



รายงานการวิจัย
เรื่อง

ชุมชนสุขภาวะบนพื้นฐานศักยภาพของชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคี
เครือข่าย: กรณีศึกษาชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี
Community well-being on a Basis of Community Capacity and
Network Partners' Participation: A case study of Communities in
Muang District, Suphanburi Province

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุชาดา โทผล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สมศักดิ์ เจริญพูล
เรืออากาศเอกหญิงชุตติมา ทองวชิระ
นางสาวจันทรกานต์ ทรงเดช
นางสาวณัฐธิดา กิจเนตร
นางสาวเมฐิณี นัยสุด
นายสุทัศน์ ต่านตระกุล

มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
2559
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสวนดุสิต



รายงานการวิจัย

เรื่อง

ชุมชนสุขภาวะบนพื้นฐานศักยภาพของชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคี
เครือข่าย: กรณีศึกษาชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี

Community well-being on a Basis of Community Capacity and
Network Partners' Participation: A case study of Communities in
Muang District, Suphanburi Province

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุชาดา โทผล

(คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สมศักดิ์ เจริญพูล

(คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)

เรืออากาศเอกหญิงชุตินา ทองวชิระ

(คณะพยาบาลศาสตร์)

นางสาวจันทรกานต์ ทรงเดช

นางสาวณัฐธิดา กิจเนตร

(โรงเรียนการเรือน)

นางสาวเมฐิณี นัยสุด

(สถาบันวิจัยและพัฒนา)

นายสุทัศน์ ต่านตระกูล

(เทศบาลตำบลท่าเสด็จ)

มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

2559

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสวนดุสิต

(งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากงบประมาณแผ่นดินด้านการวิจัยปีงบประมาณ 2559)

หัวข้อวิจัย	ชุมชนสุขภาวะบนพื้นฐานศักยภาพของชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่าย: กรณีศึกษาชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี
ผู้ดำเนินการวิจัย	ผศ.ดร.สุชาดา โทผล และคณะ
หน่วยงาน	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
ปี พ.ศ.	2559

การศึกษาชุมชนสุขภาวะบนพื้นฐานศักยภาพของชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย: กรณีศึกษาชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed method) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาศักยภาพชุมชน และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในการส่งเสริมชุมชนสุขภาวะ และศึกษารูปแบบการจัดกิจกรรมชุมชนสุขภาวะบนพื้นฐานศักยภาพของชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย รวมทั้งสร้างแกนนำกิจกรรมชุมชนสุขภาวะ โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจำนวน 400 ชุด เพื่อศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของประชาชนในชุมชนในประเด็นที่สำคัญ 3 ด้านคือ อาหาร การออกกำลังกาย และการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง ซึ่งได้รับคืนและสมบูรณ์เพียงพอที่จะใช้วิเคราะห์ข้อมูลได้จำนวน 400 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100.00 และทำการสัมภาษณ์กลุ่มย่อย รวมทั้งอบรมแกนนำ ผลการศึกษาพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 60.50 และมีอายุอยู่ระหว่าง 36 – 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.50 ส่วนมากมีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 60.50 ด้านการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 6 คิดเป็นร้อยละ 64.25 ประกอบอาชีพค้าขายหรือรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 27.50 และ 22.75 ตามลำดับ โดยส่วนมากมีรายได้น้อยกว่าเท่ากับ 10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 75.85 ด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 45.50

2. ศักยภาพชุมชน และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในการส่งเสริมชุมชนสุขภาวะ ซึ่งพิจารณาจาก 3 ประเด็นที่สำคัญคือ ผู้นำชุมชน ทรัพยากรบุคคล และการสื่อสารในชุมชน พบว่า ประเด็นทั้ง 3 ประชาชนในชุมชนเห็นด้วยว่าเป็นสิ่งสำคัญของศักยภาพของชุมชนมีค่าอยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.95 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.79 ส่วนด้านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยพิจารณาในประเด็นการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในการส่งเสริมและพัฒนาชุมชนสุขภาวะพบว่า ประชาชนเห็นด้วยว่าตนเองและ/หรือคนในชุมชนมีส่วนร่วม โดยมีค่าอยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.46 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.08

3. การศึกษารูปแบบการจัดกิจกรรมชุมชนสุขภาวะบนพื้นฐานศักยภาพของชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายพบว่า รูปแบบการจัดกิจกรรมการสร้างชุมชนสุขภาวะที่ดี ทั้ง 3 ด้าน

