

ปัจจัยที่มีผลต่อระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาชุมชน  
บ้านมาหนัก อำเภอลำปาง จังหวัดภูเก็ต

Factor Affecting Levels Participation in Health Promotion for the Elderly: A Case  
Study of Manik Community, Thalang District, Phuket Province

กานันตร์ โกมุตผล

Karan Komutphon

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมาหนัก อ.ลาง จ.ภูเก็ต

Ban Ma Nik Subdistrict Health Promoting Hospital, Thalang District, Phuket Province, Thailand,

E-mail: [netnuanyai@gmail.com](mailto:netnuanyai@gmail.com)

Received 19/08/2022

Revised 22/10/2022

Accepted 25/11/2022

**บทคัดย่อ**

**ภูมิหลัง:** การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรในจังหวัดภูเก็ตนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนผู้สูงอายุ ทำให้พื้นที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ปัจจัยนี้ส่งผลให้เกิดความต้องการด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะใน อำเภอลำปาง จังหวัดภูเก็ต ซึ่งพบว่ามียอดการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจสูงขึ้น การสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจึงเป็นแนวทางสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและลดภาระของระบบสาธารณสุข การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นหัวใจสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เนื่องจากช่วยให้เกิดการดูแลต่อเนื่องและยั่งยืน อย่างไรก็ตาม ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนยังคงอยู่ในระดับปานกลางและยังขาดการสนับสนุนจากหลายภาคส่วน ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนากลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพ

**วัตถุประสงค์การวิจัย:** (1) เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านมาหนัก อำเภอลำปาง จังหวัดภูเก็ต (2) เพื่อเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม และทัศนคติของบุคลากรด้านสุขภาพ (3) เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

**ระเบียบวิธีวิจัย:** การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนอายุ 20 ปีขึ้นไปในชุมชนบ้านมาหนัก อำเภอลำปาง จังหวัดภูเก็ต จำนวน 233 คน คัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multiple Random Sampling) ข้อมูลถูกรวบรวมผ่านแบบสอบถามซึ่งครอบคลุม 6 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป การสนับสนุนทางสังคม ทัศนคติต่อบุคลากรด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชน ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Independent sample t-test, One-way ANOVA และการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ (LSD test)

**ผลการวิจัย:** ผลการศึกษาพบว่าประชาชนในชุมชนบ้านมาหนักมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับ ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 2.82) โดยมีการมีส่วนร่วมสูงสุดในด้าน การวางแผน (ค่าเฉลี่ย = 2.88) รองลงมาคือ การค้นหาปัญหา (ค่าเฉลี่ย = 2.87) และการดำเนินการ (ค่าเฉลี่ย = 2.86) ส่วนการมีส่วนร่วมใน การประเมินผล อยู่ในระดับต่ำที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 2.68) ผลการวิเคราะห์ยังพบว่าประชาชนที่มีอาชีพ สถานภาพสมรส และแรงสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกัน มีระดับการมีส่วนร่วมที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$  นอกจากนี้ ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ ภาระจากการประกอบอาชีพ การดูแลครอบครัว และการขาดการกระจายงานจากผู้นำชุมชน

**สรุปผล:** ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนบ้านมาหนักยังอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีการมีส่วนร่วมในด้าน การวางแผน สูงที่สุด ขณะที่ การประเมินผลยังคงเป็นจุดอ่อนที่ต้องได้รับการ

พัฒนา ปัจจัยที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมและทัศนคติของบุคลากรด้านสุขภาพ ในขณะที่อุปสรรคหลักคือ ภาระทางเศรษฐกิจและภาระในครอบครัว การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในระยะยาวควรคำนึงถึงการสนับสนุนโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพ การเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทของชุมชน และการกระตุ้นให้เกิดความเป็นเจ้าของในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

**คำสำคัญ:** การมีส่วนร่วมของชุมชน, การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

## Abstract

**Background:** The change in population structure in Phuket Province has led to an increase in the proportion of elderly people, making the area a complete aging society. This factor has resulted in an increase in the demand for health care, especially in Thalang District, Phuket Province, where the rate of chronic diseases such as hypertension, diabetes, and heart disease has increased. Therefore, promoting the health of the elderly is an important approach to promote quality of life and reduce the burden on the public health system. Community participation is the key to promoting the health of the elderly because it helps to provide continuous and sustainable care. However, the level of community participation is still moderate and lacks support from many sectors, which may be an obstacle to developing effective strategies.

