีการโรงงานอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ มีเพียงอุตสาหกรรมเล็กๆ ภายในครัวเรือน เช่น การผลิตน้ำตาลสด น้ำส้มสายชู การแปรรูปผลผลิตทางการเกษตร และโรงสีข้าว สำหรับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของชุมชนในคาบสมุทรสทิงพระเป็นวิถีชีวิตที่เรียบง่าย มีวัฒนธรรมอันดีงามเกี่ยวข้องกับตาล โตนด การทำนา และการทำประมง หรือ โหนดนาเล โดยเฉพาะตาล โตนดที่นับว่าเป็นแหล่งผลิตที่มากที่สุดในประเทศไทย ในขณะที่การประมงก็เป็นอีกอาชีพหนึ่งที่ชาวสทิงพระดำรงวิถีชีวิตมานาน เนื่องจากทะเลสาบสงขลาอุดมไปด้วยทรัพยากรทางทะเลมากมาย กุ้ง หอย ปู ปลาหลากหลายทะเลสาบมีความสวยงามจนได้รับการยกย่องให้เป็นหนึ่งในแหล่งท่องเที่ยวที่ขึ้นชื่อแห่งดินแดนด้ามขวาน วิถีชีวิตการทำนาที่เป็นอาชีพหลักบนคาบสมุทรสทิงพระ ที่ทำสลับกับตาล โตนด วิถีชีวิตชาวประมงพื้นบ้านแบบดั้งเดิม และการแปรรูปผลิตภัณฑ์ประมง เช่น การทำไข่ สุ่ม ทำกุ้งส้ม ปลาแห้ง ปลาดัมน์น้ำผึ้ง (ชนินทรา สัยละมัย, 2552; ที่ว่าการอำเภอระโนด, 2557)

*โชนที่ 2 ดินแดนสองทะเล ประกอบด้วย อำเภอควนเนียง อำเภอบางกล่ำ อำเภอรัตนภูมิ อำเภอเมือง*

มีสภาพพื้นที่โดยทั่วไปเป็นที่ราบสูง และที่ราบลุ่ม มีการปลูกยางพารา ทำการเกษตรกรรม มีแหล่งน้ำเพื่อการเกษตรที่อุดมสมบูรณ์ เหมาะสำหรับการทำการเกษตรกรรม และมีพื้นที่บางส่วนติดกับทะเลสาบสงขลา เหมาะสำหรับประมงชายฝั่งทะเล และเหมาะสำหรับพัฒนาเป็นแหล่งท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์และสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทางด้านเกษตรกรรมเช่น ทำนา ทำสวนยางพารา ทำสวนผลไม้ ปลูกผัก ทำการประมง ประชากรบางส่วนประกอบอาชีพรับจ้างในโรงงานอุตสาหกรรมที่มีอยู่หลายแห่งในพื้นที่ ประชากรบางส่วนประกอบอาชีพค้าขาย และมีพื้นที่บางส่วนติดกับทะเลสาบสงขลา เหมาะสำหรับประมงชายฝั่งทะเล และเหมาะสำหรับพัฒนาเป็นแหล่งท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์และสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ เป็นชุมชนหนึ่งที่มีวิถีชีวิตผูกพันกับป่าชายเลน เนื่องจากเป็นทั้งแหล่งอาหาร และแหล่งรายได้ แต่ปัจจุบันสภาพป่าชายเลนได้เปลี่ยนแปลงไปจากอดีตเป็นอย่างมาก ทั้งนี้เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรในชุมชนและความต้องการที่จะใช้ประโยชน์จากป่าชายเลนในการทำมาหากินของชุมชนในพื้นที่ป่าชายเลนที่มีอยู่อย่างจำกัดทำให้เกิดการแย่งชิงทรัพยากรธรรมชาติเพื่อผลประโยชน์ส่วนตนมากขึ้น เช่น การเปลี่ยนพื้นที่จากป่าชายเลนเป็นการทำนาุ้ง ทำเกษตรกรรมซึ่งส่งผลให้พื้นที่ป่าชายเลนลดลงและเกิดความเสียหาย และยังเป็นชุมชนเก่าจึงเป็นแหล่งกำเนิดศิลปวัฒนธรรมต่างๆที่มี “รากเหง้า” ทั้งในด้านประเพณีและวัฒนธรรมที่มีการสืบทอดกันมาแต่โบราณ เป็นแหล่งกำเนิดศิลปปั้นดินเผา โนราห์และหนังตะลุงที่มีชื่อเสียงเป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลาย (ที่ว่าการอำเภอควนเนียง, 2557: เทศบาลตำบลบางเหรียง จังหวัดสงขลา, 2558)

**โซนที่ 3 ชุมชนอุตะเถา ประกอบด้วย อำเภอหาดใหญ่ อำเภอสะเดา อำเภอนาหม่อม อำเภอกลองหอยโข่ง**

ลุ่มน้ำคลองอุตะเถาเป็นลุ่มน้ำย่อยที่สำคัญของกลุ่มน้ำทะเลสาบสงขลา ครอบคลุมพื้นที่หลายอำเภอของจังหวัดสงขลา สภาพพื้นที่โดยทั่วไปเป็นที่ราบลุ่มกว้างใหญ่ มีแนวเขาทางทิศตะวันตกและทิศใต้เป็นแนวยาว ทางทิศตะวันออกเป็นเนินเขาเล็กน้อย พื้นที่ลาดเอียงจากทางทิศใต้และทิศตะวันตกลงไปสู่ทะเลสาบสงขลาทางทิศเหนือ คลองอุตะเถามีความสำคัญมาก เนื่องจากเป็นคลองที่ใหญ่ที่สุดที่เป็นแหล่งน้ำสำหรับทะเลสาบสงขลาตอนล่าง เป็นแหล่งอนุบาลสัตว์น้ำและแหล่งที่มีความอุดมสมบูรณ์ของสัตว์น้ำ นอกจากนี้ยังเป็นเส้นทางคมนาคมและค้าขายที่สำคัญในอดีต จึงเป็นเหตุให้เกิดการสร้างชุมชนริมฝั่งคลองมากมายที่ต่อมาได้ขยายจนกลายเป็นชุมชนขนาดใหญ่ เช่น หาดใหญ่ บ้านพรุ และสะเดา อำเภอหาดใหญ่ เป็นศูนย์กลางทางเศรษฐกิจของภาคใต้ตอนล่าง โดยเป็นศูนย์กลางรับส่งสินค้าจากประเทศเพื่อนบ้านที่กระจายไปสู่ภาคต่างๆของประเทศ ขณะเดียวกันก็เป็นแหล่งรวมสินค้าทางการเกษตรและส่งออกต่างประเทศ นอกจากนี้ยังเป็นศูนย์กลางการคมนาคม การสาธารณสุข การศึกษา และเป็นหน้าด่านเชื่อมต่อกับประเทศเพื่อนประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทางการเกษตร เช่น ทำสวนยางพารา ทำสวนผลไม้ ทำนา นอกจากนี้บางส่วนก็ประกอบอาชีพรับจ้างตามโรงงานอุตสาหกรรมที่มีอยู่หลายแห่งในพื้นที่ และบางส่วนประกอบอาชีพค้าขาย (ศูนย์ศึกษาสิ่งแวดล้อมลุ่มน้ำคลองอุตะเถา, 2557; องค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม, 2557)

**โซน 4 สองวัฒนธรรม ประกอบด้วย อำเภอนาทวี อำเภอจะนะ อำเภอเทพา อำเภอสะบ้าย้อย**

สภาพพื้นที่โดยทั่วไปเป็นที่ราบสูง มีลักษณะเป็นเนินเขาซึ่งอยู่บริเวณทิศใต้และทิศตะวันตก พื้นที่บริเวณนี้เป็นป่าไม้ มีการเพาะปลูก ทำสวนยาพาราและสวนผลไม้ เขตที่ราบอยู่พืชเศรษฐกิจที่สำคัญคือ ข้าวเจ้า นอกนั้นยังมีการปลูกผัก ผลไม้ พืชยืนต้น เขตที่ราบชายฝั่งอยู่ทางทิศตะวันออก เป็นพื้นที่ที่มีความหลากหลายทั้งเชื้อชาติ ศาสนา วิถีชีวิตความเป็นอยู่ ประชาชนประกอบด้วย ชาวไทย-มุสลิม และชาวไทย-พุทธ ที่มีการผสมผสานกลมกลืนทางวัฒนธรรมเป็นอย่างดี สมาชิกในชุมชนอยู่อาศัยร่วมกันอย่างสงบ มีความเอื้ออาทรต่อกันในลักษณะของการเป็นเพื่อนบ้านที่ดี ไม่มีการแบ่งแยกกลุ่มทางศาสนา มีการยอมรับและปฏิบัติตามประเพณีและวัฒนธรรมของท้องถิ่นร่วมกัน เช่น การแลกเปลี่ยนแรงงานในการทำการเกษตร ตลอดจนการร่วมประกอบกิจกรรมทางสังคมอื่นๆ เช่น การพัฒนาชุมชน กิจกรรมหรือพิธีกรรมตามเทศกาลต่างๆ วิธีการดำรงชีวิตของประชาชนในท้องถิ่นมีลักษณะเรียบง่ายสอดคล้องกับลักษณะอาชีพ คือ เกษตรกรรม การตั้งถิ่นฐานมีลักษณะเป็นชุมชนเล็กๆ กระจายตามพื้นที่เกษตรกรรม มีร้านค้าและสถานบริการ

ต่างๆกระจายอยู่ทั่วพื้นที่ ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทางการเกษตร ได้แก่ การทำสวน ยางพารา ทำการสวนไม้ผล ทำนา นอกจากการเพาะปลูกแล้วเกษตรกรเกือบทุกรั้วเรือนยังทำการ เลี้ยงสัตว์ เช่น ไก่ แพะ วัว และนกอพยพ เป็นต้น เกษตรกรในพื้นที่มักทำไร่ ทำนาเฉพาะในฤดูการ เพาะปลูก และมักออกไปรับจ้างใช้แรงงานนอกชุมชนในช่วงนอกฤดูกาล โดยส่วนใหญ่ไปรับจ้าง ใช้แรงงานในประเทศมาเลเซีย การประมงซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการประมงที่ทำกันในครัวเรือนและ ค้าขาย มีอุตสาหกรรมน้อยมากและไม่มีโรงงานอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ในพื้นที่ ส่วนอุตสาหกรรม ที่มีอยู่ก็เป็นเพียงอุตสาหกรรมขนาดเล็กและอุตสาหกรรมในครัวเรือนเท่านั้น เช่น อุตสาหกรรม แปรรูปน้ำยางพารา และอุตสาหกรรมผลิตเฟอร์นิเจอร์จากไม้ยางพาราแปรรูป โรงงานแปรรูปสัตว์ น้ำ การรวมกลุ่มทางสังคมของประชาชนในพื้นที่มีหลายลักษณะ เช่น การรวมกลุ่มประกอบ กิจกรรมทางศาสนา กลุ่มวัฒนธรรมและประเพณี กลุ่มการค้าชายแดน กลุ่มค้าขายในตลาดสด เป็นต้น ตัวอย่างของการรวมกลุ่มอย่างเหนียวแน่นของประชากร คือ การรวมตัวของประชาชนเพื่อ ขอให้มีการเปิดด่านพรมแดนเป็นจุดผ่านแดนถาวรบ้านประกอบให้ประชาชนใช้เดินข้ามเขต ชายแดนระหว่างไทย-มาเลเซียเพื่อติดต่อการค้าชายแดน เพื่อให้ชาวมาเลเซียข้ามมาซื้อสินค้าและใช้ บริการได้สะดวกมากขึ้น เพื่อรองรับการนำสินค้าเข้า-ออก การเปิดเส้นทางขนส่งสินค้าแห่งใหม่ เป็นการเพิ่มช่องทางนำเข้า-ส่งออก เพื่อระบายความแออัดจากด่านศุลกากรสะเดา ที่มีปริมาณสินค้า มาก และอาจไม่เพียงพอรองรับในอนาคต (ที่ว่าการอำเภอนาทวี, 2557: โครงการวางและจัดทำผังเมือง รวมชุมชนบ้านประกอบ, 2558)

### 3. เครือข่ายสังคมจะลดรายจ่ายวันละ 1 บาทเพื่อสุขภาพ

เครือข่ายสังคมฯ ใช้เงินเป็นเครื่องมือพัฒนาคนผ่านกิจกรรมการออมเงินจากการลด รายจ่ายเพื่อนำเงินมาช่วยเหลือเกื้อกูลกันในรูปแบบการจัดสวัสดิการ 9 เรื่อง ครอบคลุมการเกื้อกูล ช่วยเหลือกันตลอดอายุขัยของชีวิต คือ เกิด แก่ เจ็บ ตาย ทูนการศึกษา ช่วยดูแลคนด้อยโอกาสใน สังคมของตนให้มีชีวิตที่ดีขึ้น สวัสดิการคนทำงาน สวัสดิการเงินกู้ และสวัสดิการเงินฝาก ซึ่งเมื่อ วิเคราะห์พบว่าสวัสดิการที่ทางเครือข่ายจัดขึ้นมีผลต่อสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ดังนี้

*สุขภาพทางกาย* กิจกรรมที่เครือข่ายสังคมฯ จัดขึ้นและส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกาย คือ การจัดสวัสดิการเกิด การจัดสวัสดิการเจ็บป่วย เป็นสวัสดิการที่จัดตั้งขึ้นเพื่อนำเงินมาจ่ายค่าเสีย โอกาสจากการไม่ได้ทำงานให้กับสมาชิก เพื่อรองรับค่าใช้จ่ายที่สมาชิกจะต้องแบกรับขณะเจ็บป่วย หรือคลอดบุตรได้



*สุขภาวะทางจิต* ความเอื้ออาทรสะท้อนให้เห็นในระบบสวัสดิการที่เครือข่ายสังฆะฯ จัดขึ้น เช่น สวัสดิการการเกิด สวัสดิการฌาปนกิจ สวัสดิการคนด้อยโอกาส และทุนการศึกษา ที่จัดให้แก่สมาชิกนั้นเป็นการให้อย่างเท่าเทียมกัน ความเอื้ออาทรเอาใจใส่และดูแลซึ่งกันและกัน เป็นการแบ่งปันที่ผู้ให้เองก็ได้รับประโยชน์ทางจิตใจ คือ ความสุข อิ่มเอิบใจจากการแบ่งปันนั้น ไม่รู้สึกเสียดายหวงแหน และมีความพอใจอยากจะทำให้ต่อไปอีก ในส่วนของผู้รับก็ได้ประโยชน์ทางวัตถุ และได้รับประโยชน์ทางจิตใจ เช่น ความอบอุ่น ความซาบซึ้งใจ ความชื่นชมยินดี

*สุขภาวะทางสังคม* กระบวนการดำเนินงานภายในเครือข่ายสังฆะฯ มีการกำหนดให้สมาชิกและแกนนำมีสังฆะฯ ทำให้สมาชิกได้รับการฝึกให้มีวินัยในการออมเงินจากการลดรายจ่ายอย่างสม่ำเสมอ การที่แกนนำและสมาชิกเครือข่ายสังฆะฯ มีการประชุมปรึกษาหารือกันอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งมีกิจกรรมทางการเงินและกิจกรรมด้านสวัสดิการเป็นการสร้างความสัมพันธ์ทำให้เกิดความรักความเอื้ออาทรต่อกัน เป็นกิจกรรมที่ทำให้ชุมชนร่วมกันคิดแก้ปัญหา ช่วยลดความขัดแย้ง ส่งเสริมความสามัคคี ก่อให้เกิดความรัก เกิดมิตรภาพ น้ำใจไมตรี เกิดความเอื้ออาทรกันของชุมชนและสังฆะฯ ซึ่งช่วยให้ชุมชนมีความเข้มแข็งพึ่งพาตนเองได้ นอกจากนี้สวัสดิการคนด้อยโอกาสเป็นการดูแลดูแลช่วยเหลือกลุ่มผู้ด้อยโอกาสที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้ได้รับสวัสดิการของเครือข่ายสังฆะฯ โดยไม่ต้องจ่ายเงินสวัสดิการ เป็นการสนับสนุนให้เกิดชุมชน สังคมที่เอื้ออาทร