ควรมีรูปแบบดังนี้ 1) กิจกรรมมีลักษณะที่ประชาชนสามารถทำด้วยตนเองได้ 2) กิจกรรมที่ต้องใช้เวลาน้อย ไม่เป็นอุปสรรคในการประกอบอาชีพ และ 3) กิจกรรมที่ทำหากต้องมีอุปกรณ์หรือวัสดุอุปกรณ์ประกอบต้องสามารถหาได้ง่ายจากชุมชน

4. การสร้างแกนนำกิจกรรมชุมชนสุขภาวะ พบว่ากระบวนการสร้างแกนนำโดยการอบรมให้ความรู้และการลงมือปฏิบัติจริงทำให้มีแกนนำใน 3 กลุ่มได้แก่ แกนนำการออกกำลังกายแบบยืดเหยียดกล้ามเนื้อ แกนนำด้านอาหารสุขภาพ และแกนนำด้านการดูแลรักษาตนเอง จำนวนกลุ่มละ 10 คน ซึ่งทั้งหมดเป็นสมาชิก อสม.

คำสำคัญ: ชุมชนสุขภาวะ, ศักยภาพของชุมชน, การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

Research Title	Community well-being on a basis of community capacity and network partners' participation: A case study of communities in Muang District, Suphanburi Province
Researcher	Asst. Prof. Dr. Suchada Thophon and others
Organization	Faculty of Science and Technology Faculty of Humanities and Social Sciences Suan Dusit University
Year	2016

A study of community wellness based on community capacity and network participation: A case study of communities in Mueng District, Suphanburi Province using mixed method research. Research objectives were studying community capacity and network participation in promoting community wellness, forms of community wellness activities based on community capacity and network participation, and a building of community wellness activity leaders. Data was collected by a questionnaire regarding knowledge, attitude and behavior of community members in terms of food, exercise and individual healthcare. Four hundred questionnaires were distributed with one hundred percent of return. Data was also gathered from small group seminars and training of leaders. Finding were as follows.

First, the majority of respondents was female (60.50%), aged between 36-59 years old (43.50%) and married (60.50%). With regard to educational background, most respondents earned a qualification lower than Mattayomsuksa 6 level (64.25%). The majority of occupations was merchants (27.50%) and temporary workers (22.75%), respectively. They earned less than 10,000 Baht per month (75.85%). Most participants stated that they had no chronic health conditions (45.50%).

Second, a study of community capacity found that community members highly agreed that community leaders, human resource and communication were important. The average score was 3.95 with standard deviation of 0.79. With regard to network participation, community members highly agreed that they participated in community wellness promotion and development with an average score of 3.46 and standard deviation of 1.08.

Third, a study of forms of community wellness activities based on community capacity and network participation found that community wellness activities should be staged in three forms: activities that people could do by themselves, activities that required less time and not affected to occupations and activities that required equipment or raw materials available in a community.

Fourth, a process to build community wellness leaders by training and practice could generate three types of leaders: exercise with muscle flexibility, foods and individual healthcare. There were 10 leaders per category. All were members of village public health volunteers.

Keywords: Community Well-being, Community Capacity, Network partners' participation

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณนายกเทศมนตรี เทศบาลตำบลท่าเสด็จ และเจ้าหน้าที่สำนักเทศบาล
ตำบลท่าเสด็จทุกท่านที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานวิจัย

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์
และสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสวนดุสิต และบุคคลทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องซึ่งทำให้
งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

คณะผู้วิจัย

2559

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ณ
สารบัญภาพ	๗
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญ	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
ขอบเขตการวิจัย	3
คำสำคัญ	3
คำนิยามเชิงปฏิบัติการ	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6
สุขภาวะและสุขภาพแบบองค์รวม	6
แนวคิดและทฤษฎีการดูแลส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง	10
อาหาร	14
การออกกำลังกาย	26
ศักยภาพชุมชน	35
การมีส่วนร่วมของชุมชน	37
เครือข่ายทางสังคม	40
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	43
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	45
การกำหนดพื้นที่ในการวิจัย	45
การศึกษาศักยภาพชุมชน (ขั้นตอนการกำหนดปัญหา)	45