**Objectives:** (1) To study the level of community participation in promoting the health of the elderly in Ban Ma Nik Community, Thalang District, Phuket Province. (2) To compare the level of community participation in promoting the health of the elderly classified by personal factors, social support, and attitudes of health personnel. (3) To study the problems and obstacles affecting community participation in promoting the health of the elderly.

**Methodology:** This study was descriptive research. The sample consisted of 233 people aged 20 years and over in Ban Ma Nik community, Thalang District, Phuket Province, selected by multiple random sampling. Data were collected through a questionnaire covering 6 sections: general information, social support, attitudes toward health personnel, community participation, obstacles, and suggestions. Data were analyzed using the independent sample t-test, One-way ANOVA, and pairwise comparisons (LSD test).

**Results:** The results of the study found that people in Ban Ma Nik community participated in health promotion for the elderly at a moderate level (mean = 2.82), with the highest participation in planning (mean = 2.88), followed by problem identification (mean = 2.87), and implementation (mean = 2.86). The lowest participation in evaluation (mean = 2.68) was found. The analysis also found that people with different occupations, marital status, and social support There were statistically significant differences in participation levels at  $p < 0.05$ . In addition, the main obstacles to community participation were occupational burden, family care, and lack of work distribution from community leaders.

**Conclusion:** The results of the study indicated that community participation in promoting the health of the elderly in Ban Ma Nik community was still at a moderate level, with the highest participation in planning, while evaluation was still a weakness that needed to be developed. Factors promoting

participation included social support and attitudes of health personnel, while the main obstacles were economic burden and family burden. Promoting community participation in the long term should take into account supporting health infrastructure, increasing understanding of the role of the community, and encouraging ownership in promoting the health of the elderly.