*สุขภาวะทางปัญญา* กระบวนการของเครือข่ายสังฆะฯ ก่อให้เกิดการพัฒนาขีดความสามารถตนเอง ลดละ ปล่อยวางความยึดมั่นถือมั่น (ทั้งด้านวัตถุ ตัวตน ความคิด) เอื้อให้เกิดคุณธรรมความดีงาม การยึดติดความสุขทางวัตถุทำให้ชีวิตเต็มไปด้วยความทุกข์ ความสุขนั้นมีอยู่มากมาย และสามารถเข้าถึงได้โดยไม่ต้องใช้เงิน เช่น ความสุขที่เกิดจากมิตรภาพ การเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือจากความสัมพันธ์ที่ดีงามกับผู้อื่น จากการทำงานร่วมกัน เป็นต้น ทำให้คิดถึงผู้อื่นมากกว่าตนเอง การคิดถึงแต่ตนเองทำให้จิตใจคับแคบ อึดตาหรือตัวตนใหญ่ขึ้น มีผลให้เกิดความทุกข์ ในทางตรงข้ามการคิดถึงผู้อื่นช่วยให้ตัวตนเล็กลง เห็นความทุกข์ของตนเองเป็นเรื่องเล็กน้อย ยิ่งช่วยผู้อื่นมากเท่าไร ก็ยิ่งมีความสุขเพราะได้เห็นผู้อื่นมีความสุขด้วย กล่าวอีกนัยหนึ่งความสุขของบุคคลไม่สามารถแยกจากความสุขของบุคคลอื่นในชุมชน สังคม (พระไพศาล วิสาโล, 2553)

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อสำรวจสภาวะของสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ มีรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

#### ประชากร กลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ สมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ครอบคลุมพื้นที่ทั้ง 16 อำเภอ ประกอบด้วย 140 กองทุน มีจำนวนสมาชิกรวมทั้งสิ้น 230,391 คน (ที่มา: สมาคมสวัสดิการภาคประชาชนสงขลา ข้อมูล ณ วันที่ 9 พฤษภาคม 2555)

##### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้แก่ สมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ จำนวน 420 คน ได้จากการคำนวณโดยใช้สูตร Yamane, 1973 (บุญใจ ศรีสถิตนารกุล, 2553) กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนในการสุ่ม ( $e$ ) .05 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างดังนี้

วิธีการคำนวณจากสูตรการคำนวณหาขนาดตัวอย่างของ Yamane

$$n = \frac{N}{1+Ne^2}$$

โดยกำหนดให้  $n$  คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

$N$  คือ ขนาดของประชากร

e คือ ความคลาดเคลื่อนในการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง  
แทนค่าจากสูตรจะได้

$$n = \frac{230,391}{1 + 230,391(.05^2)}$$

$$n = 399.30$$

ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจะต้องไม่น้อยกว่า 400 คน และเพื่อป้องกันการสูญหาย  
ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 5% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 420 คน

### วิธีการสุ่มตัวอย่าง

สุ่มตัวอย่างโดยวิธีอาศัยความน่าจะเป็นด้วยการเลือกตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน  
(Multi-stage Sampling) ดังนี้

**ขั้นที่ 1** จัดกลุ่มอำเภอทั้ง 16 อำเภอในจังหวัดสงขลาออกเป็น 4 โซน โดยแบ่งตาม  
ลักษณะภูมิประเทศ ดังนี้

โซนที่ 1 คาบสมุทรสหิงพระ ประกอบด้วย อำเภอสิงหนคร อำเภอสหิงพระ  
อำเภอระโนด อำเภอกระแสสินธุ์

โซนที่ 2 ดินแดนสองทะเล ประกอบด้วย อำเภอบางกล่ำ อำเภอรัตนภูมิ อำเภอ  
ควนเนียง อำเภอเมือง

โซนที่ 3 ชุมชนอู่ตะเภา ประกอบด้วย อำเภอสะเดา อำเภอนาหม่อม  
อำเภอคลองหอยโข่ง อำเภอหาดใหญ่

โซนที่ 4 ดินแดนสองวัฒนธรรม ประกอบด้วย อำเภอจะนะ อำเภอเทพา  
อำเภอสะบ้าย้อย อำเภอนาทวี

**ขั้นที่ 2** ในแต่ละโซนสุ่มเลือกอำเภอโซนละ 1 อำเภอ โดยการสุ่มอย่างง่าย สุ่มได้  
อำเภอดังนี้

โซนที่ 1 คาบสมุทรสหิงพระ อำเภอระโนด

โซนที่ 2 ดินแดนสองทะเล อำเภอควนเนียง

โซนที่ 3 ชุมชนอู่ตะเภา อำเภอหาดใหญ่

โซนที่ 4 ดินแดนสองวัฒนธรรม อำเภอนาทวี

**ขั้นที่ 3** ในแต่ละอำเภอสุ่มเลือกกองทุนสังจะฯอำเภอละ 3 กองทุน โดยการสุ่ม  
อย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลาก สุ่มกองทุนสังจะฯได้ดังนี้

โซนที่ 1 กองทุนสัจจะฯตำบลระโนด กองทุนสัจจะฯตำบลแดนสงวน  
กองทุนสัจจะฯตำบลพังยาง

โซนที่ 2 กองทุนสัจจะฯตำบลห้วยลึก กองทุนสัจจะฯตำบลบางเหรียง  
กองทุนสัจจะฯตำบลควนโศ

โซนที่ 3 กองทุนสัจจะฯเทศบาลเมืองคลองแห กองทุนสัจจะฯตำบลท่า  
ข้าม กองทุนสัจจะฯตำบลทุ่งตำเสา

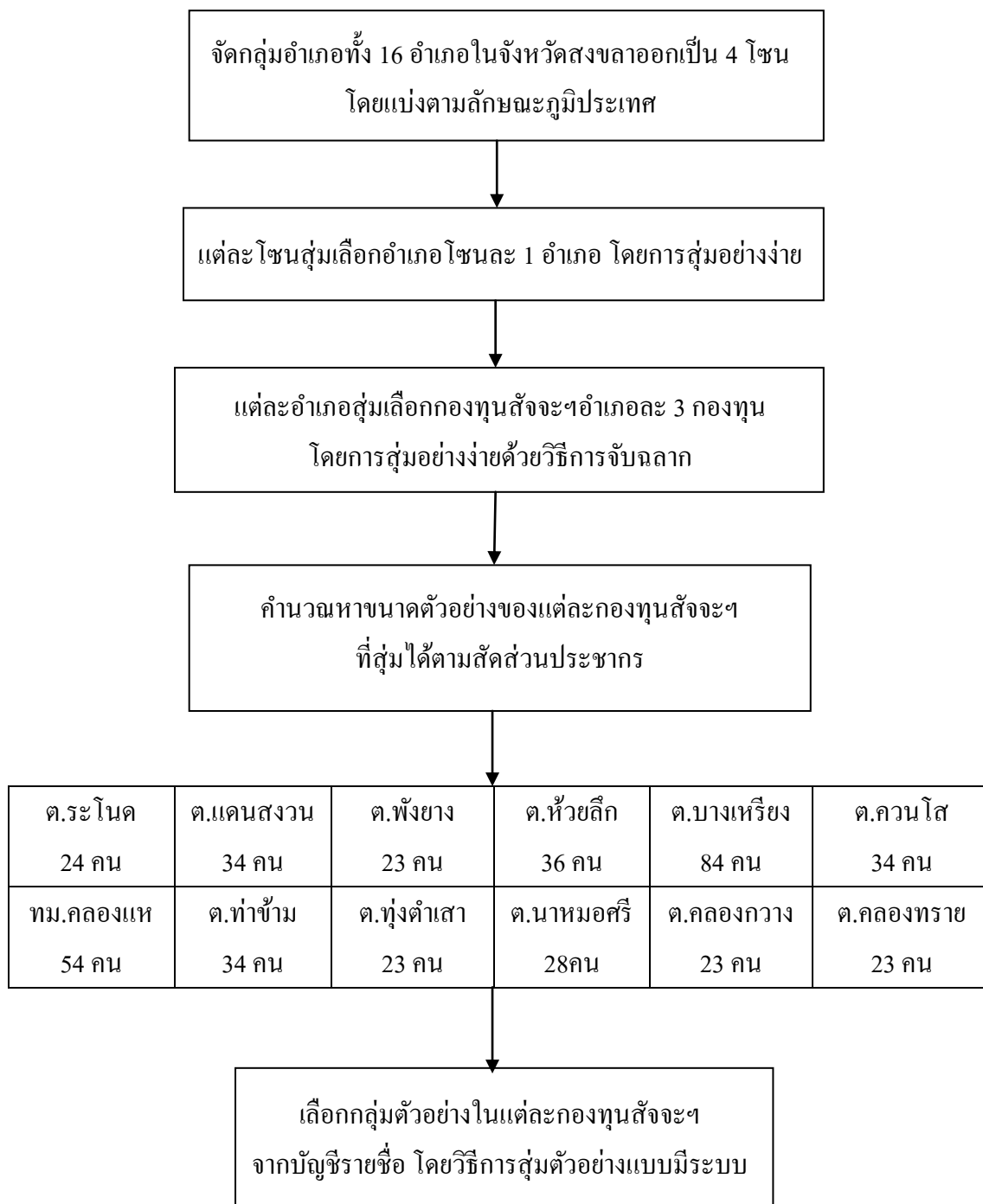
โซนที่ 4 กองทุนสัจจะฯตำบลนาหมอศรี กองทุนสัจจะฯตำบลคลองขวาง  
กองทุนสัจจะฯตำบลคลองทราย

ขั้นที่ 4 คำนวณหาขนาดตัวอย่างของแต่ละกองทุนสัจจะฯที่สุ่มได้ในขั้นตอนที่ 3  
ตามสัดส่วนประชากร เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 420 คน ได้กลุ่มตัวอย่างของแต่ละกองทุนสัจจะฯ  
ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงการสุ่มตัวอย่างแต่ละกองทุนสัจจะฯ

ชื่อกองทุนสัจจะฯ	จำนวนสมาชิก	กลุ่มตัวอย่าง
กองทุนสัจจะฯตำบลระโนด	1,407	24
กองทุนสัจจะฯตำบลแดนสงวน	1,974	34
กองทุนสัจจะฯตำบลพังยาง	1,321	23
กองทุนสัจจะฯตำบลห้วยลึก	2,088	36
กองทุนสัจจะฯตำบลบางเหรียง	4,905	84
กองทุนสัจจะฯตำบลควนโศ	2,026	34
กองทุนสัจจะฯเทศบาลเมืองคลองแห	3,148	54
กองทุนสัจจะฯตำบลท่าข้าม	2,004	34
กองทุนสัจจะฯตำบลทุ่งตำเสา	1,316	23
กองทุนสัจจะฯตำบลนาหมอศรี	1,628	28
กองทุนสัจจะฯตำบลคลองขวาง	1,320	23
กองทุนสัจจะฯตำบลคลองทราย	1,348	23
<b>รวม</b>	<b>24,475</b>	<b>420</b>

ขั้นที่ 5 เลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกองทุนสัจจะฯ จากบัญชีรายชื่อแบบสำรวจข้อมูลพื้นฐานของสัจจะวันละ 1 บาท เพื่อทำกองทุนสวัสดิการชุมชนจังหวัดสงขลา พ.ศ. 2555 โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) คำนวณช่วงที่ใช้ในการสุ่มตัวอย่าง (Interval) โดยการนำจำนวนประชากรทั้งหมดหารด้วยขนาดตัวอย่างที่กำหนดไว้ในขั้นที่ 4 หรือจากสูตร  $I = N/n$  (บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2553)



ภาพประกอบ 2 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

## เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระบบการศึกษา อาชีพหลัก อาชีพเสริม รายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ระยะเวลาในการเป็นสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ การเป็นสมาชิกองค์กรชุมชนอื่น สวัสดิการที่เคยได้รับจากเครือข่ายสัจจะฯ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพของสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด (สุวรรณมัทนินันต์รกุล และคณะ, 2541) และแนวคิดสุขภาพจากการทบทวนวรรณกรรม (คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2552; ประเวศ วะสี, 2543; พระพรหมคุณาภรณ์, 2549) แบ่งออกเป็น 4 ด้านได้แก่ สุขภาวะทางกาย จำนวน 10 ข้อ สุขภาวะทางจิต จำนวน 10 ข้อ สุขภาวะทางสังคม จำนวน 10 ข้อ และสุขภาวะทางปัญญา จำนวน 10 ข้อ รวม 40 ข้อ คำถามมีลักษณะเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ ใช้มาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 - 4 คะแนน สำหรับค่าคะแนนของข้อคำถามด้านลบ ได้แก่ สุขภาวะทางกายในข้อ 4,5,6,7 สุขภาวะทางจิตในข้อ 1,2,4,8,10 และสุขภาวะทางปัญญาในข้อ 1,6,9 จะนำมากลับค่าคะแนนก่อนที่จะนำไปคำนวณเป็นค่าคะแนนระดับสุขภาพ ระดับสุขภาพของสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ แบ่งตามระดับคะแนนเป็น 5 ระดับคือ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด โดยข้อคำถามด้านบวกในแต่ละระดับคะแนนมีความหมาย ดังนี้

0 หมายถึง ไม่เลย หมายถึง ไม่เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึก หรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ

1 หมายถึง เล็กน้อย หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ เพียงเล็กน้อยหรือเห็นด้วย กับเรื่องนั้น ๆ เพียงเล็กน้อย

2 หมายถึง ปานกลาง หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ เพียงเล็กน้อยหรือเห็นด้วย กับเรื่องนั้น ๆ ปานกลาง

3 หมายถึง มาก หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ มาก หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ มาก

4 หมายถึง มากที่สุด หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ มากที่สุด หรือเห็นด้วยกับ เรื่องนั้น ๆ มากที่สุด

ข้อคำถามที่เป็นเชิงทางลบให้คะแนนกลับกัน ดังนี้

0 หมายถึง มากที่สุด หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ มากที่สุด หรือเห็นด้วยกับ เรื่องนั้น ๆ มากที่สุด

1 หมายถึง มาก หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ มาก หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ มาก

2 หมายถึง ปานกลาง หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ เพียงเล็กน้อยหรือเห็นด้วย กับเรื่องนั้น ๆ ปานกลาง

3 หมายถึง เล็กน้อย หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ เพียงเล็กน้อยหรือเห็นด้วย กับเรื่องนั้น ๆ เพียงเล็กน้อย

4 หมายถึง ไม่เลย หมายถึง ไม่เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึก หรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ

#### เกณฑ์การแปลผลระดับสุขภาวะของสมาชิกเครือข่ายฯ

เกณฑ์การแปลผลระดับสุขภาวะของสมาชิกเครือข่ายฯ รายด้านและ โดยรวม ใช้หลักสถิติการคำนวณหาอันตรภาคชั้น (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2546) โดยการแบ่งระดับค่าพิสัยแล้วหารด้วยจำนวนระดับแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ระดับดีมาก ระดับดี ระดับปานกลาง และระดับน้อย ดังนั้นเมื่อแบ่งระดับสุขภาวะเป็น 4 ระดับ จะได้คะแนนแต่ละระดับเป็น  $(4-1)/4 = 0.75$  จึงได้แบ่งระดับสุขภาวะของสมาชิกเครือข่ายฯ ได้ดังนี้

ช่วงคะแนนเฉลี่ย	ระดับสุขภาวะ
3.26 – 4.00	แสดงว่ามีสุขภาวะอยู่ในระดับดีมาก
2.51 – 3.25	แสดงว่ามีสุขภาวะอยู่ในระดับดี
1.76 – 2.50	แสดงว่ามีสุขภาวะอยู่ในระดับปานกลาง
1.00 – 1.75	แสดงว่ามีสุขภาวะอยู่ในระดับน้อย

#### การประเมินคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามสุขภาวะของสมาชิกเครือข่ายฯ ที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาวะจำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (บุญใจ ศรีสถิตนรากุล, 2553) กำหนดค่าดัชนีความ



ตรงตามเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ของแบบสอบถามในส่วนสภาวะของสมาชิกเครือข่ายสังคม (Waltz & Strickland, 1991) ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อที่ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าค่อนข้างสอดคล้อง/สอดคล้อง}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ผลการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามสภาวะของสมาชิกเครือข่ายสังคม เท่ากับ 0.81

**2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)** ผู้วิจัยนำแบบสอบถามสภาวะของสมาชิกเครือข่ายสังคมวันละ 1 บาท จังหวัดสงขลาที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดลอง (Try out) ใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ได้แก่ สมาชิกกองทุนสังคมของอำเภอรัตภูมิ จังหวัดสงขลาจำนวน 30 ราย และนำคะแนนที่ได้มาหาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) (บุญใจ ศรีสถิตนรากุล, 2553) ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.92 โดยแบบสอบถามสภาวะทางกายมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.71 สภาวะทางจิตมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.77 สภาวะทางสังคมมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85 และสภาวะทางปัญญามีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.72

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

#### 1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ทำหนังสือขออนุญาตจากสถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงนายกสมาคมสวัสดิการภาคประชาชนสงขลา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย แนวทางการวิจัยและขออนุญาตในการเก็บข้อมูล

1.2 ผู้วิจัยเข้าร่วมประชุมกับคณะกรรมการบริหารสมาคมสวัสดิการภาคประชาชนจังหวัดสงขลา เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดของงานวิจัย ได้แก่ วัตถุประสงค์ของการวิจัย แนวทางการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย

1.3 เตรียมแบบสอบถามพร้อมทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามที่ระบุชื่อผู้วิจัย วัตถุประสงค์ และการพิทักษ์สิทธิผู้ตอบแบบสอบถาม

## 2. ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยติดต่อกับประธานกองทุนสัจจะฯ ทั้ง 12 กองทุนที่กลุ่มตัวอย่าง เป็นสมาชิกกองทุนสัจจะฯ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล แนะนำตัว แนะนำเรื่องที่ทำ การวิจัย ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ สอบทานชื่อและที่อยู่ที่ถูกต้องของประธานกองทุนสัจจะฯ พร้อมขอรายชื่อ สมาชิกกองทุนสัจจะฯของแต่ละกองทุน

2.2 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มแบบมีระบบ จัดเตรียม แบบสอบถามแยกตามกองทุนสัจจะฯ พร้อมแนบซองเปล่าพร้อมจำหน่ายของที่อยู่ของผู้วิจัย

2.3 ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามพร้อมบัญชีรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการ คัดเลือกของแต่ละกองทุนแก่ประธานกองทุนสัจจะฯ เพื่อให้นำไปประชุมกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกองทุน ให้มาร่วมประชุมในวันทำการของแต่ละกองทุน

### 2.4 การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

2.4.1 กองทุนสัจจะฯ ตำบลบางเหียงนั้น ผู้วิจัยแจกแบบสอบถาม ด้วยตนเองตามบัญชีรายชื่อในวันทำการของกองทุน พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการตอบแบบ สอบถามภายในวันทำการนั้นและขอรับแบบสอบถามกลับคืนจากกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง

2.4.2 กองทุนสัจจะฯ ในตำบลอื่นๆ ผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามทาง ไปรษณีย์ให้ประธานกองทุนสัจจะฯ โดยประธานกองทุนสัจจะฯ จะแจกแบบสอบถามแก่กลุ่ม ตัวอย่างตามบัญชีรายชื่อที่ผู้วิจัยส่งไปให้ในวันทำการของแต่ละกองทุน โดยขอความร่วมมือจาก กลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามภายในวันทำการนั้น พร้อมทั้งขอรับแบบสอบถามกลับคืน จากกลุ่มตัวอย่าง และส่งคืนผู้วิจัยทางไปรษณีย์

กรณีที่มีสมาชิกที่เป็นกลุ่มตัวอย่างไม่ได้มาในวันทำการของกองทุน ผู้วิจัย จะประสานงานกับประธานกองทุนสัจจะฯ แต่ละกองทุน เพื่อขอช่วยให้ดำเนินการติดตาม และ รวบรวมแบบสอบถามส่งกลับคืนผู้วิจัยทางไปรษณีย์

กรณีที่มีสมาชิกที่เป็นกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านออก เขียนได้ ผู้วิจัยและ ประธานกองทุนสัจจะฯ อ่านให้ฟังและให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เลือกคำตอบด้วยตนเอง

2.5 ผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถาม ได้รับการตอบกลับทั้งหมด 408 ชุด และ นำแบบสอบถามมาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลทุกชุด พบว่าแบบสอบถาม มีความถูกต้องและสมบูรณ์เพียง 400 ชุด จึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ 400 ชุด

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยประมวลผลข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (DeScriptive statistics) คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. ข้อมูลสภาวะรายด้านและโดยรวมของสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) คือ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบสภาวะรายด้านและโดยรวมของสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ในระดับโชนใช้การวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติทดสอบของ Kruskal-Wallis H Test หากพบความแตกต่างทำการเปรียบเทียบเป็นรายคู่ (Multiple Comparisons) ด้วยวิธี Tamhane's T2

## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์การวิจัย และการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ พร้อมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างชัดเจนว่า การให้ข้อมูลไม่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง
2. ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าในการเก็บรวบรวมข้อมูล การรายงานผลการวิจัย ตลอดจนการนำเสนอผลการวิจัย จะไม่มีชื่อหรือรายละเอียดที่จะเป็นการเปิดเผยกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม
3. ผู้วิจัยประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลตามข้อเท็จจริงจากข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่าง รายงานผลการวิจัย และนำเสนอผลการวิจัย โดยไม่บิดเบือนข้อมูล

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและอภิปรายผล

#### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจสุขภาพของสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษา ตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. ระดับสุขภาพของสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ
3. เปรียบเทียบสุขภาพของสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ในระดับโซน

#### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระบบการศึกษา
2. ข้อมูลด้านอาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้
3. ข้อมูลโรคประจำตัว
4. ข้อมูลการเป็นสมาชิกองค์กรชุมชนอื่น ระยะเวลาในการเป็นสมาชิกกองทุนสัจจะฯ และสวัสดิการที่เคยได้รับจากกองทุนสัจจะฯ

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N=400)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
15 – 29 ปี	45	11.30
30 – 44 ปี	161	40.20
45 – 59 ปี	149	37.20
60 ปีขึ้นไป	45	11.30
( $\bar{x}$ = 43.81, S.D. = 12.22, min. = 15, max. =80)		
เพศ		
ชาย	133	33.30
หญิง	267	66.70
ศาสนา		
พุทธ	358	89.50
อิสลาม	42	10.50
สถานภาพสมรส		
โสด	63	15.70
สมรส	295	73.80
หม้าย	37	9.30
หย่าร้าง	5	1.20
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	0.30
ประถมศึกษา	155	38.70
มัธยมศึกษา	109	27.30
ปวช./ปวส./อนุปริญญา	61	15.30
ปริญญาตรี	67	16.70
สูงกว่าปริญญาตรี	7	1.70

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N=400) (ต่อ)

ข้อมูลด้านประชากร (ต่อ)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระบบการศึกษา		
ในระบบ	358	89.50
นอกระบบ	41	10.20
ไม่ระบุ	1	0.30

จากตาราง 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุช่วง 30 - 44 ปี และ 45 - 59 ปี ร้อยละ 40.20 และ 37.20 ตามลำดับ โดยมีอายุเฉลี่ย 43.81 ปี (S.D. = 12.22) เพศหญิงร้อยละ 66.70 นับถือศาสนา พุทธร้อยละ 89.50 มีสถานภาพสมรสร้อยละ 73.80 การศึกษาพบว่าส่วนใหญ่เรียนในระบบร้อยละ 89.50 โดยส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาร้อยละ 38.70 และ 27.30

ตาราง 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาชีพ รายได้ และความพอเพียงของรายได้ (N=400)

ข้อมูลด้านอาชีพ/รายได้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพหลัก		
เกษตรกรรวม	209	52.30
ค้าขาย	51	12.80
ลูกจ้าง/พนักงานเอกชน	94	23.50
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	29	7.30
นักเรียน/นักศึกษา	14	3.50
ธุรกิจส่วนตัว	3	0.80
อาชีพเสริม		
ไม่มี	132	33.00
มี	268	67.00

ตาราง 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาชีพ รายได้ และความพอเพียงของรายได้  
(N=400) (ต่อ)

ข้อมูลด้านอาชีพ/รายได้ (ต่อ)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพเสริม		
ทำสวน	130	32.50
เลี้ยงสัตว์	88	22.00
รับจ้างทั่วไป	62	15.50
ค้าขาย	47	11.80
กรรมการกลุ่มต่างๆ	2	0.50
รายได้		
0 – 5,000 บาท	65	16.30
5,001 – 10,000 บาท	194	48.50
10,001 – 15,000 บาท	80	20.00
15,001 – 20,000 บาท	27	6.70
20,001 บาทขึ้นไป	34	8.50
$(\bar{x} = 11,217, S.D. = 7,437 \text{ min.} = 00, \text{ max} = 45,000)$		
ความพอเพียงของรายได้		
พอใช้	267	66.80
ไม่พอใช้	131	32.70
ไม่ระบุ	2	0.05

จากตาราง 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 52.30 รองลงมาประกอบอาชีพลูกจ้าง/พนักงานเอกชนร้อยละ 23.50 มีอาชีพเสริมร้อยละ 67.00 อาชีพเสริม คือ การทำสวนและเลี้ยงสัตว์ร้อยละ 32.50 และ 22.00 มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาทต่อเดือนมากที่สุดร้อยละ 48.50 รายได้ของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย 11,217 บาทต่อเดือน ซึ่งมีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่ายในครอบครัวร้อยละ 66.80

ตาราง 4 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลโรคประจำตัว (N=400)

ข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประวัติโรคประจำตัว		
ไม่มี	313	78.20
มี	87	21.80
โรคประจำตัว		
โรคความดันโลหิตสูง	50	12.50
โรคหัวใจ	7	1.80
โรคเบาหวาน	24	6.00
โรคไขมันในเลือดสูง	38	9.50
โรคมะเร็ง	1	0.30

จากตาราง 4 กลุ่มตัวอย่างมีประวัติโรคประจำตัวร้อยละ 21.80 และโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือโรคไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวานร้อยละ 12.50, 9.50 และ 6.00 ตามลำดับ



ตาราง 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลการเป็นสมาชิกองค์กรชุมชนอื่น ระยะเวลาการเป็นสมาชิกกองทุนสัจจะฯ และสวัสดิการที่เคยได้รับจากกองทุนสัจจะฯ (N=400)

ข้อมูลกองทุน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การเป็นสมาชิกองค์กรชุมชนอื่น		
ไม่เป็น	60	15.00
เป็น	340	85.00
องค์กรชุมชนที่เป็นสมาชิก		
กลุ่มสัจจะออมทรัพย์	286	71.50
กลุ่ม อสม.	62	15.50
กองทุนหมู่บ้าน	226	56.50
กลุ่มแม่บ้าน	110	27.50
กลุ่มน้ำยาง	80	20.00
ระยะเวลาการเป็นสมาชิกกองทุนสัจจะฯ		
1 – 5 ปี	207	51.80
6 - 10 ปี	193	48.20
( $\bar{x}$ = 5.39, S.D. = 2.18, min = 1, max = 10 )		
การได้รับสวัสดิการจากกองทุนสัจจะฯ		
ไม่เคยรับ	182	46.50
เคยรับ	214	53.50

ตาราง 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลการเป็นสมาชิกองค์กรชุมชนอื่น ระยะเวลาการเป็นสมาชิกกองทุนสัจจะฯ และสวัสดิการที่เคยได้รับจากกองทุนสัจจะฯ (N=400) (ต่อ)

ข้อมูลกองทุน (ต่อ)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สวัสดิการที่เคยได้รับจากเครือข่ายสัจจะฯ		
เกิด	35	8.80
เจ็บ	135	33.80
ตาย	16	4.00
ทุนการศึกษา	14	3.50
สวัสดิการคนทำงาน	83	20.80
สวัสดิการเงินกู้	24	6.00
สวัสดิการเงินฝาก	14	3.50

จากตาราง 5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นอกจากการเป็นสมาชิกกองทุนสัจจะฯยังเป็นสมาชิกองค์กรชุมชนอื่นร้อยละ 85.00 โดยเป็นสมาชิกกลุ่มสัจจะออมทรัพย์มากที่สุดร้อยละ 71.50 รองลงมาคือเป็นสมาชิกกองทุนหมู่บ้าน กลุ่มแม่บ้าน และกลุ่มน้ำยางร้อยละ 56.50, 27.50 และ 20.00 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีอายุการเป็นสมาชิกกองทุนสัจจะฯอยู่ระหว่าง 1 - 5 ปี ร้อยละ 51.80 โดยเป็นสมาชิกกองทุนสัจจะเฉลี่ย 5.39 ปี (S.D. = 2.18) ซึ่งเคยได้รับสวัสดิการจากกองทุนสัจจะฯ ร้อยละ 53.50 โดยสวัสดิการที่เคยได้รับมากที่สุดเป็นสวัสดิการด้านการเจ็บป่วย รองลงมาเป็นสวัสดิการคนทำงาน และสวัสดิการการเกิดบุตรร้อยละ 33.80, 20.80 และ 8.80 ตามลำดับ

## 2. ระดับสุขภาวะของสมาชิกเครือข่ายสัจจะลดรายจ่ายวันละ 1 บาทเพื่อทำสวัสดิการภาคประชาชน สงขลา

ผลการศึกษาระดับสุขภาวะของสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ โดยรวมและรายด้าน ได้แก่ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะทางปัญญา มีรายละเอียด ดังนี้

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสุขภาวะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสุขภาวะ รายด้านและ โดยรวม (N=400)

สุขภาวะ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
สุขภาวะทางกาย	2.65	0.32	ดี
สุขภาวะทางจิต	2.88	0.49	ดี
สุขภาวะทางสังคม	2.74	0.54	ดี
สุขภาวะทางปัญญา	2.56	0.40	ดี
<b>รวม</b>	<b>2.71</b>	<b>0.35</b>	<b>ดี</b>

จากตาราง 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยสุขภาวะ โดยรวมอยู่ในระดับดี ( $\bar{x} = 2.71$ , S.D. = 0.35) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าค่าเฉลี่ยสุขภาวะของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดีทั้ง 4 ด้าน โดยพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสุขภาวะดีที่สุดคือ สุขภาวะทางจิต ( $\bar{x} = 2.88$ , S.D. = 0.49) รองลงมาคือ สุขภาวะทางสังคม ( $\bar{x} = 2.74$ , S.D. = 0.54) สุขภาวะทางกาย ( $\bar{x} = 2.65$ , S.D. = 0.32) และสุขภาวะทางปัญญา ( $\bar{x} = 2.56$ , S.D. = 0.40) ตามลำดับ

ตาราง 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสุขภาวะทางกายของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม  
 สุขภาวะรายด้านและรายชื่อ (N=400)