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
เครื่องมือในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	46
การสร้างเครื่องมือการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย	47
การรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล	50
การดำเนินการร่วมกับชุมชน	51
การติดตาม ประเมินผล และปรับปรุง	52
บทที่ 4 ผลการวิจัย	53
ข้อมูลพื้นฐานของเทศบาลตำบลท่าเสาตั้ง	53
การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อระดมสมองและจัดกิจกรรม	56
ผลการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ	58
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	124
สรุปผลการวิจัย	124
อภิปรายผล	125
ข้อเสนอแนะ	130
บรรณานุกรม	131
บรรณานุกรมภาษาไทย	131
บรรณานุกรมภาษาต่างประเทศ	137
ภาคผนวก	139
ภาคผนวก ก รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	140
ภาคผนวก ข ความเที่ยงตรงของเครื่องมือการวิจัย	142
ภาคผนวก ค เครื่องมือการวิจัย	154
ภาคผนวก ง ภาพกิจกรรมโครงการ	166
ประวัติคณะผู้วิจัย	170

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
3.1	ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของคอนบาร์ค (Cronbach's Alpha coefficient) จำแนกตามองค์ประกอบรายด้าน	49
4.1	จำนวนประชากรเทศบาลตำบลท่าเสาดีจําแนกตามหมู่บ้าน	54
4.2	ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม	59
4.3	ของความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย	61
4.4	ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย	63
4.5	พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ตอบแบบสอบถาม	64
4.6	ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง	66
4.7	ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง	68
4.8	ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง	69
4.9	ข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร	70
4.10	ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร	73
4.11	ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร	74
4.12	ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของบทบาทของผู้นำชุมชนในการส่งเสริมและพัฒนาชุมชนสุขภาพ	75
4.13	ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในการส่งเสริมและพัฒนาชุมชนสุขภาพ	76
4.14	ข้อมูลเกี่ยวกับภาคีเครือข่ายเพื่อการพัฒนาชุมชนสุขภาพ	77
4.15	ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของข้อมูลเกี่ยวกับภาคีเครือข่าย	79

สารบัญตาราง (ต่อ)

ภาพที่		หน้า
4.16	ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของความต้องการเพื่อการพัฒนาเป็นชุมชนสุขภาวะ	80
4.17	ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายจำแนกตามเพศ	81
4.18	ความแปรปรวนของระดับทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายจำแนกตามอายุ	81
4.19	ความแปรปรวนของระดับทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายจำแนกตามสถานภาพ	82
4.20	ความแปรปรวนของระดับทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายจำแนกตามการศึกษา	82
4.21	ความแปรปรวนของระดับทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายจำแนกตามอาชีพ	82
4.22	ความแปรปรวนของระดับทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายจำแนกตามรายได้	83
4.23	ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองจำแนกตามเพศ	83
4.24	ความแปรปรวนของระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองจำแนกตามอายุ	83
4.25	ความแปรปรวนของระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองจำแนกตามสถานภาพ	84
4.26	ความแปรปรวนของระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองจำแนกตามการศึกษา	84
4.27	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง จำแนกตามการศึกษา โดยวิธี Tukey HSD	84
4.28	ความแปรปรวนของระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองจำแนกตามอาชีพ	85
4.29	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง จำแนกตามอาชีพ โดยวิธี Tukey HSD	85
4.30	ความแปรปรวนของระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองจำแนกตามรายได้	89
4.31	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง จำแนกตามรายได้ โดยวิธี Tukey HSD	89
4.32	ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองจำแนกตามเพศ	87
4.33	ความแปรปรวนของระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองจำแนกตามอายุ	87

สารบัญตาราง (ต่อ)

ภาพที่		หน้า
4.34	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเอง จำแนกตามอายุ โดยวิธี Tukey HSD	88
4.35	ความแปรปรวนของระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเอง จำแนกตามสถานภาพ	88
4.36	ความแปรปรวนของระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองจำแนกตามการศึกษา	89
4.37	ความแปรปรวนของระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองจำแนกตามอาชีพ	89
4.38	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเอง จำแนกตามอาชีพ โดยวิธี Tukey HSD	90
4.39	ความแปรปรวนของระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองจำแนกตามรายได้	90
4.40	ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภค จำแนกตามเพศ	91
4.41	ความแปรปรวนของระดับทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคจำแนกตามอายุ	91
4.42	ความแปรปรวนของระดับทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคจำแนกตามสถานภาพ	91
4.43	ความแปรปรวนของระดับทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคจำแนกตามการศึกษา	92
4.44	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคจำแนกตามการศึกษา โดยวิธี Tukey HSD	92
4.45	ความแปรปรวนของระดับทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคจำแนกตามอาชีพ	93
4.46	ความแปรปรวนของระดับทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคจำแนกตามรายได้	93
4.47	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคจำแนกตามรายได้ โดยวิธี Tukey HSD	93
4.48	ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของพฤติกรรมเกี่ยวกับการ บริโภคจำแนกตามเพศ	94
4.49	ความแปรปรวนของระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคจำแนกตามอายุ	94
4.50	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภค จำแนกตามอายุ โดยวิธี Tukey HSD	95
4.51	ความแปรปรวนของระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภค จำแนกตามสถานภาพ	95
4.52	ความแปรปรวนของระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภค จำแนกตามการศึกษา	95
4.53	ความแปรปรวนของระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคจำแนกตามอาชีพ	96
4.54	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภค จำแนกตามอาชีพ โดยวิธี Tukey HSD	96
4.55	ความแปรปรวนของระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคจำแนกตามรายได้	97
4.56	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภค จำแนกตามรายได้ โดยวิธี Tukey HSD	97