**Keywords:** Community Participation, Health Promotion for the Elderly

## บทนำ

จังหวัดภูเก็ตมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากร อย่างรวดเร็ว สัดส่วนของประชากรวัยสูงอายุ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 11.94 เกินร้อยละ 10 ถือว่าจังหวัดภูเก็ตเป็นสังคมผู้สูงอายุ (ทะเบียนราษฎร, 2564: 1-20) และจากการศึกษา ข้อมูล “ภาวะประชากรสูงอายุ” ของอำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต ปี พ.ศ. 2563-2564 พบว่ามีสัดส่วนของผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปี ประมาณร้อยละ 7.0 และร้อยละ 9.0 ของประชากรทั้งหมดตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต, 2564: ไม่ปรากฏเลขหน้า) ซึ่งจากการที่ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อำเภอถลางก้าวเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต, 2564: ไม่ปรากฏเลขหน้า) และปัจจุบันอำเภอถลางก็เป็นพื้นที่ที่กำลังถูกคุกคามด้วยโรค หรือพิบัติภัยทางด้านสาธารณสุขที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านประชากร ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจ ซึ่งมีอัตราป่วยมากถึง 4,608.59, 1,882.38 และ 636.12 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และปัญหาสุขภาพที่จะตามมา เทศบาลตำบลศรีสุนทร และหน่วยงานภาครัฐในส่วนต่างๆ และที่เกี่ยวข้อง ได้มีการสนับสนุน การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ให้เกิดขึ้นในชุมชนบ้านมาหนัก เพื่อจัดการแก้ไขปัญหา สังคมผู้สูงอายุและปัญหาสุขภาพ โดยมีกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุแบบใกล้บ้านใกล้ใจ (Home Health Care) ตรวจสุขภาพ (Physical Check Up) การเยี่ยมบ้าน (Home Visit) และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชนในการร่วมกันดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกาย ใจ และสังคมที่ดี แต่การดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพดังกล่าวยังไม่ปรากฏผลที่ชัดเจนเท่าที่ควร เนื่องจากยังขาดการมีส่วนร่วมทั้งจากตัวผู้สูงอายุ แกนนำชุมชน รวมถึงประชาชนทั่วไป เนื่องจากไม่มีเวลาเพราะต้องทำงานหรือประกอบอาชีพ ซึ่งการที่จะทำให้การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเกิดความประสบความสำเร็จตามที่ต้องการได้จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชน คือ หัวใจสำคัญอย่างหนึ่งของการพัฒนา ซึ่งจะเห็นได้ว่ากิจกรรมพัฒนาใดๆ ก็ตาม หากประชาชนไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นเจ้าของและลงมือดำเนินกิจกรรมด้วยตนเองแล้ว กิจกรรมนั้นก็ไม่อาจจะสำเร็จ และดำรงอยู่ได้อย่างยั่งยืน แต่ถ้าหากว่าชุมชนมีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างถ่องแท้ สามารถเล็งเห็นผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมทั้งต่อตนเองครอบครัวและชุมชน โดยได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารอย่างเพียงพอ จนเกิดความตระหนักในปัญหาตนเอง และค้นหาทางแก้ไขเพื่อปรับปรุงเปลี่ยนแปลง จนเกิดการตัดสินใจเข้ามามีส่วนในการดำเนินกิจกรรมร่วมกัน ซึ่งจะเป็นการเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง การมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นแบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอน ประกอบไปด้วย 1) ขั้นการมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาในชุมชนตลอดจน กำหนดความต้องการของชุมชน 2) ขั้นการร่วมวางแผนในการพัฒนาชุมชน 3) ขั้นการดำเนินงานตามแผน 4) ขั้นการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และ 5) การขึ้นมีส่วนร่วมในการประเมินผลเพื่อกำหนดเป้าหมายของสังคม และจัดสรรทรัพยากรเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้น และเป็นการปฏิบัติตามแผนหรือกิจกรรมโครงการต่างๆ (กณิกนันต์ หยกสกุล, 2564) จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยสนใจศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อความแตกต่างระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ : กรณีศึกษา ชุมชนมาหนัก อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต เป็นพื้นที่ในการวิจัย เนื่องจากมีลักษณะเป็นชุมชนที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดในพื้นที่ (รพ.สต.บ้านมาหนัก, 2565: 14) ซึ่งจัดเป็นสังคมผู้สูงอายุตามความหมายขององค์การ

สหประชาชาติซึ่งการได้รับรู้เกี่ยวกับ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญเพื่อสร้างเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนกลุ่มต่างๆ ได้มีโอกาสเข้าร่วมทำกิจกรรมเพื่อประโยชน์ต่อสุขภาพ และการสร้างศักยภาพของชุมชนในการดูแล ผู้สูงอายุให้เกิดพลังเข้มแข็งซึ่งจะมีส่วนช่วยในการพัฒนาชุมชนให้ก้าวหน้าได้ต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุในชุมชนบ้านมาหานิก อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพสุขภาพผู้สูงอายุผู้สูงอายุในชุมชนบ้านมาหานิก อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต
3. เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนบ้าน มาหานิก อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต

### วิธีการศึกษา (Method)

วิธีการศึกษาการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) ขั้นตอนเตรียมความพร้อม 2) ขั้นตอนดำเนินการ 3) ขั้นสรุปผล ระหว่างเดือน

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชนอายุ 20 ปีขึ้นไปที่ย้ายอยู่จริงในบ้านมาหานิก อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต จำนวน 558 คน จำแนกเป็น 4 กลุ่มได้แก่ ประชาชนที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี จำนวน 365 คน, ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 150 คน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 25 คน และ คณะกรรมการบ้านมาหานิก จำนวน 18 คนกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยจำนวน 233 คน ซึ่งคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของทาโร ยามานะ (Taro Yamane, 1973: อ้างถึงในกรณีศึกษา เรื่องเดช ขาวสวนศรีเจริญ, 2557: 147)

**เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ก่อนนำมาสร้างเป็นข้อคำถาม ภายใต้การแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา โดยแบบสอบถามจะมีคำถามลักษณะปลายเปิด และปลายปิดประกอบด้วยคำถาม 6 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม มี 10 ข้อ

