DC
9/4/53
V81057
สำนักวิทยบริการฯ
23 ธ.ค. 2552
มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ: ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ

วิทยานิพนธ์

ของ

นางสาวเบญจรงค์ บุญอนุวัฒน์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา

2549

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จฯ
วัน เดือน ปี 23 ธ.ค. 2552
เลขทะเบียน 00222501
เลขเรียกหนังสือ วน 613.0438 บ786ก 2549

Participation of the Elderly in Health Promotion Activities : A Case Study of Ruam Kua Community

Miss Benjarong Boonanuwat

A thesis Submitted in Partial fulfillment of the Requirements

For the Master of Arts (Social Sciences of Development)

At Bansomdejchaopraya Rajabhat University

Academic Year 2006

วิทยานิพนธ์ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ:ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ

โดย นางสาวบญจรงค์ บุญอนุวัฒน์

สาขา สังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. เอื้อมพร เธียรหิรัญ

กรรมการ รองศาสตราจารย์ ดร. นงลักษณ์ เทพสวัสดิ์

กรรมการ อาจารย์ทวีศักดิ์ จงประดับเกียรติ

มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา

.....ผู้ช่วยอธิการบดีฝ่ายงานบัณฑิตศึกษา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สรายุทธ์ เศรษฐขจร)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(ศาสตราจารย์ ดร. สายหยุด จำปาทอง)

.....กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. เอื้อมพร เธียรหิรัญ)

.....กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. นงลักษณ์ เทพสวัสดิ์)

.....กรรมการ

(อาจารย์ทวีศักดิ์ จงประดับเกียรติ)

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เกื้อกูล ยืนยงอนันต์)

.....กรรมการและเลขานุการ

(อาจารย์สุปัญญา เสนะวีณิน)

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีเป็นผลมาจากความกรุณาและความช่วยเหลือ รวมทั้งให้คำแนะนำเป็นอย่างดีของ ศาสตราจารย์ ดร. สายหยุด จำปาทอง ประธานคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. เอื้อมพร เธียรหิรัญ ประธานคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. นงลักษณ์ เทพสวัสดิ์ และอาจารย์ทวีศักดิ์ จงประดับเกียรติ คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์เกื้อกูล ยืนยงอนันต์ และอาจารย์สุปัญญา เสนะวีณิน กรรมการและเลขานุการที่ให้คำแนะนำและแสดงความคิดเห็นต่าง ๆ ที่มีประโยชน์ในการแก้ไขและปรับปรุงโครงร่างวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุพิศวง ธรรมพันทา และผู้ช่วยศาสตราจารย์บุปผา แช่มประเสริฐ ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ รวมทั้งคณาจารย์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้อันเป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัย ดังนั้น ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุก ๆ ท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้นำชุมชน คณะกรรมการชุมชน และชมรมผู้สูงอายุร่วมเกื้อ อาทิ คุณชูเกียรติ สุวรรณรังสี และคุณพิศมัย สุวรรณรังสี ผู้ช่วยศาสตราจารย์กองเทพ เคลือบพณิชกุล คุณอมรรัตน์ พระคุ้มรักษา และคุณสรารัตน์ พระคุ้มรักษา รวมทั้งชาวชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อที่ให้ความร่วมมือ และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลแบบสอบถามการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดียิ่ง คุณจุรี ชูยศ พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. จากโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ ที่ปรึกษาด้านข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุ รวมทั้งเจ้าหน้าที่บัณฑิตวิทยาลัยทุกท่าน

ความสำเร็จและความภาคภูมิใจในการทำวิทยานิพนธ์มาจากพลังกายและพลังใจที่ผู้วิจัยได้รับจาก คุณมาลี บุญอนุวัฒน์ และคุณอาริวรรณ บุญอนุวัฒน์ ที่สนับสนุนทุนการศึกษาและเป็นกำลังใจ และผู้ที่ล่วงลับไปแล้วที่เป็นแรงบันดาลใจในการศึกษา คือ คุณสมศรี แซ่ไหล คุณจิงกุง แซ่ไหล และคุณเง็กบ๊วย แซ่แต้ รวมทั้งญาติพี่น้องที่คอยเป็นกำลังใจให้ตลอดระยะเวลาในการ ศึกษา โดยเฉพาะน้องนพดล ภัทราจารุกุล ที่ช่วยแก้ไขปัญหาเทคนิคต่าง ๆ เกี่ยวกับคอมพิวเตอร์จนสามารถสำเร็จได้ตามเจตนารมณ์ที่ตั้งไว้และสามารถผ่านอุปสรรคต่าง ๆ เป็นไปได้ด้วยดี หากมีข้อบกพร่องประการใดผู้วิจัยขอน้อมรับไว้เพื่อแก้ไขปรับปรุงต่อไป

เบญจรงค์ บุญอนุวัฒน์

เบญจรงค์ บุญอนุวัฒน์ . (2549) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ: ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ. วิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา.
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ : รองศาสตราจารย์ ดร.เอื้อมพร เธียรหิรัญ รองศาสตราจารย์ ดร.นงลักษณ์ เทพสวัสดิ์ อาจารย์ทวีศักดิ์ จงประดับเกียรติ

การศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ : ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ

การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยประชากรที่นำมาใช้ในการศึกษาเป็นผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 225 คน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่ามัชฌิมเลขคณิต (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และค่าไคสแควร์ (Chi-Square)

ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้ออยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านแล้ว พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการลงทุนและปฏิบัติมากที่สุด รองลงมาคือ การประสานงานขอความร่วมมือ การค้นหาปัญหาและสาเหตุ การติดตามและประเมินผล และการวางแผนและการดำเนินงานอยู่ในลำดับน้อยที่สุด

ปัจจัยภายใน ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ตำแหน่งในชุมชน และเจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนปัจจัยภายนอก ได้แก่ การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนปัจจัยภายใน ได้แก่ เพศ และอายุ ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

เบญจรงค์ บุญอนุวัฒน์ . (2549) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ: ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ. วิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา.
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ : รองศาสตราจารย์ ดร.เอื้อมพร เธียรหิรัญ รองศาสตราจารย์ ดร.นงลักษณ์ เทพสวัสดิ์ อาจารย์ทวีศักดิ์ จงประดับเกียรติ

การศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ : ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ

การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยประชากรที่นำมาใช้ในการศึกษาเป็นผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 225 คน สถิติที่ใช้ในการเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่ามัชฌิมเลขคณิต (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และค่าไคสแควร์ (Chi-Square)

ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้ออยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านแล้ว พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการลงทุนและปฏิบัติมากที่สุด รองลงมาคือ การประสานงานขอความร่วมมือ การค้นหาปัญหาและสาเหตุ การติดตามและประเมินผล และการวางแผนและการดำเนินงานอยู่ในลำดับน้อยที่สุด

ปัจจัยภายใน ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ตำแหน่งในชุมชน และเจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนปัจจัยภายนอก ได้แก่ การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนปัจจัยภายใน ได้แก่ เพศ และอายุ ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

Abstract

MissBenjarong Boonanuwat (2006) Participation of The Elderly in Health Promotion Activities : A Case Study of Ruam Kua Community. Graduate School, Bansomdejchaopraya Rajabhat University.

Advisor: Assoc. Prof. Dr. Auempom Dhienhirun Assoc.Prof.Dr. Nongluksana Thepsawasdi Mr. Thaveesak Chonpradubkiat

This Thesis aimed to study Participation of the Elderly in Health Promotion Activities: A Case Study of Ruam Kua Community. The Purposes of the study were :

1. To study level of participation of the elderly in health promotion activities in Ruam Kua Community.

2. To study the factors effecting the participation in health promotion activities for the elderly in Ruam Kua Community.

This study was a survey research. The sample consisted of 225 cases of elderly persons. The tools used for data collection was questionnaire and datas were analyzed by statistical method using percentage, mean, standard deviation and chi-square.

Result of the study revealed :

The elderly in Ruam Kua Community had high levels of participation. When considering, about the investment and practice the participation is at highest level. The coordination, the finding for the problem, follow up and evaluation, the participation are at moderate level, and the planning for the activities the participation is at low level.

Moreover, The data analyses showed that the factors such as the education , occupation, income, community positions' and attitude of health promotion in the participation of the elderly in health promotion activities, affected their participation, whereas, media exposures'participation of the elderly in health promotion did not affect their participation of the elderly in health promotion.

สารบัญ

		หน้า
ประกาศคุณูปการ		ก
บทคัดย่อภาษาไทย		ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ		ค
สารบัญ		ง
สารบัญตาราง		ฉ
สารบัญแผนภาพ		ฌ
บทที่ 1	บทนำ	1
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
	วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
	ขอบเขตของการวิจัย	3
	นิยามศัพท์เฉพาะ	4
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	6
	กรอบความคิดในการวิจัย	6
บทที่ 2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
	แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ	9
	ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย	17
	ทฤษฎีการมีส่วนร่วม	17
	แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	22
	ทฤษฎีการสื่อสาร	25
	แนวคิดเกี่ยวกับเจตคติ	29
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	32

สารบัญ(ต่อ)

		หน้า
บทที่ 3	วิธีดำเนินการวิจัย	35
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	35
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	36
	การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	37
	การเก็บรวบรวมข้อมูล	38
	สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	38
บทที่ 4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	39
	ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ	40
	ค่าระดับปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	42
	ค่าระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	47
	ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	48
	ข้อเสนอแนะจากแบบสอบถาม	69
บทที่ 5	สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	70
	สรุปผลการวิจัย	71
	อภิปรายผลการวิจัย	72
	ข้อเสนอแนะ	76
	ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป	77
บรรณานุกรม		78
ภาคผนวก		82
	รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย	84
	ข้อมูลชุมชนหมู่บ้านร่มเกื้อ	88
	แบบสอบถามเพื่อการวิจัย	98
	ประวัติผู้วิจัย	104

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ	41
2	ระดับเจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้าน	42
3	ระดับเจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านการรับประทานอาหาร	43
4	ระดับเจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านการออกกำลังกาย	43
5	ระดับเจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านการจัดการความเครียด	44
6	ระดับเจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	45
7	ระดับการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	46
8	ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ	47
9	ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้าน	48
10	ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้าน	49
11	ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้าน	50
12	ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้าน	51
13	ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้เฉลี่ยต่อเดือนกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้าน	52
14	ความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งในชุมชนกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้าน	53

สารบัญตาราง(ต่อ)

ตารางที่		หน้า
15	ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหารกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้าน.....	54
16	ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกายกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้าน	55
17	ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการจัดการความเครียดกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้าน.....	56
18	ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมทุกด้าน	57
19	ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ โดยรวมทุกด้านกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมทุกด้าน.....	58
20	ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจาก..... หนังสือพิมพ์กับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้าน.....	59
21	ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากโทรทัศน์กับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้าน	60
22	ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากวิทยุกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้าน	61
23	ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากนิตยสารหรือวารสารกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	62

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
24	ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากแผ่นพับ หรือใบปลิวกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้าน	63
25	ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากโปสเตอร์หรือป้ายผ้ากับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้าน	64
26	ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากสื่อบุคคลกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมทุกด้าน	65
27	ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากหอกระจายข่าวหรือเสียงตามสายกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมทุกด้าน	66
28	ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากดิเรกเตอร์เน็ตกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้าน	67
29	ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมทุกด้านกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมทุกด้าน	68

สารบัญแผนภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบความคิดในการวิจัย	8
2	ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน	20
3	องค์ประกอบกระบวนการสื่อสารของพรทิพย์ พิมลสินธุ์	26
4	องค์ประกอบกระบวนการสื่อสารของชัยยงค์ พรหมวงศ์	28
5	องค์ประกอบของเจตคติ	30

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (2545-2549)ที่มีจุดมุ่งหมายหลักของการพัฒนาที่ยั่งยืนและความอยู่ดีมีสุขของคนไทย โดยให้ความสำคัญหลาย ๆ มิติ ได้แก่ ชีวภาพ จิตวิทยาสังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งเน้นการพัฒนาเป็นแบบองค์รวม ดังนั้น สังคมไทยต้องเป็นสังคมที่เข้มแข็งมีคุณภาพ 3 ด้าน คือ สังคมคุณภาพ สังคมแห่งภูมิปัญญาและการเรียนรู้ และสังคมแห่งความสมานฉันท์ โดยมุ่งที่จะเสริมสร้างความเข้มแข็งและบทบาทของครอบครัว สถาบัน ทางสังคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน ให้องค์กรเหล่านี้ได้มีส่วนร่วมในการสร้างหลักประกันความมั่นคงในการดำรงชีวิตของประชาชนตลอดทุกช่วงวัย

ปัจจุบันโครงสร้างประชากรไทยกำลังเปลี่ยนแปลงไป จะเห็นได้ว่า สุขภาพอนามัยโดยภาพรวมคนไทยมีอายุยืนยาวขึ้น หญิงจะมีอายุยืนยาวกว่าชาย คือ หญิงประมาณ 75 ปี และชายประมาณ 70 ปี (รายงานภาวะสังคม กลุ่มงานวิเคราะห์และพยากรณ์สถิติเชิงสังคม สำนักสถิติพยากรณ์, 2546) เนื่องจากมีสุขภาพดีขึ้น ในขณะที่มีเด็กเกิดใหม่ลดลง ทำให้สัดส่วนของผู้สูงอายุในสังคมไทยเพิ่มขึ้น ประเทศไทยจึงกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุหรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ สัดส่วนผู้สูงอายุในปี 2543 เป็นร้อยละ 9.5 และคาดว่าในปี 2563 จะเป็นร้อยละ 16.8 (รายงานภาวะสังคม กลุ่มงานวิเคราะห์และพยากรณ์สถิติเชิงสังคม สำนักสถิติพยากรณ์, 2548) จะเห็นได้ว่า ผลจากการพัฒนาประเทศหลายทศวรรษที่ผ่านมานั้นส่งผลให้ประชากรโดยรวมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงทางสังคมจึงเป็นสิ่งที่มีผลกระทบโดยตรงต่อคนในสังคม ทำให้คนในสังคมมีการปรับตัวเพื่อให้สามารถอยู่ในสังคมได้ การศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ทางสังคมในอดีต ปัจจุบัน และแนวโน้มในอนาคตจึงถือว่าเป็นสิ่งสำคัญต่อการวางแผนพัฒนาประเทศ

สมัชชาโลกผู้สูงอายุ ได้นิยามไว้ที่นครเวียนนา เมื่อ พ.ศ. 2525 ว่า ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิงเป็นประชากรที่เป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีค่าของชาติ เพราะเป็นผู้ที่สามารถถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ให้แก่ลูกหลานและเยาวชนรุ่นหลัง ยิ่งทั้งยังเป็นผู้นำและเป็นผู้ทำประโยชน์ให้แก่สังคม หากมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงและสุขภาพจิตที่ดีจะเป็นสิ่งมีค่าของครอบครัวและเป็นผู้ถ่ายทอดมรดกทางวัฒนธรรมให้แก่อนุชนรุ่นหลังได้เป็นอย่างดี (คณะกรรมการจัดการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและการพัฒนาสังคมวุฒิสภา ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์)

เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และคณะ (2544) ได้วิจัยพบว่า ปัญหาสุขภาพที่พบมาก 3 ลำดับแรก คือ ปวดข้อเข่า เอว หลัง ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ หอบ เหนื่อย และในสังคมไทยปัจจุบัน คนในหลาย ๆ ชุมชนกลับมองคนชราในภาพลบมากขึ้น มิได้มองคนชราเป็นทรัพยากรบุคคลที่ควรแก่การเคารพ และมีคุณค่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบริบูรณ์ พรพิบูลย์ (2542) ได้วิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากขาดรายได้จากการทำงาน และปัญหาที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ ปัญหาสุขภาพจิต รู้สึกเหงา วังเหว่ เนื่องจากบุตรหลานมีเวลาให้การดูแลน้อย เพราะต้องออกไปประกอบอาชีพหาเลี้ยงครอบครัว จึงต้องอยู่โดดเดี่ยวตามลำพัง และจากผลการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ (2548) พบว่า ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวและเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคกระดูกและข้อ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน

พระบรมราโชวาทของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชฯ ในพิธีพระราชทานปริญญาบัตรของมหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อวันที่ 22 ตุลาคม พ.ศ. 2522 ที่ได้ให้ความสำคัญของการมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ความว่า

"...ท่านทั้งหลายควรระลึกให้ได้เสมอว่าสุขภาพที่สมบูรณ์ในร่างกายและจิตใจนั้นเป็นรากฐานของการสร้างสรรค์จรรโลงประเทศ อันจะเป็นแนวทางขจัดปัญหาของสังคมส่วนสำคัญลงได้และจะทำให้การพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจของประเทศบรรลุถึงความสำเร็จ มั่นคงและเจริญก้าวหน้า..."

ดังนั้น จะเห็นได้ว่า สุขภาพเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก ดังพุทธสาสนสุภาษิตที่ว่า อโรคยา ปรมา ลาภา หรือ "ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ" จึงควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าการซ่อมแซมรักษา เพื่อสร้างเสริมและป้องกันรักษาสุขภาพและเป็นการช่วยประหยัดงบประมาณของรัฐบาลในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก ตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพนั้นเป็นการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และสังคม โดยอาศัยการให้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพผ่านสื่อต่าง ๆ ของชุมชน ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพจึงมีความเกี่ยวข้องกับทุกฝ่าย ไม่ใช่แพทย์และโรงพยาบาลจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบเท่านั้น แต่เป็นสิ่งที่ทุกภาค ทุกส่วน ต้องเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งทฤษฎีการมีส่วนร่วมของเจิมศักดิ์ ปิ่นทอง (2525)ได้กล่าวถึง การมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ 4 ขั้นตอน คือ การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาชุมชน การมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินกิจกรรม การมีส่วนร่วมในการลงทุนและปฏิบัติงาน และการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลงาน เช่นเดียวกับโคเฮนและอัพฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1980 อ้างถึงใน จุรีภรณ์ ได้บำเพ็ญ, 2544) แบ่งการมีส่วนร่วมออก

เป็น 4 แบบ คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล เพื่อใช้กิจกรรมของชุมชนเป็นเครื่องมือในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อเป็นชุมชนที่มีการรวมกลุ่มกันของผู้สูงอายุ และก่อตั้งเป็นชมรมผู้สูงอายุขึ้นมาตั้งแต่ปี 2544 โดยมีการดำเนินงานด้านสุขภาพที่เป็นกิจลักษณะที่มีความเข้มแข็งเป็นประโยชน์ต่อสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุว่า เป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่าต่อสังคมและผู้สูงอายุเป็นผู้ด้อยโอกาสทางสังคมที่มีปัญหาต่าง ๆ เกิดขึ้น ซึ่งอาจจะแตกต่างไปตามสังคมและวัฒนธรรมที่มีความแตกต่างกัน ถ้าผู้สูงอายุได้รับโอกาสและการสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสม จะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมุ่งที่จะศึกษาปรากฏการณ์ทางสังคมในเรื่อง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ: ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ เพื่อศึกษาว่า มีระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับใด และมีปัจจัยอะไรบ้างที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อจะได้นำข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้เป็นแนวทางในการส่งเสริมบทบาทการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ในการพัฒนาชุมชน ซึ่งจะก่อให้เกิดพลังของชุมชน เกิดความรู้สึกรักชุมชน เกิดบรรยากาศของการเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง และเกิดความรู้สึกร่วมรับผิดชอบ ร่วมเป็นเจ้าของในกิจกรรมที่เกิดขึ้นด้วยจิตสำนึกของความเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาผู้สูงอายุในประเทศไทยอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ

ขอบเขตของการวิจัย

1. ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไปและอยู่ระหว่างการมารับบริการจากชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ จำนวน 513 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ เขตที่วิจัยเป็นเชิงปริมาณ (Quantitative Research) จำนวน 225 คน ซึ่งผู้วิจัยได้อาศัยวิธีการเลือกประชากรแบบสุ่มแบบแบ่งชั้นตามลักษณะประชากร (Stratified Random Sampling)

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล

การวิจัยดังกล่าวนี้ ดำเนินการเก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ 26 พฤศจิกายน พ.ศ. 2549 ถึง วันที่ 2 ธันวาคม พ.ศ. 2549

การศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษา

-ระดับการมีส่วนร่วม ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ

3. ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) แบ่งเป็นดังนี้

1.1 ปัจจัยภายใน ได้แก่

1.1.1 เพศ

1.1.2 อายุ

1.1.3 ระดับการศึกษา

1.1.4 อาชีพ

1.1.5 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

1.1.6 ตำแหน่งในชุมชน

1.1.7 เจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

1.2 ปัจจัยภายนอก ได้แก่

1.2.1 การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

2. ตัวแปรตาม (Dependent Variables) ได้แก่ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบ่งเป็น 5 ด้าน โดยอาศัยทฤษฎีการมีส่วนร่วมของเจิมศักดิ์ ปิ่นทอง (2525) และโคเฮนและอัพฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1980 อ้างถึงใน จุรีภรณ์ ได้บ้านกวย, 2544) ได้แก่

2.1 การค้นหาปัญหาและสาเหตุ

2.2 การวางแผนการดำเนินกิจกรรม

2.3 การประสานงานขอความร่วมมือ

2.4 การลงทุนและปฏิบัติ

2.5 การติดตามและประเมินผล

นิยามศัพท์เฉพาะ

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การกระทำที่แสดงออกมาของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อในเขตหัวรัษนา โดยมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังต่อไปนี้

1. การค้นหาปัญหาและสาเหตุ หมายถึง การเข้าร่วมกลุ่มกันคิดเพื่อค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นและหาสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2. การวางแผนการดำเนินกิจกรรม หมายถึง การเข้าร่วมประชุมเพื่อจัดวางแผนการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

3. การประสานงานขอความร่วมมือ หมายถึง การร่วมมือกันติดต่อประสานงานกับหน่วยงานเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

4. การลงทุนและปฏิบัติ หมายถึง การร่วมกันสนับสนุนค่าใช้จ่ายและร่วมกันทำกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

5. การติดตามและประเมินผล หมายถึง การเข้าร่วมติดตามเก็บข้อมูลและวิเคราะห์การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีเพศชายหรือหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปที่อาศัยในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ

กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ หมายถึง กิจกรรมของชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีในกิจกรรมการออกกำลังกาย กิจกรรมโภชนาการ กิจกรรมอบรมให้ความรู้ กิจกรรมนันทนาการ และกิจกรรมทางด้านจิตใจ

ปัจจัยภายใน หมายถึง คุณลักษณะของบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ตำแหน่งในชุมชน และเจตคติที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

ปัจจัยภายนอก หมายถึง เหตุหรือการกระทำอันมีผลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้แก่ การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ

เจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ระดับความรู้สึก ความเชื่อ และความศรัทธาของผู้สูงอายุที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันจากโรคในเรื่องของการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง

การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความถี่จากการที่ผู้สูงอายุในหมู่บ้านร่วมเกื้อได้รับจากสื่อต่าง ๆ ได้แก่ หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ วิทยุ นิตยสารหรือวารสาร แผ่นพับหรือใบปลิว โปสเตอร์หรือป้ายผ้า สื่อบุคคล หอกระจายข่าวหรือเสียงตามสาย และอินเตอร์เน็ตในการให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. ทำให้ทราบข้อมูลการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ

2. ทำให้ทราบถึงระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ

3. ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ

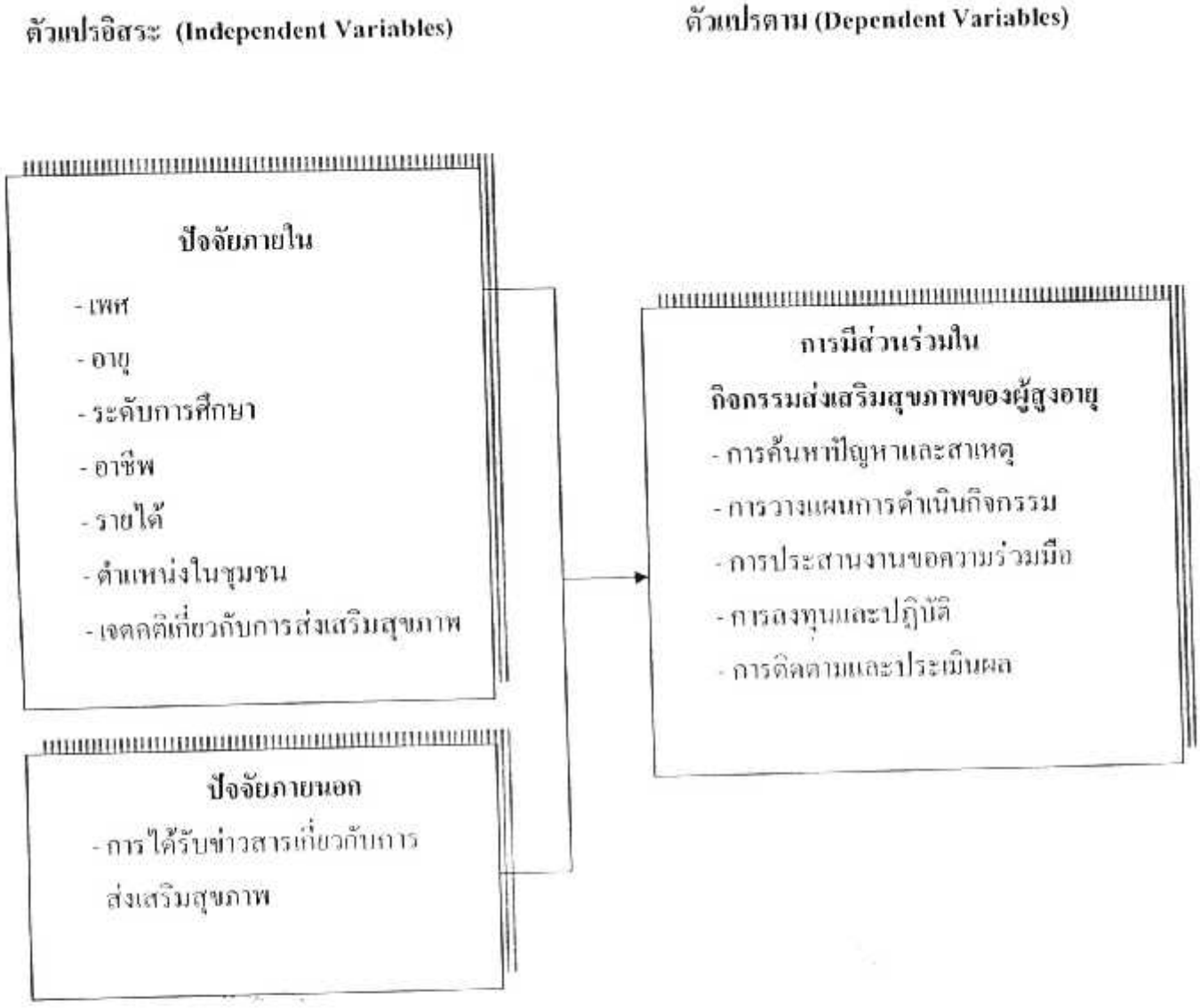
4. สามารถนำข้อมูลไปใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุง แก้ไข และวางแผนในการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งหน่วยงานภาครัฐที่รับผิดชอบดูแลโครงการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตลอดจนผู้สนใจสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในงานด้านสุขภาพต่าง ๆ

5. ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพต่อไปในอนาคต

กรอบความคิดในการวิจัย

จากการศึกษางานวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษา แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ : ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาใช้สนับสนุนกรอบแนวคิดในการศึกษา ดังต่อไปนี้ จากแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุของสุพัตรา สุภาพ (2543) กล่าวว่า ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้เสื่อมตามสภาพ กำลังถดถอยเชื่องช้า เป็นผู้สมควรให้การอุปการะ เป็นผู้ที่มีโรคควรได้รับความช่วยเหลือ และควรสนับสนุนให้ตั้งสโมสรผู้สูงอายุขึ้นซึ่งสอดคล้องกับบริบูรณ์ พรพิบูลย์ (2542) ได้วิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากขาดรายได้จากการทำงาน และปัญหาที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ ปัญหาสุขภาพจิต รู้สึกเหงา ว้าเหว่ เนื่องจากบุตรหลานมีเวลาให้การดูแลน้อยเพราะต้องออกไปประกอบอาชีพหาเลี้ยงครอบครัว จึงต้องอยู่โดดเดี่ยวตามลำพัง ซึ่งจะพบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ ดังนั้น จึงควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าการซ่อมแซมรักษา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2002) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย กิจกรรมต่าง ๆ ที่มีผลโดยตรงต่อการเพิ่มระดับความสมบูรณ์ และการบรรลุเป้าหมายในชีวิตของบุคคลครอบครัว ชุมชน และสังคม นอกจากนั้น เพนเดอร์ยังได้สร้างเครื่องมือในการประเมินพฤติกรรมสุขภาพในทางบวก คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมการออกกำลังกาย โภชนาการ สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น พัฒนาการทางด้านจิตวิญญาณ และการจัดการ โดยอาศัยทฤษฎีการมีส่วนร่วมของเจิมศักดิ์ ปิ่นทอง

(2525) ได้สรุปขั้นตอนของการมีส่วนร่วมไว้ 4 ขั้นตอน คือ การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาชุมชน การมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินกิจกรรม การมีส่วนร่วมในการลงทุนและปฏิบัติงาน และการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลงาน โคเฮน และอัพฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1980 อ้างถึงใน จุรีภรณ์ ไถ้บ้านกวย, 2544) ได้แบ่งการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 แบบ คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ซึ่งต้องอาศัยทฤษฎีเกี่ยวกับการสื่อสารของชัยยงค์ พรหมวงศ์ (2541) เพื่อใช้การสื่อสารนั้นเป็นเครื่องมือในการประชาสัมพันธ์กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยกล่าวถึงกระบวนการสื่อสารว่าเป็นกระบวนการส่งหรือถ่ายทอดเนื้อหาสาระ ประสบการณ์ ความคิดเห็น ความรู้สึก อารมณ์ ความสนใจ เจตคติค่านิยม และทักษะความชำนาญจากผู้ส่งไปยังผู้รับ โดยผ่านสื่อกลางและมีผลย้อนกลับมายังผู้ส่ง เพื่อให้ได้ทราบปฏิกิริยาของผู้รับสาร และแนวคิดของวาสนา จันทร์สว่าง (2548) ซึ่งกล่าวถึงองค์ประกอบของกระบวนการสื่อสารในงานสุขศึกษาและการสร้างเสริมสุขภาพนั้น ประกอบด้วย ผู้ส่งสาร เนื้อหาของสาร สื่อ (ช่องทาง/กิจกรรม/รูปแบบ/วิธีการ) กลุ่มเป้าหมายในการรณรงค์ ผลของการสื่อสารและผลกระทบ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโรเจอร์ (Roger,1973) การสื่อสารไม่เพียงส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติเท่านั้น การสื่อสารอาจก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใน3สิ่ง คือ การเปลี่ยนแปลงความรู้ของผู้รับสาร การเปลี่ยนแปลงเจตคติของผู้รับสาร และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้รับสาร การเปลี่ยนแปลงทั้ง 3 ประการนี้มักจะเกิดขึ้นในลักษณะที่ต่อเนื่องกัน คือ ผู้รับสารได้รับข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งจนเกิดเป็นความรู้ และความเข้าใจในเรื่องนั้น ๆ ผู้รับสารจะมีเจตคติในทางใดทางหนึ่งเกี่ยวกับเรื่องนั้นอยู่ในใจ และในที่สุดเจตคตินี้จะมีอิทธิพลต่อการกระทำพฤติกรรมต่อเรื่องนั้น ๆ ตามมา ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องดังกล่าวมาใช้เป็นกรอบความคิดในการวิจัยซึ่งประกอบด้วย



ภาพที่ 1 กรอบความคิดในการวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ : ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารต่าง ๆ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ซึ่งประกอบด้วยแนวคิดและทฤษฎีดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ
2. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย
   2.1 ทฤษฎีการมีส่วนร่วม
   2.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
   2.3 ทฤษฎีการสื่อสาร
   2.4 แนวคิดเกี่ยวกับเจตคติ
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

1. แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

สุขภาพ คือ กุญแจสู่ความก้าวหน้า จึงกล่าวได้ว่า การส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นเรื่องที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ดังนั้น รัฐบาลจึงได้ประกาศให้ปี 2545 เป็นปีแห่งการเริ่มต้นรณรงค์สร้างสุขภาพทั่วไทยอย่างจริงจังภายใต้กลยุทธ์ "รวมพลังสร้างสุขภาพ" (Empowerment for Health) เพื่อให้ประชาชน ตลอดจนหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ และเอกชนมีส่วนร่วมสนับสนุนให้เกิดการ "สร้าง" สุขภาพมากกว่าการ "ซ่อม" สุขภาพ เพื่อให้ภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชนได้ร่วมจัดกิจกรรมรณรงค์รวมพลังสร้างสุขภาพให้ครอบคลุมทุกพื้นที่และเพื่อให้ประชาชนรู้และตระหนักใส่ใจในการสร้างสุขภาพ ภายใต้หลักคิดในระดับสากลว่า สุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่ทุกคนควรได้รับอย่างทั่วถึง มีความเสมอภาค และเท่าเทียมกันทุกคน ซึ่งทางรัฐบาลได้กำหนดเป้าหมายของนโยบาย "เมืองไทยแข็งแรง" การพัฒนาแห่งสหัสวรรษในปี 2558

1.1 ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (1986) ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ คือ กระบวนการซึ่งทำให้ประชาชนสามารถเพิ่มการควบคุม และปรับปรุงสุขภาพให้ดีขึ้น การที่จะบรรลุซึ่งภาวะอันสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมได้ ปัจเจกบุคคล หรือกลุ่มจะต้องสามารถที่จะพอใจในสิ่งที่ต้องการและปรับเปลี่ยนหรือจัดการเพื่อให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม ดังนั้น สุขภาพจึงถือได้ว่าเป็นทรัพยากรส่วนบุคคลและสังคม รวมถึงความสามารถในการเรียนรู้ทางกายภาพ เพราะฉะนั้นการส่งเสริมสุขภาพจึง

มิใช่เพียงความรับผิดชอบเฉพาะสุขภาพเท่านั้น แต่ยังหมายรวมถึงรูปแบบการใช้ชีวิตอันเปี่ยมด้วยสุขภาพโดยมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

วาสนา จันทร์สว่าง (2548) กล่าวถึง การส่งเสริมสุขภาพ คือ กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง

บุญเติม แสงดิษฐ (2546) กล่าวถึง การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการเพิ่มความสามารถของคนในการควบคุมดูแลและพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น

ประเวศ วะสี (2542) กล่าวถึง การส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการปฏิรูปสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยการที่สังคมมีจิตสำนึกหรือจินตนาการใหม่ในเรื่องสุขภาพดี และเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งในระดับ อาจเรียกกระบวนการนี้ว่า การส่งเสริมสุขภาพสำหรับคนทั้งมวล (Health Promotion for All) คนทั้งมวลส่งเสริมสุขภาพ (All for Health Promotion) คนทั้งมวลมีสุขภาพดี (Good Health for All) ระบบส่งเสริมสุขภาพถือว่าเป็นยุทธศาสตร์ของการเข้าถึงหรือกระทำให้เกิดการสร้างสุขภาพดี

ผู้วิจัยจึงสรุปว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการเพิ่มความสามารถ ปรับปรุงและพัฒนาสุขภาพให้ดีขึ้น ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกายที่แข็งแรงและสุขภาพจิตที่ดี

1.2 รูปแบบของการส่งเสริมสุขภาพ

มีผู้ให้คำอธิบายเกี่ยวกับรูปแบบของการส่งเสริมสุขภาพไว้หลายแนวคิดดังนี้

บุญเติม แสงดิษฐ (2546) กล่าวถึง ประเด็น 5 อ.ในการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่

1. อาหาร ให้ประชาชนบริโภคอาหารที่ปลอดภัยถูกสุขลักษณะและมีคุณค่าทางโภชนาการ

2. ออกกำลังกาย ส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ

3. อารมณ์ เสริมสร้างให้ประชาชนรู้จักวิธีควบคุมอารมณ์ สร้างสุขภาพจิตที่ดีและมีความสุข

4. อนามัยชุมชน ช่วยกันดูแลและปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้น่าอยู่อาศัย น่ารื่นรมย์

5. อโรคยา ลดพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคอันเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เบาหวาน มะเร็ง เอดส์ และไข้เลือดออก

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2548) กล่าวถึง การส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 10 อ. คือ อาหารดี อากาศดี ออกกำลังกาย อุจจาระ อนามัย อุบัติเหตุ อารมณ์ อดีเรก อบอุ่น อนาคต

พิพัฒน์ ลักษมีจรัสกุล (2542) กล่าวถึง แนวทางในการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีคุณค่าและเหมาะสม การออกกำลังกายที่เหมาะสม การพักผ่อนและการ

ทำจิตใจให้มีความสุข การมีพฤติกรรมอนามัยที่ดี การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และการตรวจสุขภาพประจำปี และการได้รับคำปรึกษาอย่างเหมาะสม

เทเวศร์ พิริยะพฤนท์ และคณะ (2548) กล่าวถึง การส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ อาหารและโภชนาการ การออกกำลังกายและการเล่นกีฬา การพักผ่อน การหลีกเลี่ยงโรคภัยไข้เจ็บและสิ่งเสพติด และการจัดการกับความเครียด

วอคเกอร์ ซีคริส และ เพนเดอร์ (Walker, Sechrist & Pender, 1995) ได้สรุปกิจกรรมที่เป็นพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ มี 6 ด้าน ดังนี้

1. โภชนาการ(Nutrition) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2548) กล่าวว่า ผู้สูงอายุ มีความต้องการปริมาณอาหารลดน้อยลง แต่ความต้องการสารอาหารนี้ยังคงเดิม ดังนั้นอาหารของผู้สูงอายุควรจัดให้มีปริมาณและคุณภาพพอเพียงกับความต้องการของร่างกาย การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ทุกวันในปริมาณและสัดส่วนที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญ และควรปฏิบัติตามการแนะนำอาหารสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เพื่อสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์และพึงประสงค์ ซึ่งอาหารหลัก 5 หมู่นั้นประกอบด้วย

อาหารหมู่ที่ 1 เนื้อสัตว์ ไข่ นม ถั่วเมล็ดแห้งต่าง ๆ ซึ่งให้สารอาหารประเภทโปรตีน มีหน้าที่ในการเสริมสร้าง และซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย

อาหารหมู่ที่ 2 ข้าว แป้ง น้ำตาล เผือก มัน จะให้สารอาหารคาร์โบไฮเดรทมีหน้าที่ให้พลังงานและความอบอุ่นแก่ร่างกาย ผู้สูงอายุต้องการอาหารหมู่นี้ลดลงกว่าวัยทำงาน เพราะการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ถ้าได้รับมากเกินไปจะเปลี่ยนเป็นไขมันสะสมไว้ในร่างกายทำให้เกิดโรคอ้วน โรคเบาหวาน หรือโรคอื่น ๆ ที่เกิดจากโรคอ้วน และถ้าได้รับน้อยเกินไป จะทำให้ร่างกายเกิดภาวะขาดสารอาหารอื่น ๆ ได้เช่นกัน

อาหารหมู่ที่ 3 ผักต่าง ๆ ให้สารอาหารพวกวิตามินและแร่ธาตุ ผู้สูงอายุควรเลือกกินผักหลาย ๆ ชนิดสลับกัน ควรปรุงโดยวิธีต้มสุกหรือนึ่งได้จะดี เพราะจะทำให้ย่อยง่ายและไม่เกิดแก๊สในกระเพาะ ป้องกันท้องอืด ท้องเฟ้อได้

อาหารหมู่ที่ 4 ผลไม้ต่าง ๆ เป็นอาหารที่มีคุณค่าต่อร่างกายคล้ายกับอาหารหมู่ 3 ซึ่งมีวิตามินและแร่ธาตุต่าง ๆ มากมาย และยังมีรสหวานหอม มีปริมาณของน้ำอยู่มากทำให้ร่างกายสดชื่น เมื่อได้กินผลไม้ผู้สูงอายุสามารถกินผลไม้ได้ทุกชนิด และควรกินผลไม้ทุกวัน เพื่อจะได้รับวิตามินซีและเส้นใยอาหาร ควรเลือกผลไม้ที่มีเนื้อนุ่ม เคี้ยวง่าย เช่น มะละกอ กล้วยสุก ส้ม เป็นต้น สำหรับผู้ที่อ้วนหรือเป็นเบาหวาน ควรหลีกเลี่ยงผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทุเรียน ขนุน ลำไย น้อยหน่า

อาหารหมู่ที่ 5 ไขมันจากสัตว์และพืช อาหารหมู่นี้นอกจากจะให้พลังงาน และความอบอุ่นแก่ร่างกายแล้ว ยังช่วยในการดูดซึมวิตามินที่ละลายในน้ำ เช่น วิตามินเอ ดี และเค ผู้สูงอายุจะต้องการไขมันในปริมาณน้อย แต่ก็ขาดเสียมิได้ ถ้าบริโภคไขมันมากเกินไปจะทำให้อ้วน ไขมันอุดตันในเส้นเลือด นอกจากนั้น ยังทำให้เกิดอาการท้องอืด ท้องเฟ้อหลังอาหารได้ ควรใช้น้ำมันพืชที่มีกรดไลโนอิคในการปรุงอาหาร เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำ และหลีกเลี่ยงการใช้ไขมันจากสัตว์และน้ำมันมะพร้าว

หลักการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุ

1. ควรมีปริมาณสารอาหารและคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

2. การจัดอาหารแต่ละมื้อควรมีปริมาณน้อยลงและให้กินบ่อยครั้งกว่าเดิมในแต่ละวัน

3. ควรมีลักษณะนุ่ม เคี้ยวง่าย ย่อยง่าย และเลือกวิธีการเตรียมการปรุงที่เหมาะสมสะดวกต่อการเคี้ยว และการย่อย

4. อาหารประเภทผักต่าง ๆ ควรปรุงโดยวิธีการต้มหรือนึ่ง หลีกเลี่ยงการกินผักสดที่มีผลทำให้แก๊สและทำให้ท้องอืด ผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาเรื่องท้องอืด แน่นท้อง จากการกินผักสดก็จัดให้ได้

5. ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง เพราะผู้สูงอายุจะย่อยและดูดซึมไขมันน้อยลง อาจจะทำให้อาการท้องอืด และแน่นท้องได้

6. ควรเป็นอาหารประเภทที่มีน้ำ เพื่อช่วยหล่อลื่นหลอดอาหาร ทำให้กลืนอาหารสะดวกขึ้น

7. จัดผลไม้ให้ผู้สูงอายุทุกวัน และควรเป็นผลไม้ที่นิ่ม เคี้ยวง่าย เพื่อช่วยในการขับถ่ายและให้ได้วิตามินต่างๆ เพิ่มขึ้น

8. ผู้สูงอายุชอบขนมหวานจึงควรจัดให้บ้างแต่ไม่บ่อยนัก และควรเป็นขนมที่ให้ประโยชน์แก่ร่างกายด้วย เช่น กล้วยบวชชี เต้าส่วน ผลไม้ลอยแก้ว เป็นต้น

9. ให้เวลาในการกินอาหารผู้สูงอายุตามสบาย ไม่ควรรีบเร่ง เพราะอาจสำลัก เคี้ยวไม่ละเอียด หรืออาหารติดคอได้

2. การออกกำลังกาย (Exercise) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2548) การเล่นกีฬาเป็นรูปแบบหนึ่งของการออกกำลังกายที่ผู้สูงอายุอาจนำมาใช้ฝึกฝนร่างกายได้ โดยมีข้อดี คือ มีความสนุกตื่นเต้น ไม่น่าเบื่อหน่าย มีแรงผลักดันที่ทำให้ฝึกซ้อมสม่ำเสมอ และได้สังคม ส่วนข้อเสีย คือ จัดความหนักเบาได้ยาก บางครั้งอาจหนักเกินไปหรือน้อยเกินไป การแข่งขันบางครั้งเพิ่มความเครียด

ทั้งร่ายกายและจิตใจและมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้ง่ายกว่า หากผู้สูงอายุจะเลือกการเล่นกีฬา เป็นการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ พึงยึดหลักปฏิบัติ ดังนี้

การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ควรเป็นการออกกำลังกายที่ใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ ๆ ให้มีต่อเนื่องอย่างน้อย 20 - 30 นาทีโดยออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน การออกกำลังกายเป็นประจำจะทำให้ร่างกายแข็งแรง กระฉับกระเฉง และที่สำคัญควรยึดหลักการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ดังนี้

1. ไม่ควรออกกำลังกายเพื่อการแข่งขัน ควรออกกำลังกายเพื่อให้เกิดความเพลิดเพลินผ่อนคลาย

2. ควรออกกำลังกายให้ครบทุกส่วน ทุกข้อต่อของร่างกาย และควรออกกำลังกายในลักษณะราบเรียบสม่ำเสมอแทนการออกกำลังกายแบบรุนแรง และกระตุก

3. ควรออกกำลังกายทั้ง 2 ข้างของร่างกาย ไม่เน้นด้านใดด้านหนึ่ง

4. ควรออกกำลังกายอย่างช้า ๆ ไม่หักโหม พยายามเริ่มต้นทีละน้อยแล้วค่อย ๆ เพิ่มสูงขนาดที่พอเหมาะ

5. ควรออกกำลังกายเป็นประจำให้รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน

6. ไม่ควรกลั้นหายใจขณะออกกำลังกาย เพราะจะทำให้ความดันโลหิตสูงทันที

7. หลังการออกกำลังกายอย่างเต็มที่ ไม่ควรหยุดแบบทันที ควรออกกำลังกายต่ออย่างช้า ๆ เป็นเวลาประมาณ 5 - 10 นาที แล้วจึงหยุด

การใช้แรงกายในชีวิตประจำวันและงานอดิเรก มีผู้สูงอายุจำนวนมากที่ถูกถูกหลานห้ามใช้แรงกายในชีวิตประจำวัน และห้ามทำงานอดิเรกที่ใช้แรงกาย เนื่องจากความเข้าใจผิดว่า ผู้สูงอายุควรงดการใช้แรงกายและต้องพักผ่อนมาก แท้จริงการใช้แรงกายในชีวิตประจำวันหรือการทำงานอดิเรกที่ใช้แรงกาย หากจัดให้พอเหมาะแล้วจะเป็นการฝึกฝนร่างกายของผู้สูงอายุได้อย่างดียิ่ง งานอดิเรกหลายอย่างที่นอกจากให้ประโยชน์ทางสุขภาพและจิตแก่ผู้สูงอายุแล้วยังให้ผลประโยชน์ด้านการครองชีพอีกด้วย เช่น การทำสวน ซ่อมแซมเครื่องใช้ไม้สอย เลี้ยงเด็ก ฯลฯ แต่ทั้งนี้จะ ต้องจัดหรือปรับให้เข้ากับหลักของการฝึกฝนร่างกายทั้งในแง่ปริมาณ และส่วนประกอบอื่น ๆ ซึ่งได้แก่ ปัจจัยในตัวเอง ปัจจัยนอกตัว และการพักผ่อน นอกจากนี้แล้ว ได้กำหนดตัวอย่างการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุชนิดปานกลางและแบบสะสม ซึ่งใช้แรงกายไม่หักโหมในการทำกิจวัตรประจำวันและงานอดิเรก หรือการออกกำลังกาย เพื่อประกอบการงานฉลามอาชีพที่เป็นการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพอีกรูปแบบหนึ่ง กิจกรรมที่เลือกทำจะต้องทำครั้งละ 8 - 10 นาที รวมทั้งวันไม่น้อยกว่า 30 นาที เป็นเวลา 5-7 สัปดาห์ หรือให้มีการเผาผลาญพลังงานอย่างน้อย 150 แคลอรี่ต่อวัน

เพื่อสุขภาพ กิจกรรมต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ ให้เลือกกิจกรรมตามกำลัง และความสามารถ และความถนัด รูปแบบการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ การเดินหรือวิ่งช้า ๆ (เหยาะ) นิยมกันทั่ว ๆ ไป การเดินหรือวิ่ง อาจเลือกเดินหรือวิ่งตามสนาม สวน สาธารณะ หรือเดินบนสายพานในที่จำกัดก็ได้ การออกกำลังกายโดยวิธีการออกกำลังกายโดยวิธีว่ายน้ำ - เดินในน้ำ การออกกำลังกายโดยวิธีขี่จักรยาน การรำมวยจีน การออกกำลังกายโดยวิธีฝึกโยคะ และการออกกำลังโดยวิธีฝึกในสวนสุขภาพ ส่วนข้อแนะนำการออกกำลังกายโดยทั่วไปมีดังนี้ ควรออกกำลังกายที่ใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ เช่น แขน ขา ลำตัว ควรออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ3-5วัน ควรออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 20 - 60 นาที ควรออกกำลังกายที่มีการพัฒนาความเหนื่อยเพิ่มขึ้นเท่าที่ร่างกายจะรับได้และหยุดพักเป็นช่วงสั้น ๆ เมื่อเกิดอาการวิงเวียนหรือหยุดพักขณะที่เปลี่ยนท่าหยุดพักเมื่อต้องการ ก่อนออกกำลังกายทุกครั้งควรอบอุ่นร่างกายและผ่อนคลายร่างกายด้วยการเดินหรือทำท่ากายบริหารอย่างน้อยครั้งละ 5-10 นาที เพื่อป้องกันการบาดเจ็บ นอกจากการออกกำลังกายด้วยท่ากายบริหารต่าง ๆ แล้ว ผู้สูงอายุอาจออกกำลังกายด้วยการเล่นกีฬาชนิดต่าง ๆ กีฬาที่เหมาะสำหรับผู้สูงอายุมีหลายชนิด เช่น เปตองได้ประโยชน์จากการออกกำลังกาย ฝึกสมาธิ และได้ความสนุกสนาน แอโรบิกด๊านซ์ ได้ประโยชน์จากการกระตุ้นการทำงานของหัวใจ และปอด แบดมินตัน เทนนิส กอล์ฟ เป็นต้น

3. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) การดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเอง เช่น การตรวจสุขภาพและการตรวจโรคเป็นประจำทุก ๆ ปี เพื่อใช้เป็นข้อมูลที่แสดงถึงภาวะสุขภาพต่าง ๆ หลีกเลี่ยงจากพฤติกรรมเสี่ยงต่อการบริโภคอาหาร เช่น เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน แอลกอฮอลล์ ผสมอยู่ด้วยตลอดจนการเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าและเหมาะสมกับผู้สูงอายุ

4. การจัดการความเครียด (Stress Management) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2548) การจัดการความเครียดทำได้โดย เช่น การสวดมนต์ การถือศีล 5 ศีล 8 และอุโบสถศีล การเจริญสติ การเดินจงกรม นั่งสมาธิ การปฏิบัติสมาธิภาวนา และวิปัสนากรรมฐาน การพิจารณา และ การยิ้ม เป็นต้น จะเห็นได้ว่า ถ้ามีความวิตกกังวลหรือมีปัญหาก็จะไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้และ จะมีผลต่อระบบการทำงานต่าง ๆ ในร่างกาย

5. การช่วยเหลือพึ่งพาซึ่งกันและกัน (Interpersonal Support) การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างคนในครอบครัว เพื่อน คนในชุมชน การให้การช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน เอื้ออาทรต่อกัน จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่นและเกิดสันติภาพ

6. การตระหนักในคุณค่าของตนเอง (Self-Actualization) การมองเห็นว่าตนเองมีค่าเป็นความรู้สึกนับถือตนเองและคิดว่าตนเองยังมีประโยชน์ต่อครอบครัว กลุ่ม ชมรม และชุมชน

เพนเดอร์ (Pender, 2002) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย กิจกรรมต่าง ๆ ที่มีผลโดยตรงต่อการเพิ่มระดับความสมบูรณ์และการบรรลุเป้าหมายในชีวิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม นอกจากนั้น เพนเดอร์ยังได้สร้างเครื่องมือในการประเมินพฤติกรรมสุขภาพในทางบวกไว้ดังนี้

1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) การอ่าน และการดูรายการโทรทัศน์เกี่ยวกับเรื่องการปรับปรุงสุขภาพ เมื่อมีข้อปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพให้ถามผู้เชี่ยวชาญ

2. กิจกรรมการออกกำลังกาย(Physical Activity) ออกกำลังกายอย่างน้อย 20 นาที หรือไม่น้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ การเดิน, การปั่นจักรยาน, การเต้นแอโรบิค, การเดินขึ้นบันได) การออกกำลังกายในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ระหว่างวัน เช่น การเดินหลังรับประทานอาหารมื้อกลางวัน การเดินขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟท์ จอดรถไว้ที่จอดรถและเดินไป

3. โภชนาการ (Nutrition) ควรจะเลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ, ไขมันอิ่มตัว และไม่มีโคเลสเตอรอล รับประทานผลไม้วันละ 2-4 ครั้งต่อวัน

4. สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Interpersonal Relation) ใช้เวลากับเพื่อนสนิท เมื่อมีความขัดแย้งเกิดขึ้น ควรสงบอารมณ์ แล้วพูดใกล่เกลี่ยและประนีประนอม

5. พัฒนาการทางด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Growth) รู้สึกว่ามีพลังยิ่งใหญ่ในตนเอง ระวังสิ่งที่มีความสำคัญในชีวิต

6. การจัดการความเครียด (Stress Management) ใช้เวลาในการพักผ่อนแต่ละวัน การก้าวเดินด้วยตนเองเพื่อป้องกันความเหนื่อย

สรุปได้ว่า รูปแบบของการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การรับประทานอาหารที่มีคุณค่าและเหมาะสม การออกกำลังกาย การพักผ่อน การจัดการความเครียด การรับผิดชอบต่อสุขภาพ การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การจัดการสภาวะแวดล้อมให้เหมาะสม การตระหนักในคุณค่าของตนเอง

1.3 กลยุทธ์แห่งการส่งเสริมสุขภาพ

ใน พ.ศ. 2521 องค์การอนามัยโลกได้จัดการประชุมที่เมืองอัลมาอาต้า ประเทศรัสเซีย และมีคำประกาศอัลมาอาต้าเรื่อง "สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543" ซึ่งมียุทธศาสตร์ คือ การสาธารณสุขมูลฐานที่มีองค์ประกอบเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

จากการประชุมนานาชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพที่กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา เมื่อปี 2529 ได้มีการประกาศแนวคิดใหม่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ โดยกำหนดยุทธศาสตร์ 5 ประการในการสร้างเสริมสุขภาพ ดังนี้ (บุญเดิม แสงดิษฐ, 2546)

1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อเอื้อต่อสุขภาพ
2. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
3. การสร้างเสริมชุมชนให้เข้มแข็ง
4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล
5. การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ

หลังจากนั้นมาในปี พ.ศ. 2548 ประเทศไทยได้รับเกียรติเป็นเจ้าภาพการประชุมนานาชาติว่าด้วย การส่งเสริมสุขภาพโลก ครั้งที่ 6 ระหว่างวันที่ 7-11 สิงหาคม 2548 กระทรวงสาธารณสุข จึงได้เตรียมนโยบายเมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) ซึ่งขยายการรณรงค์สร้างสุขภาพตามกรอบ 6 อ. โดยเพิ่มเรื่องการดำเนินงานด้านอนามัยชุมชนอีกเรื่องหนึ่ง ซึ่งการดำเนินงานโดยกระทรวงสาธารณสุขเพียงหน่วยงานเดียว ไม่สามารถผลักดันนโยบายการสร้างสุขภาพคนไทยให้ครอบคลุมมิติต่าง ๆ ได้ทุกด้าน ดังนั้น คนไทยทุกคนทุกภาคส่วนจึงมีส่วนสำคัญที่จะส่งผลให้เกิด"เมืองไทยแข็งแรง" และมีการประกาศกฎบัตรกรุงเทพ (Bangkok Charter) โดยจะเน้นยุทธศาสตร์ของการส่งเสริมสุขภาพในโลกไร้พรมแดนใน 5 ประการ ได้แก่ (สุคนธ์ เจียสกุล, 2548)

1. การชี้แนะให้การส่งเสริมสุขภาพอยู่บนพื้นฐานสิทธิมนุษยชน
2. ให้มีการกำหนดนโยบายแนวทางปฏิบัติ และการวางโครงสร้างพื้นฐานที่เกี่ยวข้องอย่างยั่งยืนในการจัดการปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ
3. ให้มีการสร้างศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การพัฒนานโยบาย ภาวะผู้นำ การดำเนินงานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ องค์ความรู้ทางสุขภาพ และการวิจัย รวมทั้งความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ
4. สร้างพันธมิตรด้านสุขภาพ ทั้งภาครัฐ เอกชน และองค์กรเอกชน สาธารณะประโยชน์ที่จะร่วมมือกันส่งเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืน
5. การใช้มาตรการทางกฎหมายเพื่อคุ้มครองความปลอดภัย และส่งเสริมให้ประชาชนทุกคนมีโอกาสเข้าถึงการมีสุขภาพที่ดี

ดังนั้น กลยุทธ์แห่งการส่งเสริมสุขภาพจึงถือเป็นเครื่องมือในการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ในโลกไร้พรมแดน ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาค ทุกส่วนโดยมียงค์ประกอบ เช่น การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อเอื้อต่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การสร้างเสริมชุมชนให้เข้มแข็ง การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ การชี้แนะให้การส่งเสริมสุขภาพอยู่บนพื้นฐานสิทธิมนุษยชน ให้มีการกำหนดนโยบายแนวทางปฏิบัติ และการวางโครงสร้างพื้นฐานที่เกี่ยวข้องอย่างยั่งยืนในการจัดการปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ให้มีการสร้างศักยภาพและ

พันธมิตรในการส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนการใช้มาตรการทางกฎหมายเพื่อคุ้มครองความปลอดภัย และส่งเสริมให้ประชาชนทุกคนมีโอกาสเข้าถึงการมีสุขภาพที่ดี

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ทฤษฎีการมีส่วนร่วม แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ทฤษฎีการสื่อสาร และแนวคิดเกี่ยวกับเจดลติ ดังนี้

2.1 ทฤษฎีการมีส่วนร่วม

2.1.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

สมพันธ์ เตชะอธิก และคณะ (2547) ให้ความหมายการมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การมีส่วนร่วมตั้งแต่ คิดโครงการ กิจกรรม โดยเริ่มค้นหาปัญหา สาเหตุ วางแผน ตัดสินใจ ดำเนินงาน ระดมทรัพยากร กำหนดเป้าหมาย สรุปบทเรียน ติดตามประเมินผล รับผลที่เกิดร่วมกัน โดยทั้งนี้ต้องตั้งอยู่ในความเป็นธรรม

มูลนิธิปริญญาโท นักบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (2545) ให้ความหมาย การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง กระบวนการซึ่งประชาชนหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้มีโอกาส แสดงทัศนะ แลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็น เพื่อแสวงหาทางเลือกและการตัดสินใจต่างๆ เกี่ยว กับโครงการที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับร่วมกันทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องจึงควรเข้าร่วมใน กระบวนการนี้ตั้งแต่เริ่มจนกระทั่งถึงการติดตามและประเมินผล เพื่อให้เกิดความเข้าใจและการรับรู้ การเรียนรู้ การปรับเปลี่ยนโครงการร่วมกัน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อทุกฝ่าย

สัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2536) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนผู้เป็นเป้าหมายของการพัฒนา เข้ามาร่วมโครงการของการพัฒนาตั้งแต่ เริ่มโครงการดำเนินการ และมีการประเมินจนเสร็จสิ้นโครงการ โดยมีวัตถุประสงค์ให้ชาวบ้านได้ เรียนรู้ทั้งเรื่องที่ทำอยู่และการทำงานร่วมกันซึ่งถ้าหากสมประสงค์แล้วก็จะทำให้คนเกิดการพัฒนาได้

ยุวัฒน์ วุฒิเมธี (2526) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ว่า หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนได้คิดริเริ่ม พิจารณาตัดสินใจ ปฏิบัติและรับผิดชอบในเรื่องที่มีผล กระทบถึง ตัวประชาชน

ทนงศักดิ์ คุ้มไข่น้ำ และคณะ (2534) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ว่า หมายถึง การที่ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง ในลักษณะของการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมติดตามผล เป็นกระบวนการ ที่กลุ่มเป้าหมายได้รับโอกาส และใช้โอกาสที่ได้รับแสดงออก ซึ่งความรู้สึกนึกคิดแก้ไขปัญหาความ ต้องการของตน โดยได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานภายนอกน้อยที่สุด

ผู้วิจัยได้สรุปความหมายของการมีส่วนร่วมจากนักวิชาการต่าง ๆ ได้ว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้เข้าร่วมในกิจกรรมใด ๆ ตลอดจนได้แสดงความรู้สึกนึกคิดแก้ไขปัญหาและความต้องการของตน โดยเริ่มแสดงตั้งแต่เริ่มค้นหาปัญหาและสาเหตุ การวางแผน การตัดสินใจดำเนินงาน การระดมทรัพยากร การกำหนดเป้าหมาย การติดตามและการประเมินผล เพื่อให้เกิดความเข้าใจร่วมกัน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อทุกฝ่าย

2.1.2 รูปแบบและขั้นตอนของการมีส่วนร่วม

เพลินตา กะลัมพากร (2544) ได้สรุปขั้นตอนการมีส่วนร่วมออกเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. ร่วมคิด เป็นการระดมสมอง พัฒนาทรัพยากรทางปัญญา สำรวจ วิเคราะห์ปัญหา หาสาเหตุของปัญหา ศึกษาวิจัยอย่างมีส่วนร่วมกับชุมชน วิเคราะห์ความต้องการและหาวิธีจะบรรลุความต้องการ ถ้าผู้เข้ามามีส่วนร่วมมีความสนใจตรงกับปัญหา และความต้องการของชุมชน จะทำให้การมีส่วนร่วมเริ่มแรกเป็นไปด้วยดี ไม่เฉื่อยชา นอกจากนี้การชี้แจงเหตุผล การประชาสัมพันธ์ และรณรงค์อาจกระตุ้นให้ระดับการมีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้น

2. ร่วมนำ นำเอาความคิด ข้อสรุปที่มีมติร่วมกันไปปฏิบัติ หรือนำเอาความคิดข้อเสนอแนะให้ชุมชนพิจารณาอีกครั้งหนึ่ง ในกรณีที่ตัวแทนชุมชนไม่สามารถตัดสินใจแทนชุมชนได้ ตลอดจนร่วมกันเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนา

3. ร่วมทำ ลงมือปฏิบัติตามโครงการและกิจกรรม ทำให้เกิดความโปร่งใส ถูกต้องยุติธรรม ตรวจสอบได้ มีความรักสามัคคี ความพึงพอใจในหมู่คณะ จิตสำนึก จิตใจพัฒนา มีวินัย และทำงานอย่างมีหลักการและรับผิดชอบ

4. ร่วมแก้ ช่วยกันแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในระหว่างดำเนินโครงการและกิจกรรม แก้ไข ปรับปรุงเทคนิควิธีการทำงาน

5. ร่วมใจกันติดตามและประเมินผล ติดตามการทำงานเป็นระยะ และสรุปบทเรียนเพื่อปรับปรุงแก้ไขพัฒนาแนวทางและวิธีการทำงานในครั้งต่อไป

เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง (2525) ได้แบ่งขั้นตอนของการมีส่วนร่วมของประชาชน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

1. การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาชุมชน เพราะถ้าชาวบ้านยังไม่เข้าใจปัญหาและค้นสายปลายเหตุของปัญหาแท้จริงด้วยตัวเอง กิจกรรมที่ตามมาก็ไร้ประโยชน์ และในอีกแง่หนึ่ง ประชาชนเป็นผู้อยู่กับปัญหาย่อมเป็นผู้ที่รู้ปัญหาดีที่สุด

2. การมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินกิจกรรม การดำเนินการวางแผนเป็นขั้นตอนที่สำคัญมาก หากประชาชนไม่ได้เข้าร่วมในการวางแผนการดำเนินกิจกรรม จะทำให้ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองได้

3. การมีส่วนร่วมในการลงทุนและปฏิบัติงาน หมายถึง การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามความสามารถของประชาชนแต่ละคนนั้นเองโดยบุคคลที่มีทุนสามารถช่วยเหลือด้านเงินทุน กรณีไม่มีเงินทุนก็สามารถช่วยในด้านแรงงานได้

4. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลงาน ซึ่งประโยชน์ในการมีส่วนร่วมของประชาชนมีส่วนร่วม คือ จะทำให้ทราบข้อดีข้อเสียของตนเอง

กรรณิกา ชมดี (2524) ได้สรุปแบบของการมีส่วนร่วม 10 แบบ คือ

1. การมีส่วนร่วมประชุม
2. การมีส่วนร่วมออกเงิน
3. การมีส่วนร่วมเป็นกรรมการ
4. การมีส่วนร่วมเป็นผู้นำ
5. การมีส่วนร่วมสัมภาษณ์
6. การมีส่วนร่วมเป็นผู้ชักชวน
7. การมีส่วนร่วมเป็นผู้บริโภค
8. การมีส่วนร่วมเป็นผู้ริเริ่มหรือผู้เริ่ม
9. การมีส่วนร่วมเป็นผู้ใช้แรงงาน
10. การมีส่วนร่วมออกวัสดุอุปกรณ์

โคเฮน และอัพฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1980 อ้างถึงใน จุรีกรณ์ ใต้บ้านกวย, 2544) ได้แบ่งการมีส่วนร่วมเป็น 4 แบบ ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การเริ่มตัดสินใจ ช่วงระหว่างดำเนินการตัดสินใจ และการตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรม

2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation) ประกอบด้วยการสนับสนุนด้านทรัพยากร การบริหาร และการประสานงานขอความช่วยเหลือ

3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) ไม่ว่าจะเป็นผลประโยชน์ด้านวัตถุ ผลประโยชน์ด้านสังคม หรือผลประโยชน์บุคคล

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation)

วาด หนูมา (2540) ได้แบ่งรูปแบบการมีส่วนร่วมของสมาชิกออกเป็น 7 รูปแบบ คือ

1. รับรู้ด้านข่าวสาร
2. การแสดงความคิดเห็น
3. การตัดสินใจ
4. การวางแผนและการดำเนินการ
5. การประเมินผล

6. ความรับผิดชอบ

7. การรับผลประโยชน์

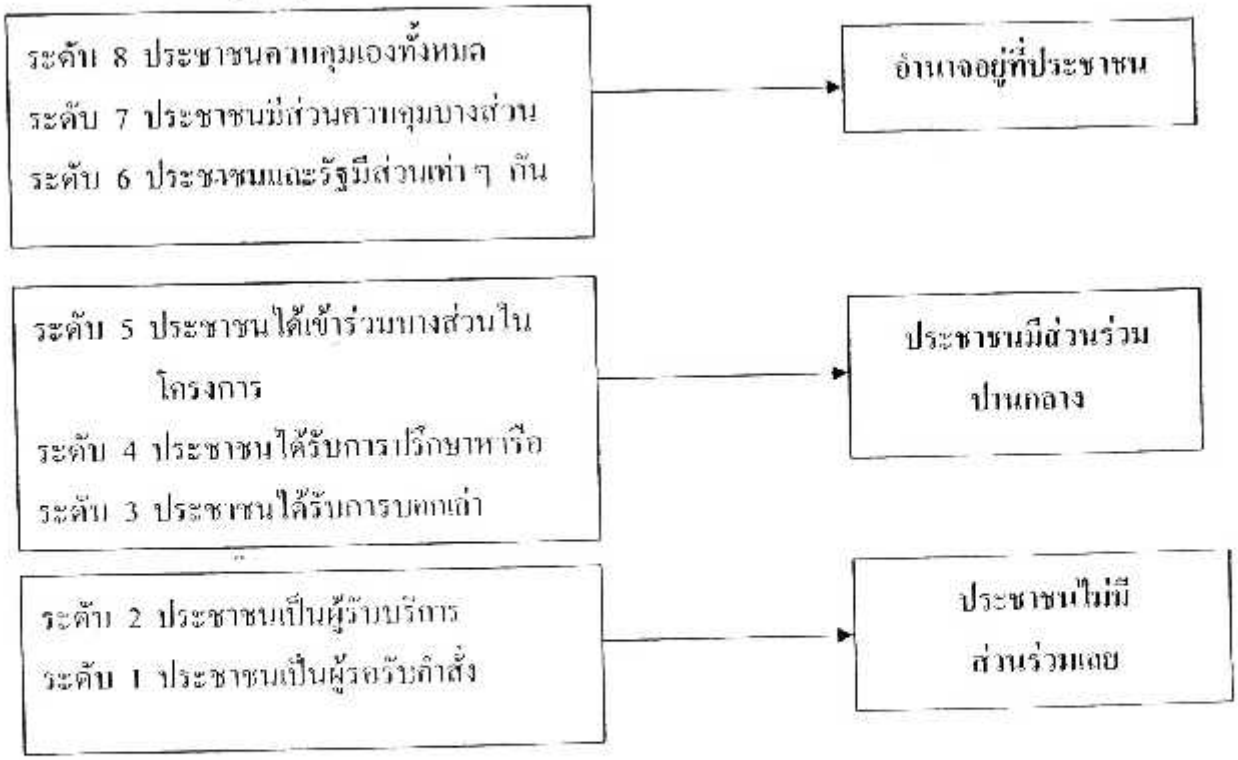
จากรูปแบบและขั้นตอนการมีส่วนร่วมดังข้างต้นจะมีความแตกต่างกันเล็กน้อย ซึ่งผู้วิจัยสรุปได้ว่า รูปแบบและขั้นตอนการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุ การวางแผน การดำเนินกิจกรรม การประสานงานขอความร่วมมือ การลงทุนและปฏิบัติ การติดตามและประเมินผล โดยการเข้าร่วมประชุม การสัมภาษณ์ และการออกวัสดุอุปกรณ์หรือทรัพย์สิน

2.1.3 ระดับการมีส่วนร่วม

ชินรัตน์ สมสืบ (2539) การมีส่วนร่วมสามารถแบ่งออกเป็น 6 ระดับ ดังนี้

1. การไม่มีส่วนร่วมอย่างสิ้นเชิง (No Participation At All)
2. การมีส่วนร่วมเพียงในนาม (Nominal Participation)
3. การมีส่วนร่วมเพียงเล็กน้อย (Minimal Participation)
4. การมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสม (Optimal Participation)
5. การมีส่วนร่วมมาก (Maximal Participation)
6. การมีส่วนร่วมในอุดมคติ (Ideal Participation)

กันยา กาญจนบุรานนท์ (2543) การมีส่วนร่วมสามารถแบ่งออกเป็น 8 ระดับ คือ



ภาพที่ 2 แสดงระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน ที่มา: กันยา กาญจนบุรานนท์, 2543

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสรุปได้ว่า ระดับการมีส่วนร่วม คือ ระดับที่ประชาชนมีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมทั้งหมดทุกขั้นตอน การมีส่วนร่วมในระดับมาก โดยอำนาจอยู่ที่ประชาชน การมีส่วนร่วมในระดับปานกลางซึ่งเป็นการมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสม การมีส่วนร่วมในระดับน้อยและระดับที่ประชาชนไม่มีส่วนร่วมอย่างสิ้นเชิง

2.1.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม

คัฟแมน (Kaufman ,1949) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม พบว่า อายุ เพศ การศึกษา ขนาดครอบครัว อาชีพ รายได้ และระยะเวลาอาศัยอยู่ในท้องถิ่น มีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยบุคคลที่มีสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจต่ำจะเข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนน้อยกว่าบุคคลที่มีสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจสูง

เบอร์นาร์ด (Bernard, 1958 อ้างถึงใน จุรีภรณ์ ไถ้บ้านกวย, 2544) ได้กล่าวถึง ปัจจัยทางวัฒนธรรมของประชาชนที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพทางสังคม อาชีพ การศึกษา ถิ่นที่อยู่อาศัย ระยะเวลาที่อยู่ในท้องถิ่น และปัจจัยอื่นๆ เช่น การอาศัยในเมืองหรือชานเมือง จำนวนสมาชิกในครอบครัว

กันยา กาญจนบุรานนท์ (2543) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาจะเกิดขึ้นมากน้อยเพียงใดต้องอาศัยปัจจัยหลายประการ คือ

1. ความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐกับประชาชน เจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นตัวการสำคัญในการที่จะผลักดันให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชน ถ้าเจ้าหน้าที่ขาดแนวความคิดขาดความเชื่อมั่นว่าประชาชนนั้นสามารถที่จะแก้ปัญหาด้วยตัวเองได้ และมีวิธีการที่จะไปกระตุ้นความคิดของประชาชน คิดว่าตนเป็นผู้ให้และประชาชนเป็นเพียงผู้รับแล้ว การพัฒนานั้น ๆ ก็จะประสบความล้มเหลวและขาดความต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของประชาชนก็จะไม่เกิดขึ้น

2. ปัจจัยทางด้านจิตวิทยา สังคมและวัฒนธรรมของชุมชน ปัจจัยด้านนี้มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นอันมาก ชุมชนแต่ละชุมชนมีปัจจัยที่จะเกื้อหนุนแตกต่างกันออกไป บางชุมชนมีการรวมตัวกันง่าย มีการเสียสละช่วยเหลือกัน ชุมชนนั้นก็มีโอกาสที่จะเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนได้ง่ายกว่าชุมชนซึ่งต่างคนต่างอยู่ เอารัดเอาเปรียบและมุ่งผลประโยชน์ของตนเองเป็นหลัก อย่างไรก็ตาม มีวิธีการที่เรียกว่า กระบวนการการจัดองค์กรชุมชนที่จะช่วยให้ชุมชนได้รวมตัวกัน

จากปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมดังข้างต้นจึงสรุปได้ว่า ปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม คือ อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานภาพทางสังคม ถิ่นที่อยู่อาศัย ระยะเวลาที่อยู่ในท้องถิ่น ความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่รัฐกับประชาชนซึ่งเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นตัวการสำคัญในการผลักดันให้ประชาชนมีส่วนร่วม รวมทั้งปัจจัยทางด้านจิตวิทยา สังคม และวัฒนธรรมของ

ชุมชน จะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของแต่ละชุมชนแตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละชุมชน ดังนั้นจึงใช้กระบวนการจัดองค์กรชุมชนที่จะช่วยให้ชุมชนได้รวมตัวกัน

2.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

2.2.1 แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

2.2.1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

คำว่า "สูงอายุ" ถูกบัญญัติขึ้นโดย พล.ต.ต.ธรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร โดยกำหนดว่าผู้สูงอายุมีลักษณะดังต่อไปนี้ (สุพัตรา สุภาพ, 2543)

1. เป็นผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้เสื่อมตามสภาพ กำลังถดถอยเชื่องช้า
3. เป็นผู้สมควรให้การอุปการะ
4. เป็นผู้ที่มีโรค ควรได้รับความช่วยเหลือ
5. ควรสนับสนุนให้ตั้งสโมสรผู้สูงอายุขึ้น

สุรกุล เจนอบรม (2534) ที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ (World Assembly on Aging) ได้กำหนดให้ผู้ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ถือว่าเป็นผู้สูงอายุและให้ใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก

สุธีรา นุ้ยจันทร์ (2530) ได้สรุปไว้ว่าผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีชีวิตอยู่ในช่วงวัยสุดท้ายของชีวิต ซึ่งเป็นวัยแห่งความเสื่อมถอยทางด้านร่างกาย จิตใจและด้านหน้าที่ทางสังคม ซึ่งแต่ละคนจะปรากฏอาการเสื่อมถอยแตกต่างกัน การที่ใช้เกณฑ์อายุ 60 ปี หรือ 65 ปี กำหนดเป็นผู้สูงอายุนั้นไม่สามารถวัดได้ตายตัว บางคนแม้จะอายุ 60 ปี หรือ 65 ปี แต่ก็ยังแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ อายุจึงไม่ได้เป็นตัววัดอย่างชัดเจน แต่อายุก็เป็นแนวทางให้ทราบว่า บุคคลใดสมควรเป็นผู้สูงอายุ

จากความหมายของผู้สูงอายุดังข้างต้นจึงสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีกำลังถดถอยและมีโรคแทรกซ้อน ซึ่งเป็นวัยแห่งความเสื่อมถอยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และหน้าที่ทางสังคม

2.2.1.2 ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ

2.2.1.2.1 ปัญหาของผู้สูงอายุ

ปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุนั้นเกิดจากปัจจัยที่มาจากตัวผู้สูงอายุ และสภาพการณ์ทางสังคมอื่น ๆ ซึ่งเป็นปัญหาของผู้สูงอายุและสังคมที่เกี่ยวข้อง แบ่งได้ 3 ข้อ คือ (สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2536 อ้างถึงใน สุพิศวง ธรรมพันทา, 2547)

1. เกี่ยวกับตัวผู้สูงอายุ ความเปลี่ยนแปลงทางสรีระตามธรรมชาติสร้าง "ความชราภาพ" ทางร่างกายจนเกิดเป็นปัญหาเกี่ยวกับความเสื่อม และอาการเจ็บป่วยต่าง ๆ ความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และการป่วยด้วยโรคทางจิตเวช หงุดหงิด ใจน้อย อารมณ์เสียง่ายกว่าปกติ และอาจเป็นโรค

ซึมเศร้า (Depression) และโรคสมองเสื่อม (Dementia) ได้เกิดภาวะความเสื่อมสมรรถภาพในการทำงาน และการสูญเสียสถานภาพในหน้าที่การงานและทางเศรษฐกิจจากหน่วยงานและครอบครัว

2. เกี่ยวกับสังคมรอบด้าน ความเปลี่ยนแปลงของสังคม และวัฒนธรรมในการดำเนินชีวิตอย่างสากล ผู้สูงอายุและคนรุ่นใหม่ต่างมีความไม่เข้าใจต่อกันมากขึ้นโดยเฉพาะคติเกี่ยวกับผู้สูงอายุของลูกหลาน และครอบครัวสมัยใหม่

3. เกี่ยวกับนโยบายประกันสังคมแก่ผู้สูงอายุ และการสงเคราะห์ผู้สูงอายุของรัฐและองค์กรเอกชน หลักมนุษยธรรมและหลักสิทธิมนุษยชนขององค์กร

2.2.1.2.2 ความต้องการของผู้สูงอายุ

ความต้องการขั้นมูลฐานของผู้สูงอายุ คือ (สุพัตรา สุภาพ, 2543)

1. ความต้องการทางด้านเศรษฐกิจ คือ ต้องการได้รับความช่วยเหลือทางด้านการเงิน เช่น ลูกหลานหรือญาติอาจให้การเลี้ยงดูตามสมควรแก่อัตภาพ ถ้าหากคนชราไม่มีรายได้อื่นใด แต่ถ้ามองในด้านความมั่นคงทางสังคมก็ต้องเป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องมีโครงการสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุหรือการประกันผู้สูงอายุ เพื่อให้ทุกคนมีรายได้ยามชราภาพ

2. ความต้องการในเรื่องที่อยู่อาศัย โดยให้ผู้สูงอายุมีที่พักพิง เช่น อาจจะอยู่ในบ้านของตนเองหรือของลูกหลาน ญาติพี่น้อง หรือในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือเอกชน

3. ความต้องการในด้านอนามัย ผู้สูงอายุจะมีสภาพร่างกายอ่อนแอกว่าหนุ่มสาว จึงเป็นหน้าที่ของลูกหลานจะต้องให้การเอาใจใส่ ซึ่งในหลายประเทศที่มีบริการด้านนี้อย่างจริงจัง โดยรัฐบาลให้บริการทางด้านประกันสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ เช่น อเมริกาและประเทศทางยุโรป เป็นต้น

4. ความต้องการทางด้านแรงงาน การมีงานทำมีความหมายแก่ผู้สูงอายุมาก เป็นที่มาของรายได้ และเป็นการใช้เวลาให้หมดไป ใช้แรงงานให้เกิดประโยชน์ เป็นการป้องกันความเบื่อหน่าย มีเพื่อนที่จะแลกเปลี่ยนความคิดเห็น นอกจากนั้นยังเป็นการแสดงความสามารถเพื่อให้คนอื่นยอมรับหรือเคารพนับถือ เพราะผู้สูงอายุบางคนทำงานไม่ใช่หวังเงิน แต่ทำเพื่อฆ่าเวลาเพื่อความภูมิใจมากกว่า

5. ความต้องการความรัก ความเคารพ ความอบอุ่น ความเอาใจใส่ เป็นสิ่งที่ทุกวัยใฝ่หา ยิ่งในผู้สูงอายุแล้วความต้องการจะมากขึ้นเพราะเป็นวัยที่เรียกว่า "ไข้ใกล้ฝั่ง" ความตายอยู่ใกล้เข้ามาทุกที เป็นวัยที่อยากจะมีคนรักและอยากจะถูกรัก เช่น อยากให้ลูกหลาน ญาติพี่น้องนึกถึงตนและเอาใจตน เช่น การพูดจา การกอด การจูบ ทำอาหารให้รับประทานหรือถ้าเป็นผู้สูงอายุอาหารให้รับประทานก็ควรชมเชย เป็นต้น เป็นการให้กำลังใจและตอบแทนบุญคุณที่ได้อุ้มชูเกื้อหนุนมา เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสุขในบั้นปลายของชีวิตบ้าง

จากปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุดังกล่าว จึงสรุปได้ว่า ปัญหาของผู้สูงอายุ คือ ปัญหาเกี่ยวกับตัวผู้สูงอายุในความเสื่อมของสรีระตามธรรมชาติ ซึ่งก่อให้เกิดการเจ็บป่วย โดยจัด

เป็นปัญหาสุขภาพอนามัย ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาเกี่ยวกับสังคมรอบด้าน ปัญหาเกี่ยวกับนโยบายประกันสังคมแก่ผู้สูงอายุ และการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ซึ่งถือได้ว่าเป็นปัญหาที่มาจากผู้สูงอายุและสภาพการณ์ทางสังคมอื่น ๆ นอกจากนี้แล้ว ผู้สูงอายุยังมีความต้องการทางด้านที่อยู่อาศัย แรงงาน ความรัก ความเคารพ ความอบอุ่น และความเอาใจใส่

2.2.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

2.2.2.1 ทฤษฎีเกี่ยวกับความมีอายุและการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย

พาพาเลีย (Papalia, Diane E., 1986 อ้างถึงใน อุบลรัตน์ เพ็งสถิตย์, 2543)ได้สรุปทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้เป็น 2 แนวทาง คือ

1. ทฤษฎีว่าด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป (Programmed Theory)ทฤษฎีนี้เชื่อว่าพัฒนาการของผู้สูงอายุจะถูกพัฒนาให้เป็นไปตามกำหนดการที่ได้ถูกกำหนดไว้โดยยีนส์ หรือเซลล์ภายในร่างกายของแต่ละบุคคลอย่างต่อเนื่อง

2. ทฤษฎีว่าด้วยการเสื่อมถอยและฉดถอย (Wear and Tear Theory) ทฤษฎีนี้ได้อธิบายว่า ร่างกายของมนุษย์เปรียบเสมือนกับการทำงานของเครื่องจักรที่มีการทำงานตลอดเวลาก็ย่อมต้องมีการชำรุดเสียหายได้ โดยปกติแล้วเซลล์ที่หมดอายุจะถูกทำลายไปและมีการสร้างเซลล์ใหม่เข้ามาแทนที่ ยกเว้นเซลล์หัวใจและสมองจะไม่มีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของแม็คเฟอร์สัน (McPherson, 1983)ที่กล่าวว่า ทฤษฎีการฉดถอยเชื่อว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ค่อย ๆ ฉดถอยออกจากสังคม ทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุและในกลุ่มคนวัยอื่น ๆ ด้วย เพื่อเป็นการลดแรงกดดันทางสังคมบางประการ

บริบูรณ์ พรพิบูลย์ (2526) ได้สรุปทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้ 3 ทฤษฎี ดังนี้

1. ทฤษฎีทำลายตนเอง (Autoimmunity) ความชราเกิดจากร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันปกติได้น้อยลง พร้อมกับมีการสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตัวเองมากขึ้น ผลคือ ร่างกายต่อสู้กับเชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมได้ไม่ดี ทำให้เจ็บป่วยง่ายและเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะมีอาการรุนแรงเป็นอันตรายต่อชีวิตได้

2. ทฤษฎีความผิดพลาด (Error) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า เมื่อมนุษย์มีอายุมากขึ้นยีนส์จะมีความผิดปกติ และจะเพิ่มความผิดปกติมากขึ้น จนถึงจุดที่ทำให้เซลล์ต่างๆ ของร่างกายเสื่อมและหมดอายุลง

3. ทฤษฎีเรดิคัลอิสระ (Free Radicals) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ในร่างกายของมนุษย์และสิ่งมีชีวิตทั้งหลายมีเรดิคัลอิสระเกิดอยู่มากมายผล คือ ทำให้เซลล์เกิดความผิดปกติ เสียความยืดหยุ่นไป

จากทฤษฎีดังกล่าว สรุปได้ว่า พัฒนาการของผู้สูงอายุถูกกำหนดโดยยีนส์หรือเซลล์ภายในร่างกายของแต่ละบุคคล ย่อมต้องมีการชำรุดเสียหาย โดยถูกทำลายไปและมีการสร้างเซลล์ใหม่เข้ามาแทนที่ ซึ่งความชราเกิดจากร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันปกติได้น้อยลง และเมื่อมนุษย์มีอายุมากขึ้น ยีนส์จะมีความผิดปกติ ทำให้เซลล์เกิดความผิดปกติเสียความยืดหยุ่นไป

2.3 ทฤษฎีเกี่ยวกับการสื่อสาร

2.3.1 ความหมายของการสื่อสาร

พรทิพย์ พิมลสินธุ์ (2539) กล่าวว่า การสื่อสาร หมายถึง การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสถาบันกับกลุ่มประชาชนเป้าหมายด้วยการให้ข่าวสาร สาระความรู้ ความเข้าใจ ความบันเทิง และเรื่องราวต่าง ๆ เกี่ยวกับสถาบัน โดยสถาบันจะส่งข่าวสารนี้ผ่านสื่อไปยังกลุ่มประชาชนเป้าหมาย ทั้งนี้ ยังมีความหมายรวมถึงการรับฟังความคิดเห็นหรือปฏิกิริยาสะท้อนกลับจากกลุ่มประชาชนเป้าหมายที่มีต่อข่าวสารนั้น ๆ กลับมายังสถาบัน

ชัยยงศ์ พรหมวงศ์ (2541) กล่าวว่า การสื่อสารเป็นกระบวนการส่งหรือถ่ายทอดเนื้อหาสาระ ประสบการณ์ ความคิดเห็น ความรู้สึก อารมณ์ ความสนใจ เจตคติ ค่านิยม และทักษะความชำนาญจากผู้ส่งไปยังผู้รับ โดยผ่านสื่อกลางและมีผลย้อนกลับมายังผู้ส่งเพื่อให้ได้ทราบปฏิกิริยาของผู้รับสาร

ลาสเวลล์ (Lasswell , 1948 อ้างถึงใน พรทิพย์ พิมลสินธุ์ , 2539) กล่าวว่า การสื่อสาร หมายถึง การถ่ายทอดข่าวสารจากบุคคลหนึ่งไปสู่อีกบุคคลหนึ่ง โดยผ่านสื่อหรือช่องทางใดช่องทางหนึ่ง

พัชนี เชยจรรยา และคณะ (2534) กล่าวว่า การสื่อสาร หมายถึง สื่อความหมายในทางหนึ่งทางใด และมีลักษณะของการส่งและรับสาร ไม่ว่าจะเป็นภายในตัวเอง ระหว่างผู้หนึ่งกับผู้หนึ่ง หรือระหว่างกลุ่มกับกลุ่ม ภายในบริบทหรือสภาพแวดล้อมหนึ่ง ๆ การสื่อสารจึงตั้งอยู่บนหลักแห่งความสัมพันธ์นี้เสมอ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสรุปได้ว่า การสื่อสาร หมายถึง กระบวนการส่งหรือถ่ายทอดสาระความรู้ ข่าวสาร ความเข้าใจ ความบันเทิง ประสบการณ์ ความคิดเห็น ความรู้สึก อารมณ์ ความสนใจ เจตคติ ค่านิยม และทักษะความชำนาญจากผู้ส่งไปยังผู้รับ ผ่านสื่อกลางช่องทางใดช่องทางหนึ่ง ภายในบริบทหรือสภาพแวดล้อมหนึ่ง ๆ และมีผลย้อนกลับมายังผู้ส่งสาร เพื่อให้ได้ทราบปฏิกิริยาของผู้รับสาร

2.3.2 องค์ประกอบของกระบวนการสื่อสาร

วาสนา จันทร์สว่าง (2548) กล่าวถึงองค์ประกอบของกระบวนการสื่อสารในงานสุขศึกษาและการสร้างเสริมสุขภาพไว้ดังนี้

1. ผู้ส่งสาร หมายถึง ผู้นำด้านสุขภาพ หรือผู้ปฏิบัติการด้านสุขภาพ ซึ่งมีบทบาทในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงสู่กลุ่มเป้าหมาย

2. เนื้อหาของสารได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจ การสร้างจิตสำนึก เพื่อการสร้างเสริม ปรับเปลี่ยน และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิต

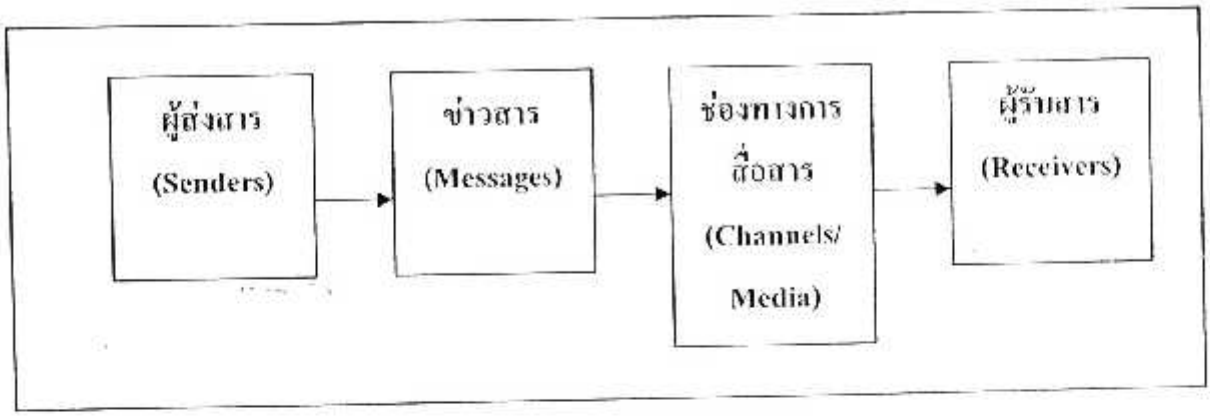
3. สื่อหรือช่องทางหรือกิจกรรมหรือรูปแบบหรือวิธีการ

4. กลุ่มเป้าหมายในการรณรงค์ ทั้งกลุ่มเป้าหมายหลัก กลุ่มเป้าหมายรอง และประชาชนทั่วไป

5. ผลของการสื่อสาร อาจเกิดขึ้นในรูปของการรับรู้ ความสนใจ ความตระหนัก และการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ

6. ผลกระทบ คือ ประโยชน์หรือโทษที่เกิดขึ้นตามมาจากการดำเนินงานของโครงการสื่อสาร

พรทิพย์ พิมลสินธุ์ (2539) กล่าวถึง องค์ประกอบที่สำคัญหลัก ๆ 4 ส่วนของกระบวนการสื่อสาร คือ ผู้ส่งสาร ข่าวสาร ช่องทางการสื่อสาร และผู้รับสาร ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 4 นี้ เขียนเป็นแบบจำลองได้ดังนี้



ภาพที่ 3 องค์ประกอบกระบวนการสื่อสารของพรทิพย์ พิมลสินธุ์

ที่มา: พรทิพย์ พิมลสินธุ์, 2539

จากแผนภาพที่ 3 นี้เป็นแบบจำลองที่แสดงให้เห็นถึงองค์ประกอบของกระบวนการสื่อสาร ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ส่วน คือ ผู้ส่งสาร ข่าวสาร ช่องทางการสื่อสาร และผู้รับสาร

โรเจคร์(Roger, 1973)กล่าวถึง องค์ประกอบของกระบวนการสื่อสาร แบ่งเป็น 6 ส่วน คือ

1. แหล่งที่มา (Source)
2. สาร (Message)
3. ช่องทางการสื่อสาร (Channel)
4. ผู้รับสาร (Receiver)
5. ผลกระทบ (Effects)
6. ผลสะท้อนกลับของการสื่อสาร (Feedback)

พัชนี เชยจรรยา (2534) กล่าวถึง องค์ประกอบของกระบวนการสื่อสาร แบ่งเป็น 5 ส่วน คือ

1. ผู้ส่งสารหรือผู้เข้ารหัส (Sender/Encoder)
2. ผู้รับสารหรือผู้ถอดรหัส (Receiver/Decoder)
3. สาร (Message)
4. ช่องทางการสื่อสาร (Channel)
5. สภาพแวดล้อมการสื่อสาร (Context/Environment)

ชัยยงศ์ พรหมวงศ์ (2541) กระบวนการสื่อสาร มีองค์ประกอบ 4 ส่วน คือ

1. ผู้ส่ง (Sender) เป็นผู้สื่อความได้แก่ คน สัตว์ หรือเครื่องมือแทนคนหรือสัตว์
2. สาร (Message) มี 3 ประเภท คือ (1) สารที่เป็นความคิดเห็น (2) สารที่เป็นความรู้สึก อารมณ์ ความสนใจ เจตคติ และค่านิยม และ (3) สารที่มุ่งฝึกทักษะความชำนาญ
3. สื่อหรือช่องทาง (Medium/Channel) เป็นตัวกลางหรือพาหนะหรือทางเดินของสาร อาจเป็นภาษาพูด/เขียน ภาษาท่าทาง โสตทัศนูปกรณ์ สื่อมวลชนประเภทต่าง ๆ โดยแบ่งออกเป็น 6 ประเภท ดังนี้

3.1 สื่อสิ่งพิมพ์ ได้แก่ หนังสือพิมพ์ วารสาร หนังสือ และสิ่งตีพิมพ์ประเภทอื่น ๆ

3.2 ภาพยนตร์ ทั้งภาพยนตร์เรื่อง ภาพยนตร์สารคดี และภาพยนตร์ทางการศึกษาบางประเภท

3.3 วิทยุกระจายเสียง ได้แก่ วิทยุที่ส่งรายการของสถานีทั้งระบบ AM และ FM รวมไปถึงระบบเสียงตามสาย

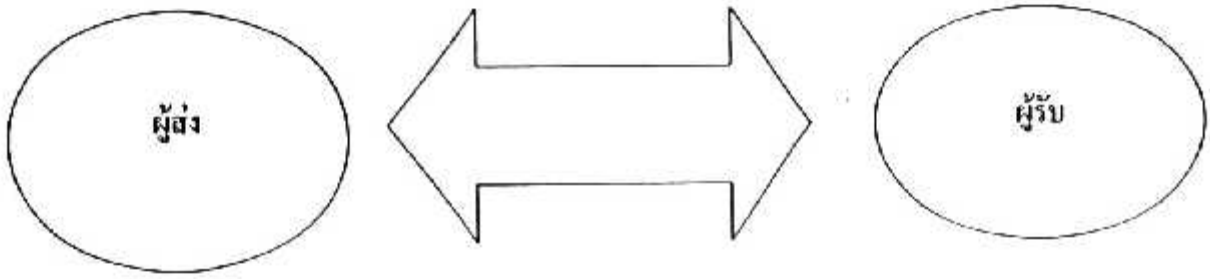
3.4 วิทยุโทรทัศน์ เป็นสื่อทางภาพและทางเสียงที่เผยแพร่ออกไปทั้งประเภทออกอากาศและส่งตามสาย

3.5 สื่อสารโทรคมนาคม เป็นผลจากความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยี มีการส่งข้อความ เสียง ภาพ ตัวพิมพ์ สัญลักษณ์ต่าง ๆ ได้หลากหลาย ครอบคลุมกิจการสื่อสารผ่านดาวเทียม โทรภาพ โทรพิมพ์

3.6 สื่อวัสดุบันทึก ได้แก่ เทปบันทึกเสียง เทปบันทึกภาพ แผ่นบันทึกเสียง แผ่นบันทึกภาพ ซึ่งกลายเป็นสื่อมวลชน เพราะเทคโนโลยีที่ก้าวหน้าทำให้สามารถผลิตเผยแพร่ได้มากและรวดเร็ว

4. ผู้รับ (Receiver) เป็นผู้รับการสื่อสาร หากรับได้ถูกก็จะเปลี่ยนพฤติกรรมตามที่ผู้ส่งกำหนดจุดมุ่งหมายไว้

องค์ประกอบทั้ง 4 นี้ เขียนเป็นแบบจำลองได้ดังนี้



ภาพที่ 4 องค์ประกอบกระบวนการสื่อสารของชัยยงค์ พรหมวงศ์

ที่มา: ชัยยงค์ พรหมวงศ์, 2541

จากแผนภาพที่ 4 นี้เป็นแบบจำลองที่แสดงให้เห็นถึงองค์ประกอบของกระบวนการสื่อสาร ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ส่วน คือ ผู้ส่ง สาร สื่อ และผู้รับ ทั้งนี้จะมีผลย้อนกลับ (Feedback) เพื่อช่วยให้ผู้ส่งรับทราบปฏิกิริยาของผู้รับได้

ผู้วิจัยจึงสรุปได้ว่า กระบวนการสื่อสาร เป็นกระบวนการถ่ายทอดที่ต้องมีองค์ประกอบของกระบวนการสื่อสาร ประกอบด้วย ผู้ส่งสาร ผู้รับสาร สาร สื่อ สภาพแวดล้อมการสื่อสาร ผลของการสื่อสาร และผลกระทบที่เกิดจากการสื่อสาร โดยผ่านสื่อกลาง เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ ภาพยนตร์ วิทยุกระจายเสียง วิทยุโทรทัศน์ สื่อสารโทรคมนาคม และสื่อวัสดุ เพื่อช่วยให้ผู้ส่งสารทราบปฏิกิริยาของผู้รับได้

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับเจตคติ

2.4.1 ความหมายของเจตคติ

พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์ (2541) กล่าวว่า เจตคติ คือ การที่บุคคลให้ความหมายกับวัตถุ คน สัตว์ ความคิดรวบยอดต่าง ๆ สภาพการณ์ต่าง ๆ กัน เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ หรือเกิดจากประสบการณ์ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการคิด การกระทำของสมาชิกจำนวนมากของสังคม

สักดิ์ สุนทรเสณี (2531) กล่าวถึง เจตคติ หมายถึง

1. ความสลับซับซ้อนของความรู้สึก ความอยาก ความกลัว ความเชื่อมั่น ความลำเอียง หรือการมีอคติของบุคคลในการที่จะสร้างความพร้อมที่จะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งตามประสบการณ์ของบุคคลนั้นที่ได้รับมา

2. ความโน้มเอียงที่จะมีปฏิกิริยาต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งในทางที่ดี หรือต่อด้านสภาพแวดล้อมที่จะมาถึงทางหนึ่งทางใด

3. การเตรียมตัวหรือความพร้อมในการที่จะตอบสนอง

เฉลิมพล ตันสกุล (2543) กล่าวว่า เจตคติ เป็นความโน้มเอียงในการประเมินค่าสิ่งต่าง ๆ หรือสัญญลักษณ์ของสิ่งไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง การประเมินจะเป็นความรู้สึกบอกได้ว่าชอบหรือไม่ชอบ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย และความโน้มเอียงที่จะแสดงออกมาเป็นพฤติกรรม