สารบัญตาราง (ต่อ)

ภาพที่		หน้า
4.57	ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ความคิดเห็นต่อบทบาทของผู้นำชุมชนในการส่งเสริมและพัฒนาชุมชนสุขภาวะจำแนกตามเพศ	98
4.58	ความแปรปรวนของระดับความคิดเห็นต่อบทบาทของผู้นำชุมชนจำแนกตามอายุ	98
4.59	ความแปรปรวนของระดับความคิดเห็นต่อบทบาทของผู้นำชุมชนจำแนกตามสถานภาพ	99
4.60	ความแปรปรวนของระดับความคิดเห็นต่อบทบาทของผู้นำชุมชนจำแนกตามการศึกษา	99
4.61	ความแปรปรวนของระดับความคิดเห็นต่อบทบาทของผู้นำชุมชนจำแนกตามอาชีพ	99
4.62	ความแปรปรวนของระดับความคิดเห็นต่อบทบาทของผู้นำชุมชนจำแนกตามรายได้	100
4.63	ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ในการส่งเสริมและพัฒนาชุมชนสุขภาวะจำแนกตามเพศจำแนกตามเพศ	100
4.64	ความแปรปรวนของระดับการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนจำแนกตามอายุ	100
4.65	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน จำแนกตามอายุ โดยวิธี Tukey HSD	101
4.66	ความแปรปรวนของระดับการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน จำแนกตามสถานภาพ	101
4.67	ความแปรปรวนของระดับการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน จำแนกตามการศึกษา	101
4.68	ความแปรปรวนของระดับการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนจำแนกตามอาชีพ	102
4.69	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน จำแนกตามอาชีพ โดยวิธี Tukey HSD	102
4.70	ความแปรปรวนของระดับการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนจำแนกตามรายได้	103
4.71	ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับภาคีเครือข่ายจำแนกตามเพศ	103
4.72	ความแปรปรวนของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับภาคีเครือข่ายจำแนกตามอายุ	103
4.73	ความแปรปรวนของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับภาคีเครือข่ายจำแนกตามสถานภาพ	104
4.74	ความแปรปรวนของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับภาคีเครือข่ายจำแนกตามการศึกษา	104
4.75	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับภาคีเครือข่ายจำแนกตามการศึกษา โดยวิธี Tukey HSD	104
4.76	ความแปรปรวนของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับภาคีเครือข่ายจำแนกตามอาชีพ	105

สารบัญตาราง (ต่อ)

ภาพที่		หน้า
4.77	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับภาคีเครือข่าย จำแนกตามอาชีพ โดยวิธี Tukey HSD	105
4.78	ความแปรปรวนของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับภาคีเครือข่ายจำแนกตามรายได้	106
4.79	ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ความต้องการของประชาชน เพื่อการพัฒนาเป็นชุมชนสุขภาวะจำแนกตามเพศ	106
4.80	ความแปรปรวนของความต้องการของประชาชนเพื่อการพัฒนาเป็นชุมชนสุขภาวะจำแนกตามอายุ	106
4.81	ความแปรปรวนของความต้องการของประชาชนเพื่อการพัฒนาเป็นชุมชนสุขภาวะจำแนกตามสถานภาพ	107
4.82	ความแปรปรวนของความต้องการของประชาชนเพื่อการพัฒนาเป็นชุมชนสุขภาวะจำแนกตามการศึกษา	107
4.83	ความแปรปรวนของความต้องการของประชาชนเพื่อการพัฒนาเป็นชุมชนสุขภาวะจำแนกตามอาชีพ	108
4.84	ความแปรปรวนของความต้องการของประชาชนเพื่อการพัฒนาเป็นชุมชนสุขภาวะจำแนกตามรายได้	108
4.85	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความต้องการของประชาชนเพื่อการพัฒนาเป็นชุมชนสุขภาวะจำแนกตามรายได้ โดยวิธี Tukey HSD	109
4.86	การวิเคราะห์ Logical Framework เพื่อให้ได้แนวทางการดำเนินกิจกรรม	116