สุขภาวะทางกาย	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1. การนอนพักผ่อนวันละ 6 - 8 ชั่วโมง	2.27	0.90	ปานกลาง
2. การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย	2.70	0.71	ดี
3. การหลีกเลี่ยงอาหารไขมัน/น้ำตาลสูง	1.69	0.96	น้อย
4. การรับประทานอาหารรสเค็มจัด	2.72	0.82	ดี
5. การไม่สามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน	3.64	0.65	ดีมาก
6. การดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	3.64	0.67	ดีมาก
7. การสูบบุหรี่/ยาสูบหรือยาเสพติดใดๆ	3.66	0.77	ดีมาก
8. การอาศัยอยู่ในชุมชนที่มีสภาพแวดล้อมปราศจากมลภาวะ	1.83	1.13	ปานกลาง
9. การออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา	1.68	0.94	น้อย
10. การเข้าถึงบริการทางการแพทย์	2.65	0.88	ดี
<b>รวม</b>	<b>2.65</b>	<b>0.32</b>	<b>ดี</b>

จากตาราง 7 กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยสุขภาวะทางกายอยู่ในระดับดี ( $\bar{x} = 2.65$ , S.D. = 0.32) โดยกลุ่มตัวอย่างมีสุขภาวะทางกายอยู่ในระดับดีมากในข้อพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อสุขภาพ คือ การดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ( $\bar{x} = 3.64$ , S.D. = 0.67) การสูบบุหรี่/ยาสูบหรือยาเสพติดใดๆ ( $\bar{x} = 3.66$ , S.D. = 0.77) และการไม่สามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน ( $\bar{x} = 3.64$ , S.D. = 0.65) กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาวะทางกายอยู่ในระดับดีเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ( $\bar{x} = 2.70$ , S.D. = 0.71) การรับประทานอาหารรสเค็มจัด ( $\bar{x} = 2.72$ , S.D. = 0.82) และการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ( $\bar{x} = 2.65$ , S.D. = 0.88) กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาวะทางกายอยู่ในระดับปานกลางเกี่ยวกับการนอนพักผ่อนวันละ 6 - 8 ชั่วโมง ( $\bar{x} = 2.27$ , S.D. = 0.90) และการอาศัยอยู่ในชุมชนที่มีสภาพแวดล้อมปราศจากมลภาวะ ( $\bar{x} = 1.83$ , S.D. = 1.13) และกลุ่มตัวอย่างมีสุขภาวะทางกายอยู่ในระดับน้อยเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงอาหารไขมัน/น้ำตาลสูง ( $\bar{x} = 1.69$ , S.D. = 0.96) และการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา ( $\bar{x} = 1.68$ , S.D. = 0.94)

ตาราง 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสุขภาวะทางจิตของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม  
 สุขภาวะรายด้านและรายชื่อ (N=400)

สุขภาวะทางจิต	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1. ความรู้สึกหดหู่ เศร้าหรือท้อแท้สิ้นหวัง	3.35	0.81	ดีมาก
2. ความรู้สึกเบื่อทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน	3.26	0.78	ดีมาก
3. ความรู้สึกมีความหวัง ความพึงพอใจในชีวิต	2.76	0.89	ดี
4. การไม่สามารถจดจ่อกับงานต่างๆที่กำลังทำอยู่	2.99	0.92	ดี
5. การควบคุมอารมณ์ของตนเองเมื่อเกิดเหตุการณ์ซับซ้อน	2.47	0.89	ปานกลาง
6. ความสามารถในการเผชิญหน้ากับปัญหา	2.60	0.85	ดี
7. การตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง	2.91	0.80	ดี
8. ความรู้สึกตั้งเครียดจนทำอะไรไม่ได้	2.91	0.82	ดี
9. การจัดการกับความเครียด	2.57	0.85	ดี
10. ความรู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ เครียดจากการใช้ชีวิต	3.00	0.84	ดี
<b>รวม</b>	<b>2.88</b>	<b>0.49</b>	<b>ดี</b>

จากตาราง 8 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตอยู่ในระดับดี ( $\bar{x} = 2.88$ , S.D. = 0.49) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสุขภาวะทางจิตอยู่ในระดับดีมากในข้อความรู้สึกหดหู่ เศร้าหรือท้อแท้สิ้นหวัง ( $\bar{x} = 3.35$ , S.D. = 0.81) ความรู้สึกเบื่อทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน ( $\bar{x} = 3.26$ , S.D. = 0.78) และกลุ่มตัวอย่างมีสุขภาวะทางจิตอยู่ในระดับปานกลางในส่วนของ การควบคุมอารมณ์ของตนเองเมื่อเกิดเหตุการณ์ซับซ้อน ( $\bar{x} = 2.47$ , S.D. = 0.89)

ตาราง 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสุขภาวะทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม  
 สุขภาวะรายด้านและรายชื่อ (N=400)

สุขภาวะทางสังคม	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1. การใช้ความรัก ความเข้าใจในครอบครัว	3.17	0.77	ดี
2. การเอาใจใส่ดูแลซึ่งกันและกันในครอบครัว	3.16	0.82	ดี
3.การผูกมิตรหรือสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนใหม่	2.92	0.70	ดี
4.การอาศัยอยู่ในชุมชนที่มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่	2.77	0.74	ดี
5. การเจรจาแก้ไขปัญหาคความขัดแย้ง	2.84	0.90	ดี
6. การอาศัยอยู่ในชุมชนที่ปลอดภัยจากปัญหาอาชญากรรม	2.53	0.93	ดี
7. การอาศัยอยู่ในชุมชนที่ปลอดภัยจากการลักขโมย	2.25	0.95	ปานกลาง
8. การอาศัยอยู่ในชุมชนที่มีความรักและสามัคคี	2.69	0.76	ดี
9. การอาศัยอยู่ในชุมชนที่ร่วมมือกันในการแก้ปัญหา	2.52	0.77	ดี
10. การยอมรับจากคนในชุมชน	2.60	0.70	ดี
<b>รวม</b>	<b>2.74</b>	<b>0.54</b>	<b>ดี</b>

จากตาราง 9 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยสุขภาวะทางสังคมอยู่ในระดับดี ( $\bar{x}$  = 2.74, S.D. = 0.54) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสุขภาวะทางสังคมอยู่ในระดับดีเกือบทุกข้อ โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือการใช้ความรัก ความเข้าใจในครอบครัว ( $\bar{x}$  = 3.17, S.D. = 0.77) และการเอาใจใส่ดูแลซึ่งกันและกันในครอบครัว ( $\bar{x}$  = 3.16, S.D. = 0.82) และการผูกมิตรหรือสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนใหม่ ( $\bar{x}$  = 2.92, S.D. = 0.70) ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างมีสุขภาวะทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางในข้อการอาศัยอยู่ในชุมชนที่ปลอดภัยจากการลักขโมย ( $\bar{x}$  = 2.25, S.D. = 0.95)

ตาราง 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสุขภาวะทางปัญญาของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสุขภาวะรายด้านและรายข้อ (N=400)

สุขภาวะทางปัญญา	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1. การไม่หลงยินดีกับสถานการณ์ที่พึงพอใจ	2.26	1.00	ปานกลาง
2. การรู้สึกตัวอยู่เสมอ ไม่หลงเข้าไปในความคิด	2.22	0.91	ปานกลาง
3. การวางใจให้เป็นกลาง	2.40	0.75	ปานกลาง
4. การเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่นและส่วนรวม	2.40	0.84	ปานกลาง
5. การรู้ทันความคิด ความรู้สึกของตนเอง	2.64	0.70	ดี
6. การไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จึงทำให้เป็นทุกข์	2.91	0.78	ดี
7. การยอมรับความผิดพลาดและพร้อมแก้ไขความผิดพลาดนั้น	2.84	0.71	ดี
8. การให้อภัยผู้อื่นที่ปฏิบัติไม่ดีกับท่านได้	2.45	0.78	ปานกลาง
9. การไม่อดทนเมื่อไม่ได้รับการยอมรับจากคนอื่น	2.96	0.90	ดี
10. การรู้ทันอารมณ์ของตนเองและการควบคุมอารมณ์ได้	2.54	0.84	ดี
<b>รวม</b>	<b>2.56</b>	<b>0.40</b>	<b>ดี</b>

จากตาราง 10 กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยสุขภาวะทางปัญญารายด้านอยู่ในระดับดี ( $\bar{x} = 2.56$ , S.D. = 0.40) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสุขภาวะทางปัญญาอยู่ในระดับดี ในข้อ การไม่อดทนเมื่อไม่ได้รับการยอมรับจากคนอื่น ( $\bar{x} = 2.96$ , S.D. = 0.90) การไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จึงทำให้เป็นทุกข์ ( $\bar{x} = 2.91$ , S.D. = 0.78) การยอมรับความผิดพลาด และพร้อมแก้ไขความผิดพลาดนั้น ( $\bar{x} = 2.84$ , S.D. = 0.71) การรู้ทันความคิด ความรู้สึกของตนเอง ( $\bar{x} = 2.64$ , S.D. = 0.70) และการรู้ทันอารมณ์ของตนเองและการควบคุมอารมณ์ได้ ( $\bar{x} = 2.54$ , S.D. = 0.84) และกลุ่มตัวอย่างมีสุขภาวะทางปัญญาในระดับปานกลางในข้อการให้อภัยผู้อื่นที่ปฏิบัติไม่ดีกับท่านได้ ( $\bar{x} = 2.45$ , S.D. = 0.78) การวางใจให้เป็นกลาง ( $\bar{x} = 2.40$ , S.D. = 0.75) การเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่นและส่วนรวม ( $\bar{x} = 2.40$ , S.D. = 0.84) การไม่หลงยินดีกับสถานการณ์ที่พึงพอใจ ( $\bar{x} = 2.26$ , S.D. = 1.00) และการรู้สึกตัวอยู่เสมอ ไม่หลงเข้าไปในความคิด ( $\bar{x} = 2.22$ , S.D. = 0.91)

### 3. เปรียบเทียบสุขภาวะของสมาชิกเครือข่ายสัจจะลดรายจ่ายวันละ 1 บาทเพื่อทำสวัสดิการภาคประชาชนสงขลาโดยรวมและรายด้านในระดับโชน

ผลการเปรียบเทียบสุขภาวะของสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางสังคม สุขภาวะทางปัญญา ในระดับโชน มีรายละเอียดดังนี้

ตาราง 11 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสุขภาวะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพื้นที่โชน

สุขภาวะ	Chi - Square	df	P - value
สุขภาวะทางกาย	17.270	3	0.128
สุขภาวะทางจิต	26.083	3	0.000*
สุขภาวะทางสังคม	18.628	3	0.000*
สุขภาวะทางปัญญา	8.626	3	0.035*
สุขภาวะโดยรวม	27.577	3	0.000*

\* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากตาราง 11 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วย Kruskal Wallis Test พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยสุขภาวะโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาสุขภาวะเป็นรายด้านพบว่าสุขภาวะจิต สังคม และปัญญา มีค่าเฉลี่ยสุขภาวะแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อพบความแตกต่างจึงทำการทดสอบด้วยการเปรียบเทียบเป็นรายคู่ด้วยวิธีของ Tamhane's T2 ผลดังตาราง



ตาราง 12 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่สภาวะโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพื้นที่โซน

พื้นที่โซน	$\bar{x}$	พื้นที่โซน			
		อำเภอระโนด (โซน 1)	อำเภอกวนเนียง (โซน 2)	อำเภอหาดใหญ่ (โซน 3)	อำเภอนาทวี (โซน 4)
อำเภอระโนด (โซน 1) n=77	2.86	-	.24152* (0.000)	.09524 (0.370)	.19519* (0.013)
อำเภอกวนเนียง (โซน 2) n=146	2.61		-	-.14628* (0.001)	-.04632 (0.937)
อำเภอหาดใหญ่ (โซน 3) n=106	2.76			-	.09996 (0.299)
อำเภอนาทวี (โซน 4) n=71	2.66				-

\* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากตาราง 12 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ระหว่างพื้นที่โซนกับสภาวะโดยรวม พบว่า สภาวะโดยรวมของสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ในอำเภอระโนด (โซน 1) กับสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ในอำเภอกวนเนียง (โซน 2) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.24152

สภาวะโดยรวมของสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ในอำเภอระโนด (โซน 1) กับสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ในอำเภอนาทวี (โซน 4) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.19519

สภาวะโดยรวมของสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ในอำเภอกวนเนียง (โซน 2) กับสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ในอำเภอหาดใหญ่ (โซน 3) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ -0.14628

ตาราง 13 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่สุขภาวะทางจิตของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพื้นที่โซน

สุขภาวะทางจิต	$\bar{x}$	ระดับโซน			
		อำเภอระโนด (โซน 1)	อำเภอกวนเนียง (โซน 2)	อำเภอหาดใหญ่ (โซน 3)	อำเภอนาทวี (โซน 4)
อำเภอระโนด (โซน 1) n=77	2.98	-	.23557* (0.001)	-.06452 (0.894)	.19395 (0.073)
อำเภอกวนเนียง (โซน 2) n=146	2.75		-	-.30009* (0.000)	-.04163 (0.995)
อำเภอหาดใหญ่ (โซน 3) n=106	3.05			-	.25846* (0.008)
อำเภอนาทวี (โซน 4) n=71	2.79				-

\* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากตาราง 13 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ระหว่างพื้นที่โซนกับสุขภาวะทางจิต พบว่า สุขภาวะทางจิตของสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ในอำเภอระโนด (โซน 1) กับสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ในอำเภอกวนเนียง (โซน 2) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.23557

สุขภาวะทางจิตของสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ในอำเภอกวนเนียง (โซน 2) กับสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ในอำเภอหาดใหญ่ (โซน 3) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ -0.30009

สุขภาวะทางจิตของสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ในอำเภอหาดใหญ่ (โซน 3) กับสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ในอำเภอนาทวี (โซน 4) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.25846

ตาราง 14 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่สภาวะทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง  
จำแนกตามพื้นที่โซน

พื้นที่โซน	$\bar{x}$	พื้นที่โซน			
		อำเภอระโนด (โซน 1)	อำเภอกวนเนียง (โซน 2)	อำเภอหาดใหญ่ (โซน 3)	อำเภอนาทวี (โซน 4)
อำเภอระโนด (โซน 1) n=77	3.05	-	.43591* (0.000)	.29771* (0.003)	.40221* (0.000)
อำเภอกวนเนียง (โซน 2) n=146	2.62		-	-.13820 (0.109)	-.03370 (0.998)
อำเภอหาดใหญ่ (โซน 3) n=106	2.75			-	.10450 (0.605)
อำเภอนาทวี (โซน 4) n=71	2.65				-

\* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากตาราง 14 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ระหว่างพื้นที่โซนกับสภาวะทางสังคม พบว่า สภาวะทางสังคมของสมาชิกเครือข่ายสังคมฯ ในอำเภอระโนด (โซน 1) กับสมาชิกเครือข่ายสังคมฯ ในอำเภอกวนเนียง (โซน 2) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.43591

สภาวะทางสังคมของสมาชิกเครือข่ายสังคมฯ ในอำเภอระโนด (โซน 1) กับสมาชิกเครือข่ายสังคมฯ ในอำเภอหาดใหญ่ (โซน 3) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.29771

สภาวะทางสังคมของสมาชิกเครือข่ายสังคมฯ ในอำเภอระโนด (โซน 1) กับสมาชิกเครือข่ายสังคมฯ ในอำเภอนาทวี (โซน 4) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.40221

ตาราง 15 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่สุขภาวะทางปัญญาของกลุ่มตัวอย่าง  
จำแนกตามพื้นที่โซน

พื้นที่โซน	$\bar{x}$	พื้นที่โซน			
		อำเภอระโนด (โซน 1)	อำเภอกวนเนียง (โซน 2)	อำเภอหาดใหญ่ (โซน 3)	อำเภอนาทวี (โซน 4)
อำเภอระโนด (โซน 1) n=77	2.66	-	.16857* (0.020)	.07330 (0.739)	.07653 (0.863)
อำเภอกวนเนียง (โซน 2) n=146	2.49		-	-.09527 (0.262)	-.09204 (0.630)
อำเภอหาดใหญ่ (โซน 3) n=106	2.58			-	.00323 (1.000)
อำเภอนาทวี (โซน 4) n=71	2.58				-

\* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากตาราง 15 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ระหว่างพื้นที่โซนกับสุขภาวะทางปัญญา พบว่า สุขภาวะทางปัญญาของสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ในอำเภอระโนด (โซน 1) กับสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ในอำเภอกวนเนียง (โซน 2) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.16857

ส่วนคู่อื่นๆ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายผลได้ดังนี้

### 1. ระดับสุขภาพของสมาชิกเครือข่ายฯ

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 30 – 44 ปี ในช่วงวัยนี้จะมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการทางร่างกายเป็นไปอย่างสมบูรณ์ มีวุฒิภาวะด้านอารมณ์ที่มั่นคง มีลักษณะการปรับตัวเหมาะสมกับบทบาททางสังคม และมีความคิดที่สุขุมรอบคอบมากพอที่จะทำให้การดูแลสุขภาพดีขึ้น (อารยา ประเสริฐชัย, 2555) รายได้ของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย 11,217 บาท ซึ่งมีรายได้อยู่ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท และกลุ่มตัวอย่างมีรายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในครัวเรือน (ร้อยละ 66.80) ทำให้มีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ และบรรเทาอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1982) ที่กล่าวว่าสถานภาพทางเศรษฐกิจเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเองของบุคคล โดยผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจสูงจะเอื้อประโยชน์ในการดูแลตนเองของบุคคล เช่น การได้รับอาหารที่เพียงพอ ตลอดจนสามารถเข้าถึงสถานบริการได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถจัดหาข้าวของเครื่องใช้ต่างๆ เพื่ออำนวยความสะดวกในการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง จึงส่งผลให้สุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบประเด็นและข้ออภิปรายดังนี้

สุขภาพทางกาย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพทางกายอยู่ในระดับดี ซึ่งอภิปรายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับสุขภาพระดับดีมากเกี่ยวกับเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงพฤติกรรม การดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่/ยาสูบหรือยาเสพติดใดๆ เนื่องจากการมีทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงจากสื่อต่างๆ ทำให้เกิดการรับรู้ถึงผลเสียที่มีต่อสุขภาพตนเองและสังคม ผลการวิจัยยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับสุขภาพน้อยเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหาร ไขมัน/น้ำตาลสูง และพฤติกรรมออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวเป็นสาเหตุของการทำให้เกิดโรค สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวนหนึ่งมีโรคประจำตัว เป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 12.50 และ 9.50) อาจเนื่องด้วยพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีแป้ง น้ำตาลและไขมันสูง จากการมีวิถีชีวิตที่เร่งรีบและต้องแข่งขันกับเวลา ทำให้ต้องพึ่งอาหารพร้อมปรุง อาหารสำเร็จรูปซึ่งหาซื้อได้ง่ายและประหยัดเวลา ส่งผลให้ผู้รับประทานมีโอกาสที่จะได้รับไขมันและน้ำตาลสูงมาก เนื่องจากการปรุงอาหารของผู้ประกอบการยอมนั้นที่รสชาติและความอร่อย สอดคล้องกับรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปนิยมรับประทานอาหารจานด่วน ไขมันสูง (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2554) ส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาอยู่ในระดับน้อย

สอดคล้องกับรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 พบว่าร้อยละ 18.5 ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ โดยภาคใต้มีสัดส่วนของคนที่ไม่มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอมากที่สุด (ร้อยละ 42.8) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมต้องใช้แรงกายในการทำงาน ทำให้เหนื่อยล้าจากการทำงานและเชื่อว่าการทำงานหนักก็เท่ากับได้ออกกำลังกายเพียงพอแล้ว นอกจากนี้ยังพบว่าการอาศัยอยู่ในชุมชนที่มีสภาพแวดล้อมที่ปราศจากมลภาวะอยู่ในระดับปานกลาง อาจเกิดจากการขยายตัวของชุมชนในจังหวัดสงขลาเนื่องมาจากจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้นและมีการขยายตัวทางเศรษฐกิจสูง โดยมีการประกอบกิจการด้านอุตสาหกรรม สถานพยาบาลต่างๆ โรงแรมและที่พักตากอากาศ และร้านอาหาร ซึ่งเป็นแหล่งกำเนิดมลพิษที่สำคัญ

สุขภาวะทางจิต ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสุขภาวะทางจิตอยู่ในระดับดี เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 30 – 44 ปี (ร้อยละ 40.20) ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ มีความมั่นคงทางอารมณ์ ควบคุมอารมณ์ได้ดี แต่ด้วยหน้าที่และความรับผิดชอบต่อครอบครัว สังคมและหน้าที่การงาน อาจทำให้เกิดความเครียดในการดำเนินชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับที่อารยา ประเสริฐชัย (2555) กล่าวว่าวัยกลางคน (40 – 60 ปี) เป็นวัยที่มีแบบแผนของการดำเนินชีวิตเข้ารูปเข้ารอยหรือเกือบจะสมบูรณ์ที่สุดก็ว่าได้ เป็นวัยที่บุคคลได้แสวงหาความพึงพอใจในตนเอง เป็นวัยที่บุคคลประสบผลในการดำเนินชีวิตสูงสุดหรือเรียกว่ายุคสุดยอดของชีวิตหรือยุคความสำเร็จสุดยอด อันเนื่องมาจากมีวุฒิภาวะด้านจิตใจ มีอาชีพ มีพลังทางเศรษฐกิจและมีบทบาททางด้านสังคม กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับความสามารถในการเผชิญหน้ากับปัญหาต่างๆและความสามารถในการตัดสินใจในเรื่องต่างๆได้ด้วยตนเองอยู่ในระดับดี ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของบุคคลในช่วงวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะสามารถเผชิญและจัดการแก้ไขทุกข้อนและปัญหาของตนได้อย่างสร้างสรรค์ (ลดาวัลย์ ประทีปชัยกูร และคณะ, 2551) สภาพสังคมปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว มีความซับซ้อนและแข่งขันกันมากขึ้นความเป็นปัจเจกบุคคลมีสูงมาก (อรรวรรณ น้อยวัฒน์, 2555) ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการควบคุมอารมณ์ของตนเองได้เมื่อเกิดเหตุการณ์ซับซ้อนหรือร้ายแรงอยู่ในระดับปานกลาง

สุขภาวะทางสังคม ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสุขภาวะทางสังคมอยู่ในระดับดี เนื่องกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 30 – 44 ปี (ร้อยละ 40.20) ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ต้องมีการปรับตัวตามการเปลี่ยนแปลงตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบทั้งต่อตนเอง ครอบครัว งาน และสังคม มีการร่วมกิจกรรมต่างๆของสังคมและเข้าสู่สังคมที่กว้างขวางมากขึ้น เป็นวัยที่เพื่อนใกล้ชิดสามารถแลกเปลี่ยนความรู้สึกนึกคิด และต้องการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการทำงาน

(พรทิพย์ เกษุรานนท์, 2555; อารยา ประเสริฐชัย, 2555) เมื่อพิจารณาเป็นรายชื่อจะเห็นว่าส่วนของ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวอยู่ในระดับดี แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับครอบครัว เนื่องจากครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง และเป็นสถาบันพื้นฐานของสังคม เป็นสถาบันแรกที่สามารถหล่อหลอมและพัฒนาบุคคลต่างๆ ในครอบครัวให้เป็นบุคคลที่พึงประสงค์ ของสังคมสอดคล้องกับผลการศึกษาคั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 73.80) ส่วนรายชื่อนอื่นๆที่แสดงถึงความสัมพันธ์ของคนในชุมชนมีสุขภาวะอยู่ในระดับดี เกิดจาก จังหวัดสงขลาเป็นจังหวัดที่มีการรวมกลุ่มของประชาชนที่เข้าไม่ถึงบริการของรัฐหรือไม่ได้รับ บริการด้านสวัสดิการเพื่อช่วยเหลือกันเองภายในชุมชน ก่อให้เกิดคุณค่าทางจิตใจในการช่วยเหลือ เกื้อกูลกันด้วยความเอื้ออาทร เป็นการแสดงน้ำใจ การเสียสละ ก่อให้เกิดความรักความสามัคคีในชุมชน เกิดการเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการจัดการปัญหาของชุมชนให้เข้มแข็งและยั่งยืน ต่อไป สอดคล้องกับผลการศึกษาคั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกองค์กรชุมชนอื่นร้อยละ 85 โดยเป็นสมาชิกกลุ่มสัจจะออมทรัพย์ กองทุนหมู่บ้าน กลุ่มแม่บ้าน และกลุ่มน้ำยาง (ร้อยละ 71.50, 56.50, 27.50 และ 20.00 ตามลำดับ) โดยเป็นสมาชิกเครือข่ายสัจจะอยู่ระหว่าง 1 – 5 ปี และ 6 – 10 ปี (ร้อยละ 51.80 และ 48.20) ซึ่งสมาชิกส่วนใหญ่เป็นเพื่อนบ้านที่อยู่ชุมชนเดียวกัน ทำให้รู้จัก และมีความคุ้นเคยกันเป็นอย่างดี มีการรวมกลุ่มกันทำกิจกรรมต่างๆของเครือข่ายสัจจะฯและชุมชน ร่วมกัน มีการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน แต่อย่างไรก็ตามด้วยกระแสของการเปลี่ยนแปลงทาง สังคมก่อให้เกิดการแก่งแย่งแข่งขัน เห็นคุณค่าทางวัตถุมากกว่าคุณค่าทางจิตใจทำให้ระดับสุขภาวะทาง สังคมอยู่ในระดับดีเท่านั้น ในส่วนของการอาศัยอยู่ในชุมชนที่ปลอดภัยจากการลักขโมยอยู่ใน ระดับปานกลาง อาจเนื่องจากจังหวัดสงขลาเป็นเมืองเศรษฐกิจที่สำคัญของภาคใต้จึงมีการหลั่งไหล ของแรงงานต่างถิ่นและแรงงานต่างด้าวเข้ามาอาศัยอยู่เพื่อใช้แรงงาน ปี 2557จังหวัดสงขลามีจำนวน แรงงานต่างด้าว ที่เข้าเมืองตามกฎหมาย และได้รับอนุญาตให้ทำงาน จำนวนทั้งสิ้น 24,522 คน โดย จำแนกเป็นแรงงานต่างด้าวสัญชาติพม่าจำนวน 13,583 คน สัญชาติกัมพูชาจำนวน 6,030 คน และ สัญชาติลาวจำนวน 4,909 คน (ที่มา:สำนักงานแรงงานจังหวัดสงขลาข้อมูล ณ เดือนมกราคม 2558)

สุขภาวะทางปัญญา ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสุขภาวะทางปัญญาอยู่ใน ระดับดี เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 30 – 59 ปี ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่อยู่ใน โลกความเป็นจริงไม่เพื่อฝัน ยอมรับความเป็นจริง มีกระบวนการคิดที่เป็นระบบและซับซ้อนมาก ขึ้น มีเหตุผลผล ตัดสินใจและแก้ปัญหาได้ดี เป็นวัยที่เริ่มแสวงหาความสงบ มีความศรัทธาในศาสนา ยึดธรรมะเป็นที่พึ่งทางใจ ปฏิบัติธรรม และเป็นวัยที่ทราบเป้าหมายในชีวิตและมีแนวทางในการ ดำเนินชีวิตอย่างชัดเจน (ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2545) การรวมกลุ่มของกองทุนสัจจะฯ เป็นการพัฒนา คนให้เสียสละเพื่อส่วนรวม เช่น การเป็นสมาชิกกองทุนสัจจะฯ เป็นการพัฒนาคนให้ลดความเห็น

แก้ตัว ใช้เงินเพื่อรวมกันตั้งเป็นกองทุนไว้ช่วยเหลือคนในชุมชนในรูปแบบของการจัดสวัสดิการ อย่างไรก็ตามท่ามกลางกระแสสังคมที่เปลี่ยนแปลง การแข่งขันเพื่อเอาตัวรอด การลดอัตรา (ไม่ใช่ตัวตน) จึงกระทำได้ยาก จริยธรรมที่เสื่อมลงด้วยระบบทุนนิยมที่เกิดการแข่งขันแสวงหากำไรอย่างไม่มีขอบเขต โดยไม่คำนึงถึงความถูกต้อง ความเป็นธรรม ระเบียบกฎหมายของสังคม จึงเกิดความเสื่อมถอยของ ค่านิยม วัฒนธรรม ศีลธรรม จรรยาบรรณทั้งในสังคมเมืองและชนบทตามที่เห็นตามสื่อต่างๆ ส่งผลให้สุขภาพทางปัญญาอยู่ในระดับดีเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจสุขภาพทางสังคมและวัฒนธรรม พ.ศ. 2551 พบว่าปัจจัยทางประชากรที่สัมพันธ์กับคุณภาพของจิตใจในการรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์ รู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา หรือการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกาส ได้แก่ ระดับการศึกษา อายุที่เพิ่มมากขึ้น อาชีพการงานที่มั่นคง โดยผู้หญิงและคนในชนบทมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพของจิตใจที่ดีกว่าผู้ชายและคนที่ใช้ชีวิตในเมือง การประพฤติปฏิบัติตนและการยึดถือคำสอนทางศาสนาถือเป็นวิถีทางหนึ่งในการกล่อมเกลาจิตวิญญาณและเสริมสร้างปัญญาให้มีสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามสังคมยุคปัจจุบันอาจกล่าวได้ว่าคนไทยค่อนข้างที่จะอยู่ห่างจากศาสนา พฤติกรรมการปฏิบัติสมาธิและรักษาศีล รวมถึงความรู้สึกลงในการเคร่งศาสนา มีสัดส่วนและค่าเฉลี่ยในระดับที่ต่ำ (อภิชาติ จัรัสฤทธิรงค์ และคณะ, 2553)

## 2. เปรียบเทียบสุขภาพของสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ในระดับโชน

ผลการเปรียบเทียบสุขภาพของสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ โดยรวมและรายด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ยกเว้นระดับสุขภาพทางกายที่พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ผู้วิจัยอภิปรายได้ดังนี้

สุขภาพทางกาย พบว่า พื้นที่โชนที่แตกต่างกันจะมีผลต่อสุขภาพทางกายของสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่าทั้ง 4 พื้นที่สมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ มีสุขภาพทางกายอยู่ในระดับใกล้เคียงกัน บ่งบอกถึงรูปแบบการดำเนินชีวิตของแต่ละพื้นที่ที่ไม่มีความแตกต่างกัน ปัจจุบันพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้บริโภคเปลี่ยนไปจากอดีตเป็นอย่างมาก สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการที่มีการนำอาหารต่างประเทศเข้ามาไม่ว่าจะเป็นอาหารยุโรป อาหารญี่ปุ่น และอาหารเกาหลี ทำให้พฤติกรรมการรับประทานอาหารตามค่านิยมตามมาโดยเฉพาะอาหารจานด่วนที่เกิดจากความรีบเร่งของผู้บริโภคปัจจุบันที่มีเวลาในการรับประทานอาหารไม่มากและไม่มีเวลาปรุงอาหารเอง ทำให้ได้รับสารอาหารไม่ครบ 5 หมู่ ปริมาณไม่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย การมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อบริการประชาชนอยู่ใกล้หมู่บ้าน ทำให้ประชาชนมีความสะดวกสบายในการไปรับบริการ ง่ายต่อการไปใช้บริการ มีความครอบคลุมบริการทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น มีการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยในการไปรับบริการมีมากขึ้นรวมทั้งการมีอาสาสมัครสาธารณสุขเข้ามาช่วยปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในชุมชน



สุขภาวะจิต พบว่า พื้นที่โซนที่แตกต่างกันมีผลต่อสุขภาวะจิตของสมาชิกเครือข่าย สัจจะฯแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ระดับสุขภาวะของสมาชิกเครือข่าย สัจจะฯ ในพื้นที่อำเภอหาดใหญ่แตกต่างจากอำเภอนาทวีและอำเภอควนเนียง อาจเนื่องจากอำเภอหาดใหญ่ เป็นศูนย์กลางทางธุรกิจการค้าและการบริการของภาคใต้ มีความสะดวกสบายในด้านการคมนาคมขนส่งและการสื่อสาร การที่มีภาวะเศรษฐกิจดี ทำให้มีโอกาทำงานได้หลากหลาย มีอาชีพที่มีความมั่นคงและมีรายได้ที่แน่นอน มีความเป็นอยู่ดีขึ้น มีความพอใจในชีวิตสูงขึ้น เมื่อรายได้เพียงพอกับรายจ่าย ทำให้บุคคลมีอำนาจในการซื้อเพิ่มขึ้น และสามารถแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพกายและจิตใจได้มากกว่า การมีรายได้ที่ต่างกันทำให้เกิดความแตกต่างในการดูแลสุขภาพ และการรักษาพยาบาล รวมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ เศรษฐกิจของครัวเรือนจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อสุขภาพจิตของคนในครอบครัวในสังคมปัจจุบัน เงินนับว่าเป็นสื่อกลางที่สำคัญในการได้มาซึ่งปัจจัย 4 อันเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอภิชาติ จำรัสฤทธิ์รงค์ และคณะ (2554) กล่าวว่าด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือนมีผลต่อสุขภาพจิตของประชากร ถ้าประชากรมีรายได้ในปริมาณมากสุขภาพจิตของประชากรก็จะสูงขึ้นด้วย นอกจากนี้ยังพบว่าระดับสุขภาวะทางจิตของสมาชิกเครือข่าย สัจจะฯ ในพื้นที่อำเภอระโนดแตกต่างจากอำเภอควนเนียง อาจเนื่องจากอำเภอระโนดเป็นชุมชนชนบทผู้คนดำรงชีวิตด้วยวิถีชีวิตและวัฒนธรรมแบบดั้งเดิม มีการพึ่งพาช่วยเหลือเกื้อกูลกันแบบเครือญาติ มีประเพณีวัฒนธรรมที่ดั้งเดิม ขณะที่อำเภอควนเนียงมีความเจริญมากขึ้น เปลี่ยนสภาพจากชุมชนชนบทเป็นชุมชนเมือง

สุขภาวะสังคม พบว่า พื้นที่โซนที่แตกต่างกันจะมีผลต่อสุขภาวะทางสังคมของสมาชิกเครือข่าย สัจจะฯแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่าระดับสุขภาวะทางสังคมของสมาชิกเครือข่าย สัจจะฯ ในพื้นที่อำเภอระโนดแตกต่างกับอีก 3 อำเภอ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ของอำเภอระโนดประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก วิถีการดำรงชีวิตมีลักษณะเรียบง่ายและสอดคล้องกับลักษณะของอาชีพ ขนาดของชุมชนมีขนาดเล็ก จึงทำให้คนในชุมชนมีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติ รู้จักมักคุ้นกัน ยังมีการพึ่งพาอาศัยทรัพยากรธรรมชาติ ความเจริญและเทคโนโลยีสมัยใหม่ยังไม่ทั่วถึง และมีการรวมตัวกันง่ายกว่าชุมชนเมือง เป็นสังคมพึ่งพาที่มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการทำงาน ช่วยเหลือกันเมื่อเกิดทุกข์ยากลำบาก

สุขภาวะทางปัญญา พบว่า พื้นที่โซนที่แตกต่างกันจะมีผลต่อสุขภาวะทางปัญญาของสมาชิกเครือข่าย สัจจะฯแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่าระดับสุขภาวะทางปัญญาของสมาชิกเครือข่าย สัจจะฯ ในพื้นที่อำเภอระโนดแตกต่างกับควนเนียง อาจเนื่องด้วยอำเภอระโนดเป็นสังคมขนาดเล็ก ยังคงวิถีชีวิตที่เรียบง่าย มีลักษณะความสัมพันธ์แบบเครือญาติ การเป็นสมาชิกเครือข่าย สัจจะฯ ทำให้คนลดความเห็นแก่ตัวลง เห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวมมากขึ้น

และยังมีการรวมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการพัฒนากลุ่มมาโดยตลอด อำเภอควนเนียงเป็นชุมชนแบบชนบทกิ่งเมืองที่กำลังได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและระบบทุนนิยมที่เข้ามาครอบงำ ความเจริญทางด้านวัตถุ โครงสร้างพื้นฐาน และเทคโนโลยีได้ขยายตัวแพร่กระจายไปทุกพื้นที่ ทำให้คนมีความเป็นตัวของตัวเองมากขึ้น มีการแข่งขันกันส่งผลให้ประชาชนมีความเห็นแก่ตัวมากขึ้น อยู่แบบตัวใครตัวมัน ไม่สนใจ ไม่ช่วยเหลือกันซึ่งกันและกัน

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อสำรวจสุขภาพของสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณของยามานะที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามสุขภาพของสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ เท่ากับ 0.81 ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามก่อนนำไปหาความเที่ยงกับสมาชิกกองทุนสัจจะฯ ในอำเภอรัตนภูมิจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามสุขภาพของสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ทั้งหมด 0.92 ด้านสุขภาพทางกาย จิต สังคม และปัญญา มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.71, 0.77, 0.85 และ 0.72 ตามลำดับ รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน – สิงหาคม 2556 ประมวลผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for window (Statistics Package for Social Science for window) และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย โดยใช้สถิติ Kruskal-Wallis H Test

#### สรุปผลการวิจัย

##### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมี 400 คน ส่วนใหญ่มีอายุช่วง 30 - 44 ปี และ 45 - 59 ปี (ร้อยละ 40.20 และ 37.20) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.70) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 89.50) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 73.80) การศึกษาพบว่าส่วนใหญ่เรียนในระบบ (ร้อยละ 89.50) โดยส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา (ร้อยละ 38.70 และ 27.30) ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมและลูกจ้าง/พนักงานเอกชน (ร้อยละ 52.30 และ 23.50) มีอาชีพเสริม (ร้อยละ 67.00) อาชีพเสริมส่วนใหญ่ คือการทำสวนและเลี้ยงสัตว์ (ร้อยละ 32.50 และ 22.00) มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,001 –

10,000 บาทต่อเดือนมากที่สุด (ร้อยละ 48.50) ซึ่งเพียงพอต่อการใช้จ่ายในครอบครัว (ร้อยละ 66.80) มีประวัติโรคประจำตัว (ร้อยละ 21.80) และโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือ โรคไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 12.50, 9.50 และ 6.00 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่นอกจากการเป็นสมาชิกกองทุนสัจจะฯยังเป็นสมาชิกองค์กรชุมชนอื่นๆ (ร้อยละ 85.00) โดยเป็นสมาชิกกลุ่มสัจจะออมทรัพย์มากที่สุด รองลงมาคือเป็นสมาชิกกองทุนหมู่บ้าน กลุ่มแม่บ้าน และกลุ่มน้ียง (ร้อยละ 71.50, 56.50, 27.50 และ 20.00 ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างมีอายุการเป็นสมาชิกกองทุนสัจจะฯ อยู่ระหว่าง 1 - 5 ปี และ 6 - 10 ปี (ร้อยละ 51.80 และ 48.20) สมาชิกเคยได้รับสวัสดิการจากกองทุนสัจจะฯ (ร้อยละ 53.50) ซึ่งสวัสดิการที่เคยได้รับมากที่สุดเป็นสวัสดิการด้านการเจ็บป่วย รองลงมาเป็นสวัสดิการคนทำงานและสวัสดิการการเกิดบุตร (ร้อยละ 33.80, 20.80 และ 8.80 ตามลำดับ)

2. ระดับสุขภาวะของสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยสุขภาวะโดยรวมอยู่ในระดับดี ( $\bar{x} = 2.71$ , S.D. = 0.35) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าค่าเฉลี่ยสุขภาวะของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดีทั้ง 4 ด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสุขภาวะดีที่สุดคือ สุขภาวะทางจิต ( $\bar{x} = 2.88$ , S.D. = 0.49) รองลงมาคือ สุขภาวะทางสังคม ( $\bar{x} = 2.74$ , S.D. = 0.54) สุขภาวะทางกาย ( $\bar{x} = 2.65$ , S.D. = 0.32) และสุขภาวะทางปัญญา ( $\bar{x} = 2.56$ , S.D. = 0.40) ตามลำดับ

2.1 สุขภาวะทางกายอยู่ในระดับดี ( $\bar{x} = 2.65$ , S.D. = 0.32) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสุขภาวะทางกายอยู่ในระดับดีมากในข้อพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อสุขภาพ คือ การดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ( $\bar{x} = 3.64$ , S.D. = 0.67) การสูบบุหรี่/ยาสูบหรือยาเสพติดใดๆ ( $\bar{x} = 3.66$ , S.D. = 0.77) และการไม่สามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ( $\bar{x} = 3.64$ , S.D. = 0.65) กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาวะทางกายอยู่ในระดับดีเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ( $\bar{x} = 2.70$ , S.D. = 0.71) การรับประทานอาหารรสเค็มจัด ( $\bar{x} = 2.72$ , S.D. = 0.82) และการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ( $\bar{x} = 2.65$ , S.D. = 0.88) กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาวะทางกายอยู่ในระดับปานกลางเกี่ยวกับการนอนพักผ่อนวันละ 6 - 8 ชั่วโมง ( $\bar{x} = 2.27$ , S.D. = 0.90) และการอาศัยอยู่ในชุมชนที่มีสภาพแวดล้อมปราศจากมลภาวะ ( $\bar{x} = 1.83$ , S.D. = 1.13) และกลุ่มตัวอย่างมีสุขภาวะทางกายอยู่ในระดับน้อยเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงอาหารไขมัน/น้ำตาลสูง ( $\bar{x} = 1.69$ , S.D. = 0.96) และการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา ( $\bar{x} = 1.68$ , S.D. = 0.94)

2.2 สุขภาวะทางจิตอยู่ในระดับดี ( $\bar{x} = 2.88$ , S.D. = 0.49) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสุขภาวะทางจิตอยู่ในระดับดีมากในข้อความรู้สึกหดหู่ เศร้าหรือท้อแท้สิ้นหวัง ( $\bar{x} = 3.35$ , S.D. =

0.81) ความรู้สึกเบื่อทำอะไรก็ไม่ผลิตเฟลทิน ( $\bar{x} = 3.26$ , S.D. = 0.78) และกลุ่มตัวอย่างมีสุขภาวะทางจิตอยู่ในระดับปานกลางในส่วนของ การควบคุมอารมณ์ของตนเองเมื่อเกิดเหตุการณ์ซับซ้อน ( $\bar{x} = 2.47$ , S.D. = 0.89)

2.3 สุขภาวะทางสังคมอยู่ในระดับดี ( $\bar{x} = 2.74$ , S.D. = 0.54) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสุขภาวะทางสังคมอยู่ในระดับดีเกือบทุกข้อ โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือการใช้ความรักความเข้าใจในครอบครัว ( $\bar{x} = 3.17$ , S.D. = 0.77) และการเอาใจใส่ดูแลซึ่งกันและกันในครอบครัว ( $\bar{x} = 3.16$ , S.D. = 0.82) และการผูกมิตรหรือสร้างสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนใหม่ ( $\bar{x} = 2.92$ , S.D. = 0.70) ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างมีสุขภาวะทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางในข้อการอาศัยอยู่ในชุมชนที่ปลอดภัยจากการลักขโมย ( $\bar{x} = 2.25$ , S.D. = 0.95)

2.4 สุขภาวะทางปัญญาอยู่ในระดับดี ( $\bar{x} = 2.56$ , S.D. = 0.40) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสุขภาวะทางปัญญาอยู่ในระดับดี ในข้อ การไม่อดทนเมื่อไม่ได้รับการยอมรับจากคนอื่น ( $\bar{x} = 2.96$ , S.D. = 0.90) การไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จึงทำให้เป็นทุกข์ ( $\bar{x} = 2.91$ , S.D. = 0.78) การยอมรับความผิดพลาด และพร้อมแก้ไขความผิดพลาดนั้น ( $\bar{x} = 2.84$ , S.D. = 0.71) การรู้ทันความคิด ความรู้สึกของตนเอง ( $\bar{x} = 2.64$ , S.D. = 0.70) และการรู้ทันอารมณ์ของตนเองและการควบคุมอารมณ์ได้ ( $\bar{x} = 2.54$ , S.D. = 0.84)

3. เปรียบเทียบระดับสุขภาวะของสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ในระดับโซน พบว่า พื้นที่โซนที่แตกต่างกันมีผลต่อระดับสุขภาวะของสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ทั้งโดยรวมและรายด้าน และวิเคราะห์ระดับสุขภาวะของสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ทั้งโดยรวมและรายด้านในแต่ละพื้นที่โซนที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่ามีความแตกต่าง ดังนี้

3.1 สมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ที่อยู่ในพื้นที่โซนแตกต่างกัน มีระดับสุขภาวะโดยรวมแตกต่างกัน พบว่า สุขภาวะโดยรวมของสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ในอำเภอระโนด (โซน 1) กับสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ในอำเภอกวนเนียง (โซน 2) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.24152 สุขภาวะโดยรวมของสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ในอำเภอระโนด (โซน 1) กับสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ในอำเภอนาทวี (โซน 4) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.19519 และสุขภาวะโดยรวมของสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ในอำเภอกวนเนียง (โซน 2) กับสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ในอำเภอหาดใหญ่ (โซน 3) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ -0.14628

3.2 สมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ที่อยู่ในพื้นที่โซนแตกต่างกัน มีระดับสุขภาวะทางกายไม่แตกต่างกัน

3.3 สมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ที่อยู่ในพื้นที่โซนแตกต่างกัน มีระดับสุขภาวะทางจิตแตกต่างกัน พบว่า สุขภาวะทางจิตของสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ในอำเภอระโนด (โซน1) กับสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ในอำเภอควนเนียง (โซน 2) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.23557 สุขภาวะทางจิตของสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ในอำเภอควนเนียง (โซน2) กับสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ในอำเภอหาดใหญ่ (โซน 3) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ -0.30009 และสุขภาวะทางจิตของสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ในอำเภอหาดใหญ่ (โซน 3) กับสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ในอำเภอนาทวี (โซน4) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.25846

3.4 สมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ที่อยู่ในพื้นที่โซนแตกต่างกัน มีระดับสุขภาวะทางสังคมแตกต่างกัน พบว่า สุขภาวะทางสังคมของสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ในอำเภอระโนด (โซน 1) กับสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ในอำเภอควนเนียง (โซน 2) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.43591 สุขภาวะทางสังคมของสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ในอำเภอระโนด (โซน 1) กับสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ในอำเภอหาดใหญ่ (โซน 3) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.29771 และสุขภาวะทางสังคมของสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ในอำเภอระโนด (โซน 1) กับสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ในอำเภอนาทวี (โซน 4) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.40221

3.5 สมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ที่อยู่ในพื้นที่โซนแตกต่างกัน มีระดับสุขภาวะปัญญาแตกต่างกัน พบว่า สุขภาวะทางปัญญาของสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ในอำเภอระโนด (โซน 1) กับสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ในอำเภอควนเนียง (โซน 2) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.16857 ส่วนคู่อื่นๆ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. เครือข่ายสัจจะฯ ควรจัดสวัสดิการส่งเสริมสุขภาวะทางกาย ได้แก่ การจัดสวัสดิการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคอาหารไขมันและน้ำตาลสูง การจัดสวัสดิการการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาเพื่อสุขภาพ และการจัดสวัสดิการสุขภาพดี โดยการจ่ายเป็นเงินสวัสดิการหรือการมอบรางวัลและยกย่องให้เป็นต้นแบบบุคคลสุขภาพดีของเครือข่ายสัจจะฯ