เชิดศักดิ์ โฆวาสินธุ์ (2527) กล่าวว่า เจตคติ เป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ อัน เป็นผลเนื่องมาจากการเรียนรู้และประสบการณ์ และเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมหรือแนวโน้มที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้น ๆ ไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่งอาจจะเป็นไปในทางสนับสนุนหรือคัดค้านก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกระบวนการอบรมให้เรียนรู้ระเบียบของสังคม (Socialization) ซึ่งเจตคติจะแสดงออกหรือปรากฏให้เห็นได้ชัดในกรณีที่สิ่งเร้านั้นเป็นสิ่งเร้าทางสังคม และเป็นสิ่งที่กำหนดให้บุคคลประพฤติ ปฏิบัติ หรือตอบสนองในการที่จะชอบหรือไม่ชอบต่อบุคคล วัตถุ สถานการณ์ หรือแม้กระทั่งความคิดเห็นต่าง ๆ

ฟรีดแมน (Freedman, 1975) ได้ให้คำจำกัดความเกี่ยวกับเจตคติว่า เจตคติเป็นระบบที่มีลักษณะมั่นคงอันหนึ่งซึ่งประกอบไปด้วยองค์ประกอบ 3 ประการ คือ ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านความรู้สึก และด้านแนวโน้มในเชิงพฤติกรรมหรือการกระทำ

ผู้วิจัยจึงสรุปได้ว่า เจตคติ หมายถึง ความรู้สึกที่บุคคลมีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบซึ่งความรู้สึกดังกล่าวมีความสำคัญต่อการสื่อสารและจิตวิทยาสังคม เป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้ หรือเกิดจากประสบการณ์ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการกิดซึ่งมีความสลับซับซ้อนของความรู้สึกที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ มีประเมินค่าโน้มเอียงไปในทางสนับสนุนหรือคัดค้าน ซึ่งถือว่าเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรม หรือแนวโน้มที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้น ๆ

2.4.2 องค์ประกอบของเจตคติ

พรทิพย์ พิมลสินธุ์ (2539) กล่าวว่า เจตคติในการวิจัยเพื่อการประชาสัมพันธ์ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

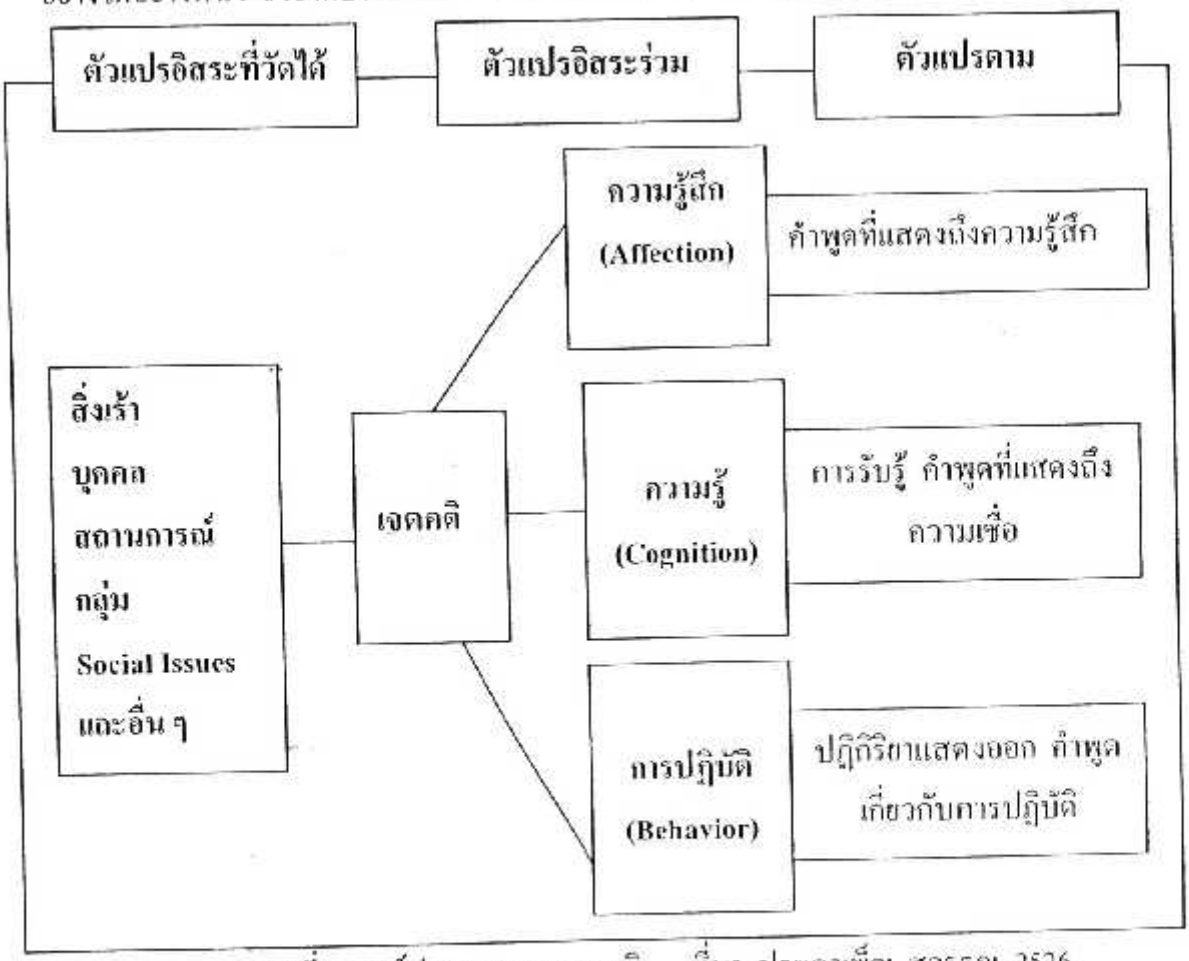
1. การรับรู้(Cognition)
2. ความรู้สึก (Affection)
3. พฤติกรรมหรือแนวโน้มของพฤติกรรม (Behavior/Potential Behavior)

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) กล่าวว่า องค์ประกอบของเจตคติประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. องค์ประกอบทางด้านพุทธิปัญญา (Cognitive Component) ได้แก่ ความคิดซึ่งเป็นองค์ประกอบที่มนุษย์ใช้ในการคิด ความคิดนี้อาจจะอยู่ในรูปใดรูปหนึ่งแตกต่างกัน

2. องค์ประกอบทางด้านท่าทีความรู้สึก (Affective Component) เป็นส่วนประกอบทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก ซึ่งจะเป็นตัวเร้า "ความคิด" อีกต่อหนึ่ง ถ้าบุคคลมีภาวะความรู้สึกที่ดีหรือไม่ดีขณะที่คิดถึงสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

3. องค์ประกอบทางด้านการปฏิบัติ (Behavioral Component) องค์ประกอบนี้เป็นองค์ประกอบที่มีแนวโน้มในทางปฏิบัติ หรือถ้ามีสิ่งเร้าที่เหมาะสมจะเกิดการปฏิบัติหรือมีปฏิกิริยาอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งองค์ประกอบของเจตคติเขียนเป็นแบบจำลองได้ดังนี้



ภาพที่ 5 องค์ประกอบของเจตคติ ที่มา: ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526

จากแผนภาพที่ 5 นี้ เป็นแบบจำลองที่แสดงให้เห็นถึงองค์ประกอบของเจตคติ โดยมีองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ ความรู้สึก ความรู้ และการปฏิบัติ ซึ่งองค์ประกอบทั้งสามนี้จะมีความสัมพันธ์กันมาก จะเห็นได้ว่า ความรู้และความรู้สึกจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม

ผู้วิจัยจึงสรุปได้ว่า องค์ประกอบของเจตคติ ประกอบด้วย ความรู้ ความรู้สึก และการปฏิบัติ ซึ่งถ้าเกิดมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องและมีความรู้สึกที่ดีแล้ว โอกาสที่จะมีพฤติกรรมที่สนับสนุนย่อมมีมาก

2.4.3 ปัจจัยที่ก่อให้เกิดเจตคติ

นวม สงวนทรัพย์ (2535) อธิบายว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดพัฒนาการของเจตคติประกอบด้วย 4 ประการ คือ

1. ปัจจัยทางวัฒนธรรม (Cultural Determinants) วัฒนธรรมของสังคมมีอิทธิพลมหาศาลต่อพฤติกรรม เจตคติ ความคิดของมนุษย์ กล่าวคือ เจตคติ และพฤติกรรมของมนุษย์ถูกควบคุมโดยสังคมที่เขาเจริญเติบโตมา

2. ปัจจัยทางจิตวิทยา (Psychological Determinants) กล่าวคือ ความต้องการ ผลประโยชน์ สติปัญญาความเครียด ฯลฯ ทางจิตที่แตกต่างกัน ทำให้คนเรามีเจตคติที่แตกต่างกันได้ แม้ว่าจะเจริญเติบโตมาในบรรยากาศแห่งวัฒนธรรมเดียวกัน

3. ปัจจัยทางการหน้าที่ (Functional Determinants) หมายความว่า บุคลิกภาพของบุคคลมีผลกระทบต่อบรรยากาศแห่งการพัฒนาเจตคตินั้น ๆ

4. ข้อเท็จจริง (Facts) ข้อเท็จจริงเป็นรากฐานสำคัญในการสร้างเจตคติ เมื่อความรู้ในข้อเท็จจริงได้เปลี่ยนแปลงไป เจตคติของบุคคลก็เปลี่ยนแปลงไปด้วย

ผู้วิจัยจึงสรุปได้ว่า ปัจจัยที่ก่อให้เกิดเจตคตินั้นทำให้เกิดพัฒนาการของเจตคติซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยทางวัฒนธรรม ปัจจัยทางจิตวิทยา ปัจจัยทางการหน้าที่ ข้อเท็จจริง

2.4.4 การเปลี่ยนแปลงเจตคติ

เจตคติเป็นสิ่งที่สามารถเปลี่ยนแปลง แต่จะต้องอาศัยเวลาพอสมควร โดยแนวคิดของโรเจอร์ (Roger, 1973) ได้กล่าวว่า การสื่อสารไม่เพียงส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติเท่านั้น การสื่อสารอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใน 3 สิ่ง คือ การเปลี่ยนแปลงความรู้ของผู้รับสาร การเปลี่ยนแปลงเจตคติของผู้รับสาร และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้รับสาร ซึ่งสอดคล้องกับ นวม สงวนทรัพย์ (2535) กล่าวว่า ความเปลี่ยนแปลงในเจตคติของคนอาจเกิดจากปัจจัย 4 ประการ คือ การติดต่อสื่อสาร การติดต่ออย่างใกล้ชิด อิทธิพลส่วนบุคคล และการตัดสินใจของกลุ่ม

ผู้วิจัยจึงสรุปได้ว่า การเปลี่ยนแปลงเจตคติเป็นสิ่งที่สามารถเปลี่ยนแปลง แต่จะต้องอาศัยเวลาพอสมควร ซึ่งทำได้โดยการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก พฤติกรรม โดยใช้วิธีการสื่อสารในการเปลี่ยนแปลงเจตคติ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ : ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ มีดังต่อไปนี้

กมลา สาครมณีทรัพย์ (2545) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ : ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนหลังวัดลานบุญ ผลการศึกษาพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ เมื่อพิจารณาทั้ง 4 ขั้นตอน คือ การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและแสดงความคิดเห็น การมีส่วนร่วมในการวางแผน การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและการมีส่วนร่วมในการประเมินผล พบว่า การมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนปัจจัยที่ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ อายุ สถานภาพในครอบครัว ตำแหน่งในชุมชน ครอบครัว และจากการศึกษาพบว่า เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนานสมาชิกในครอบครัว อาชีพ รายได้ และระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชนไม่ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ

เกสร วงศ์วัฒนากิจ (2542) ได้ศึกษาเรื่องความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมของกรรมการบริหาร อบต. ต่อการพัฒนาสาธารณสุขในระดับท้องถิ่น พื้นที่ศึกษาจังหวัดนครปฐมและสมุทรสาคร ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาการอยู่ในท้องถิ่น ตำแหน่งอื่น ๆในชุมชน การรับข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับงานสาธารณสุข มีผลต่อความคิดเห็นต่อการพัฒนางานสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สถานภาพใน อบต. ตำแหน่งในชุมชน การรับข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับงานสาธารณสุข และชั้นของ อบต. มีผลต่อการมีส่วนร่วมต่อการพัฒนางานสาธารณสุข แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเสนอแนะให้มีการจัดอบรมเสริมความรู้ในงานสาธารณสุข ควรจัดทำคู่มือการดำเนินงานและเผยแพร่กิจกรรมผ่านทางสื่อต่าง ๆ

จิรวุฒิ ศศิวรเดช (2541) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมของเจ้าพนักงานสาธารณสุขในการแก้ปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม ศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดสมุทรปราการ จากการศึกษา พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีอายุที่มี เพศ อายุ ตำแหน่ง ระยะเวลารับราชการ และหลักสูตรที่สำเร็จการศึกษามีผลต่อการส่วนร่วมของเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนในการแก้ปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมของจังหวัดสมุทรปราการ และปัญหา อุปสรรคในการเข้าไปมีส่วนร่วมแก้ปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม คือ ขาดข้อมูลสถานการณ์มลพิษสิ่งแวดล้อมที่แท้จริง และขาดสื่อในการประชาสัมพันธ์

สดใส ศรีสะอาด (2540) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจังหวัดอำนาจเจริญ ผลการวิจัยพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา การมีชมรมผู้สูงอายุ และประสบการณ์ในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ พบว่า ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถตนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ พบว่า การได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคลเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดอำนาจเจริญโดยรวมทุกพฤติกรรมได้ร้อยละ43.1 โดยตัวแปรที่เป็นตัวทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้ดีที่สุด คือ ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

นฤมล หาญเชิงชัย (2544) ได้ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อสังคมของพนักงานธนาคารในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ธนาคารที่สังกัด ไม่มีผลกับการเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อสังคม

ประเทือง วงษ์แจ้ง (2541) ได้ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนเรื่องความดันโลหิตสูง : ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม ได้แก่ อายุ และความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง

วนิดา ทองปล้อง (2546) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุกรณีศึกษา ผู้สูงอายุในอำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม ผลการศึกษาพบว่า เพศ อายุ การศึกษา รายได้ และสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมแตกต่างกัน

ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ความรู้ระดับการศึกษา การรับรู้ภาวะสุขภาพ สภาพการเป็นอยู่ในปัจจุบัน และสถานภาพในครอบครัว ส่วนปัจจัยเอื้อพบว่า อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว การมีชมรมผู้สูงอายุ การเป็นสมาชิกและเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ การไปใช้บริการสถานบริการทางสุขภาพและพบปะสังสรรค์ ชมรมผู้สูงอายุ ส่วนปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน และบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อวิเคราะห์จำแนกพหุ พบว่า ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ทั้ง 3 กลุ่ม สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ร้อยละ 42.0 และปัจจัยที่สามารถทำนาย

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีที่สุด คือ ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ รองลงมาได้แก่ อาชีพ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ตามลำดับ

มนัสศรี ไพบูลย์ศิริ (2545) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตเมือง จังหวัดปทุมธานี ผลการศึกษาพบว่า เพศ อายุ รายได้ของครอบครัว ความรู้ การรับรู้ประโยชน์ ค่านิยมและเจตคติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โอเรม (Orem, 1991) กล่าวว่า อายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งจะเพิ่มอายุจนถึงวัยผู้ใหญ่ และจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

วอคเกอร์ และคณะ (Walker,et.al., 1987) กล่าวว่า เครื่องมือที่ใช้วัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน คือ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน และด้านการจัดการความเครียด ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการเข้าใจตนเองอย่างแท้จริงมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์ทั้งหมดสามารถอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ12.00 ตัวแปรที่สามารถอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ รายได้ ประวัติการมีโรคประจำตัว

จากรายงานการวิจัยที่นำเสนอข้างต้น แสดงให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงทั้งหน่วยงานสาธารณสุข และโดยชุมชน ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาใช้ประโยชน์ต่อการกำหนดกรอบแนวคิดและตัวแปรในการวิจัยเรื่อง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ : ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ โดยใช้เป็นแนวทางในการกำหนดตัวแปรที่เกี่ยวข้อง

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ในหัวข้อเรื่อง "การมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ : ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ" โดยใช้วิธีการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ด้วยการใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อนำผลที่ได้ไปทำการวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินตามขั้นตอนดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร

ในการวิจัยครั้งนี้ ประชากรที่นำมาศึกษาเป็นผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ เขตทวีวัฒนา จังหวัดกรุงเทพมหานคร มีประชากรผู้สูงอายุ รวมทั้งสิ้น 513 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยใช้การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การคำนวณหาขนาดตัวอย่างสำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของทาโร ยามาเน่ (Yamane,1973) โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนจากกลุ่มตัวอย่างที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

สูตร $n = \dfrac{N}{1+N(e)^2}$

เมื่อ n แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N แทน ขนาดของประชากร

e แทน ความคลาดเคลื่อนจากกลุ่มตัวอย่างกำหนดให้ = 0.05

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง $n = \dfrac{513}{1+513(0.05)^2}$

$= 224.75$

จากการคำนวณพบว่า ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 225 คน หลังจากนั้นได้เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นตามลักษณะประชากร (Stratified Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถาม (Questionnaire) ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยมีขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. ทำการศึกษาเอกสารจากข้อมูลปฐมภูมิ(Primary Data) และข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) รวมทั้งงานวิจัยในส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

2. สร้างข้อคำถามให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัยเรื่อง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยได้กำหนดแบบแสอบถาม (Questionnaire) ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 3 ส่วน ดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และตำแหน่งในชุมชน มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด จำนวน 6 ข้อ

ตอนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อจำนวน 19 ข้อ ได้แก่ เจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบสอบถามชนิดให้เลือกตอบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	5
เห็นด้วย	ให้คะแนน	4
ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน	3
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	1

ตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การค้นหาปัญหาและสาเหตุ การวางแผนการดำเนินกิจกรรม การประสานงานขอความร่วมมือ การลงทุนและปฏิบัติการติดตามและประเมินผล ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบสอบถามชนิดให้เลือกตอบ จำนวน 5 ข้อโดยสร้างตามแนวคิดของลิเคอร์ท (Liken Scales) และแบบสอบถามแบบปลายเปิด จำนวน 2 ข้อ

การแปลความหมายของคะแนน

มากที่สุด	ให้คะแนน	5
มาก	ให้คะแนน	4
ปานกลาง	ให้คะแนน	3
น้อย	ให้คะแนน	2
น้อยที่สุด	ให้คะแนน	1

แปลผลจากคะแนนของแบบสอบถามโดยรวมคะแนนจากแบบสอบถาม แล้วใช้ค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

เนื่องจากลักษณะแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นมาตราส่วนประมาณค่า ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใช้เกณฑ์การพิจารณาขอบเขตของคะแนนเฉลี่ย เพื่อใช้ในการแปลผลตามความหมายของข้อมูล จึงกำหนดไว้เป็น 3 ระดับ ซึ่งมีเกณฑ์การพิจารณาดังนี้

พิสัย = (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด) ÷3

= (5 - 1) ÷3

= 1.33

เกณฑ์การกำหนดระดับ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1.00-2.33	หมายถึง	อยู่ในระดับต่ำ
2.34-3.66	หมายถึง	อยู่ในระดับปานกลาง
3.67-5.00	หมายถึง	อยู่ในระดับมาก

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

1. ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. นำแนวคิดที่ได้จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาสร้างแบบสอบถาม (Questionnaire) ให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา

3. นำแบบสอบถามไปให้ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

4. นำแบบสอบถามที่ตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญกลับมาแก้ไข แล้วจึงนำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลเพื่อทดสอบ (Try-Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับประชากรที่ต้องการศึกษา

5. นำแบบสอบถามที่ทดสอบแล้ว จำนวน 30 ชุด มาหาค่าความเชื่อมั่น (Realiability) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach) โดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -Coefficient) และได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.80

6. เมื่อแก้ไขแบบสอบถามแล้วจึงนำไปใช้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

1. ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา ถึงประธานชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถาม

2. ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่สร้างขึ้น เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลและอาสาสมัครในชุมชนแจกและเก็บแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างกรอกข้อมูลตามแบบฟอร์มของแบบสอบถาม โดยมีระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 26 พฤศจิกายน 2549 ถึงวันที่ 2 ธันวาคม 2549 ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ได้แจกแบบสอบถาม จำนวน 225 ฉบับ และได้รับแบบสอบถามกลับคืน 225 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถาม (Questionnaire) มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

1.1 วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับประชากรศาสตร์ โดยการหาค่าร้อยละ (Percentage)

1.2 วิเคราะห์ค่าระดับปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการหาค่ามัชฌิมเลขคณิต (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

1.3 วิเคราะห์ค่าระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ โดยการหาค่ามัชฌิมเลขคณิต (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. ผลการการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการหาค่าไคสแควร์ (Chi-Square)

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเรื่อง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ : ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) จำนวน 225 ชุด สัมภาษณ์ผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ โดยผลการศึกษาสรุปได้ดังต่อไปนี้

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันเกี่ยวกับการนำเสนอผลการวิเคราะห์ และการแปลผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ใช้สัญลักษณ์ ดังนี้

n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\overline{X}$	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ย
S.D.	แทน	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
χ^2	แทน	ไคสแควร์
df	แทน	ระดับชั้นแห่งความเป็นอิสระ
p-Value	แทน	ค่าใช้ในการพิจารณานัยสำคัญทางสถิติ

การนำเสนอข้อมูล

ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้นำเสนอตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

ตอนที่ 2 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ : ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ

ตอนที่ 3 การศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ : ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ

ตอนที่ 4 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และตำแหน่งในชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าร้อยละ และนำเสนอข้อมูลในตารางประกอบการบรรยาย ดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	114	50.67
หญิง	111	49.33
รวม	**225**	**100.0**
อายุ		
50-59 ปี	79	35.11
60-69 ปี	70	31.11
70-79 ปี	49	21.78
80 ปีขึ้นไป	27	12.00
รวม	**225**	**100.0**
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	19	8.44
ประถมศึกษา	52	23.11
มัธยมศึกษา	31	13.78
อนุปริญญา	10	4.44
ปริญญาตรี	109	48.44
สูงกว่าปริญญาตรี	4	1.78
รวม	**225**	**100.0**
อาชีพ		
รับราชการ	35	15.56
พนักงานบริษัทเอกชน	9	4.00

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ (ต่อ)		
ค้าขาย/รับจ้าง	68	30.22
ธุรกิจส่วนตัว	32	14.22
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	7	3.11
อื่นๆ (แม่บ้าน,ว่างงาน)	74	32.89
รวม	**225**	**100.0**
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	33	14.67
ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน	34	15.11
5,000-10,000 บาท/เดือน	46	20.44
มากกว่า 10,000 บาท/เดือน	112	49.78
รวม	**225**	**100.0**
ตำแหน่งในชุมชน		
ไม่มีตำแหน่ง	106	47.11
อาสาสมัคร/สมาชิก	64	28.44
คณะกรรมการชุมชน	40	17.78
อื่น ๆ (ที่ปรึกษา)	15	6.67
รวม	**225**	**100.0**

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านร่วมเก็บที่เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 50.67 มีอายุระหว่าง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.11 ซึ่งมีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ48.44 มีอาชีพอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 32.89 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 49.78 และไม่มีตำแหน่ง คิดเป็นร้อยละ 47.11

2. การศึกษาระดับปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากการวิเคราะห์ค่าระดับของปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยได้สร้างมาตรวัดแบบลิเคอร์ท (Likert Scale) และกำหนดตัวชี้วัดในเรื่องนี้ไว้ 2 ลักษณะ คือ

2.1 เจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์ระดับ ความรู้สึก ความเชื่อ และความศรัทธาของผู้สูงอายุที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันจากโรค โดยใช้มาตรวัดแบบ ลิเคอร์ท (Likert Scale) วัดระดับเจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โดยได้ผลของคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

ตารางที่ 2 ระดับเจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้าน

เจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	$\overline{X}$	S.D.	ระดับเจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ
การรับประทานอาหาร	4.32	0.56	มาก
การออกกำลังกาย	4.08	0.60	มาก
การจัดการความเครียด	3.86	0.54	มาก
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	4.49	0.56	มาก
รวม	**4.17**	**0.48**	**มาก**

จากตารางที่ 2 พบว่า เจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.17) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า เจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยเจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\overline{X}$ = 4.49) รองลงมา คือ ด้านการรับประทานอาหาร ($\overline{X}$ = 4.32) และด้านการออกกำลังกาย ($\overline{X}$ = 4.08) ส่วนด้านการจัดการความเครียด มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด($\overline{X}$ = 3.86)

ตารางที่ 3 ระดับแจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านการรับประทานอาหาร

ด้านการรับประทานอาหาร	$\overline{X}$	S.D.	ระดับแจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ
1. ผู้สูงอายุควรลดอาหาร เช่น ไข่แดง และหอยนางรม	4.12	0.94	มาก
2. ผู้สูงอายุควรลดอาหารที่เป็นไขมันจากสัตว์และกะทิ เช่น หมู 3 ชั้น	4.39	0.55	มาก
3. ผู้สูงอายุควรเพิ่มอาหารชีวจิตและผลไม้	4.47	0.54	มาก
รวม	**4.32**	**0.57**	**มาก**

จากตารางที่ 3 พบว่า แจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการรับประทานอาหารโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.32) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า แจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านการรับประทานอาหาร อยู่ในระดับมากทุกข้อ

