ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของประชาชน ในพื้นที่โครงการพัฒนาลุ่มน้ำห้วยหลวงตอนล่าง

พนิตา เจริญสุข*
ประทุม สีดาจิตต์
ว่าที่ร้อยตรีหญิงธนชาภา ธนิกยงชินภัทร
ชนะจิตร ปานอู
กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย
ณัชชลิดา ยุคะลัง
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

วันรับ 2 มิถุนายน 2569
วันแก้ไข 13 กรกฎาคม 2569
วันตอบรับ 20 กรกฎาคม 2569

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่โครงการพัฒนาลุ่มน้ำห้วยหลวงตอนล่าง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 440 คน คัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิต ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่ เดือนกรกฎาคม - สิงหาคม 2568 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และวิเคราะห์สถิติถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (Multiple Linear Regression) ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ($r = -0.113$, $p < 0.05$) ขณะที่รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ($r = 0.156$, $p < 0.01$) และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ($r = 0.119$, $p < 0.05$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิเคราะห์สถิติถดถอยเชิงเส้นพหุคูณพบว่า อายุ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสามารถร่วมอธิบายคุณภาพชีวิตของประชาชนได้ ร้อยละ 6.4 ($R^2 = 0.064$, $p < .05$) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ การสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจของครัวเรือน และการดูแลประชากรสูงอายุเป็นประเด็นสำคัญในการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่โครงการพัฒนาแหล่งน้ำ

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ลุ่มน้ำห้วยหลวง โครงการพัฒนาแหล่งน้ำ

***ผู้รับผิดชอบหลัก :** ✉ : panita.charoensuk@gmail.com

Factors Associated with Quality of Life among Residents in The Lower Huai Luang River Basin Development Project Area

Panita Charoensuk*

Pratoom Sedajit*

Thanachapa Thanicyongchinpat

Chanajit Panou

Health Impact Assessment Division, Department of Health

Nachalida Yukalang

Faculty of Public Health, Mahasakham University

Abstract

This cross-sectional survey study aimed to investigate the quality of life and factors associated with quality of life among residents living in the Lower Huai Luang River Basin Development Project area, Thailand. The study included 440 participants selected through multistage sampling. Data were collected between July and August 2025 using a structured questionnaire consisting of personal characteristics, health-promoting behaviors, access to health services, social support, and quality of life. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's product-moment correlation coefficient, and multiple linear regression. The results showed that the overall quality of life of the participants was at a moderate level. Health-promoting behaviors, access to health services, and social support were also found to be at moderate levels. Correlation analysis revealed that age was negatively associated with quality of life ($r = -0.113$, $p < 0.05$), whereas household income ($r = 0.156$, $p < 0.01$) and health-promoting behaviors ($r = 0.119$, $p < 0.05$) were positively associated with quality of life. The multiple linear regression analysis showed that age, average family income, and health-promoting behaviors were significantly associated with quality of life, explaining 6.4% of its variance ($R^2 = 0.064$, $p < .05$). The findings suggest that promoting healthy behaviors, strengthening household economic stability, and supporting older adults are essential strategies for improving the quality of life of populations living in water resource development project areas.

Keywords : Quality of Life, Health-Promoting Behaviors, Huai Luang River Basin, Water Resource Development Project

*Corresponding Author, ✉ : panita.charoensuk@gmail.com

บทนำ

โครงการพัฒนาลุ่มน้ำเป็นการบริหารจัดการน้ำเพื่อใช้ประโยชน์ทางการเกษตรไว้เป็นแหล่งกักเก็บน้ำใช้ในการเพาะปลูกในพื้นที่เกษตรกรรม ใช้สำหรับการอุปโภคบริโภค และช่วยป้องกันและลดปัญหาอุทกภัย รวมถึงภัยแล้ง โดยอาจเป็นการสร้างเขื่อนขนาดใหญ่ การสร้างอ่างเก็บน้ำ การสร้างประตูระบายน้ำ หรือฝายกั้นน้ำ สำหรับโครงการพัฒนาลุ่มน้ำห้วยหลวงตอนล่าง เป็นโครงการที่ดำเนินการโดยกรมชลประทาน กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อลดผลกระทบพื้นที่น้ำท่วมในลุ่มน้ำห้วยหลวงตอนล่าง และแก้ไขปัญหาการขาดแคลนน้ำเพื่อการเกษตร และระบบนิเวศในลุ่มน้ำของประชาชนในพื้นที่ ลักษณะโครงการเป็นการพัฒนาโครงข่ายระบบชลประทาน ประกอบด้วย อ่างเก็บน้ำ ประตูระบายน้ำ คลองดักน้ำ และสถานีสูบน้ำ โดยเชื่อมโยงแหล่งน้ำต่าง ๆ เข้าด้วยกัน รวมทั้งหมด 13 โครงข่าย ในพื้นที่ 315,195 ไร่ ครอบคลุม 37 ตำบล 7 อำเภอ 2 จังหวัด จำนวน 284 หมู่บ้าน 29,835 ครัวเรือน ได้แก่ บางส่วนของจังหวัดอุดรธานี และจังหวัดหนองคาย ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอหนองหาน อำเภอพิบูลย์รักษ์ อำเภอเพ็ญ อำเภอบ้านดุง อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี และอำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย[1] เริ่มดำเนินการก่อสร้างเมื่อปี พ.ศ. 2562 กำหนดระยะเวลาแล้วเสร็จในปี พ.ศ. 2568

โครงการพัฒนาแหล่งน้ำเป็นโครงการที่อาจก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยกำหนดสุขภาพ ทั้งด้านสิ่งแวดล้อม สังคม และสุขภาพ โดยสามารถแบ่งผลกระทบต่อสุขภาพที่เชื่อมโยงกับโครงการพัฒนาแหล่งน้ำ เป็น 6 กลุ่ม ได้แก่ โรคติดต่อ (เช่น โรคติดต่อนำโดยแมลง โรคจากน้ำเป็นสื่อ) โรคไม่ติดต่อ (เช่น พิษจากการใช้สารเคมีทางการเกษตร) อุบัติเหตุและการบาดเจ็บ (เช่น การจมน้ำ การก่อสร้าง การจราจร) ภาวะทุพโภชนาการ (เช่น การขาดโปรตีนและสารอาหาร การเข้าถึงแหล่งอาหาร) สุขภาพจิต (เช่น ความเครียด วิตกกังวลจากการถูกเวนคืนที่ดิน การเปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัย) สุขภาวะที่ดีทางสังคม (เช่น คุณภาพชีวิต การอยู่ร่วมกันในสังคม)[2-4]