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามด้านการสนับสนุนทางสังคมในชุมชนบ้านมาหานิก จากประเภทการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้านการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการประเมินค่า

**ส่วนที่ 3** แบบสอบถามทัศนคติต่อพฤติกรรมของบุคลากรที่ทำงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ คือ พฤติกรรมส่วนบุคคล

**ส่วนที่ 4** แบบสอบถามด้านลักษณะของการมีส่วนร่วมของประชาชนในขั้นตอนต่างๆ ความคิดเห็นต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ แบ่งเป็น 4 ประเด็น คือ ร่วมค้นปัญหาและแสดงความคิดเห็น ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินงาน ร่วมประเมินผล

**ส่วนที่ 5** ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

**ส่วนที่ 6** ความคิดเห็นอื่นๆ และข้อเสนอแนะ

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

## 1.ขั้นเตรียมการ

1.1 เสนอขอรับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต เพื่อพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

1.2 ทำหนังสือจาก รพ.สต. บ้านมาหานิก ถึง นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลศรีสุนทร อำเภอลาง จังหวัดภูเก็ต เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล

1.3 ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขเทศบาลตำบลศรีสุนทรผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา

1.4 เตรียมแบบสอบถามให้ครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

## 2. ขั้นตอนการ

2.1 ผู้ศึกษาเข้าพบผู้นำหมู่บ้านเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล

2.2 ผู้ศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีการชี้แจง วัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากกลุ่มผู้นำชุมชน ประชาชนทั่วไป อสม. และผู้สูงอายุในชุมชน และเก็บแบบสอบถามกลับด้วยตนเอง

2.3 นำแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมได้มา ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสอบถามก่อนนำไปสู่การวิเคราะห์ข้อมูล

2.4 นำแบบสอบถามที่สมบูรณ์ที่ผ่านการตรวจสอบไปวิเคราะห์ผลต่อไป

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติดังนี้

1. แจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละของข้อมูล ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน ตำแหน่งทางสังคม สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้สูงอายุ การป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

2. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ( $\bar{X}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของระดับคะแนนการสนับสนุนทางสังคม ทักษะติดต่อพฤติกรรมของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ การมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และปัญหาอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และทักษะติดต่อพฤติกรรมของบุคลากรที่ทำงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ ด้วยค่าสถิติ Independent sample t-test และ one-way ANOVA

**จริยธรรมการวิจัย** การศึกษารั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต PKPH 010/65 ลงวันที่ 27 กรกฎาคม 2565

## ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.13 เพศชาย ร้อยละ 37.87 อายุ 45-59 ปี ร้อยละ 36.60 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 38.30 รองลงมาเป็นระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 23.83 ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวมากที่สุด ร้อยละ 30.21 รองลงมาประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 18.30 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 9,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 56.60 ส่วนใหญ่มีสถานภาพ คู่ ร้อยละ 70.21 รองลงมาสถานภาพ โสด ร้อยละ 19.15 ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน 21 - 40 ปี มากที่สุด ร้อยละ 37.02 ส่วนใหญ่ไม่มีตำแหน่งใดในชุมชน ร้อย

ละ 89.80 และมีผู้สูงอายุในครอบครัว 1 คนมากที่สุด ร้อยละ 41.28 ไม่มี ร้อยละ 32.34 และส่วนใหญ่ไม่มีโรคเรื้อรังร้อยละ 70.64

ผลการวิจัย พบว่าประชาชนในชุมชนบ้านมาหานิก มีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=2.82$ ) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมด้านการวางแผนสูงที่สุด ( $\bar{X}=2.88$ ) รองลงมาเป็นด้านการค้นหาปัญหา ( $\bar{X}=2.87$ ) ด้านการดำเนินการ ( $\bar{X}=2.86$ ) และด้านประเมินผล ( $\bar{X}=2.68$ ) ตามลำดับโดยประชาชนที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีแรงสนับสนุนทางสังคมแตกต่าง และมีทัศนคติส่วนบุคคลต่อบุคลากรที่ทำงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่แตกต่างกัน มีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแตกต่างกัน ส่วนปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญต่อการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนบ้านมาหานิก เรียงตามลำดับคือภาระด้านการประกอบอาชีพ การดูแลครอบครัวและบุตร และผู้นำไม่กระจายงานให้กับสมาชิกในชุมชน