ตารางที่ 4 ระดับแจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านการออกกำลังกาย

ด้านการออกกำลังกาย	$\overline{X}$	S.D.	ระดับแจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ
1. การรำไท้เก๊ก เป็นวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะกับผู้สูงอายุ	4.35	0.63	มาก
2. ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 20-30 นาทีเป็นอย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์	3.81	0.73	มาก
รวม	**4.08**	**0.60**	**มาก**

จากตารางที่ 4 พบว่า เจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการออกกำลังกาย โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.08) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า เจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับมากทุกข้อ

ตารางที่ 5 ระดับเจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านการจัดการความเครียด

ด้านการจัดการความเครียด	$\overline{X}$	S.D.	ระดับเจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ
1. เมื่อเกิดปัญหาไม่สบายใจ ท่านจะปรึกษาครอบครัวหรือเพื่อน เพื่อระบายความรู้สึก	3.72	0.69	มาก
2. เวลาเครียดท่านจะไปวัดฟังเทศน์ฟังธรรมะ	4.16	0.88	มาก
3. ท่านผ่อนคลายความเครียดโดยใช้กิจกรรมบันทนาการ เช่น การร้องเพลง การเต้นรำ	3.68	0.68	มาก
รวม	**3.86**	**0.54**	มาก

จากตารางที่ 5 พบว่า เจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านการจัดการความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 3.86) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า เจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับมากทุกข้อ

ตารางที่ 6 ระดับเจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	$\overline{X}$	S.D.	ระดับเจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ
1. ท่านตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี	4.52	0.58	มาก
2. ท่านดูแลสุขภาพตามคำแนะนำของแพทย์	4.47	0.62	มาก
รวม	**4.49**	**0.56**	**มาก**

จากตารางที่ 6 พบว่า เจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}=4.49$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า เจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ อยู่ในระดับมากทุกข้อ

2.2 การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิเคราะห์ความถี่จากการที่ผู้สูงอายุในหมู่บ้านร่วมเกื้อได้รับจากสื่อต่าง ๆ ในการให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ โดยใช้มาตรวัดแบบ ลิเคอร์ท (Likert Scale) วัดระดับการได้รับข่าวสารจากสื่อแต่ละประเภท ได้แก่ หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ วิทยุ นิตยสารหรือวารสาร แผ่นพับหรือใบปลิว โปสเตอร์หรือป้ายผ้า สื่อบุคคล หอกระจายข่าวหรือเสียงตามสาย และอินเตอร์เน็ต โดยได้ผลของคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

ตารางที่ 7 ระดับการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ประเภทของสื่อ	$\overline{X}$	S.D.	ระดับการได้รับข่าวสาร
1. หนังสือพิมพ์	4.02	1.36	มาก
2. โทรทัศน์	4.36	0.82	มาก
3. วิทยุ	3.96	1.14	มาก
4. นิตยสาร /วารสาร	1.67	1.02	น้อย
5. แผ่นพับ /ใบปลิว	2.06	0.80	น้อย
6. โปสเตอร์ /ป้ายผ้า	1.85	0.95	น้อย
7. สื่อบุคคล	4.38	0.93	มาก
8. หอกระจายข่าว/เสียงตามสาย	3.28	1.30	ปานกลาง
9. อินเตอร์เน็ต	1.56	1.00	น้อย
รวม	**3.02**	**0.44**	**ปานกลาง**

จากตารางที่ 7 พบว่า ค่าเฉลี่ยรวมของผู้สูงอายุต่อการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ($\overline{X}$ = 3.02) แสดงว่า ผู้สูงอายุมีระดับการได้รับข่าวสารอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง โดยที่กลุ่มตัวอย่างได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจากสื่อบุคคลมากที่สุด ($\overline{X}$ = 4.38) รองลงมา คือโทรทัศน์ ($\overline{X}$ = 4.36) หนังสือพิมพ์ ($\overline{X}$ = 4.02) วิทยุ ($\overline{X}$ = 3.96) หอกระจายข่าวหรือเสียงตามสาย ($\overline{X}$ = 3.28) แผ่นพับหรือใบปลิว ($\overline{X}$ = 2.06) โปสเตอร์หรือป้ายผ้า ($\overline{X}$ = 1.85 นิตยสารหรือวารสา($\overline{X}$ = 1.67) ส่วนอินเตอร์เน็ตอยู่ในลำดับน้อยที่สุด ($\overline{X}$ = 1.56)

3. การศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิเคราะห์ระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในหมู่บ้านร่วมเกื้อในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การค้นหาปัญหาและสาเหตุ การวางแผนการดำเนินงาน การประสานงานขอความร่วมมือ การลงทุนและปฏิบัติ และการติดตามและประเมินผล โดยใช้มาตรวัดแบบลิเคอร์ท (Likert Scale) วัดระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในหมู่บ้านร่วมเกื้อ โดยได้ผลของคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

ตารางที่ 8 ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ

รายการ	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
การค้นหาปัญหาและสาเหตุ	3.02	1.53	ปานกลาง
การวางแผนการดำเนินงาน	2.85	1.59	ปานกลาง
การประสานงานขอความร่วมมือ	3.41	1.29	ปานกลาง
การลงทุนและปฏิบัติ	3.84	0.99	มาก
การติดตามและประเมินผล	2.88	1.54	ปานกลาง
รวม	**3.20**	**1.27**	**ปานกลาง**

จากตารางที่ 8 พบว่า ค่าเฉลี่ยรวมของผู้สูงอายุต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ($\bar{X}$ = 3.20) แสดงว่า ผู้สูงอายุมีระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง โดยที่ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการลงทุนและปฏิบัติมากที่สุดมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}$ = 3.84) รองลงมา คือ การประสานงานขอความร่วมมือ ($\bar{X}$ = 3.41) การค้นหาปัญหาและสาเหตุ ($\bar{X}$ = 3.02) การติดตามและประเมินผล ($\bar{X}$ = 2.88) และการวางแผนและการดำเนินงานอยู่ในลำดับน้อยที่สุด ($\bar{X}$ = 2.85)

4. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ในส่วนนี้ จะเป็นการวิเคราะห์ถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ผู้วิจัยคาดว่าจะมีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ตำแหน่งในชุมชน เจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ โดยผู้วิจัยจะทำการศึกษาโดยใช้ตารางไขว้ (Cross Classification) เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ข้อมูลในการพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรจากค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-Square) ที่กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ 0.05 ดังนี้

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้าน

เพศ	โดยรวมทุกด้าน			รวม
	ต่ำ	ปานกลาง	มาก	
ชาย	28 24.56%	37 32.46%	49 42.98%	114 50.67%
หญิง	41 36.94%	34 30.63%	36 32.43%	11.4 49.33%
รวม	**69** **30.67%**	**71** **31.56%**	**85** **37.78%**	**225** **100.00%**

$\chi^2 = 4.52$ df = 2 p-value = 0.10

จากตารางที่ 9 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้าน เมื่อพิจารณาจากค่าสถิติไคสแควร์ จะเห็นว่า เพศกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้านไม่มีความสัมพันธ์กัน

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้าน

อายุ	โดยรวมทุกด้าน			รวม
	ต่ำ	ปานกลาง	มาก	
50-59 ปี	20 25.32%	27 34.18%	32 40.51%	79 35.11%
60-69 ปี	22 31.43%	22 31.43%	26 37.14%	70 31.11%
70-79 ปี	15 30.61%	17 34.69%	17 34.69%	49 21.78%
80 ปีขึ้นไป	12 44.44%	5 18.52%	10 37.03%	27 12.00%
รวม	**69** **30.67%**	**71** **31.56%**	**85** **37.78%**	**225** **100.00%**

χ^2 = 4.49 df = 6 p -value = 0.61

จากตารางที่ 10 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้าน เมื่อพิจารณาจากค่าสถิติไคสแควร์ จะเห็นว่า อายุกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้านไม่มีความสัมพันธ์กัน

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้าน

ระดับการศึกษา	โดยรวมทุกด้าน			รวม
	ต่ำ	ปานกลาง	มาก	
ต่ำกว่าประถมศึกษา	13 68.42%	6 31.58%	-	19 8.44%
ประถมศึกษา	21 40.38%	16 30.77%	15 28.85%	52 23.11%
มัธยมศึกษา	5 16.13%	22 70.97%	4 12.90%	31 13.78%
อนุปริญญา	1 10.00%	9 90.00%	-	10 4.44%
ปริญญาตรี	29 26.61%	18 16.51%	62 56.88%	109 48.44%
สูงกว่าปริญญาตรี	4 100.00%	-	-	4 1.78%
รวม	**73** **32.44%**	**71** **31.56%**	**81** **36.00%**	**225** **100.00%**

χ^2 = 82.71 df 10 p-value= < 0.001

จากตารางที่ 11 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้าน เมื่อพิจารณาจากค่าสถิติไคสแควร์ จะเห็นว่าระดับการศึกษากับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้านมีความสัมพันธ์กัน

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้าน

อาชีพ	โดยรวมทุกด้าน			รวม
	ต่ำ	ปานกลาง	มาก	
รับราชการ	2 5.71%	8 22.86%	25 71.43%	35 15.56%
พนักงานบริษัทเอกชน	4 44.44%	3 33.33%	2 22.22%	9 4.00%
ค้าขาย/รับจ้าง	18 26.47%	24 35.29%	26 38.24%	68 30.22%
ธุรกิจส่วนตัว	11 34.38%	15 46.88%	6 18.75%	32 14.22%
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	-	7 100.00%	-	7 3.11%
อื่น ๆ	34 45.95%	14 18.92%	26 35.14%	74 32.89%
รวม	**69** **30.67%**	**71** **31.56%**	**85** **37.78%**	**225** **100.00%**

χ^2 = 50.56 df = 10 p-value = < 0.001

จากตารางที่ 12 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้าน เมื่อพิจารณาจากค่าสถิติไคสแควร์ จะเห็นว่า อาชีพกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้านมีความสัมพันธ์กัน

วน
013.0438
บ786ก
2549

สำนักวิทยบริการและเทคโนโลยีสารสนเทศ
มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

00222591

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้เฉลี่ยต่อเดือนกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้าน

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	โดยรวมทุกด้าน			รวม
	ต่ำ	ปานกลาง	มาก	
ไม่มีรายได้	23 69.70%	5 15.15%	5 15.15%	33 14.67%
ต่ำกว่า 5,000 บาท	13 38.24%	15 44..12%	6 17.65%	34 15.11%
5,000 – 10,000 บาท	8 17.39%	24 52.17%	14 30.43%	46 20.44%
มากกว่า 10,000 บาทขึ้นไป	25 22.32%	27 24.11%	60 53.57%	112 49.78%
รวม	**69** **30.67%**	**71** **31.56%**	**85** **37.78%**	**225** **100.00%**

χ^2 = 51.06 df = 6 p -value = < 0.001

จากตารางที่ 13 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้เฉลี่ยต่อเดือนกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้าน เมื่อพิจารณาจากค่าสถิติไคสแควร์ จะเห็นว่ารายได้เฉลี่ยต่อเดือนกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้านมีความสัมพันธ์กัน

ตารางที่ 14 ความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งในชุมชนกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้าน

ตำแหน่งในชุมชน	โดยรวมทุกด้าน			รวม
	ต่ำ	ปานกลาง	มาก	
ไม่มีตำแหน่ง	61 57.55%	42 39.62%	3 2.83%	106 47.11%
อาสาสมัคร/สมาชิก	5 7.81%	22 34.38%	37 57.81%	64 28.44%
คณะกรรมการชุมชน	3 7.50%	5 12.50%	32 80.00%	40 17.78%
อื่น ๆ (ที่ปรึกษา)	-	2 13.33%	13 86.67%	15 6.67%
รวม	**69** **30.67%**	**71** **31.56%**	**85** **37.78%**	**225** **100.00%**

χ^2 = 125.44 df = 6 p-value = <0.001

จากตารางที่ 14 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งในชุมชนกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้าน เมื่อพิจารณาจากค่าสถิติไคสแควร์ จะเห็นว่าตำแหน่งในชุมชนกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้านมีความสัมพันธ์กัน

ตารางที่ 15 ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร กับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้าน

เจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ	โดยรวมทุกด้าน			รวม
	ต่ำ	ปานกลาง	มาก	
ด้านการรับประทานอาหาร				
ปานกลาง	5 18.52%	18 66.67%	4 14.81%	27 12.00%
มาก	64 32.32%	53 26.77%	81 40.91%	198 88.00%
รวม	**69** **30.67%**	**71** **31.56%**	**85** **37.78%**	**225** **100.00%**

χ^2 = 17.74 df = 2 p-value = 0.00

จากตารางที่ 15 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้าน เมื่อพิจารณาจากค่าสถิติไคสแควร์ จะเห็นว่า เจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้านมีความสัมพันธ์กัน

ตารางที่ 16 ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้าน

เจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ	โดยรวมทุกด้าน			รวม
	ต่ำ	ปานกลาง	มาก	
ด้านการออกกำลังกาย				
ต่ำ	1 100.00%	-	-	1 0.44%
ปานกลาง	41 48.24%	21 24.71%	23 27.06%	85 37.78%
มาก	27 19.42%	50 35.97%	62 44.60%	139 61.78%
รวม	**69** **30.67%**	**71** **31.56%**	**85** **37.78%**	**225** **100.00%**

χ^2 = 22.96 df = 4 p-value = 0.00

จากตารางที่ 16 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้าน เมื่อพิจารณาจากค่าสถิติไคสแควร์ จะเห็นว่า เจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้านมีความสัมพันธ์กัน

ตารางที่ 17 ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด กับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้าน

เจตคติเกี่ยวกับ การส่งเสริมสุขภาพ	โดยรวมทุกด้าน			รวม
	ต่ำ	ปานกลาง	มาก	
ด้านการจัดการความเครียด				
ปานกลาง	49 44.55%	34 30.91%	27 24.55%	110 48.89%
มาก	20 17.39%	37 32.17%	58 50.43%	115 51.11%
รวม	**69** **30.67%**	**71** **31.56%**	**85** **37.78%**	**225** **100.00%**

χ^2 = 23.52 df = 2 p-value = 0.00

จากตารางที่ 17 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้าน เมื่อพิจารณาจากค่าสถิติไคสแควร์ จะเห็นว่า เจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้านมีความสัมพันธ์กัน

ตารางที่ 18 ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้าน

เจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ	โดยรวมทุกด้าน			รวม
	ต่ำ	ปานกลาง	มาก	
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ				
ต่ำ	1 100.00%	-	-	1 0.44%
ปานกลาง	3 30.00%	5 50.00%	2 20.00%	10 4.44%
มาก	65 30.37%	66 30.84%	83 38.8%	214 95.1%
รวม	**69** **30.7%**	**71** **31.6%**	**85** **37.8%**	**225** **100.00%**

χ^2 = 4.27 df = 2 p-value = 0.37

จากตารางที่ 18 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้าน เมื่อพิจารณาจากค่าสถิติไคสแควร์ จะเห็นว่า เจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้านไม่มีความสัมพันธ์กัน

ตารางที่ 19 ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมทุกด้านกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้าน

เจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมทุกด้าน	โดยรวมทุกด้าน			รวม
	ต่ำ	ปานกลาง	มาก	
ปานกลาง	7 38.89%	10 55.56%	1 5.56%	18 8.00%
มาก	62 29.95%	61 29.47%	84 40.58%	207 92.00%
รวม	**69** **30.67%**	**71** **31.56%**	**85** **37.78%**	**225** **100.00%**

χ^2 = 9.37 df = 2 p-value = 0.00

จากตารางที่ 19 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมทุกด้านกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้าน เมื่อพิจารณาจากค่าสถิติไคสแควร์ จะเห็นว่า เจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมทุกด้านกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้านมีความสัมพันธ์กัน

ตารางที่ 20 ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากหนังสือพิมพ์กับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้าน

การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากหนังสือพิมพ์	โดยรวมทุกด้าน			รวม
	ต่ำ	ปานกลาง	มาก	
ต่ำ	26 68.42%	12 31.58%	-	38 16.89%
ปานกลาง	-	10 66.67%	5 33.33%	15 6.67%
มาก	43 25.00%	49 28.49%	80 46.51%	172 76.44%
รวม	**69** **30.67%**	**71** **31.56%**	**85** **37.78%**	**225** **100.00%**

χ^2 = 48.34 df = 4 p-value = 0.00

จากตารางที่ 20 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากหนังสือพิมพ์กับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้าน เมื่อพิจารณาจากค่าสถิติไคสแควร์ จะเห็นว่า การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากหนังสือพิมพ์กับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมทุกด้านมีความสัมพันธ์กัน

ตารางที่ 21 ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากโทรทัศน์กับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้าน

การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากโทรทัศน์	โดยรวมทุกด้าน			รวม
	ต่ำ	ปานกลาง	มาก	
ต่ำ	4 40.00%	6 60.00%	-	10 4.44%
ปานกลาง	2 22.22%	6 66.67%	1 11.11%	9 4.00%
มาก	63 30.58%	59 28.64%	84 40.78%	206 91.56%
รวม	**69** **30.67%**	**71** **31.56%**	**85** **37.78%**	**225** **100.00%**

χ^2 = 13.09 df = 4 p-value = 0.01

จากตารางที่ 21 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากโทรทัศน์กับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้านเมื่อพิจารณาจากค่าสถิติไคสแควร์ จะเห็นว่า การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากโทรทัศน์กับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้านมีความ สัมพันธ์กัน

ตารางที่ 22 ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากวิทยุกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมทุกด้าน

การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากวิทยุ	โดยรวมทุกด้าน			รวม
	ต่ำ	ปานกลาง	มาก	
ต่ำ	7 22.58%	20 64.52%	4 12.90%	31 13.78%
ปานกลาง	4 14.81%	20 74.07%	3 11.11%	27 12.00%
มาก	58 34.73%	31 18.56%	78 46.71%	167 74.22%
รวม	**69** **30.67%**	**71** **31.56%**	**85** **37.78%**	**225** **100.00%**

χ^2 = 52.53 df = 4 p-value = 0.00

จากตารางที่ 22 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากวิทยุกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมทุกด้าน เมื่อพิจารณาจากค่าสถิติไคสแควร์ จะเห็นว่า การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากวิทยุกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้านมีความสัมพันธ์กัน

ตารางที่ 23 ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากนิตยสารหรือวารสารกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมทุกด้าน

การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากนิตยสารหรือวารสาร	โดยรวมทุกด้าน			รวม
	ต่ำ	ปานกลาง	มาก	
ต่ำ	68 37.79%	43 24.02%	68 37.99%	179 79.56%
ปานกลาง	1 3.57%	20 71.43%	7 25.00%	28 12.44%
มาก	-	8 44.44%	10 55.56%	18 8.00%
รวม	**69** **30.67%**	**71** **31.56%**	**85** **37.78%**	**225** **100.00%**

χ^2 = 36.34 df = 4 p-value = 0.00

จากตารางที่ 23 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากนิตยสาร หรือวารสารกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้าน เมื่อพิจารณาจากค่าสถิติไคสแควร์ จะเห็นว่า การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากนิตยสาร หรือวารสารกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้านมีความสัมพันธ์กัน

ตารางที่ 24 ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากแผ่นพับหรือใบปลิวกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้าน

การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากแผ่นพับหรือ ใบปลิว	โดยรวมทุกด้าน			รวม
	ต่ำ	ปานกลาง	มาก	
ต่ำ	61 35.06%	53 30.46%	60 34.48%	174 77.33%
ปานกลาง	5 12.82%	13 33.33%	21 53.85%	39 17.33%
มาก	3 25.00%	5 41.67%	4 33.33%	12 5.33%
รวม	**69** **30.67%**	**71** **31.56%**	**85** **37.78%**	**225** **100.00%**

χ^2 = 8.99 df = 4 p-value = 0.06

จากตารางที่ 24 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากแผ่นพับ หรือใบปลิวกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้าน เมื่อพิจารณาจากค่าสถิติไคสแควร์ จะเห็นว่า การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากแผ่นพับ หรือใบปลิวกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้านไม่มีความสัมพันธ์กัน

ตารางที่ 25 ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากโปสเตอร์หรือป้ายผ้ากับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมทุกด้าน

การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากโปสเตอร์หรือป้ายผ้า	โดยรวมทุกด้าน			รวม
	ต่ำ	ปานกลาง	มาก	
ต่ำ	64 34.22%	54 28.88%	69 36.90%	187 83.11%
ปานกลาง	2 8.70%	6 26.09%	15 65.22%	23 10.22%
มาก	3 20.00%	11 73.33%	1 6.67%	15 6.67%
รวม	**69** **30.67%**	**71** **31.56%**	**85** **37.78%**	**225** **100.00%**

χ^2 = 22.35 df 4 p-value = 0.00

จากตารางที่ 25 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากโปสเตอร์ หรือป้ายผ้ากับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมทุกด้าน เมื่อพิจารณาจากค่าสถิติไคสแควร์ จะเห็นว่า การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากโปสเตอร์ หรือป้ายผ้ากับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมทุกด้านมีความสัมพันธ์กัน

ตารางที่ 26 ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากสื่อบุคคล กับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้าน

การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากสื่อบุคคล	โดยรวมทุกด้าน			รวม
	ต่ำ	ปานกลาง	มาก	
ต่ำ	2 13.33%	12 80.00%	1 6.67%	15 6.67%
ปานกลาง	1 5.00%	13 65.00%	6 30.00%	20 8.89%
มาก	66 34.74%	46 24.21%	78 41.05%	190 84.44%
รวม	**69** **30.67%**	**71** **31.56%**	**85** **37.78%**	**225** **100.00%**

χ^2 = 32.98 df = 4 p-value = 0.00

จากตารางที่ 26 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากสื่อบุคคลกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้าน เมื่อพิจารณาจากค่าสถิติไคสแควร์ จะเห็นว่า การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากสื่อบุคคลกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้านมีความสัมพันธ์กัน

ตารางที่ 27 ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากหอกระจายข่าวหรือเสียงตามสายกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้าน

การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากหอกระจายข่าวหรือเสียงตามสาย	**โดยรวมทุกด้าน**			**รวม**
	ต่ำ	ปานกลาง	มาก	
ต่ำ	39 50.00%	30 38.4%	9 11.54%	78 34.67%
ปานกลาง	4 13.33%	21 70.00%	5 16.67%	30 13.33%
มาก	26 22.22%	20 17.09%	71 60.68%	117 52.00%
รวม	**69** **30.67%**	**71** **31.56%**	**85** **37.78%**	**225** **100.00%**

χ^2 = 72.15 df = 4 p-value = 0.00

จากตารางที่ 27 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากหอกระจายข่าว หรือเสียงตามสายกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้าน เมื่อพิจารณาจากค่าสถิติไคสแควร์ จะเห็นว่า การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากหอกระจายข่าว หรือเสียงตามสายกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้านมีความสัมพันธ์กัน

ตารางที่ 28 ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากอินเตอร์เน็ต กับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้าน

การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากอินเตอร์เน็ต	โดยรวมทุกด้าน			รวม
	ต่ำ	ปานกลาง	มาก	
ต่ำ	65 35.91%	43 23.76%	73 40.33%	181 80.44%
ปานกลาง	3 11.54%	13 50.00%	10 38.46%	26 11.56%
มาก	1 5.56%	15 83.33%	2 11.11%	18 8.00%
รวม	**69** **30.67%**	**71** **31.56%**	**85** **37.78%**	**225** **100.00%**

χ^2 = 33.71 df = 4 p-value = 0.00

จากตารางที่ 28 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากอินเตอร์เน็ตกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้าน เมื่อพิจารณาจากค่าสถิติไคสแควร์ จะเห็นว่า การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากอินเตอร์เน็ตกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้านมีความสัมพันธ์กัน

ตารางที่ 29 ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมทุกด้าน กับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้าน

การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมทุกด้าน	โดยรวมทุกด้าน			รวม
	สูง	กลาง	ต่ำ	
ต่ำ	3 37.50%	5 62.50%	-	8 3.56%
ปานกลาง	65 31.86%	64 31.37%	75 36.76%	204 90.67%
มาก	1 7.69%	2 15.38%	10 76.92%	13 5.78%
รวม	**69** **30.67%**	**71** **31.56%**	**85** **37.78%**	**225** **100.00%**

χ^2 = 14.31 df = 4 p-value = 0.01

จากตารางที่ 29 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมทุกด้านกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้าน เมื่อพิจารณาจากค่าสถิติไคสแควร์ จะเห็นว่า การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมทุกด้านกับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมทุกด้านมีความสัมพันธ์กัน

5. ข้อเสนอแนะจากแบบสอบถาม

ผลสรุปที่ได้จากแบบสอบถามปลายเปิดซึ่งให้ผู้ตอบแบบสอบถามได้แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม โดยนำมาอภิปรายเป็นภาพรวมที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ปัญหาและอุปสรรคที่พบจากการเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ มีดังนี้

2.1 ด้านภาระหน้าที่การงาน จึงทำให้ผู้สูงอายุไม่ค่อยมีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่จัดขึ้น