องค์การอนามัยโลกโดย The WHOQOL Group ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตคือการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของตนภายใต้บริบทวัฒนธรรมค่านิยม ครอบคลุมประเด็นด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อม[5] ประชาชนที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี หมายถึง การมีสุขภาพกาย สุขภาพจิตที่ดี อยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ดีและปลอดภัยมีความเสี่ยงน้อย สามารถใช้ศักยภาพของตนเองในการพัฒนาตนเองและสังคมให้อยู่ร่วมกันได้ คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลตามวัฒนธรรม สังคม และสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยต่อสถานะในชีวิตของตน ประเทศไทยได้กำหนดยุทธศาสตร์ชาติที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ในด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมมีเป้าหมายการพัฒนาเพื่อบรรลุความยั่งยืนในทุกมิติ รวมถึงการเสริมสร้างระบบสาธารณสุขและอนามัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งชุมชนในพื้นที่ลุ่มน้ำห้วยหลวงตอนล่างเป็นกลุ่มที่ได้รับทั้งผลประโยชน์จากโครงการพัฒนาแหล่งน้ำ ทั้งนี้อาจได้รับผลกระทบในระยะก่อสร้างและผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงปัจจัยกำหนดสุขภาพที่อาจจะตามมา

โครงการพัฒนาลุ่มน้ำห้วยหลวงตอนล่างมีการจัดทำมาตรการป้องกันและลดผลกระทบเพื่อการรองรับและจัดการความเสี่ยงมิติต่าง ๆ จากการพัฒนาแหล่งน้ำ โดยมีแผนอนุรักษ์ และพัฒนาสิ่งแวดล้อมสำหรับโครงการพัฒนาลุ่มน้ำห้วยหลวงตอนล่างที่จัดทำโดยกรมชลประทาน ซึ่งภายใต้แผนดังกล่าวได้มีแผนเฉพาะด้านในการป้องกันและลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นและมีหน่วยงานที่รับผิดชอบจำนวน 10 แผนงาน โดยกรมอนามัยรับผิดชอบจำนวน 1 แผนงาน ในด้านการป้องกันและติดตามการเฝ้าระวังด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม อย่างไรก็ตามโครงการดังกล่าวไม่อยู่ในเงื่อนไขที่ต้องจัดทำรายงานการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อม (Environmental Impact Assessment: EIA) จึงขาดข้อมูลพื้นฐานสำหรับติดตามผลกระทบระยะยาว นอกจากนี้ยังไม่พบข้อมูลพื้นฐานด้านคุณภาพชีวิต

ของประชาชนในพื้นที่โครงการพัฒนาลุ่มน้ำห้วยหลวงตอนล่างโดยตรง ซึ่งจำเป็นต่อการติดตามผลกระทบด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมระยะยาว ดังนั้น กรมอนามัยจึงศึกษาวิจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่โครงการพัฒนาลุ่มน้ำห้วยหลวงตอนล่าง เพื่อให้ได้ข้อมูลสุขภาวะของประชาชนแบบองค์รวมทั้งด้านจิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม ที่จะใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผน หรือกำหนดนโยบายรวมทั้งข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่โครงการพัฒนาลุ่มน้ำห้วยหลวงตอนล่าง
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่โครงการพัฒนาลุ่มน้ำห้วยหลวงตอนล่าง

นิยามศัพท์เฉพาะ

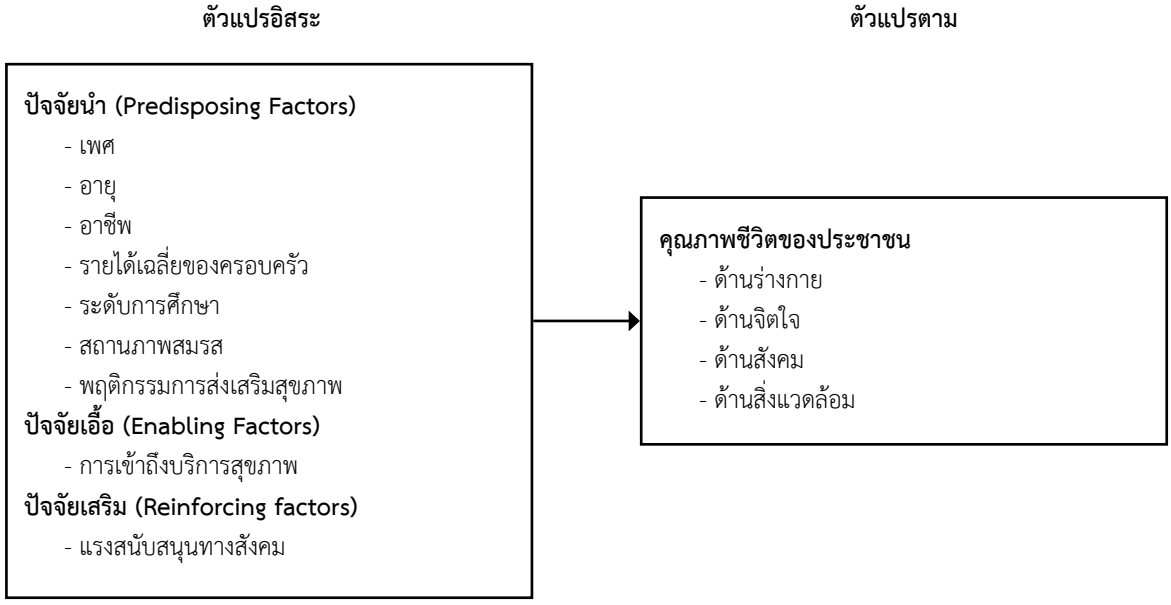
โครงการพัฒนาลุ่มน้ำห้วยหลวงตอนล่าง หมายถึง โครงการพัฒนาลุ่มน้ำห้วยหลวงตอนล่างที่ดำเนินการโดยกรมชลประทาน ครอบคลุมพื้นที่บางส่วนของจังหวัดอุดรธานี และจังหวัดหนองคาย ใน 7 อำเภอ 37 ตำบล ประกอบด้วย อำเภอเมือง อำเภอหนองหาน อำเภอพิบูลย์รักษ์ อำเภอเพ็ญ อำเภอบ้านดุง อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี และอำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