### การค้นพบที่เรียนรู้ที่ได้รับ

1. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทางด้านอารมณ์จากครอบครัว ความเห็นอกเห็นใจความเอาใจใส่จากครอบครัว และเจ้าหน้าที่ เป็นจุดแข็งส่งเสริมให้กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ดังนั้นการสร้างการมีส่วนร่วมในด้านต่างๆในชุมชน จึงควรให้ความสำคัญในการสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมให้มาก ซึ่งอาจดำเนินการได้โดยการสร้างความเข้าใจระหว่างสมาชิกในครอบครัว และชุมชน อาจจะพูดคุยร่วมกันซึ่งไม่ใช่แค่เพียงกลุ่มผู้นำชุมชนหรือกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งแต่ควรมีการประชุมร่วมกันกับคนทั้งชุมชน เพื่อชี้แจงการทำความเข้าใจเกี่ยวกับทำงานของร่วมกัน และควรมีการประชาสัมพันธ์กิจกรรมในชุมชนให้ชัดเจน เพื่อให้เกิดความรับรู้และตระหนักในการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ

2. ทัศนคติของบุคลากรที่ทำงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างน้อย ดังนั้น บุคลากรทั้งในเทศบาล หรือโรงพยาบาลต้องมีการปรับตัวในการเข้าหาชาวบ้านมากขึ้น ขณะเดียวกันควรหลีกเลี่ยงสิ่งที่ชาวบ้านไม่ปรารถนา ควรยึดหลักสิ่งที่ทำให้เกิดประโยชน์ หลีกเลี่ยงที่ที่ทำให้เกิดโทษ เพราะถ้าชาวบ้านรู้สึกว่เจ้าหน้าที่สามารถไว้วางใจได้ปรึกษาได้ และเป็นกันเองกับชาวบ้านก็จะทำให้การทำงานที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น

3. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชนบ้านมาหานิกอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างน้อย ดังนั้นเจ้าหน้าที่ของรัฐควรมีการผลักดันให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการบอกปัญหา แสดงความคิดเห็นและตัดสินใจเลือกกิจกรรมโดยให้ประชาชนเสนอความคิดเห็นร่วมกันในที่ประชุมเพื่อให้กิจกรรมเกิดการพัฒนา ประสบความสำเร็จ และดำเนินการอย่างต่อเนื่องและควรให้ความสำคัญด้านการประเมินค่าควมการสะท้อนปัญหา และความสำเร็จจากการมีส่วนร่วมของชุมชนให้ประชาชนได้รับทราบ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.13 ช่วงอายุที่พบมากที่สุด 45-59 ปี ร้อยละ 36.60 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 38.30 รองลงมาเป็น ระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 23.83 ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวมากที่สุด ร้อยละ 30.21 รองลงมาเป็นอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 18.30 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 9,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 56.6 มีสถานภาพสมรส คู่ มากที่สุด ร้อยละ 70.21 ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน 21 - 40 ปี มากที่สุด ร้อยละ 37.0 ส่วนใหญ่ไม่มีตำแหน่งใดๆในชุมชนร้อยละ 89.80 และไม่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังร้อยละ 70.64

### 1.แรงสนับสนุนทางสังคมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาพรวม และรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยการได้รับแรง

สนับสนุนทางสังคมทางด้านอารมณ์สูงสุด ( $\bar{X}=3.62$ ) รองลงมาเป็นด้านข้อมูลข่าวสาร ( $\bar{X}=3.48$ ) ด้านสิ่งของและบริการ ( $\bar{X}=3.25$ ) และด้านการประเมินค่า ( $\bar{X}=3.19$ )