2.2 เนื่องมาจากผู้สูงอายุมีอายุมากแล้ว อาจจะเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย และลูกหลานไม่ค่อยมีเวลาจะตามมาดูแลในการร่วมทำกิจกรรม จึงไม่ค่อยให้ออกมาร่วมกิจกรรม

2.3 เนื่องจากการประชาสัมพันธ์ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไม่ทั่วถึง เนื่องจากขาดอุปกรณ์การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะจากการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุนั้น ควรจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและเพิ่มระยะเวลาเพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุมีความต้องการให้จัดกิจกรรมการอบรมการฟังธรรมะเกี่ยวกับการฟังเทศน์ ฟังธรรมะ อย่างน้อยเดือนละ 1-2 ครั้ง เพื่อเป็นการคลายเครียดและเปิดโอกาสให้สนทนาธรรมตามเวลาที่เห็นสมควร ตลอดจนการไปทำบุญไหว้พระตามวัดไทยในชนบทปีละ 2-3 ครั้ง และควรจัดให้มีกิจกรรมสัมพันธ์ เช่น งานราตรีวันผู้สูงอายุ

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ : ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ ผู้วิจัยได้สรุปผลและนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. วัตถุประสงค์ของการวิจัย
2. วิธีดำเนินการวิจัย
3. สรุปผลการวิจัย
4. อภิปรายผลการวิจัย
5. ข้อเสนอแนะ
6. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ เขตทวีวัฒนา ในเชิงปริมาณ (Quantitative Research) จำนวน 225 คน ซึ่งผู้วิจัยได้อาศัยวิธีการเลือกประชากรแบบสุ่มแบบแบ่งชั้นตามลักษณะประชากร (Stratified Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ : ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และตำแหน่งในชุมชน มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด จำนวน 6 ข้อ

ตอนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อจำนวน 19 ข้อ ได้แก่ เจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบสอบถามชนิดให้เลือกตอบ

ตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การค้นหาปัญหาและสาเหตุ การวางแผนการดำเนินกิจกรรม การประสานงานขอความร่วมมือ การลงทุนและปฏิบัติ การติดตามและประเมินผล ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบสอบถามชนิดให้เลือกตอบ จำนวน 5 ข้อโดยสร้างตามแนวคิดของลิเคอร์ท (Likert Scales) และแบบสอบถามแบบปลายเปิด จำนวน 2 ข้อ

ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามเสร็จแล้วให้ประธานและกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรง(Content Validity) เพื่อเสนอแนะปรับปรุงแก้ไข แล้วนำไปทดลองใช้ (Try-out) กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คนเพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Realiability) จากการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach)โดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -Coefficient) และได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.80

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ: ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ โดยมีผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ สรุปได้ดังนี้

1. ค่าระดับของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ ผลการวิจัยพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าระดับการมีส่วนร่วมในด้านการลงทุนและปฏิบัติมากที่สุด รองลงมาคือการมีส่วนร่วมในด้านการประสานงานขอความร่วมมือ การมีส่วนร่วมในด้านการค้นหาปัญหาและสาเหตุ การมีส่วนร่วมในด้านการติดตามและประเมินผล และการมีส่วนร่วมในด้านการวางแผนและการดำเนินงานอยู่ในลำดับน้อยที่สุด

2. ค่าระดับของปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า เจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมมีค่าอยู่ในระดับมากเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า เจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพมีค่าอยู่ในระดับมากทุกด้านโดยมีเจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพมากที่สุดในเรื่องความรับผิดชอบต่อสุขภาพ รองลงมาคือเรื่องการรับประทานอาหาร และเรื่องการออกกำลังกาย ส่วนเรื่องการจัดการความเครียดอยู่ในลำดับน้อยที่สุดส่วนการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากสื่อบุคคลมากที่สุด รองลงมาคือโทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ วิทยุ หอกระจายข่าวหรือเสียงตามสาย แผ่นพับหรือใบปลิว โปสเตอร์ หรือป้ายผ้า นิตยสารหรือวารสาร ส่วนอินเตอร์เน็ตอยู่ในลำดับน้อยที่สุด

3. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ปรากฏว่า

3.1 ปัจจัยภายใน พบว่า ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ตำแหน่งในชุมชน และเจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ ส่วนตัวแปร เพศ และอายุ ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ

3.2 ปัจจัยภายนอก พบว่า การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ

อภิปรายผลการวิจัย

จากการสรุปและการวิเคราะห์ข้อมูลใน เรื่องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ: ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ พบประเด็นที่น่าสนใจและนำมาอภิปรายได้ดังนี้

1. เพศ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 114 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 50.67 รองลงมาเป็นเพศหญิง จำนวน 111 คน คิดเป็นร้อยละ 49.33 ผลจากการวิเคราะห์ปรากฏว่า เพศไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ เนื่องจากการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ อาจมีข้อจำกัดในด้านของเวลาและสถานที่ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ จึงทำให้การเข้ามามีส่วนร่วมในเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน โดยจะเข้ามามีส่วนร่วมในด้านการลงทุนและปฏิบัติมากที่สุด เช่น การร่วมกันสนับสนุนค่าใช้จ่าย และร่วมกันทำกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ กมลา สาครมณีทรัพย์ (2545) เรื่องปัจจัยที่ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนหลังวัดสามบุญ ผลการวิจัยพบว่า เพศ ไม่ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นฤมล หาญเชิงชัย (2544) เรื่องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อสังคมของพนักงานธนาคารในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า เพศ ไม่มีผลกับการเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อสังคม

ดังนั้น จากผลของการศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงสามารถอธิบายได้ว่า ตัวแปรเพศนั้นไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ

2. อายุ ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 50-59 ปี มีจำนวนมากที่สุดคือ 79 คน คิดเป็นร้อยละ 35.11 รองลงมาคือกลุ่มที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี มีจำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 31.11 กลุ่มที่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี มีจำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 21.78 และกลุ่มที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป มีจำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 12.00 ผลจากการวิเคราะห์ปรากฏว่า อายุไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ

นฤมล หาญเชิงชัย (2544) เรื่องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อสังคมของพนักงานธนาคารในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า อายุ ไม่มีผลกับการเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อสังคม

ดังนั้น จากผลของการศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงสามารถอธิบายได้ว่า ตัวแปรอายุนั้นไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ

3. ระดับการศึกษา ผู้สูงอายุมีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีมากที่สุด คือจำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 48.44 รองลงมาคือระดับประถมศึกษา มีจำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 23.11 ระดับมัธยมศึกษา มีจำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ13.78 ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา มีจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 8.44 ระดับอนุปริญญา มีจำนวน10 คน คิดเป็นร้อยละ4.44 และระดับสูงกว่าปริญญาตรี มีจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 1.78 ผลจากการวิเคราะห์ปรากฏว่า ระดับการศึกษา มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ เนื่องจากผู้สูงอายุมีระดับการศึกษาสูง จึงทำให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับผู้นำชุมชน ทำให้เกิดศักยภาพในการพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสดใส ศรีสะอาด (2540) เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ ผลการวิจัยพบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539) เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คือ ระดับการศึกษา และมีผลการศึกษาที่สนับสนุนของวนิดา ทองปล้อง (2546) เรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาผู้สูงอายุในอำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม ผลจากการ ศึกษาพบว่า ระดับการศึกษา มีผลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ

ดังนั้น จากผลของการศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงสามารถอธิบายได้ว่า ตัวแปรระดับการศึกษานั้นมีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ

4. อาชีพ ผู้สูงอายุมีอาชีพอื่นๆ เป็นส่วนใหญ่ จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 32.89 รองลงมาคือประกอบอาชีพค้าขายหรือรับจ้าง จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 30.22 รับราชการ จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 15.56 ธุรกิจส่วนตัว จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 14.22 พนักงานบริษัทเอกชน จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 4.00 และพนักงานรัฐวิสาหกิจ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 3.11 ผลจากการวิเคราะห์ปรากฏว่า อาชีพ มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ เนื่องจากข้อจำกัดของเวลาในการประกอบอาชีพและความไม่มั่นใจเกี่ยวกับผลประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้ามามีส่วนร่วม ในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539) เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คือ อาชีพ

ดังนั้น จากผลของการศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงสามารถอธิบายได้ว่า ตัวแปรอาชีพนั้นมีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ

5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ผู้สูงอายุมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน มีจำนวนมากที่สุด คือ 112 คน คิดเป็นร้อยละ 49.78 รองลงมาคือมีรายได้เฉลี่ย 5,000-10,000 บาทต่อเดือน จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 20.44 มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 15.11 และไม่มีรายได้ จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 14.67 ผลจากการวิเคราะห์ปรากฏว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ เนื่องจากในภาพรวมสถานภาพทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุสูง จึงทำให้การเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการลงทุนและปฏิบัติได้แก่ การร่วมจัดสรรงบประมาณในการดำเนินกิจกรรม การร่วมบริจาคเงิน การจัดหาอุปกรณ์เพื่อใช้ในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การจัดทำสื่อเพื่อนำไปใช้เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ และการร่วมกันแก้ไขปัญหาในการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของคัฟแมน(Kaufman, 1949) กล่าวว่า บุคคลที่มีสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจต่ำจะเข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนน้อยกว่าบุคคลที่มีสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจสูง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539) เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุคือ รายได้นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของวนิดา ทองปล้อง (2546) เรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาผู้สูงอายุในอำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม ผลจากการศึกษาพบว่า รายได้ มีผลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ

ดังนั้น จากผลของการศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงสามารถอธิบายได้ว่า ตัวแปรรายได้เฉลี่ยต่อเดือนนั้นมีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ

6. ตำแหน่งในชุมชน ผู้สูงอายุที่ไม่มีตำแหน่งมีจำนวนมากที่สุด คือ 106 คน คิดเป็นร้อยละ 47.11 รองลงมาเป็นอาสาสมัครหรือสมาชิก จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 28.44 คณะกรรมการชุมชน จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 17.78 และอื่น ๆ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67 ผลจากการวิเคราะห์ปรากฏว่า ตำแหน่งในชุมชนมีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของกมลา สาครมณีทรัพย์

(2545) เรื่องปัจจัยที่ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนหลังวัดลานบุญ ผลการวิจัยพบว่า ตำแหน่งในชุมชน เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของเกสร วงศ์วัฒนากิจ (2542) ได้ศึกษาเรื่องความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมของกรรมการบริหาร อบต. ต่อการพัฒนาสาธารณสุขในระดับท้องถิ่น พื้นที่ศึกษา จังหวัดนครปฐม และสมุทรสาคร ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาการอยู่ในท้องถิ่น ตำแหน่งอื่น ๆในชุมชน มีผลต่อความคิดเห็นต่อการพัฒนางานสาธารณสุขและมีผลการศึกษาที่สนับสนุนของจิรวุฒิ ศศิวรเดช (2541) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมของเจ้าพนักงานสาธารณสุขในการแก้ปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม ศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดสมุทรปราการ จากการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีตำแหน่ง มีผลต่อการส่วนร่วมของเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนในการแก้ปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมของจังหวัดสมุทรปราการ

ดังนั้น จากผลของการศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงสามารถอธิบายได้ว่า ตัวแปรตำแหน่งในชุมชนนั้นมีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ

7. เจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าโดยภาพรวมผู้สูงอายุมีระดับเจตคติอยู่ในเกณฑ์มาก และมีเจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพมากที่สุดในเรื่องความรับผิดชอบต่อสุขภาพ รองลงมาคือเรื่องการรับประทานอาหาร เรื่องการออกกำลังกาย ส่วนเรื่องการจัดการความเครียดอยู่ในลำดับน้อยที่สุด ผลจากการวิเคราะห์ปรากฏว่า เจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ ซึ่งสอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ สดใส ศรีสะอาด (2540) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจังหวัดอำนาจเจริญ ผลการวิจัยพบว่า เจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของมนัสศรี ไพบูลย์ศิริ (2545) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตเมือง จังหวัดปทุมธานี ผลการศึกษาพบว่า เจตคติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

ดังนั้น จากผลของการศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงสามารถอธิบายได้ว่า ตัวแปรเจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุนั้น มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ

8. การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า โดยภาพรวมผู้สูงอายุ มีระดับการได้รับข่าวสารอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง โดยที่กลุ่มตัวอย่างได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจากสื่อบุคคลมากที่สุด รองลงมาคือโทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ วิทยุ หอกระจายข่าวหรือเสียงตามสาย แผ่นพับหรือใบปลิว โปสเตอร์หรือป้ายผ้า นิตยสารหรือวารสาร ส่วนอินเตอร์เน็ตอยู่ในลำดับน้อยที่สุด ผลจากการวิเคราะห์ปรากฏว่า การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ เนื่องจากสื่อบุคคลนั้นมีความสำคัญมากในการโน้มน้าวใจหรือผลักดันให้เกิดพฤติกรรมการมีส่วนร่วมให้เป็นไปในทิศทางที่ยั่งยืน ซึ่งสื่อต่าง ๆ นั้นสามารถนำมาใช้ในการส่งข่าวสารไปสู่ประชาชนจำนวนมาก เนื่องจากสื่อต่าง ๆ มีประสิทธิภาพที่สามารถส่งข่าวสารถึงประชาชนจำนวนมากได้ในระยะเวลารวดเร็ว ซึ่งปัจจุบันจะพบรายการวิทยุโทรทัศน์ ที่มีการสนทนาและตอบปัญหาด้านสุขภาพมากขึ้น ทำให้ได้รับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพโดยเฉพาะสื่อบุคคล ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์จะมีบทบาทที่สำคัญในการให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อถือ ความไว้วางใจและทัศนคติที่ดีต่อบุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนกระตุ้นให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของเกสร วงศ์วัฒนากิจ (2542) ได้ศึกษาเรื่อง ความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมของกรรมการบริหาร อบต. ต่อการพัฒนาสาธารณสุขในระดับท้องถิ่น พื้นที่ศึกษา จังหวัดนครปฐม และสมุทรสาคร ผลการศึกษาพบว่า การได้รับข่าวสาร มีผลต่อความคิดเห็นต่อการพัฒนางานสาธารณสุข

ดังนั้น จากผลของการศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงสามารถอธิบายได้ว่า ตัวแปรการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุนั้น มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยเรื่อง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ศึกษาเฉพาะกรณี ชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ ผู้วิจัยได้สรุปข้อเสนอแนะดังนี้

1. เชิงปฏิบัติการ จากผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำมาประกอบการตัดสินใจได้ว่า ผู้นำชุมชนควรจะดำเนินนโยบายและวางแผนในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยการแสวงหาแนวทางในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในชุมชน ควรจะเลือกใช้สื่อที่มีอยู่ในชุมชนให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งจะเห็นได้ว่า จากผลการวิจัยพบว่า สื่อบุคคลนั้นมีความสำคัญมากในการโน้มน้าวใจหรือผลักดันให้เกิดพฤติกรรมการมีส่วนร่วมเป็นไปในทิศทางที่ยั่งยืน สำหรับ

หอกระจายข่าวนั้นควรที่จะมีการปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้น เนื่องจากเป็นสื่อประจำขนาดเล็กของชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อที่จะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้น

2. ด้านการวิจัย เนื่องจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะกรณี ดังนั้น ผลการวิจัยที่ได้นั้นจึงไม่สามารถอ้างอิงได้ว่าเป็นของผู้สูงอายุทั้งหมด จึงควรทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างให้กว้างขวางและครอบคลุมให้มากขึ้นและเพิ่มตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาให้มากขึ้นโดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาสในทางสังคม ซึ่งยังคงมีอยู่ภายในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ

3. การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมีปัจจัยต่าง ๆ เชื่อมโยงกัน และมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายในชุมชนหลายระดับ จึงควรแก้ไขปัญหาแบบองค์รวม ไม่ควรมองแยกส่วน เช่น ความไม่สมัครใจในการเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม เพราะขาดแรงจูงใจ การมองไม่เห็นความสำคัญของการเข้าร่วมกิจกรรม รวมทั้งข้อจำกัดของเวลาในการประกอบอาชีพ และความไม่มั่นใจต่อผลประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้ามามีส่วนร่วม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อให้เห็นภาพรวม จึงควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม เพื่อให้ได้ข้อค้นพบที่ละเอียดและครอบคลุมยิ่งขึ้น

2. ควรศึกษาเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม

3. ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำชุมชนกับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

4. ควรศึกษาการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมเพื่อจัดการปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับผู้สูงอายุและชุมชน

5. ควรศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โดยศึกษาในเชิงลึกเพื่อศึกษาเจตคติและปัจจัยด้านการรับรู้ที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุ

บรรณานุกรม

กันยา กาญจนบุรานนท์. (2543) **สุขภาพส่วนบุคคลและชุมชน.** นนทบุรี:มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

กมลา สาครมณีทรัพย์. (2545). **ปัจจัยที่ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ :ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนหลังวัดลานบุญ.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

กรรณิกา ชมดี. (2524). **การมีส่วนร่วมของประชาชนที่มีผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ ศึกษาเฉพาะกรณี:โครงการสารภี ตำบลท่าช้าง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี.** วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. **"กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและเครือข่ายผู้สูงอายุ".** [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก http://www.anamai.moph.go.th/soongwai/

เกสร วงศ์วัฒนากิจ. (2542). **ความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมของกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลต่อการพัฒนางานสาธารณสุขในระดับท้องถิ่น.** ภาคนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

คณะกรรมาธิการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและการพัฒนาสังคมวุฒิสภา. **ปัญหาผู้สูงอายุและแนวทางแก้ไข.** ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์

จิรวุฒิ ศศิวรเดช. (2541). **การมีส่วนร่วมของเจ้าพนักงานสาธารณสุขในการแก้ปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม ศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดสมุทรปราการ.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

จุรีภรณ์ ใส้บ้านกวย. (2544). **ความรู้และการมีส่วนร่วมในการแก้ไขมลพิษทางน้ำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดนครปฐม.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง. (2525). **การระดมประชาชนเพื่อการพัฒนาชนบท.** เอกสารประกอบการสัมมนา. กรุงเทพฯ:สถาบันบัณฑิตพัฒนาบริหารศาสตร์.

เฉลิมพล ตันสกุล. (2543). **พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข.** กรุงเทพฯ:ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชัยยงศ์ พรหมวงศ์. (2541). **หลักการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ.** กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

ชินรัตน์ สมสืบ.(2539). **การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชนบท.** นนทบุรี:มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

เชิดศักดิ์ โฆวาสินธุ์. (2527). **การวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์.** กรุงเทพฯ:โอเดียนสโตร์.

ทนงศักดิ์ คุ้มไข่น้ำ และคณะ. (2534). **การพัฒนาชุมชนเชิงปฏิบัติ.** กรุงเทพฯ:เพิร์ลการพิมพ์.

เทเวศร์ พิริยะพฤนท์ และคณะ. **"การเสริมสร้างคุณภาพชีวิต"**. [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก http://swu.c.th/royal/book6/

นฤมล หาญเชิงชัย. (2544). **การมีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อสังคมของพนักงานธนาคารในเขตกรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

นวม สงวนทรัพย์. (2535). **สารัตถจิตวิทยาสังคม.** กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.

บริบูรณ์ พรพิบูลย์.(2525). **โลกยามชรา.** เชียงใหม่ :พระสิงห์การพิมพ์.

บริบูรณ์ พรพิบูลย์.(2542). **โลกยามชราภาคสาม.** กรุงเทพฯ:ข้าวฟ่าง.

บุญเติม แสงดิษฐ. (2546). **คู่มือสร้างเสริมสุขภาพและวันสำคัญในการรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพ.** กรุงเทพฯ:พลสยามปริ้นติ้ง.

ประเทือง วงษ์แจ้ง. (2540). **การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนเรื่องโรคความดันโลหิตสูง.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). **ทัศนคติ : การวัด การเปลี่ยนแปลง และพฤติกรรมอนามัย.** กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.

ประเวศ วะสี. (2541). **บนเส้นทางใหม่การส่งเสริมสุขภาพ อภิวัฒน์ชีวิตและสังคม.** กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

พัชนี เชยจรรยา และคณะ. (2534). **แนวคิดหลักนิเทศศาสตร์.** กรุงเทพฯ:ข้าวฟ่าง.

พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์. (2541). **มนุษยสัมพันธ์.** กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พิพัฒน์ ลักษมีจรัสกุล. (2542). **หลักการป้องกันโรค:กรณีศึกษาการป้องกันโรคติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์.** กรุงเทพฯ:เจริญดีการพิมพ์.

เพลินตา กะลัมพากร. (2544). **การมีส่วนร่วมในการวางแผนป้องกันสารเสพย์ติดของคณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน โรงเรียนขยายโอกาสการศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษา จังหวัดสระบุรี.** ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์. (2544). **รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและการให้การดูแลผู้สูงอายุ ภายใต้เงื่อนไข การมีส่วนร่วมของชุมชนและตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ:กรณีศึกษาในจังหวัดสงขลา.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

มนัสศรี ไพบูลย์ศิริ. (2545). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตเมือง จังหวัดปทุมธานี.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

มูลนิธิปริญญาโทนักบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. (2545). **คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชน.** กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ยุวัฒน์ วุฒิเมธี. (2526). **หลักการพัฒนาชุมชนและการพัฒนาชนบท.** กรุงเทพฯ:ไทยอนุเคราะห์ไทย

รายงานภาวะสังคม กลุ่มงานวิเคราะห์และพยากรณ์สถิติเชิงสังคม สำนักสถิติพยากรณ์. (2546). **สรุปสถานการณ์สังคมไทย พ.ศ. 2546.**

รายงานภาวะสังคม กลุ่มงานวิเคราะห์และพยากรณ์สถิติเชิงสังคม สำนักสถิติพยากรณ์. (2548). **สรุปสถานการณ์สังคมไทย พ.ศ. 2548.**

วนิดา ทองปล้อง. (2546). **ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ:กรณีศึกษาผู้สูงอายุในอำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศิลปากร.

วาด หนูมา. (2540). **การศึกษาปัจจัยและกระบวนการที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาโรงเรียนประถมศึกษาที่มีประสิทธิผลต่อคุณภาพการศึกษา:ศึกษาเปรียบเทียบเฉพาะกรณีโรงเรียนดีเด่นรางวัลพระราชทานในจังหวัดชัยนาทและอุทัยธานี.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร.

วาสนา จันทร์สว่าง. (2548). **การสื่อสารสุขภาพ:กลยุทธ์ในงานสุขศึกษาและการสร้างเสริมสุขภาพ.** กรุงเทพฯ:เจริญดีการพิมพ์.

ศักดิ์ สุนทรเสณี. (2531). **เจตคติ.** กรุงเทพฯ : ดี.ดี.บุ๊คสโตร์.

ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล. (2539). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

สัญญา สัญญาวิวัฒน์. (2536). **ทฤษฎีสังคมวิทยา:เนื้อหาและแนวการใช้ประโยชน์เบื้องต้น.** กรุงเทพฯ:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สดใส ศรีสะอาด. (2540). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมพันธ์ เตชะอธิกและคณะ. (2547). **ศัพท์พัฒนาเพื่อชุมชนและสังคม.** ขอนแก่น:ขอนแก่นการพิมพ์.

สุคนธ์ เจียสกุล."การประชุมการส่งเสริมสุขภาพโลก ครั้งที่ 6 ในประเทศไทย โอกาสและความท้าทาย". [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก http://www.anamai.moph.go.th/advisor/menu_academic.html

สุธีรา นุ้ยจันทร์. (2530). **การศึกษาบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สุพิศวง ธรรมพันทา. (2547). **มนุษย์กับสังคม.** กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา.

สุพัตรา สุภาพ. (2543). **สังคมและวัฒนธรรมไทย ค่านิยม : ครอบครัว : ศาสนา : ประเพณี.** กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.

สุรกุล เจนอบรม. (2534). **วิทยาการผู้สูงอายุ.** กรุงเทพฯ :จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อุบลรัตน์ เพ็งสถิตย์. (2543). **จิตวิทยาผู้สูงอายุ.** กรุงเทพฯ :มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

Everett M. Rogers. (1973). **"Communication Strategies for Family Planning."** New York: The Free Press.

Freedom, Ronald. (1975). **"The sociology of human fertility: annotated bibliography."** New York: Irvington Pub.

Kaufman , H.F. (1949). **"Participation in Organization Activities in Selected Kentucky Localities."** Agriculture Experiment Station Bulletin.

McPherson, Barry D. (1983). **"Aging as a Social Process."** Toronto: Butterworth & Co.

Orem D. (1991). **"Nursing: concept of practice."** New York : McGraw-Hill Book Co.

Pender, Nola J. (1987). **"Health Promotion In Nursing Practice."** Norwalk, Conn. : Appleton & Lange.

Pender, Nola J., Murdaugh, C., & Parsons, M.A. (2002). **"Health Promotion In Nursing Practice."** Upper Saddle River :New Jersey: Prentice Hall, Inc.

Yamane, T. (1973). **"Statistics; An Introductory Analysis."** New York: Harper&Row.

Walker, S.N., Sechrist, K.R. and Pender, N.J. (1995). "The health-promoting lifestyle profile: Development and Psychometric Characteristics." **Nursing Research** 36:76-81.