คุณภาพชีวิต ในการศึกษานี้ หมายถึง การรับรู้ของประชาชนต่อสภาพชีวิตของตนเองในมิติด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม ตามกรอบแนวคิดของ WHOQOL5 ประเมินด้วยแบบวัด WHOQOL-BREF-THAI จำนวน 26 ข้อ[5,11,12] โดยใช้คะแนนรวมคุณภาพชีวิตเป็นตัวแปรต่อเนื่องในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ และจัดระดับเป็นดี ปานกลาง และไม่ดี เพื่ออธิบายระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในภาพรวม

กรอบแนวคิดการศึกษา

การวิจัยนี้มุ่งเน้นศึกษาคุณภาพชีวิตของประชาชนลุ่มน้ำห้วยหลวงตอนล่างรวมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED model[6] ซึ่งเป็นแบบจำลองที่ใช้ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ โดยมีแนวคิดสำคัญว่าคุณภาพชีวิตของประชาชนได้รับอิทธิพลจากพฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมดังกล่าวเกิดจากปัจจัยสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) และปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของประชาชน ในการศึกษานี้กำหนดให้ปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเป็นปัจจัยนำ เนื่องจากเป็นปัจจัยพื้นฐานของบุคคลและลักษณะภายในที่อาจมีความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพชีวิต สามารถสะท้อนความรู้ ทัศนคติ แบบแผนการดำเนินชีวิตและความสามารถในการดูแลตนเอง และกำหนดให้การเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นปัจจัยเอื้อที่สนับสนุนให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากการมีบริการสุขภาพที่เพียงพอเข้าถึงได้ สะดวก อาจช่วยลดข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพและส่งผลต่อคุณภาพชีวิต และกำหนดให้แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยเสริม ที่ช่วยสนับสนุนหรือเสริมแรงให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมโดยอาจช่วยลดความเครียด เพิ่มความมั่นคงทางจิตใจและส่งเสริมคุณภาพ

ชีวิตของประชาชน โดยตั้งสมมติฐานว่า ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม จะมีความสัมพันธ์กันและสามารถร่วมกันอธิบายคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่โครงการพัฒนาลุ่มน้ำห้วยหลวงตอนล่าง ซึ่งประเมินจากคุณภาพชีวิต 4 มิติ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการศึกษา

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional survey study) เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่โครงการพัฒนาลุ่มน้ำห้วยหลวงตอนล่าง

● ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ เป็นประชาชนในพื้นที่โครงการพัฒนาลุ่มน้ำห้วยหลวงตอนล่าง ครอบคลุมบางส่วนของจังหวัดอุดรธานีและจังหวัดหนองคาย ใน 7 อำเภอ 37 ตำบล จำนวน 311,282 คน[1]

กลุ่มตัวอย่าง ขนาดตัวอย่างคำนวณจากประชากรที่อาศัยอยู่ในตำบลที่ตั้งของโครงการพัฒนาลุ่มน้ำห้วยหลวงตอนล่าง โดยวิธี Krejcie & Morgan[7] ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และค่าความคลาดเคลื่อน ± 5% ได้จำนวนตัวอย่าง 383 คน และเพิ่มขนาดตัวอย่างเพื่อชดเชยข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์และความแตกต่างระหว่างพื้นที่ รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 440 คน คัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling) เริ่มจากการแบ่งประชากรตามพื้นที่อำเภอที่อยู่ในเขตโครงการพัฒนาลุ่มน้ำห้วยหลวงตอนล่างจำนวน 7 อำเภอ จากนั้นคัดเลือกตำบลตัวแทนในแต่ละอำเภอจำนวน 1 ตำบล โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) รวมทั้งสิ้น 7 ตำบล เพื่อให้ได้ตัวแทนพื้นที่จากทุกอำเภอที่อยู่ในเขตโครงการฯ และลดความคลาดเคลื่อนจากความแตกต่างเชิงพื้นที่ โดยกำหนดตัวอย่างในแต่ละตำบลตามสัดส่วนประชากร จากนั้นสุ่มครัวเรือนจากบัญชีรายชื่อครัวเรือนและสุ่มผู้ตอบแบบสอบถามจากสมาชิกที่เข้าเกณฑ์ในครัวเรือนนั้นจนครบจำนวนตัวอย่างที่กำหนด รวมทั้งสิ้น 440 คน รายละเอียดการสุ่มดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

จังหวัด	อำเภอ	ตำบลที่คัดเลือก	ประชากร (N)	ตัวอย่าง (n)
หนองคาย	โพนพิสัย	วัดหลวง	9,208	54
อุดรธานี	เมืองอุดร	สามพร้าว	19,453	113
	หนองหาน	หนองหาน	12,082	70
	บ้านดุง	บ้านดุง	12,404	72
	เพ็ญ	สร้างแป้น	6,195	36
	สร้างคอม	สร้างคอม	7,234	42
	พิบูลรักษ์	บ้านแดง	9,183	53
		รวม	**75,759**	**440**

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria) ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในพื้นที่ 7 ตำบลที่มีระยะเวลาอาศัยในพื้นที่ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป มีอายุตั้งแต่ 18-80 ปี สามารถฟัง อ่าน เขียนภาษาไทยได้ มีการรับรู้วัน เวลา สถานที่ปกติ มีความสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สำหรับเกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria) ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะเจ็บป่วยหรือข้อจำกัดด้านการสื่อสาร การรับรู้ หรือการช่วยเหลือตนเอง ที่ทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลตามแบบสอบถามได้ครบถ้วน หรือผู้ที่ไม่ประสงค์ให้ข้อมูลต่อระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล

● **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** การวิจัยในครั้งนี้เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของประชาชนพื้นที่ลุ่มน้ำห้วยหลวงตอนล่าง ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Lifestyle Profile II) ที่มีการพัฒนาปรับปรุงแบบประเมินพฤติกรรมโดย พิทักษ์ ธีระพุทธรักษา (2549)[8] และอนงค์นุช สารจันทร์และคณะ (2565)[9] และแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพของเพนชานส์กีและโทมัส (Penchansky & Thomas, 1981)[10] และแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของแบรนด์และไวน์เฮิรต ที่มีการดัดแปลงโดย พิทักษ์ ธีระพุทธรักษา (2549)[8]และแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF-THAI)[5,11,12] เป็นกรอบในการศึกษา ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบเลือกตอบจำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และชุมชนที่อยู่อาศัย

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ โภชนาการ การออกกำลังกายและการพักผ่อน ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การจัดการความเครียด สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ ลักษณะคำตอบแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน แปลผลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง สูง

ส่วนที่ 3 การเข้าถึงบริการสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ ความเพียงพอของบริการที่มีอยู่ ความสะดวกของแหล่งบริการสุขภาพ ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ การยอมรับคุณภาพบริการ และความสามารถในการจ่ายค่าบริการ ลักษณะคำตอบแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 15-75 คะแนน แปลผลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง และสูง

ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 12 ข้อ ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การ

ได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งในสังคม การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านการเงิน แรงงาน และสิ่งของ ลักษณะคำตอบแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 12-60 คะแนน แปลผลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง และสูง

ส่วนที่ 5 คุณภาพชีวิต ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) จำนวน 26 ข้อ ประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม[5,11,12] ลักษณะคำตอบแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 26-130 คะแนน การให้คะแนนใช้คะแนนรวมของข้อคำถามหลังกลับคะแนนข้อคำถามเชิงลบตามเกณฑ์ของเครื่องมือ คะแนนรวมดังกล่าวถูกใช้เป็นตัวแปรต่อเนื่องในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์และการวิเคราะห์สถิติถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ ส่วนการจัดระดับคุณภาพชีวิตเป็นระดับดี ปานกลาง และไม่ดี ใช้เพื่อการพรรณนาระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ศึกษา

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ผลการประเมินพบว่ามีค่า IOC เท่ากับ 0.83 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ และผู้ประเมินได้ปรับปรุงถ้อยคำให้ชัดเจนตามข้อเสนอแนะ ของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และทดสอบความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่าค่าของแบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิต เท่ากับ 0.851, 0.908 , 0.961, 0.967 ตามลำดับ

● วิธีดำเนินการวิจัย

1) ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตในพื้นที่โครงการพัฒนาแหล่งน้ำทั้งในและต่างประเทศ แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม และเครื่องมือแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของประชาชน

2) จัดทำโครงร่างการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย

3) จัดทำหนังสือถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล

4) ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม 2568 ภายหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยวิธีการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามที่กำหนด ผู้เก็บข้อมูลประกอบด้วยผู้วิจัย และผู้ช่วยเก็บข้อมูลในพื้นที่ ซึ่งได้รับการชี้แจงและอบรมก่อนลงพื้นที่

5) การควบคุมคุณภาพและจัดการข้อมูลสูญหาย โดยตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามทันทีหลังการสัมภาษณ์ และเมื่อเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูลในแต่ละวัน ผู้วิจัยตรวจทานแบบสอบถามซ้ำอีกครั้ง

6) ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลอีกครั้งก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

7) วิเคราะห์ข้อมูล อภิปราย และสรุปผลการศึกษาและจัดทำข้อเสนอแนะ

● **การวิเคราะห์ข้อมูล** การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติแบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ วิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทั้งรายด้านและภาพรวม โดยแบบวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ และแปลผลคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง ส่วนที่ 3 การเข้าถึงบริการสุขภาพ ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคม และส่วนที่ 5 คุณภาพชีวิตของประชาชน วิเคราะห์คะแนนด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทั้งรายด้านและภาพรวม และแปลผลคะแนนออกเป็น

3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง และแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับไม่ดี ระดับปานกลาง และระดับดี และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยใช้คะแนนรวมของแบบวัดแต่ละด้าน (summated scores) ด้วยสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product -moment correlation coefficient) และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของประชาชนด้วยสถิติถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (Multiple Linear Regression) โดยก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson correlation) และสถิติถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (Multiple Linear Regression) โดยตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์เป็นข้อมูลเชิงปริมาณหรือคะแนนรวมที่มีลักษณะใกล้เคียงข้อมูลต่อเนื่อง มีความสัมพันธ์เชิงเส้น และไม่พบค่าผิดปกติที่มีผลต่อการวิเคราะห์อย่างรุนแรง สำหรับการวิเคราะห์สถิติถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ พบว่าค่าคลาดเคลื่อนมาตรฐานอยู่ในช่วง -2.958 ถึง 1.680 และมีแนวโน้มแจกแจงใกล้เคียงปกติจาก Histogram และ Normal P-P Plot โดยค่าเฉลี่ยของค่าคลาดเคลื่อนมาตรฐานใกล้ 0 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.986 ส่วน Scatterplot ระหว่างค่าพยากรณ์มาตรฐานและค่าคลาดเคลื่อนมาตรฐานไม่พบรูปแบบการกระจายที่ผิดปกติอย่างชัดเจน นอกจากนี้ ไม่พบปัญหาพหุสัมพันธ์ร่วมระหว่างตัวแปรอิสระ (multicollinearity) โดยค่าปัจจัยความแปรปรวน (Variance Inflation Factor : VIF) อยู่ระหว่าง 1.035–1.493 และตรวจสอบข้อมูลที่มีอิทธิพลต่อโมเดลด้วยค่า Cook's Distance สูงสุดเท่ากับ 0.046 จึงสามารถดำเนินการวิเคราะห์ด้วย Pearson correlation และ Multiple Linear Regression ได้

● **การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง** การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ กรมอนามัย รหัสจริยธรรมการวิจัย 851/2568 วันที่ 17 กรกฎาคม 2568

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 440 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.7 อายุเฉลี่ย 52.4 ปี อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 54.5 รองลงมาคือ อาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 22.2 รายได้เฉลี่ยครัวเรือน 10,348 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 41.4 รองลงมาคือประถม ศึกษาร้อยละ 33.2 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 67.3 รองลงมา คือ โสด ร้อยละ 13.0 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ส่วนที่ 2 ระดับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และคุณภาพชีวิตของประชาชนลุ่มน้ำห้วยหลวงตอนล่าง