## 2.ทัศนคติต่อพฤติกรรมส่วนบุคคลของบุคลากรที่ทำงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่

ผลการศึกษาทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างต่อพฤติกรรมส่วนบุคคลของบุคลากรที่ทำงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ ในภาพรวมพบว่า ประชาชนมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมส่วนบุคคลของบุคลากรที่ทำงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=3.64$ ) โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด เท่ากันในข้อ เจ้าหน้าที่เทศบาลที่เข้ามาปฏิบัติงานในชุมชน เป็นผู้มีอัธยาศัยดี เป็นกันเอง และเป็นที่รักของชุมชน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่เข้ามาปฏิบัติงานในชุมชน เป็นผู้มีบุคลิกภาพน่าเชื่อถือ และไว้วางใจได้ ( $\bar{X}=3.69$ ) รองลงมา เป็นเจ้าหน้าที่เทศบาลที่เข้ามาปฏิบัติงานในชุมชน เป็นผู้มีบุคลิกภาพน่าเชื่อถือ และไว้วางใจได้ ( $\bar{X}=3.66$ ) และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่เข้ามา ปฏิบัติงานในชุมชนเป็นผู้มีอัธยาศัยดี เป็นกันเอง และเป็นที่รักของชุมชน ( $\bar{X}=3.62$ ) ตามลำดับ

## 3. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ในภาพรวมประชาชนในชุมชนบ้านมาหานิกมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=2.82$ ) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมในด้านการวางแผนสูงสุด ( $\bar{X}=2.88$ ) รองลงมาเป็นด้านการค้นหาปัญหา ( $\bar{X}=2.87$ ) ด้านการดำเนินการ ( $\bar{X}=2.86$ ) และด้านการประเมินผล ( $\bar{X}=2.68$ ) ตามลำดับ

## 4. การเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจำแนกตามปัจจัยต่างๆ

### 1. ปัจจัยส่วนบุคคล

ผลการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ประชาชนที่ประกอบอาชีพ แม่บ้าน มีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แตกต่างกับประชาชนที่ประกอบอาชีพ รับจ้าง เกษตร ค้าขาย และพนักงานบริษัท และประชาชนที่มีสถานภาพคู่มีระดับการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แตกต่างกับประชาชนที่มีสถานภาพหม้าย/แยกกันอยู่/หย่าร้าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนประชาชนที่มี เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน ตำแหน่งในชุมชน และโรคเรื้อรัง แตกต่างกันพบว่ามีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ไม่แตกต่างกัน

### 2. แรงสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่าประชาชนที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของและบริการ ด้านการประเมินค่า และภาพรวมทุกด้านแตกต่างกัน มีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการค้นหาปัญหา ด้านการวางแผน ด้านการดำเนินการ ด้านการประเมินผล และภาพรวมทุกด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### 3. ทัศนคติส่วนบุคคลต่อบุคลากรที่ทำงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่

ผลการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามปัจจัยทัศนคติส่วนบุคคลต่อบุคลากรที่ทำงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ พบว่าประชาชนที่มีทัศนคติส่วนบุคคลต่อบุคลากรที่ทำงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่แตกต่างกัน มีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการค้นหาปัญหา ด้านการวางแผน ด้านการดำเนินการ ด้านการประเมินผล และภาพรวมทุกด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. ข้อมูลด้านปัญหาอุปสรรค ต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการศึกษา พบว่ามีปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่สำคัญ 3 ลำดับแรก ดังนี้ ภาระด้านการประกอบอาชีพทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ( $\bar{X}=2.86$ ) รองลงมาเป็นภาระในการดูแลครอบครัวและบุตร และผู้นำชุมชนไม่กระจายงานให้กับสมาชิกในชุมชนอย่างเหมาะสม ( $\bar{X}=2.68$  และ 2.35 ตามลำดับ

#### กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ทำให้ผลงานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