World Health Organization. (1986). **"Ottawa Charter for Health Promotion, WHO."** Europe:Copenhagen.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

รายนามผู้เชี่ยวชาญ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุพิศวง ธรรมพันทา

วุฒิการศึกษา ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการสอนสังคมศึกษา
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพัฒนาสังคม
สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาชุมชน

ตำแหน่ง อาจารย์ประจำสาขาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา
ประธานบัณฑิตศึกษา สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา
มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์บุปผา แช่มประเสริฐ

วุฒิการศึกษา กส.บ. (เคมีชีววิทยา)
วท.ม. (วิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม)

ตำแหน่ง หัวหน้าโปรแกรมวิทยาศาสตร์และสิ่งแวดล้อม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ระดับ 8
มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

ที่ ศธ.0564.11/987

บรรณาธิการวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
1061 ถนนอิสรภาพ แขวงหิรัญรูจี
เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร 10600

8 พฤศจิกายน 2549

เรื่อง เรียนเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผศ.สุพิศวง ธรรมพันทา

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเบญจวรรณ์ บุญอุวัฒน์ นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา กำลังทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "การมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ศึกษาเฉพาะกรณี ชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ" โดยมีคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ดังนี้

1. รศ.ดร.เอื้อมพร เธียรหิรัญ ประธานกรรมการ
2. รศ.ดร.นงลักษณ์ เทพสวัสดิ์ กรรมการ
3. อ.ทวีศักดิ์ จงประดับเกียรติ กรรมการ

ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ นักศึกษาจำเป็นต้องตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือ เพื่อให้ได้เครื่องมือที่สมบูรณ์ที่สุด ทางบัณฑิตศึกษาได้พิจารณาเห็นว่าท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ มีความรู้ความสามารถทางด้านการทำวิจัยเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์แก่นักศึกษาด้วยจะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สราวุทธ์ เศรษฐชวร)
ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายงานบัณฑิตศึกษา

งานประสานงานบัณฑิตศึกษา
โทร. 0-2473-7000 ต่อ 1810

ที่ ศธ.0564.11/988

มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
1061 ถนนอิสรภาพ แขวงหิรัญรูจี
เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร 10600

8 พฤศจิกายน 2549

เรื่อง เรียนเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผศ.บุปผา แช่มประเสริฐ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเบญจรงค์ บุญอนุวัฒน์ นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา กำลังทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "การมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ศึกษาเฉพาะกรณี ชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ" โดยมีคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ดังนี้

1. รศ.ดร.เอื้อบพร เธียรหิรัญ ประธานกรรมการ
2. รศ.ดร.นงลักษณ์ เทพสวัสดิ์ กรรมการ
3. อ.ทวีศักดิ์ จงประดับเกียรติ กรรมการ

ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ นักศึกษาจำเป็นต้องตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือ เพื่อให้ได้เครื่องมือที่สมบูรณ์ที่สุด ทางบัณฑิตศึกษาได้พิจารณาเห็นว่าท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ มีความรู้ความสามารถทางด้านการทำวิจัยเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์แก่นักศึกษาด้วยจะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สราพุทธ์ เศรษฐขจร)
ผู้ช่วยอธิการบดีฝ่ายงานบัณฑิตศึกษา

งานประสานงานบัณฑิตศึกษา
โทร. 0-2473-7000 ต่อ 1810

ภาคผนวก ข.

ข้อมูลชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ

ชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อเป็นชุมชนชานเมือง โดยมีพื้นที่ส่วนกลาง ที่ทำการชุมชน การจัดหารายได้ และการทำงานที่มีระบบ สามารถจัดกิจกรรมเนื่องในโอกาสวันสำคัญติดต่อกันเป็นประจำทุกปีจนเป็นประเพณี โดยมีการจัดกลุ่มเยาวชน กลุ่มผู้สูงอายุ วงดนตรีไทย และผลิตภัณฑ์สินค้า OTOP เป็นจุดเด่นของชุมชนแห่งนี้

1. ประวัติความเป็นมา

พื้นที่ชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อเป็นพื้นที่ซึ่งมีผู้ประกอบการหลายรายต่างจัดแบ่งขายที่ดิน และขายที่ดินพร้อมบ้าน จะมีบ้านดั้งเดิมอยู่ด้วยเป็นเพียงส่วนน้อย ผู้อยู่อาศัยส่วนใหญ่โดยทั่วไปเป็นคนต่างถิ่นต่างคนต่างมาซื้อที่ดินหรือซื้อบ้านพร้อมที่ดินโดยมีการรวมตัวกันครั้งแรก ในส่วนของผู้ซื้อบ้านพร้อมที่ดิน โดยมีการรวมตัวกันครั้งแรก ในส่วนของผู้ซื้อบ้านพร้อมที่ดินตามโครงการของบริษัทร่วมเกื้อหนุน จำกัด ในช่วงปี พ.ศ. 2531 การรวมตัวครั้งนั้นเป็นจุดเริ่มต้นของคณะกรรมการหมู่บ้านร่วมเกื้อนิเวศน์ ครั้นปีพ.ศ. 2532 เครื่องสูบน้ำบาดาลที่เดินท่อเข้าบ้านตั้งแต่ถนนพุทธมณฑล สาย 4 ข้ามคลองเนินทรายไปจนถึง ซอย 7 ซอย 10 และซอย 12 เริ่มชำรุด กรรมการหมู่บ้าน และแนวร่วมจึงได้ชี้แจงทุกบ้านที่ต้องได้รับความเดือดร้อนให้ร่วมมือกันออกค่าใช้จ่ายในการเดินชี้แจงทุกบ้านที่ต้องได้รับความเดือดร้อน ให้ร่วมมือกันออกค่าใช้จ่ายในการเดินท่อประปามาบรรจบท่อของหมู่บ้านร่วมเกื้อนิเวศน์ ซึ่งมีค่าใช้จ่ายเพราะระยะทางที่จะมาบรรจบกันนั้นอยู่ไกลมาก อีกทั้งต้องเปลี่ยนท่อประปาหลายซอย ในที่สุดก็ประสบความสำเร็จ การรวมตัวกันครั้งนั้น ถือได้ว่าเป็นการรวมตัวครั้งสำคัญที่ทำให้ผู้อยู่อาศัย ซึ่งมาจากหลายท้องที่ได้รู้จักกันอย่างกว้างขวาง บุคคลภายใน และภายนอกก็เริ่มขนานนามผู้อยู่อาศัยในหมู่บ้านแห่งนี้ว่า "ชาวร่วมเกื้อ" จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2539 กรุงเทพ ฯ ได้ประกาศให้ร่วมเกื้อเป็น "ชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ" ตามระเบียบของกรุงเทพฯ โดยผู้ซื้อที่ดินจากผู้ประกอบการรายอื่นที่อยู่ใกล้เคียงในอาณาเขตที่ระบุข้างต้น ได้เข้าร่วมเป็นสมาชิกชุมชนแห่งนี้ด้วย

ชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อมีพื้นที่ส่วนหนึ่งอยู่ในท้องที่ หมู่ 3 และหมู่ 8 แขวงทวีวัฒนา จังหวัดกรุงเทพมหานคร ในส่วนของท้องที่กรุงเทพมหานครมีพื้นที่ประมาณ 354 ไร่ และอีกส่วนหนึ่งอยู่ในจังหวัดนครปฐม ท้องที่ หมู่ 6 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล มีพื้นที่ประมาณ 8 ไร่ รวมมีพื้นที่ประมาณ 362 ไร่

2. ข้อมูลบริบทชุมชน

หมู่บ้านร่วมเกื้อมีสภาพทางภูมิศาสตร์และข้อมูลประชากร ดังนี้

2.1 สภาพทางภูมิศาสตร์

ทิศเหนือ	จดหมู่บ้านศรีมณฑล และคลองบางกระแนะ
ทิศใต้	จดที่นาถนนพัฒนาการ หมู่บ้านศรีสุริยวงศ์ และหมู่บ้านพุทธมณฑล
ทิศตะวันออก	จดหมู่บ้านวณัชพงษ์ และถนนทวีวัฒนา
ทิศตะวันตก	จดพุทธมณฑล สาย 4

2.2 ข้อมูลประชากร

บ้านด้านทิศตะวันออกของคลองเนินทราย จำนวน 286 หลังคาเรือน บ้านด้านทิศตะวันตกของคลองเนินทรายจนสุดเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 446 หลังคาเรือน บ้านในพื้นที่จังหวัดนครปฐม จำนวน 10 หลังคาเรือน รวม 742 หลังคาเรือน ซึ่งจากการสำรวจครั้งสุดท้าย เมื่อวันที่ 8 เมษายน 2548 ปรากฏประชากรทั้งสิ้น จำนวน 3,808 คน เป็นชาย 1,837 คน หญิง 1,971 คน แยกเป็นผู้อยู่ในวัยสูงอายุ 513 คน เด็กและเยาวชน 702 คน และผู้อยู่ในวัยทำงาน 2,593 คน

ประกาศคณะกรรมการชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุร่วมเกื้อ

ตามที่คณะกรรมการชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อได้ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในชุมชนและหมู่บ้านใกล้เคียงทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อการรวมกลุ่มรักษาสุขภาพ แลกเปลี่ยนความเห็นซึ่งกันและกันทุกเช้าวันเสาร์ อาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์ ตลอดจนการท่องเที่ยวในบางโอกาส จนการรวมกลุ่มดังกล่าวมีความมั่นคง และได้เลือกตั้งคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุร่วมเกื้อขึ้นตาม ข้อ ๔ แห่งระเบียบชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ ว่าด้วยชมรมผู้สูงอายุร่วมเกื้อ พ.ศ. ๒๕๔๘ เมื่อวันที่ ๔ กันยายน ๒๕๔๘ แล้ว นั้น

ประธานกรรมการชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ จึงอาศัยอำนาจตาม ข้อ ๔ วรรคหนึ่ง แห่งระเบียบชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ ว่าด้วยชมรมผู้สูงอายุร่วมเกื้อ พ.ศ. ๒๕๔๘ แต่งตั้งคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุร่วมเกื้อ ประกอบด้วยบุคคลตามที่สมาชิกเลือกตั้งกันมาให้ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งดังต่อไปนี้

๑. **ที่ปรึกษาคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุร่วมเกื้อ**

(๑) นายชูเกียรติ สุวรรณรังษี

(๒) นางกาญจนา แม้นโกศล

(๓) นายประสาท แจ่มปัญญา

๒. **คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุร่วมเกื้อ**

(๑) ผ.ศ.กองเทพ เคลือบพณิชกุล	ประธาน
(๒) นายประสาน แพโสภณ	รองประธาน
(๓) นายทวี อนุสสรางค์กูล	รองประธาน
(๔) นายสุรศักดิ์ อินทรสิงห์	รองประธาน
(๕) นางทิพย์วัลย์ นุ้ยเนียม	เหรัญญิก
(๖) นางนฤมล พึ่งประสิทธิ์	ผู้ช่วยเหรัญญิก
(๗) นางวาสนา เกตุแก้ว	ประชาสัมพันธ์
(๘) นางบุศร มณีโชติ	ปฏิคม
(๙) นางสมจิต ปรีกษากิจ	นายทะเบียน
(๑๐) นางสุปราณี ฤกษ์ถนอม	ผู้ช่วยนายทะเบียน
(๑๑) นางสุนีย์ ไกสุวินทร์	กรรมการฝ่ายวิชาการ
(๑๒) นางพิสมัย สุวรรณรังษี	กรรมการฝ่ายวิชาการ
(๑๓) น.ส.สมร กิมสวดกุล	กรรมการฝ่ายกิจกรรม

(๑๔) นางนงลักษณ์ สง่ากร กรรมการฝ่ายนันทนาการ
(๑๕) ด.ต.วุฒิชัย ภูศรี กรรมการฝ่ายสวัสดิการ
(๑๖) นางสุดารัตน์ พงศิริเกษ เลขานุการ

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๔ กันยายน พ.ศ. ๒๕๔๘

(นายชูเกียรติ สุวรรณรังษี)
ประธานกรรมการชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ

กิจกรรมทางศาสนา

วัฒนธรรมประเพณี

ฝึกอาชีพ

นันทนาการ

ดูแลสุขอนามัย

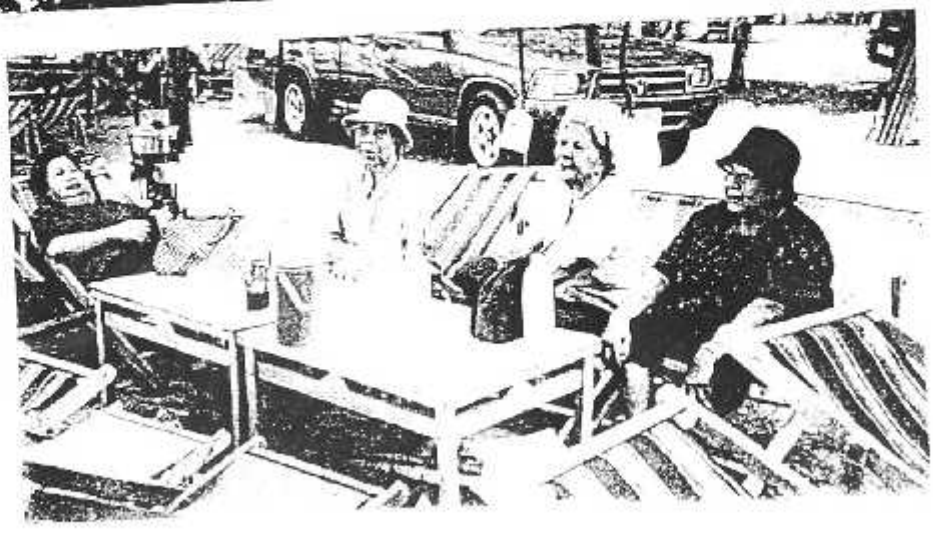
ท่องเที่ยว

ไหว้พระ ๙ วัด
อยุธยามหามงคล

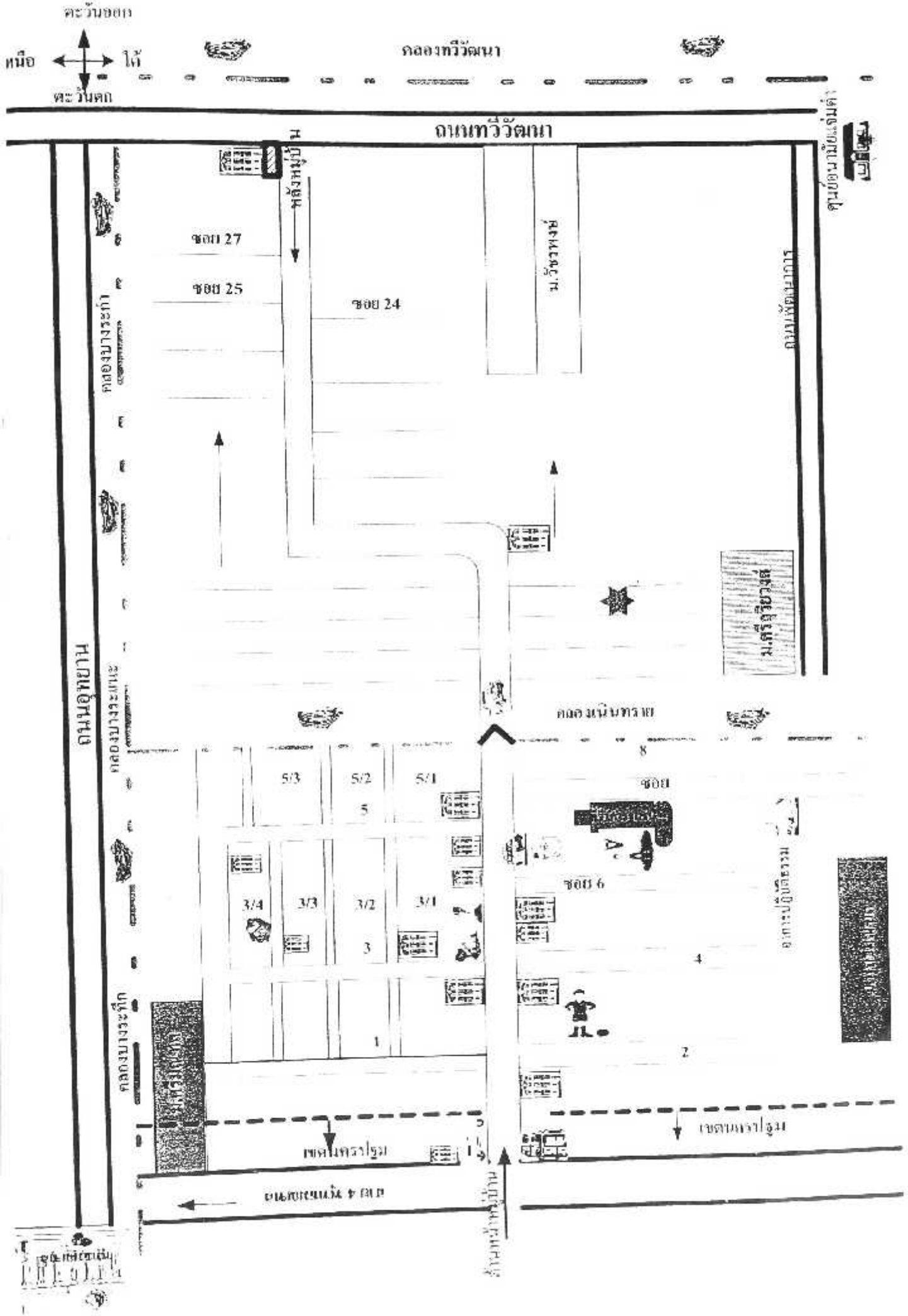
ตรวจ
สุขภาพ

ทุกเช้าวันเสาร์
อาทิตย์ วันพุธ
วันหยุดนักขัตฤกษ์
และวันหยุดชดเชย

สงกรานต์ร่วมเกี้ย
๑๗ เมษายน ๒๕๔๘



ท่องเที่ยว
หาดชะอำ
ไป ๓๐ เมษายน
กลับ ๑ พฤษภาคม
๒๕๔๘


ตะวันออก
หนือ
ใต้
ตะวันตก
คลองทวีวัฒนา
ถนนทวีวัฒนา
ซอย 27
ซอย 25
ซอย 24
ม.วัชรพงษ์
ถนนพัฒนาการ
คลองบางระกำ
ถนนอุทยาน
คลองบางระแนะ
คลองเนินทราย
8
ซอย
5/3
5/2
5/1
5
ซอย 6
3/4
3/3
3/2
3/1
3
4
1
2
คลองบางระทึก
เขตนครปฐม
เขตนครปฐม

ภาคผนวก ค.

เลขที่ □□□

แบบสอบถามวิทยานิพนธ์

เรื่อง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ:ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามชุดนี้มี 5 หน้า ซึ่งประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ

ตอนที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ จำนวน 19 ข้อ ได้แก่

2.1 เจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ

2.2 การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 9 ข้อ

ตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

3.1 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 5 ข้อ

3.2 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 2 ข้อ

2. ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามนี้ ผู้วิจัยจะนำเสนอเพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบในวิทยานิพนธ์เท่านั้น โดยผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเป็นความลับจึงใคร่ขอความร่วมมือในการตอบให้ครบทุกข้อตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด เพื่อนำผลของการศึกษาไปใช้พัฒนา และดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือเป็นอย่างสูง

นางสาวเบญจรงค์ บุญอนุวัฒน์
นักศึกษาปริญญาโท
สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา
มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หน้าคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ

☐ ชาย
☐ หญิง

2. อายุ

☐ 50-59 ปี
☐ 60-69 ปี
☐ 70-79 ปี
☐ 80 ปีขึ้นไป

3. ระดับการศึกษา

☐ ต่ำกว่าประถมศึกษา
☐ ประถมศึกษา
☐ มัธยมศึกษา
☐ อนุปริญญา
☐ ปริญญาตรี
☐ สูงกว่าปริญญาตรี

4. อาชีพ

☐ รับราชการ
☐ พนักงานบริษัทเอกชน
☐ ค้าขาย/รับจ้าง
☐ ธุรกิจส่วนตัว
☐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ
☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (ทั้งจากการทำงานและได้รับจากบุตรหลาน)

☐ ไม่มีรายได้
☐ ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน
☐ 5,000 - 10,000 บาท/เดือน
☐ มากกว่า 10,000 บาท/เดือน

6. ตำแหน่งในชุมชน

☐ ไม่มีตำแหน่ง
☐ อาสาสมัคร/สมาชิก
☐ คณะกรรมการชุมชน
☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

ตอนที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หน้าคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

2.1 เจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ท่านเห็นด้วยกับแนวคิดและกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละด้านต่อไปนี้อย่างไร

ข้อความ	ระดับเจตคติ				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
การรับประทานอาหาร					
1. ผู้สูงอายุควรลดอาหาร เช่น ไข่แดง และหอยนางรม					
2. ผู้สูงอายุควรลดอาหารที่เป็นไขมันจากสัตว์และกะทิ เช่น หมู 3 ชั้น					
3. ผู้สูงอายุควรเพิ่มอาหารชีวจิตและผลไม้					
การออกกำลังกาย					
4. การรำไท้เก๊ก เป็นวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะกับผู้สูงอายุ					
5. ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 20-30 นาทีเป็นอย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์					
การจัดการความเครียด					
6. เมื่อเกิดปัญหาไม่สบายใจท่านจะปรึกษาครอบครัว หรือ เพื่อน เพื่อระบายความรู้สึก					
7. เวลาเครียดท่านจะไปวัดฟังเทศน์ ฟังธรรมะ					
8. ท่านผ่อนคลายความเครียดโดยใช้กิจกรรมบันทนาการ เช่น การร้องเพลง การเต้นรำ					
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ					
9. ท่านตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี					
10. ท่านดูแลสุขภาพตามคำแนะนำของแพทย์					

2.2 การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุท่านได้รับข่าวสารเกี่ยวกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจากสื่อประเภทใดบ้าง

ประเภทของสื่อ	ความถี่				
	ได้รับข่าวสารมากที่สุด	ได้รับข่าวสารมาก	ได้รับข่าวสารปานกลาง	ได้รับข่าวสารน้อย	ได้รับข่าวสารน้อยที่สุด
1. หนังสือพิมพ์					
2. โทรทัศน์					
3. วิทยุ					
4. นิตยสาร/วารสาร					
5. แผ่นพับ/ใบปลิว					
6. โปสเตอร์/ป้ายผ้า					
7. สื่อบุคคล					
8. หอกระจายข่าว/เสียงตามสาย					
9. อินเตอร์เน็ต					

ตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หน้าคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

3.1 ระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

การมีส่วนร่วม	ระดับการมีส่วนร่วม				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
การค้นหาปัญหาและสาเหตุ					
1. การเข้าร่วมประชุมและการรวมกลุ่มแสดงความคิดเห็นของผู้สูงอายุ					
การวางแผนการดำเนินงาน					
2. การร่วมกันวางแผนกิจกรรมและแบ่งหน้าที่การทำงานของผู้สูงอายุ					

การมีส่วนร่วม	ระดับการมีส่วนร่วม				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
การประสานงานขอความร่วมมือ					
3. การชักชวนเพื่อนบ้านมาเข้าร่วมและประชาสัมพันธ์กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ					
การลงทุนและปฏิบัติ					
4. การร่วมกันบริจาคเงินและเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ					
การติดตามและประเมินผล					
5. การติดตามและการจัดทำข้อปรับปรุงในการดำเนินงานกิจกรรมผู้สูงอายุ					

3.2 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

1. ท่านคิดว่าปัญหาและอุปสรรคในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อคืออะไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

.....

2. ท่านมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อคืออะไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก ง.

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-นามสกุล	นางสาวเบญจรงค์ บุญอนุวัฒน์	
ที่อยู่ปัจจุบัน	1149 ถนนทรงวาด ซอยคลองถมปทุมคงคา	
	แขวงสัมพันธวงศ์ เขตสัมพันธวงศ์	
	กรุงเทพมหานคร 10100	
โทรศัพท์	0-2639-5764, 0-83789-4086	
วัน เดือน ปีเกิด	16 สิงหาคม พุทธศักราช 2522	
ประวัติการศึกษา	ประถมศึกษา	โรงเรียนกุหลาบวัฒนา
	มัธยมศึกษาปีที่ 1-3	โรงเรียนกุหลาบวัฒนา
	ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	แผนกบริหารธุรกิจ สาขาวิชาภาษาญี่ปุ่น
		สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล
		วิทยาเขตบพิตรพิมุข จักรวรรดิ
	ปริญญาตรี	คณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม
		วิชาเอก หนังสือพิมพ์และสิ่งพิมพ์
		วิชาโท การประชาสัมพันธ์
ประวัติการทำงาน	ปี พ.ศ. 2544	ฝึกงานตำแหน่งเจ้าหน้าที่บุคคล
		โรงแรมทองธารา
	ปี พ.ศ. 2545	ตำแหน่งเจ้าหน้าที่ธุรการ (บัญชี)
		ห้างทองจิรสุวรรณสาขา 1- 3
	ปี พ.ศ. 2546	ตำแหน่งเจ้าหน้าที่ธุรการ (บุคคล)
		บริษัทพรีเมียร์จิวเวลรี่จำกัด (มหาชน)