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยนำ คือ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 66.8 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.2) ปัจจัยเอื้อคือ การเข้าถึงบริการสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 56.9 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.0) ปัจจัยเสริมคือ แรงสนับสนุนทางสังคมภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 50.5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.1) และระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 85.7 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 25.1) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	76	17.3
หญิง	364	82.7
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 30 ปี	25	5.7
30-59 ปี	303	68.8
60-80 ปี	112	25.5
อาชีพ		
ว่างงาน	19	4.3
เกษตรกร	240	54.5
รับจ้างทั่วไป	97	22.2
ข้าราชการ	8	1.8
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	8	1.8
อาชีพอิสระ/ธุรกิจส่วนตัว	49	11.1
อื่น ๆ	19	4.3
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน (บาท)		
ต่ำกว่า 15,000	330	75
15,000-30,000	99	22.5
≥30,000	11	2.5
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	146	32.2
มัธยมศึกษาตอนต้น	71	16.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย	181	41.1
อนุปริญญา	13	3.0
ปริญญาตรีขึ้นไป	29	6.6
สถานภาพสมรส		
โสด	57	13.0
คู่	296	67.3
หม้าย	53	12
หย่า/แยกกันอยู่	34	7.7

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและคุณภาพชีวิต (n = 440)

ปัจจัยที่ศึกษา	ระดับสูง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	Mean ± SD
ปัจจัยนำ				
พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ	50 (11.4)	319 (72.5)	71 (16.1)	66.8 ± 8.2
ปัจจัยเอื้อ				
การเข้าถึงบริการสุขภาพ	73 (16.6)	285 (64.8)	82 (18.6)	56.9 ± 10.0
ปัจจัยเสริม				
แรงสนับสนุนทางสังคม	89 (20.2)	296 (67.3)	55 (12.5)	50.5 ± 8.1
คุณภาพชีวิต				
คุณภาพชีวิต	180 (40.9)	183 (41.6)	77 (17.5)	85.7 ± 25.1

ส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิตของประชาชนลุ่มน้ำห้วยหลวงตอนล่าง

ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของประชาชนลุ่มน้ำห้วยหลวงตอนล่าง เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ และด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านร่างกายมีสัดส่วนประชาชนที่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 49.1 รองลงมาคือ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ร้อยละ 43.6 ด้านจิตใจ ร้อยละ 41.1 และด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 37.0 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า ด้านสิ่งแวดล้อมมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (26.38 ± 8.60) รองลงมาคือ ด้านร่างกาย (23.0 ± 6.6) ด้านจิตใจ (19.8 ± 5.9) และด้านสัมพันธภาพทางสังคม (10.0 ± 3.5) ตามลำดับ นอกจากนี้ พบว่าด้านสิ่งแวดล้อมมีสัดส่วนประชาชนที่มีคุณภาพชีวิตระดับดีมากที่สุด (ร้อยละ 43.6) ขณะที่ด้านสัมพันธภาพทางสังคมมีสัดส่วนประชาชนที่มีคุณภาพชีวิตระดับไม่ดีมากที่สุด (ร้อยละ 23.2) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตรายด้าน

องค์ประกอบคุณภาพชีวิต	ระดับดี จำนวน (ร้อยละ)	ระดับปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับไม่ดี จำนวน (ร้อยละ)	Mean ± SD
ด้านร่างกาย	151 (34.3)	216 (49.1)	73 (16.6)	23.0 ± 6.6
ด้านจิตใจ	170 (38.7)	181 (41.1)	89 (20.2)	19.8 ± 5.9
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	146 (33.2)	192 (43.6)	102 (23.2)	10.0 ± 3.5
ด้านสิ่งแวดล้อม	192 (43.6)	163 (37.0)	85 (19.4)	26.38 ± 8.6

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับคุณภาพชีวิต

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.113$, $p < 0.05$) ขณะที่รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับคะแนนคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.156$, $p < 0.01$ และ $r = 0.119$, $p < 0.05$ ตามลำดับ) ส่วนการเข้าถึงบริการสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมไม่พบความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และคุณภาพชีวิตของประชาชน (n=440)

ปัจจัยที่ศึกษา	1	2	3	4	5	6
1. อายุ	1					
2. รายได้	-0.190**	1				
3. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	0.008	0.088	1			
4. การเข้าถึงบริการสุขภาพ	-0.051	-0.029	0.547**	1		
5. แรงสนับสนุนทางสังคม	-0.109*	0.007	0.542**	0.628**	1	
6. คุณภาพชีวิต	-0.113*	0.156**	0.119*	0.062	0.080	1

หมายเหตุ: วิเคราะห์ด้วย Pearson's product-moment correlation coefficient; * =p < .05 , **= p < .01

ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมกับคุณภาพชีวิต โดยใช้สถิติถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (Multiple Linear Regression พบว่า อายุ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีขนาดความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ โมเดลดังกล่าวสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ ร้อยละ 6.4 ($R^2 = 0.064$, $p < .05$) เมื่อพิจารณารายตัวแปรพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต เมื่ออายุเพิ่มขึ้น 1 ปี คะแนนคุณภาพชีวิตลดลงเฉลี่ย 0.236 คะแนน ขณะที่รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนคุณภาพชีวิต โดยรายได้เฉลี่ยของครอบครัวที่เพิ่มขึ้นทุก 1,000 บาทต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.331 คะแนน นอกจากนี้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนคุณภาพชีวิต โดยคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เพิ่มขึ้น 1 คะแนน มีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.304 คะแนน ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของประชาชน (n = 440)

ตัวแปร	B	SE	Beta	t	p-value	95% CI
อายุ (ปี)	-0.236	0.112	-0.121	-2.103	.036*	-0.457 - -0.015
รายได้เฉลี่ยครอบครัว ต่อเดือน (1,000/บาท)	0.331	0.136	0.130	2.440	.015*	0.064 - 0.598
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	0.304	0.137	0.106	2.221	.027*	0.035 - 0.573

หมายเหตุ: $R = 0.253$, $R^2 = 0.064$, Adjusted $R^2 = 0.029$, $F = 1.806$, $p = 0.028$
* =p < .05

อภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่โครงการพัฒนาลุ่มน้ำห้วยหลวงตอนล่าง โดยอาศัยกรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของประชาชน ผลการศึกษาสามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.7 มีอายุเฉลี่ย 52.4 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก และมีรายได้เฉลี่ยครัวเรือนค่อนข้างต่ำ สะท้อนลักษณะประชากรของชุมชนชนบทในพื้นที่โครงการพัฒนาแหล่งน้ำที่ยังพึ่งพาเศรษฐกิจภาคเกษตรเป็นหลัก ซึ่งลักษณะดังกล่าวอาจมีผลต่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจ สุขภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชน ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุเฉลี่ยค่อนข้างสูง อาจสะท้อนโครงสร้างประชากรในชนบทไทยที่เข้าสู่สังคมสูงวัย อาจทำให้ให้ประชาชนมีข้อจำกัดด้านสุขภาพร่างกายและความสามารถในการประกอบอาชีพเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคมขององค์การอนามัยโลก (social determinants of health) ที่ระบุว่า อายุ รายได้ และอาชีพ เป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญ[13] นอกจากนี้ การที่ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ยังทำให้คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับความมั่นคงด้านทรัพยากรน้ำ รายได้จากการเกษตร และสภาพแวดล้อมของชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับ Leonard และ Thayer (1999) ที่อธิบายว่าโครงการพัฒนาแหล่งน้ำขนาดใหญ่มีผลต่อวิถีชีวิต เศรษฐกิจ และสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม[3]

2. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านโภชนาการมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าด้านอื่น ขณะที่ด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน รวมถึงด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ ผลการศึกษาดังกล่าวอาจอธิบายได้ว่า ประชาชนในพื้นที่ชนบทส่วนใหญ่ยังคงมีวิถีชีวิตที่สัมพันธ์กับการบริโภคอาหารพื้นบ้าน และการผลิตอาหารเพื่อบริโภคในครัวเรือน จึงทำให้พฤติกรรมด้านโภชนาการอยู่ในระดับค่อนข้างดี อย่างไรก็ตาม การประกอบอาชีพเกษตรกรรมและภาระทางเศรษฐกิจอาจทำให้ประชาชนมีเวลาพักผ่อนน้อย มีความเครียดจากรายได้และภาวะเศรษฐกิจ รวมทั้งขาดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ Pender ที่อธิบายว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้รับอิทธิพลจากปัจจัยส่วนบุคคล สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะทรัพยากรและแรงสนับสนุนในชุมชน[14] นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์พบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมเป็นปัจจัยสำคัญต่อคุณภาพชีวิตในระดับเบื้องต้น แต่เมื่อพิจารณาร่วมกับปัจจัยทางเศรษฐกิจ โดยเฉพาะรายได้เฉลี่ยของครอบครัว อิทธิพลของพฤติกรรมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตอาจลดลง เนื่องจากคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ชนบทไม่ได้ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่ยังขึ้นอยู่กับความมั่นคงด้านรายได้ ความสามารถในการเข้าถึงทรัพยากร และเงื่อนไขทางสังคมของครัวเรือน แนวคิดของ Pender อธิบายว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้รับอิทธิพลจากปัจจัยส่วนบุคคล สังคม และสิ่งแวดล้อม[14] และ Walker et al. (1987) พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับสุขภาพและคุณภาพชีวิต[15]

3. การเข้าถึงบริการสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านความเพียงพอของบริการและความสะดวกของแหล่งบริการมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ ผลการศึกษานี้อาจสะท้อนว่า แม้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยจะช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น แต่ประชาชนในพื้นที่ชนบทอาจยังเผชิญข้อจำกัดด้านการเดินทาง ค่าใช้จ่ายแฝง และความสะดวกในการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีระยะ

ทางห่างไกลจากสถานบริการสุขภาพ นอกจากนี้ พื้นที่โครงการพัฒนาแหล่งน้ำอาจมีการเปลี่ยนแปลงด้านกายภาพและการคมนาคม ซึ่งอาจมีแนวโน้มส่งผลทั้งด้านบวกและด้านลบต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน สอดคล้องกับแนวคิดของ Andersen (1995) ที่ระบุว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพขึ้นอยู่กับทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ทรัพยากรของชุมชน และระบบบริการสุขภาพ[16] แม้ว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพจะไม่เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในโมเดลสุดท้าย แต่ผลการศึกษายังสะท้อนว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นองค์ประกอบสำคัญที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่พัฒนาแหล่งน้ำ

4. แรงสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมของประชาชนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยทุกด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านการมีส่วนร่วมในสังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการสนับสนุนด้านการเงินแรงงานและสิ่งของ อยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด ผลดังกล่าวสะท้อนลักษณะของชุมชนชนบทที่ยังคงมีความสัมพันธ์ทางสังคมและเครือข่ายชุมชนในระดับหนึ่ง แต่ขณะเดียวกันการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมอาจทำให้ความเข้มแข็งของชุมชนลดลง มีแนวโน้มให้แรงสนับสนุนทางสังคมไม่อยู่ในระดับสูง ทั้งนี้ แรงสนับสนุนทางสังคมถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความเครียด ส่งเสริมสุขภาพจิต และเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหา ซึ่งสอดคล้องกับ House (1981) ที่อธิบายว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพและคุณภาพชีวิตทั้งทางตรงและทางอ้อม[17] แม้แรงสนับสนุนทางสังคมจะไม่เข้าสู่โมเดลทำนายสุดท้าย แต่ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ยังได้รับการสนับสนุนในระดับปานกลาง ซึ่งอาจเป็นทุนทางสังคมสำคัญของชุมชนในการรองรับการเปลี่ยนแปลงจากโครงการพัฒนาแหล่งน้ำ

5. คุณภาพชีวิตของประชาชน

ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่โครงการพัฒนาลุ่มน้ำห้วยหลวงตอนล่างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ และด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด ผลดังกล่าวอาจสะท้อนว่า แม้ประชาชนในพื้นที่ยังสามารถดำรงชีวิตและปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ในระดับหนึ่ง แต่ยังมีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ สุขภาพ และปัจจัยแวดล้อมที่อาจมีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยเฉพาะในบริบทของพื้นที่ชนบทที่ยังมีความเปราะบางทางเศรษฐกิจและการเข้าถึงทรัพยากร ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ WHO (2000) ที่ระบุว่าโครงการพัฒนาแหล่งน้ำขนาดใหญ่สามารถส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนทั้งด้านบวกและด้านลบ ผ่านการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม[2]