#### เอกสารอ้างอิง (References)

1. กณิกนันต์ หยกสกุล. 2551. “การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพ.” วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
2. กมล สาครมณีทรัพย์. 2545. “ปัจจัยที่ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ กรณีศึกษา: ชุมชนหลังวัดลานบุญ.” วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรบัณฑิต, สาขาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
3. กรกช ณ ลำพูน. 2549. “ทัศนคติของประชาชนที่มีต่อการให้บริการของสำนักงานที่ดินจังหวัดเชียงราย สาขาอำเภอแม่สาย.” วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรบัณฑิต, สาขาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
4. กรรณิกา เรืองเดช ขาวสวนศรีเจริญ. 2557. วิจัยเบื้องต้นสำหรับวิทยาศาสตร์สุขภาพ: Fundamental Research for Health Science. พิมพ์ครั้งที่ 1. ตรัง: วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง.
5. โกวิทย์ พวงงาม. 2545. อ้างถึงใน ณรงค์ กุลนิเทศ. 2555. “การมีส่วนร่วมที่แท้จริงของประชาชน จังหวัดขอนแก่น.” วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
6. จีระศักดิ์ เจริญพันธ์. 2553. การจัดการสาธารณสุขในชุมชน: คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
7. ฉวีวรรณ อยู่สำราญ และคนอื่นๆ. 2550. การสนับสนุนทางสังคม ความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด. วารสารสภาการพยาบาล, 22(1), 60-71
8. ชนัญฉวีร์ ฐิตพัฒนานนท์. 2552. “การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพโดยใช้กระบวนการ AIC: กรณีศึกษาชุมชนในตำบลหนองไผ่ล้อม อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา.” วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพัฒนสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
9. ธาริน สุขอนันต์ และคนอื่นๆ. 2554. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัด ชลบุรี. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี. 41(3), 240-24 นเรศ สงเคราะห์สุข. 2541. อ้างถึงใน ปาริชาติ วลัยเสถียร. 2554. กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ม.ป.ท.
10. ไพโรจน์ สุขสัมฤทธิ์. 2531. อ้างถึงใน ทรงศักดิ์ มีชัย. 2554. “กระบวนการมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุบ้านป่าขาม อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน.” วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- 11.มรกต หน่อศักดิ์. 2552. “การมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมผู้สูงอายุ ตำบลป่าไผ่ อำเภอสนทราย จังหวัด เชียงใหม่.” การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- 12.ปิยนุช สมสมัย, 2553. “การมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างพื้นที่สาธารณะ: กรณีศึกษาชุมชนโพรมัสต์ เขตบางขุนเทียน กรุงเทพมหานคร.” วิทยานิพนธ์ปริญญาภูมิสถาปัตยกรรมศาสตรบัณฑิต, สาขาภูมิสถาปัตยกรรม. มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- 13.ปรีชา ณ พัทลุง. 2545. อ้างถึงใน ภาควิชา ทตตินาพานิช. 2547. “ทัศนคติของผู้โดยสารที่มีต่อการรับบริการของรถไฟ แห่งประเทศไทย.” วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารศาสตรบัณฑิต, สาขาวิทยาการจัดการ. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
14. อาภาพร เฝ้าวัฒนา และคนอื่นๆ. 2554. การสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์แนวคิด และ ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
15. อิศเรศ อาบุญ. 2549. “พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในตำบลกะมียอ อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี.” ปัญหาพิเศษทางสาธารณสุขปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต, สาขาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา.
16. Aderson, C. B. 2003. อ้างถึงใน ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. 2553. ต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพโดยทีมสุขภาพภาค ประชาชน. วารสารการพยาบาลและสุขภาพมหาวิทยาลัยนเรศวร. 2(3), 6-7.
17. American Public Health Association. 1983. อ้างถึงใน ชีรพงษ์ แก้วหาญ. 2543. “การส่งเสริมสุขภาพตาม ปัญหาของชุมชนผู้สูงอายุ.” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
18. Best, J. W. 2006. อ้างถึงใน ศันสนีย์ วงศ์ม่วย. 2556. แรงจูงใจที่มีผลต่อสมรรถนะประจำกลุ่มงานของนักวิชาการ สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 1(2), 1-2.
19. Brown, D. L. 1986. อ้างถึงใน ฉวีวรรณ อยู่สำราญ และคนอื่นๆ. 2550. การสนับสนุนทางสังคม ความรู้ และ ความสามารถในการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บคลอดก่อนกำหนด. วารสารสภาการพยาบาล. 22(1), 68-69.
20. Cobb, S. 1976. อ้างถึงใน ฉวีวรรณ อยู่สำราญ และคนอื่นๆ. 2550. การสนับสนุนทางสังคม ความรู้ และ ความสามารถในการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บคลอดก่อนกำหนด. วารสารสภาการพยาบาล. 22(1), 61.