2. เครือข่ายสัจจะฯ ควรขยายสวัสดิการให้ครอบคลุมการดูแลสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น ส่งเสริมการให้ยืมเงินกองทุนเพื่อไปประกอบอาชีพการทำเกษตรอินทรีย์ การประสานความร่วมมือกับเครือข่ายชุมชนอื่นในการดูแลป่าต้นน้ำ การดูแลแม่น้ำลำคลอง การเฝ้าระวังมลภาวะที่เกิดจากอุตสาหกรรมในพื้นที่

3. เครือข่ายสัจจะฯ ควรตระหนักและส่งเสริมการพัฒนาสุขภาพทางจิต สังคม และปัญญา โดยใช้ระบบและกลไกการดำเนินงานของเครือข่ายสัจจะฯ เช่น พัฒนากิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดความสามัคคี ความสัมพันธ์อันดีระหว่างกองทุนสัจจะที่เป็นสมาชิกเครือข่ายสัจจะ และการปลูกฝังอุดมการณ์ของเครือข่ายสัจจะฯ คือ การใช้เงินเป็นเครื่องมือในการพัฒนาคนให้เป็นคนดีโดยใช้กิจกรรมการจัดสวัสดิการ ซึ่งควรถ่ายทอดอุดมการณ์ดังกล่าวไปสู่สมาชิกให้ทั่วถึง ทั้งนี้เพราะการเข้าใจอุดมการณ์จะช่วยพัฒนาคนให้ลดความเห็นแก่ตัว

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยสำรวจปัจจัยกำหนดสุขภาพของสมาชิกเครือข่ายสัจจะวันๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านระบบกลไกการดำเนินงาน
2. ควรมีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อการพัฒนาสุขภาพของสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ

## บรรณานุกรม

- กลุ่มงานข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานจังหวัดสงขลา. (2554). *ข้อมูลจังหวัดสงขลา 2554*. สงขลา: ไอคิว มีเดีย.
- กลุ่มงานยุทธศาสตร์การพัฒนาจังหวัด. (2556). *แผนพัฒนาจังหวัดสงขลา ฉบับแก้ไข 2556*. ค้นเมื่อ 23 มกราคม 2558, จาก <http://stg.songkhla.go.th/develop>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2548). *แนวทางการปฏิบัติงานเมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) 2549*. ค้นเมื่อ 22 พฤษภาคม 2555, จาก [http://healthdata.moph.go.th/HealthyThailand2006/HealthyThailand\\_PDF\\_DOC/หนังสือคู่มือแนวทางเมืองไทยแข็งแรง.pdf](http://healthdata.moph.go.th/HealthyThailand2006/HealthyThailand_PDF_DOC/หนังสือคู่มือแนวทางเมืองไทยแข็งแรง.pdf)
- คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2552). *พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550*. นนทบุรี: บริษัท วิกี จำกัด.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9. (2554). *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549. วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข ปีที่ 4 (ฉบับที่ 1-2 มกราคม-มิถุนายน 2554)*, หน้า 49-50.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10. (2549). *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554*.
- โครงการวางและจัดทำผังเมืองรวมชุมชนบ้านประกอบ. (2558). *ข้อมูลทั่วไปของโครงการ*. ค้นเมื่อ 25 ตุลาคม 2557, จาก [http://www.phisutprojects.com/web1852/index.php?option=com\\_content&view=article&id=58&Itemid=64](http://www.phisutprojects.com/web1852/index.php?option=com_content&view=article&id=58&Itemid=64)
- จักรรินทร์ สีมา. (2552). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดสระแก้ว/ จักรรินทร์ สีมา*. กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- จ่านงค์ แรกพิณีจ. (2549). *สถานการณ์กองทุนการเงินและสวัสดิการชุมชนในจังหวัดสงขลา*. สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จำลอง รัตนาวิวัฒน์. (2536). *สุขภาพจิตและสภาพปัญหาของครูประถมศึกษาสังกัดสำนักงานประถมศึกษา จังหวัดสุรินทร์*. ปรินญาณิพนธ์ปรินญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ: มหาสารคาม.



- ชบ ยอดแก้ว, ประเสริฐ บัณฑิตศักดิ์, สุกัญญา โลจนาภวัฒน์, และสุภาภย์ อินทองคง. (ม.ป.ป.). *กระบวนการนโยบายสาธารณะ กรณี โครงการสัจจะลดรายจ่ายวันละ 1 บาท เพื่อทำสวัสดิการภาคประชาชน*. ม.ป.ท.
- ชนินทรา สัยละมัย, บงกช ทองแดง, และณัฐวดี เผือกน้อย. (2552). *โครงการวิถีคนชายคลองระโนดในยุคสายน้ำ*. ม.ป.ท. ค้นเมื่อ 20 มกราคม 5558, จาก [ranodmuseum.org/images/งานวิจัย/โครงการ%20วิถีคนชายคลองระโนดในยุคสายน้ำ.pdf](http://ranodmuseum.org/images/งานวิจัย/โครงการ%20วิถีคนชายคลองระโนดในยุคสายน้ำ.pdf)
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2546). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ทองหล่อ เดชไทย. (2550). แนวคิดพื้นฐานทางสุขภาพกับการพัฒนา. ในฝ่ายวิชาการ สำนักพิมพ์ (บรรณาธิการ). *เอกสารการสอนชุดวิชา สุขภาพกับการพัฒนา*. (พิมพ์ครั้งที่ 3 หน้า 1-43). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ที่ว่าการอำเภอควนเนียง. (2557).ประวัติอำเภอ. ค้นเมื่อ 25 ตุลาคม 2557, จาก <http://www.khuanniang-sk.go.th/index.php?cmd=history>
- ที่ว่าการอำเภอนาทวี. (2557). ประวัติอำเภอ. ค้นเมื่อ 25 ตุลาคม 2557, จาก <http://www.nathawi-sk.go.th/index.php>
- ที่ว่าการอำเภอระโนด. (2557). ประวัติอำเภอ. ค้นเมื่อ 25 ตุลาคม 2557, จาก <http://www.ranot-sk.go.th/index.php?option=information&id=1>
- เทศบาลตำบลบางเหรียง จังหวัดสงขลา. (2558). ประวัติอำเภอ. ค้นเมื่อ 25 ตุลาคม 2557, จาก <http://www.bangriang.go.th/frontpage>
- นิตยา เพ็ญศิริรักษา. (2548). สุขภาพและพฤติกรรม. ในฝ่ายวิชาการ สำนักพิมพ์ (บรรณาธิการ). *เอกสารการสอนชุดวิชา สุขศึกษาและการประชาสัมพันธ์งานสาธารณสุข*. (พิมพ์ครั้งที่ 4 หน้า 35-86). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- บุญใจ ศรีสถิตนารุณ. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: บริษัท ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ดติง, อุไรวรรณ คะนิงสุขเกษม, นุปผา ศิริรัมย์, ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา, กาญจนา ตั้งชลทิพย์, ศิริพร ชัมภลิจิต, และคณะ. (2542). *พฤติกรรมสุขภาพ: ปัญหาตัวกำหนดและทิศทาง*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประเวศ วะสี. (2543). *สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

- ประเวศ วะสี. (2545). *สุขภาพสังคม ผู้สังคมสันติภาพ มนุษย์พันธุกรรมร่วมกันได้*. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ประเวศ วะสี. (2545). ผู้ “สุขภาพสัมมติ”. ใน *อภิญา ตันทีวรงค์ (บรรณาธิการ). ผู้สุขภาพทางสังคมและจิตวิญญาณ*. (หน้า 7 – 16). กรุงเทพฯ: บริษัท 21 เซ็นจูรี จำกัด.
- พงศ์เทพ สุธีรวิทย์, และชูชีพ นิเมะ (บรรณาธิการ). (2552). *การบูรณาการองค์ความรู้บทบัญญัติศาสนาอิสลามกับการสร้างเสริมสุขภาพ:สุขภาพจิต*. สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พงศ์เทพ สุธีรวิทย์. (2554). *คู่มือการจัดทำโครงการชุมชนสุขภาพ*. สงขลา: สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พรทิพย์ เกษรานนท์. (2555). พัฒนาการของมนุษย์กับสุขภาพ. ใน *ฝ่ายวิชาการ สำนักพิมพ์ (บรรณาธิการ). เอกสารการสอนชุดวิชา พัฒนาการของมนุษย์และสุขภาพ*. (หน้า 4-35). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- พรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์, และอังสนา บุญธรรม. (2545). เอกสารประกอบการอบรมเรื่อง “เครื่องชี้วัดสถานะสุขภาพประชากรไทย” 5-7 สิงหาคม 2545: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. ค้นเมื่อ 14 พฤศจิกายน 2554, จาก <http://kb.hsri.or.th:8080/dspace/bitstream/handle/11228/525/T407-01.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- พรรณทิพา ศักดิ์ทอง. (2550). คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ Health-Related Quality of Life. *Thai Pharmaceutical and health Science Journal*. Vol 2 No. 3, Sep-dec: 327-337. ค้นเมื่อ 17 ตุลาคม 2555 , จาก [http://pharm.swu.ac.th/journal/Vol.2No.3\\_September%E2%80%93December\\_2007/2-2007/vol\\_02\\_no\\_3\\_2007\\_pg327-337\\_HRQOL.pdf](http://pharm.swu.ac.th/journal/Vol.2No.3_September%E2%80%93December_2007/2-2007/vol_02_no_3_2007_pg327-337_HRQOL.pdf)
- พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตโต). (2549). *สุขภาพของกรรมแนวพุทธ* (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: ชุมชนุสหกรณการเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- พระไพศาล วิสาโล. (2553). *สุขแท้ด้วยปัญญา วิธีสู่สุขภาพทางปัญญา* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: หจก.สามลดา.
- มารยาท รุจิวิทย์. (2548). *การจัดการความเครียด เพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต*. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต.
- แม่ชีศันสนีย์ เสถียรสุต. (2544). ทนสมัย ใจสบาย. ใน *อภิญา ตันทีวรงค์ (บรรณาธิการ). ผู้สุขภาพทางสังคมและจิตวิญญาณ*. (หน้า 23–28). กรุงเทพฯ: บริษัท 21 เซ็นจูรี จำกัด.

- เขาวภา ตีอัฐสุวรรณ. (2555). แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ ระบบสุขภาพ และการพัฒนาสุขภาพ. ในฝ่ายวิชาการ สำนักพิมพ์ (บรรณาธิการ). *เอกสารการสอนชุดวิชา พัฒนาการของมนุษย์และสุขภาพ* (หน้า 1-103). นนทบุรี: มหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมมาธิราช.
- รศรินทร์ เกรย์, ประเวศ ดันติพิวัฒนสกุล, และเรวดี สุวรรณนพเก้า. (2553). ความสุขคนไทย: การดำเนินชีวิตอย่างมีคุณธรรม จิตวิญญาณ และความภูมิใจในตนเอง. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* ปีที่ 18 ฉบับที่ 2, หน้า 71-85. ค้นเมื่อ 17 ตุลาคม 2555, จาก [http://dmhjournal.go.th/th/journal\\_files.html?id=5&type=articles&article\\_id=27](http://dmhjournal.go.th/th/journal_files.html?id=5&type=articles&article_id=27)
- วรมศม์ สุวรรณดา. (2550). กรณีศึกษาจังหวัดสงขลาและลำปาง ระบบสวัสดิการภาคประชาชน นโยบายการแบ่งงานกันทำระหว่างภาคประชาชน องค์กรการปกครองส่วนท้องถิ่น และรัฐบาล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- ลดาวัลย์ ประทีปชัยกูร, พัชรี ไชยลังกา, และปิยะนุช จิตตอนุนท์. (2551). ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากร: กรณีศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, ปีที่ 26, ฉบับที่ 2 (มี.ค.-เม.ย. 2551), หน้า 151-162. ค้นเมื่อ 3 ตุลาคม 2554, จาก [http://medinfo.psu.ac.th/smj2/26\\_2/pdf26\\_2/05ladavan.pdf](http://medinfo.psu.ac.th/smj2/26_2/pdf26_2/05ladavan.pdf)
- วิชัย เอกพลากร, เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล, หทัยชนก พรรคเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า, และกนิษฐา ไทยกล้า. (2551). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552*. นนทบุรี: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด.
- วิพุธ พูลเจริญ. (2544). *สุขภาพ อุดมการณ์และยุทธศาสตร์ทางสังคม*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ศรีศักดิ์ สุนทรไชย. 2550. การเปลี่ยนแปลงปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อความต้องการทางสุขภาพ. ในฝ่ายวิชาการ สำนักพิมพ์ (บรรณาธิการ). *เอกสารการสอนชุดวิชา สุขภาพกับการพัฒนา* (หน้า 139-182). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ศรีเรือน แก้วกังวาน. (2545). *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย เล่ม 2 วัยรุ่น – วัยสูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศูนย์ศึกษาสิ่งแวดล้อมลุ่มน้ำคลองอู่ตะเภา. (2557). ที่มาโครงการ. ค้นเมื่อ 25 ตุลาคม 2557, จาก <http://www.careutapao.com/frontpage>
- สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน. (ม.ป.ป.). *สวัสดิการชุมชนเพื่อความมั่นคงในชีวิตของคนชุมชนท้องถิ่น* (จุลสาร). ค้นเมื่อ 31 มกราคม 2555, จาก [file:///C:/Users/Administrator/Downloads/aw\\_sawatdikan.pdf](file:///C:/Users/Administrator/Downloads/aw_sawatdikan.pdf)

- สลินทิพย์ เชียงทอง, และอินทรา วิทยสมบุรณ์. (2552). *คู่มือการดำเนินการโครงการสนับสนุนการ จัดสวัสดิการชุมชน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แอ๊ปเปิ้ล พรินติ้ง กรุ๊ป จำกัด.
- สุธิศา ล่ามช้าง, รัตนาวี ชอนตะวัน, ฐิติมา สุขเลิศตระกูล, และวิภาดา คุณาวิกติกุล. (2549). ภาวะ สุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่. *พยาบาลสาร* ปีที่ 33 ฉบับที่ 2 (เมษายน – มิถุนายน), หน้า 38-48. ค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2554, จาก [http://www.nurse.cmu.ac.th/webthai/ns\\_new/2549-2/490213.pdf](http://www.nurse.cmu.ac.th/webthai/ns_new/2549-2/490213.pdf)
- สุนิสา พรหมตรัง. (2549). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาวะตามการรับรู้ของประชาชนวัยแรงงานใน ตำบลพะตง อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา อนามัยสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา.
- สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. (2550). สุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพ. ใน *อำพล จินดาวัฒนะ, สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, และสุรณี พิพัฒน์โรจนกมล (บรรณาธิการ). การสร้างเสริมสุขภาพ: แนวคิด หลักการ และบทเรียนของไทย*. หน้า 1-22. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, ธีระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ และ ธานี พรมานะจรัสกุล. (2540). เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด: รายงานวิจัย. โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข. เชียงใหม่.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2553). *การสำรวจสุขภาพจิตคนไทย ปี 2553*. กระทรวงเทคโนโลยีและ สารสนเทศและการสื่อสาร.
- สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2554). *แผนยุทธศาสตร์สุขภาพ ดิวิถีไทย พ.ศ. 2554-2563*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- อรวรรณ น้อยวัฒน์. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพ. ในฝ่ายวิชาการ สำนักพิมพ์ (บรรณาธิการ). *เอกสารการสอนชุดวิชา พัฒนาการของมนุษย์และสุขภาพ* (หน้า 2-52). นนทบุรี: มหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมมาธิราช.
- องค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม. (2557). *แผนพัฒนาสามปี (2558-2560) องค์การบริหารส่วนตำบล ท่าข้าม*. สงขลา: องค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม. ค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2554, จาก [http://www.thakham.go.th/files/com\\_content/2014-10/2014-10\\_85d6fa6b948e35f.PDF](http://www.thakham.go.th/files/com_content/2014-10/2014-10_85d6fa6b948e35f.PDF)
- อภิชัย มงคล และคณะ. (2551). *การสำรวจความสุขคนไทยปี พ.ศ. 2548*. กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข.
- อภิชาติ จำรัสฤทธิ์รักษ์, ปราโมทย์ ประสาทกุล, และปัญญา ชูเลิศ. (2553). *สถานการณ์สุขภาพจิตคน ไทย: ภาพสะท้อนสังคม*. กรุงเทพฯ : บริษัท จรัลสนิทวงศ์การพิมพ์ จำกัด.

- อภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์, อุมารณ ภัทรวานิชย์, ปราโมทย์ ประสาทกุล, รศรินทร์ เกรย์, กวิสรา พชรเบญจกุล, เรวดี สุวรรณนพเก้า, และภูวไนย พุ่มไทรทอง. (2554). *สถานการณ์สุขภาพจิตคนไทย: การวิเคราะห์พหุปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมระดับบุคคลและระดับจังหวัด*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล เอพีพี พรินติ้ง กรุ๊ป
- อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์. (2546). *สรุปบทเรียนจากผู้รู้และผู้ผ่านประสบการณ์ทางจิตวิญญาณ “โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนาโครงการสร้างเสริมสุขภาพจิตวิญญาณในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม”*. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อารยา ประเสริฐชัย. (2555). *สุขภาพวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ*. ในฝ่ายวิชาการ สำนักพิมพ์ (บรรณาธิการ). *เอกสารการสอนชุดวิชา พัฒนาการของมนุษย์และสุขภาพ* (หน้า 12-98). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- Laretta MG, Carol TB. (1982). *Coping behavior and nursing*. Virginia Reston: University of Michigan.
- Pender, N. J. (1982). *Health promotion in nursing practice* (1st ed.). New York: Appleton Century Croft.
- Waltz, C.F., Strickland, O.L., & Lenz, E.R. (1991). *Measurement in nursing research* (2nd ed.). Philadelphia : F.A. Davis.
- World Health Organization Geneva. (1998). *Health Promotion Glossary*. Switzerland: Marilyn Langfeld.

**ภาคผนวก**

## ภาคผนวก ก

## การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมงานวิจัย

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลงานวิจัยเรื่อง “สุขภาวะของสมาชิกเครือข่ายสัจจะลดรายจ่ายวันละ 1 บาท เพื่อทำสวัสดิการภาคประชาชน จังหวัดสงขลา”

เรียน.....

ดิฉัน นางสาวจุฑารัตน์ ไชยเอียด นักศึกษาปริญญาโท สาขาการจัดการระบบสุขภาพ สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ขณะนี้กำลังทำวิทยานิพนธ์เรื่อง สุขภาวะของสมาชิกเครือข่ายสัจจะลดรายจ่ายวันละ 1 บาท เพื่อทำสวัสดิการภาคประชาชน จังหวัดสงขลาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับสุขภาวะทางกาย จิต สังคม และปัญญาของสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ทั้งรายด้านและโดยรวม และเพื่อเปรียบเทียบสุขภาวะกาย จิต สังคม และปัญญาของสมาชิกเครือข่ายสัจจะฯ ในระดับโซน ซึ่งมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา โลจนากิวัฒน์ เป็นที่ปรึกษาหลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พงศ์เทพ สุธีรวิมล เป็นที่ปรึกษาร่วม

ในการนี้ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านเพื่อเข้าร่วมวิจัย โดยการตอบแบบสอบถาม ซึ่งการนำเสนอผลการวิจัยเป็นไปในภาพรวมไม่มีการเฉพาะเจาะจงหรือระบุชื่อ และข้อมูลนำมาใช้เพื่อการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เท่านั้น หากท่านไม่พร้อมที่จะให้ข้อมูลก็สามารถปฏิเสธ หรือออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา

ดิฉันขอรับรองว่า ข้อมูลที่ท่านตอบจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ การเข้าร่วมตอบแบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อท่านหรือสมาชิกในครอบครัว โปรดตอบคำถามทุกข้อ เพราะคำตอบของท่านมีค่าอย่างยิ่งสำหรับงานวิจัย หากท่านมีข้อสงสัยและต้องการสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม สามารถสอบถามได้โดยตรงจากดิฉันซึ่งเป็นผู้วิจัย ที่หมายเลขโทรศัพท์ 085-5801648

ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านและขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(จุฑารัตน์ ไชยเอียด)

นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการจัดการระบบสุขภาพ

สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์





<p>7. อาชีพหลัก</p> <p><input type="checkbox"/> (1) เกษตรกรรม                      <input type="checkbox"/> (2) ค้าขาย</p> <p><input type="checkbox"/> (3) รับจ้าง/พนักงานเอกชน   <input type="checkbox"/> (4) ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ</p> <p><input type="checkbox"/> (5) อื่นๆ ระบุ.....</p>	[ ]
<p>8. อาชีพเสริม</p> <p><input type="checkbox"/> (0) ไม่มี</p> <p><input type="checkbox"/> (1) มี (สามารถตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)</p> <p><input type="checkbox"/> (1) ทำสวน                      <input type="checkbox"/> (2) เลี้ยงสัตว์</p> <p><input type="checkbox"/> (3) รับจ้างทั่วไป              <input type="checkbox"/> (4) ค้าขาย</p> <p><input type="checkbox"/> (5) อื่นๆ ระบุ.....</p>	[ ] [ ] [ ]
<p>9. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน(ทุกที่มาของรายได้) ในปัจจุบันของท่านเท่ากับ.....บาทต่อเดือน</p>	[ ] [ ] [ ] [ ]
<p>10. รายได้ของท่านพอใช้ในชีวิตประจำวันภายในครอบครัวหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> (1) พอใช้</p> <p><input type="checkbox"/> (2) ไม่พอใช้</p>	[ ]
<p>11. ท่านมีโรคประจำตัว /โรคเรื้อรัง</p> <p><input type="checkbox"/> (0) ไม่มี</p> <p><input type="checkbox"/> (1) มี (สามารถตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)</p> <p><input type="checkbox"/> (1) ความดันโลหิตสูง              <input type="checkbox"/> (2) โรคหัวใจ</p> <p><input type="checkbox"/> (3) เบาหวาน                      <input type="checkbox"/> (4) โรคไขมันในเลือดสูง</p> <p><input type="checkbox"/> (5) มะเร็ง ระบุ.....              <input type="checkbox"/> (6) พิการ ระบุ.....</p> <p><input type="checkbox"/> (7) อัมพาต/อัมพฤกษ์</p>	[ ]
<p>12. ท่านเป็นสมาชิกกองทุนสัจจะวันละ 1 บาทมาแล้ว.....ปี</p>	[ ] [ ] [ ]
<p>13. ท่านเป็นสมาชิกองค์กรชุมชนใดบ้าง (นอกจากกองทุนสัจจะวันละ 1 บาท)</p> <p><input type="checkbox"/> (0) ไม่เป็น</p> <p><input type="checkbox"/> (1) เป็น (สามารถตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)</p> <p><input type="checkbox"/> (1) สัจจะออมทรัพย์              <input type="checkbox"/> (2) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข</p> <p><input type="checkbox"/> (3) กองทุนหมู่บ้าน              <input type="checkbox"/> (4) กลุ่มแม่บ้าน</p> <p><input type="checkbox"/> (5) กลุ่มน้ำยาง                      <input type="checkbox"/> (6) กลุ่มประมง</p> <p><input type="checkbox"/> (7) อื่น ระบุ.....</p>	[ ] [ ] [ ]



## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสุขภาพ

**คำชี้แจง** ข้อคำถามต่อไปนี้เป็นข้อคำถามเพื่อสำรวจสุขภาพทางกาย จิต สังคม และปัญญา ของท่าน ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยให้ท่านพิจารณาและทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

ไม่เลย หมายถึง ไม่มีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึก หรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ

เล็กน้อย หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ เพียงเล็กน้อยหรือเห็นด้วย กับเรื่องนั้น ๆ เพียงเล็กน้อย

ปานกลาง หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ เพียงเล็กน้อยหรือเห็นด้วย กับเรื่องนั้น ๆ ปานกลาง

มาก หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ มาก หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ มาก

มากที่สุด หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ มากที่สุด หรือเห็นด้วยกับ เรื่องนั้น ๆ มากที่สุด

สุขภาพในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	ระดับการปฏิบัติ/ความรู้สึก					สำหรับ ผู้วิจัย
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
<b>สุขภาพทางกาย</b>						
1. ท่านนอนพักผ่อนได้วันละ 6-8 ชั่วโมง						<input type="checkbox"/> P1
2. ท่านรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายในปริมาณที่เพียงพอ						<input type="checkbox"/> P2
3. ท่านหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารที่มีไขมันและน้ำตาลสูง เช่น อาหารทอด ปลาหมึก เนื้อติดมัน น้ำอัดลม ขนมหวาน เป็นต้น						<input type="checkbox"/> P3
4. ท่านชอบรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด เช่น อาหารหมักดอง อาหารแปรรูป เช่น เนื้อเค็ม ปลาเค็ม						<input type="checkbox"/> P4
5. ท่าน <u>ไม่</u> สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง						<input type="checkbox"/> P5

สภาวะในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	ระดับการปฏิบัติ/ความรู้สึก					สำหรับ ผู้วิจัย
	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
6. ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์						<input type="checkbox"/> P6
7. ท่านสูบบุหรี่/ยาสูบหรือยาเสพติดใดๆ						<input type="checkbox"/> P7
8. ท่านอยู่ในชุมชนที่มีสภาพแวดล้อมที่ปราศจากมลภาวะ						<input type="checkbox"/> P8
9. ท่านออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาานครั้งละ 30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์						<input type="checkbox"/> P9
10. ท่านสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์เมื่อยามที่ท่านเจ็บป่วยได้อย่างทันที่						<input type="checkbox"/> P10
<b>สภาวะทางจิต</b>						
1. ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง						<input type="checkbox"/> M1
2. ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน						<input type="checkbox"/> M2
3. ท่านมีความพึงพอใจ มีความหวังในชีวิต						<input type="checkbox"/> M3
4. ท่าน <u>ไม่</u> สามารถจดจ่อกับงานต่างๆที่กำลังทำอยู่ได้						<input type="checkbox"/> M4
5. ท่านสามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ เมื่อเกิดเหตุการณ์กับขึ้นหรือร้ายแรง						<input type="checkbox"/> M5
6. ท่านสามารถที่จะเผชิญหน้ากับปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างไม่หวั่นไหว						<input type="checkbox"/> M6
7. ท่านสามารถตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ได้ด้วยตนเอง						<input type="checkbox"/> M7
8. ท่านรู้สึกว่าบางครั้งทำอะไรไม่ได้เลยเพราะตึงเครียดมาก						<input type="checkbox"/> M8
9. ท่านสามารถจัดการกับความเครียดของตนเองได้						<input type="checkbox"/> M9
10. ท่านรู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ เครียด เพราะเหนื่อยล้ากับการดำเนินชีวิต						<input type="checkbox"/> M10

สภาวะในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	ระดับการปฏิบัติ/ความรู้สึก					สำหรับ ผู้วิจัย
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
<b>สภาวะทางสังคม</b>						
1. ท่านใช้ชีวิตกับคนในครอบครัวด้วยความรัก ความเข้าใจ						<input type="checkbox"/> S1
2. ท่านมีครอบครัวที่เอาใจใส่ดูแลซึ่งกันและกัน						<input type="checkbox"/> S2
3. ท่านพร้อมที่จะผูกมิตรหรือสร้างสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนใหม่เสมอ						<input type="checkbox"/> S3
4. ท่านอาศัยอยู่ในชุมชนที่มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ซึ่งกันและกัน						<input type="checkbox"/> S4
5. ท่านจะใช้การเจรจามากกว่าการใช้กำลัง หากมีปัญหาขัดแย้งเกิดขึ้น						<input type="checkbox"/> S5
6. ท่านอาศัยอยู่ในชุมชนที่มีความปลอดภัยจากปัญหาอาชญากรรม						<input type="checkbox"/> S6
7. ท่านอาศัยอยู่ในชุมชนที่มีความปลอดภัยจากการลักขโมยสิ่งของ						<input type="checkbox"/> S7
8. ท่านอยู่ในชุมชนที่มีความรักและสามัคคี						<input type="checkbox"/> S8
9. ท่านอยู่ในชุมชนที่มีความร่วมมือกันในการแก้ปัญหาของชุมชน						<input type="checkbox"/> S9
10. ท่านได้รับการยอมรับจากคนในชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่						<input type="checkbox"/> S10
<b>สภาวะทางปัญญา</b>						
1. ท่าน <u>ไม่</u> หลงยินดีกับสถานการณ์ที่พึงพอใจ						<input type="checkbox"/> R1
2. ท่านรู้สึกตัวอยู่เสมอ โดยไม่มีการหลงเข้าไปในความคิด						<input type="checkbox"/> R2
3. ท่านวางใจให้เป็นกลางได้ทั้งในภาวะที่มีความรู้สึกพอใจหรือไม่พอใจ						<input type="checkbox"/> R2

สภาวะในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	ระดับการปฏิบัติ/ความรู้สึก					สำหรับผู้วิจัย
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
4. ท่านเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่นและส่วนรวมมากกว่าประโยชน์ของตนเอง						<input type="text"/> R4
5. ท่านสามารถรู้ทันความคิด ความรู้สึกของตนเอง เมื่อมีเหตุการณ์ต่างๆเกิดขึ้น						<input type="text"/> R5
6. ท่าน <u>ไม่</u> สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้จึงทำให้เป็นทุกข์						<input type="text"/> R6
7. ท่านยอมรับความผิดพลาดของตนเองและพร้อมจะแก้ไขความผิดพลาดของตนเอง						<input type="text"/> R7
8. ท่านสามารถให้อภัยผู้อื่นที่ปฏิบัติไม่ดีกับท่านได้						<input type="text"/> R8
9. ท่านทนไม่ได้ เมื่อไม่ได้รับการยอมรับจากคนอื่น						<input type="text"/> R9
10. ท่านรู้ทันอารมณ์ของตนเอง และสามารถควบคุมอารมณ์โดยไม่มีกรตอบโต้ทันทีในสถานการณ์ซับซ้อน						<input type="text"/> R10

ขอขอบพระคุณที่ท่านเสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม

---

ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามเรื่องสุขภาวะ  
ของสมาชิกเครือข่ายสัจจะลดรายจ่ายวันละ 1 บาท เพื่อทำสวัสดิการภาคประชาชน จังหวัดสงขลา

1. รองศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

2. อาจารย์ปญญาภา รุ่งปีตะรังสี สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลา  
นครินทร์

3. อาจารย์สุภาภย์ อินทองคง สังกัดคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัย  
ทักษิณ

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล นางสาวจุฑารัตน์ ไชยเอียด

รหัสประจำตัวนักศึกษา 5310042004

## วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
ประกาศนียบัตรสาธารณสุข	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร	2548
ศาสตร์(เทคนิคเภสัชกรรม)	จังหวัดยะลา	
สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช	2551

## ทุนการศึกษา (ที่ได้รับในระหว่างการศึกษา)

สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สนับสนุนในการทำวิทยานิพนธ์ และสนับสนุนทุนในการนำเสนอวิทยานิพนธ์ระดับชาติ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สนับสนุนทุนในการทำวิทยานิพนธ์

## ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

เจ้าพนักงานเภสัชกรรมปฏิบัติงาน ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลบางแก้ว จังหวัดพัทลุง

## การตีพิมพ์และการเผยแพร่ผลงาน

นำเสนอผลงานแบบ Oral Presentation และตีพิมพ์ (Proceeding) Full text ในการประชุมวิชาการด้านการจัดการระดับชาติ “วลัยลักษณ์วิจัยทางการจัดการ ครั้งที่ 4” ในวันที่ 8 พฤษภาคม พ.ศ. 2558 จัดโดย สำนักวิชาการจัดการ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ สถานที่ประชุม โรงแรมทวินโลดส์ จังหวัดนครศรีธรรมราช