6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้นพบว่า อายุ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่โครงการพัฒนาลุ่มน้ำห้วยหลวงตอนล่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอายุมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิต ขณะที่รายได้เฉลี่ยของครอบครัวและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต สะท้อนให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตของประชาชนไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่ยังได้รับอิทธิพลจากปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และพฤติกรรมสุขภาพร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model ของ Green และ Kreuter (2005) ที่อธิบายว่าปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมล้วนมีบทบาทต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน[6]

6.1 ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล (อายุและรายได้) ต่อคุณภาพชีวิต

6.1.1 อายุ: พบว่าอายุมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิต อาจสะท้อนให้เห็นว่าเมื่อควบคุมตัวแปรอื่นคงที่ ผู้ที่มีอายุมากขึ้นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตลดลง ซึ่งอาจเกิดจากการเสื่อมถอยของสุขภาพร่างกาย การเกิดโรคเรื้อรัง และข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของอนงค์นุช

สารจันทร์ และคณะ(2565)[9] ในประชาชนที่พักอาศัยเหนือเขื่อนสิริกิติ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ ซึ่งพบว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = -0.141, p < .05) โดยผู้ที่มีอายุน้อยกว่าจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่มีอายุมาก[9] เนื่องจากยังคงมีสมรรถภาพทางกายและความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันสูงกว่า ทั้งนี้ผลการศึกษาดังกล่าวยังสอดคล้องกับแนวคิดของ Rizal et al. (2022) ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเผชิญข้อจำกัดด้านสุขภาพและการดำรงชีวิตมากกว่าวัยอื่น ส่งผลให้ระดับคุณภาพชีวิตลดลง[18]

6.1.2 รายได้เฉลี่ยของครอบครัว: พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตสะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยเศรษฐกิจยังเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญในพื้นศึกษา ซึ่งเป็นชนบทที่พึ่งพาอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 54.5) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม (Social Determinants of Health) ขององค์การอนามัยโลก ที่ระบุว่าฐานะทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่ประชาชนส่วนใหญ่พึ่งพารายได้จากภาคเกษตรกรรม ซึ่งมีความผันผวนตามสภาพเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมและอาจได้รับผลกระทบจากราคาพืชผลหรือความไม่แน่นอนในการประกอบอาชีพในช่วงที่มีการปรับพื้นที่โครงการ

6.2 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ผลการวิเคราะห์พหุตัวแปรพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพยังคงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคะแนนคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ขนาดความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ และพบพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 66.8 คะแนน) อย่างไรก็ตาม การเสริมสร้างพฤติกรรมในด้านต่าง ๆ เช่น โภชนาการ การจัดการความเครียด จะเป็นปัจจัยสำคัญในการยกระดับคุณภาพชีวิตท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยกำหนดสุขภาพจากการพัฒนาแหล่งน้ำ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของอนงค์นุช สารจันทร์และคณะ(2565)[9] ที่พบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของประชาชนที่พักอาศัยเหนือเขื่อนสิริกิติ์ในระดับสูง (β = 0.303, p < .001) และสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตได้ร่วมกับอายุ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม[9] อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ไม่พบว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของอนงค์นุช สารจันทร์ และคณะ(2565)[9] ที่พบว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพ (β = 0.211, p < .001) และแรงสนับสนุนทางสังคม (β = 0.268, p < .001) เป็นปัจจัยร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของประชาชนเหนือเขื่อนสิริกิติ์ ความแตกต่างดังกล่าวอาจเกิดจากบริบทพื้นที่ที่แตกต่างกัน กล่าวคือ พื้นที่เหนือเขื่อนสิริกิติ์มีข้อจำกัดด้านการคมนาคมและการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างชัดเจน เนื่องจากต้องเดินทางทางน้ำเป็นหลัก จึงทำให้การเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญต่อคุณภาพชีวิต ขณะที่พื้นที่ลุ่มน้ำห้วยหลวงตอนล่างมีโครงสร้างพื้นฐานด้านสาธารณสุขและการคมนาคมที่ดีกว่า ประชาชนส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานได้ใกล้เคียงกัน จึงอาจทำให้ปัจจัยดังกล่าวไม่ปรากฏความสัมพันธ์อย่างเด่นชัดในการวิเคราะห์ครั้งนี้

6.3 ผลกระทบจากการพัฒนาลุ่มน้ำและบริบทพื้นที่ เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ประเมินการรับสัมผัสหรือผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมโดยตรง จึงยังไม่สามารถสรุปได้ว่าโครงการเป็นสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของประชาชน ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคต และการที่คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมและสุขภาพกายอยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนถึงความจำเป็นที่หน่วยงานต้องเฝ้าระวังผลกระทบอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะเมื่อโครงการไม่มีข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพจากการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อม (EIA)

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาปัจจัยตามกรอบ PRECEDE-PROCEED Model พบว่า ประชาชนมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนให้เห็นว่าประชาชนในพื้นที่ยังมีศักยภาพในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรด้านสุขภาพในชุมชนให้ดียิ่งขึ้น ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า อายุ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอายุมีความสัมพันธ์เชิงลบ ขณะที่รายได้เฉลี่ยของครอบครัวและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต ส่วนการเข้าถึงบริการสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่โครงการพัฒนาแหล่งน้ำควรมุ่งเน้นการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ การสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจของครัวเรือน และการดูแลกลุ่มประชากรสูงอายุควบคู่กัน เพื่อให้ประชาชนสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาแหล่งน้ำ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. ข้อมูลที่ได้มาจากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างอาจได้รับอิทธิพลจากการรับรู้ ความจำ หรือความต้องการตอบคำถามในทางที่สังคมยอมรับ ส่งผลให้ข้อมูลบางส่วนอาจคลาดเคลื่อนจากสถานการณ์จริง

2. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง ใช้ข้อมูลจากการรายงานตนเอง และไม่ได้ประเมินปัจจัยสิ่งแวดล้อมในเชิงปริมาณโดยตรง เช่น คุณภาพน้ำ ฝุ่นละออง เสียง เป็นต้น

3. พื้นที่ศึกษาอยู่ในเขตโครงการพัฒนาลุ่มน้ำห้วยหลวงตอนล่าง จังหวัดอุดรธานีและจังหวัดหนองคาย ซึ่งมีบริบททางสังคม เศรษฐกิจ และการเข้าถึงบริการสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ดังนั้น การนำผลการศึกษาไปอ้างอิงกับพื้นที่โครงการพัฒนาแหล่งน้ำอื่น ควรพิจารณาความแตกต่างของบริบทพื้นที่ร่วมด้วย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การบูรณาการแผนเฝ้าระวัง: หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมชลประทาน และกรมอนามัย ควรประสานการทำงานตามแผนอนุรักษ์และพัฒนาสิ่งแวดล้อมอย่างเข้มงวด โดยมุ่งเน้นการติดตามผลกระทบระยะยาวในกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุและผู้ที่มีรายได้น้อย

การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเปราะบาง: หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ควรให้ความสำคัญกับกลุ่มผู้สูงอายุและครัวเรือนรายได้น้อย โดยจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนในพื้นที่โครงการ

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

การเสริมศักยภาพในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงจากโครงการพัฒนาแหล่งน้ำ: สถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ควรจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ปรับให้เข้ากับแต่ละกลุ่มอายุ โดยเน้นการจัดการความเครียดและการดูแลสุขภาพกาย เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการรับมือกับความเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม

การเสริมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม: ควร

สนับสนุนให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและเฝ้าระวังผลกระทบจากการก่อสร้าง เพื่อสร้างความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งและลดความวิตกกังวล

ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาเชิงคุณภาพ: ควรมีการศึกษาเชิงลึก (Qualitative Research) ถึงผลกระทบทางจิตใจและสังคมในกลุ่มที่ถูกเวนคืนที่ดินหรือต้องย้ายที่อยู่อาศัยเพื่อให้เห็นมิติของปัญหาที่ชัดเจนขึ้น

การศึกษาเชิงปริมาณ: โครงการพัฒนาลุ่มน้ำห้วยหลวงตอนล่างยังอยู่ในช่วงดำเนินการก่อสร้างและทยอยส่งน้ำในบางพื้นที่ ผลกระทบด้านสุขภาพ สังคม และคุณภาพชีวิตบางประการอาจยังไม่ปรากฏอย่างชัดเจน การศึกษาติดตามในระยะยาว (Longitudinal Study) ภายหลังโครงการดำเนินการเต็มรูปแบบ อาจสะท้อนผลลัพธ์ที่แตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระยะก่อสร้างและระยะดำเนินการ และควรประเมินปัจจัยสิ่งแวดล้อมเชิงปริมาณ เช่น คุณภาพน้ำ ฝุ่นละออง เสียง และความเสี่ยงด้านอุบัติเหตุ ร่วมกับการประเมินคุณภาพชีวิต

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความอนุเคราะห์และความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ผู้วิจัยขอขอบพระคุณกรมชลประทาน และกรมอนามัย ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย รวมถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่ศึกษาที่ให้ความอนุเคราะห์ด้านข้อมูลการประสานงาน และอำนวยความสะดวกในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในพื้นที่ศึกษา ตลอดจนผู้นำชุมชน อาสาสมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการประสานงาน สนับสนุนการเข้าถึงพื้นที่ ขอขอบคุณประชาชนในพื้นที่โครงการพัฒนาลุ่มน้ำห้วยหลวงตอนล่าง จังหวัดอุดรธานีและจังหวัดหนองคาย ทุกท่านที่สละเวลาให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ยิ่งต่อการศึกษาครั้งนี้ คุณค่าและประโยชน์อันพึงเกิดจากรายงานการวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นส่วนหนึ่งในการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาวะของประชาชนในพื้นที่โครงการพัฒนาแหล่งน้ำต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมชลประทาน สำนักบริหารโครงการ. รายงานแผนอนุรักษ์และพัฒนาสิ่งแวดล้อมโครงการพัฒนาลุ่มน้ำห้วยหลวงตอนล่าง จังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: กรมชลประทาน; 2564
2. World Health Organization. Human health and dams. Geneva: WHO; 2000.
3. Leonard BL, Thayer S. Health impacts of large dams. Environ Impact Assess Rev 1999;19(2):113-23.
4. กรมอนามัย. แนวทางการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพจากโครงการพัฒนาแหล่งน้ำ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2553
5. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med 1995;41(10):1403-9.
6. Green LW, Kreuter MW. Health promotion planning: an education and ecological approach. 4th ed. Mountain View, CA: Mayfield; 2005.
7. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas 1970;30(3):607-10.
8. พิทักษ์ ธีระพุทธรักษา. การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดยะลา [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2549.
9. อนงค์นุช สารจันทร์, กัญชรีย์ พัฒนา, ฐิติมา ปิยะธนพงศ์, นริศรา ศรีโพธิ์, มัตติกา ใจจันทร์, สงกรานต์ เด็ดขาด, และคณะ. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของประชาชนที่พักอาศัยเหนือเขื่อนสิริกิติ์ จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารสภาการพยาบาล 2565;37(4):140-54.
10. Penchansky R, Thomas W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care 1981;19(2):127-40.
11. World Health Organization. Programme on mental health:WHOQOL user manual,2012 revision [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2012 [cited 2025 Jun 3]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012-3
12. กรมสุขภาพจิต. เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 3 มิถุนายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://dmh.go.th/test/whoqol/
13. World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: WHO; 2008.
14. Pender NJ. Health Promotion in Nursing Practice. 6th ed. Boston: Pearson; 2011.
15. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The Health-Promoting Lifestyle Profile: development and psychometric characteristics. Nurs Res 1987;36(2):76-81.
16. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? J Health Soc Behav 1995;36(1):1-10.
17. House JS. Work stress and social support. Reading, MA: Addison-Wesley; 1981.
18. Rizal H, Said MA, Abdul MH, Su TT, Maw PT, Ismail R, et al. Health-related quality of life of younger and older lower-income households in Malaysia. PLoS One 2022;17(2):e0263751.