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
4.1	การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อระดมสมอง ร่วมกับชุมชน	56
4.2	คณะวิจัยประชุมร่วมกับนายกเทศมนตรี ผู้อำนวยการฝ่ายสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่เทศบาลท่าเสาดีจ เตรียมจัดกิจกรรมสุขภาวะ	57
4.3	ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อการพัฒนากิจกรรมเพื่อการส่งเสริมชุมชน สุขภาวะ	121

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญ

สุขภาพที่ดีเป็นสิ่งที่มนุษย์แสวงหาและต้องการเป็นอย่างยิ่ง การมีสุขภาพที่ดีย่อมส่งผลให้มีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุผลสำเร็จที่ตั้งไว้ นอกจากนี้มนุษย์ยังมีแนวโน้มที่จะอายุยืนมากขึ้น ซึ่งสังเกตได้จากการที่หลายประเทศกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้การดูแลสุขภาพสุขภาพให้แข็งแรงเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2003) ให้ความหมายของคำว่า “สุขภาพ” ไว้ว่า “สุขภาพ” หมายถึง ภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี ไม่ใช่เพียงแต่ความปราศจากโรค หรือทุพพลภาพเท่านั้น (Health is defined as a state complete physical, mental and social well-being and merely the absence of disease infirmity) สำหรับประเทศไทย ได้ให้ความสำคัญอย่างยิ่งในด้านการดูแลสุขภาพ โดยได้กำหนดแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (2555–2559) ที่มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพของประชาชน ด้านการส่งเสริมสุขภาพ เป็นกลไกการสร้างความเข้มแข็งให้แก่สุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพสังคม และสุขภาพจิตวิญญาณ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม การส่งเสริมให้ประชาชนคำนึงถึงความสำคัญของการมีสุขภาพที่ดีจนเป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำนั้นเป็นประเด็นที่ยังต้องมีการส่งเสริมอย่างจริงจัง เนื่องจากยังมีประชาชนอีกจำนวนมากที่มีสุขภาพไม่แข็งแรง หรือไม่สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้ ดังนั้นการป้องกันโดยการส่งเสริมให้ประชาชนปฏิบัติตนเพื่อให้ร่างกายแข็งแรงมีสุขภาพที่ดีขึ้นจึงเป็นวิธีการหนึ่งในการส่งเสริมการมีสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

ดังนั้น การสร้างเสริมสุขภาพคนไทยให้มีความสมบูรณ์แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ โดยการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน โดยมุ่งเน้นพัฒนาชุมชนท้องถิ่นให้เข้มแข็งและสามารถสร้างภูมิคุ้มกันให้คนในชุมชน ในรูปแบบของเครือข่ายและการสร้างแกน

นำเครือข่าย ทั้งการการจัดการในรูปแบบของเครือข่ายเป็นที่ประจักษ์แล้วว่าเป็นรูปแบบในการบริหารรูปแบบหนึ่งที่มีศักยภาพหากทำให้ถูกต้อง และเกิดการร่วมมือในรูปแบบของเครือข่ายอย่างแท้จริง อย่างไรก็ตามปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อการสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็งคือความร่วมมือของคนในชุมชนและศักยภาพของชุมชนในประเด็นที่ต้องการร่วมมือกัน ทั้งในด้านวัตถุดิบหรือทรัพยากรในพื้นที่ ด้านทรัพยากร บุคลากร และการสนับสนุนจากรัฐ รวมทั้งการสนับสนุนจากหน่วยงานภาคเอกชน การสร้างเครือข่ายด้านสุขภาวะให้แก่ชุมชนจึงเป็นการสร้างความร่วมมือของคนในชุมชนให้ตระหนัก และปรับเปลี่ยนทัศนคติ รวมทั้งพฤติกรรมด้านสุขภาพให้ดีขึ้น ดังนั้นชุมชนที่มีสุขภาพจะที่ดี ย่อมหมายถึงความอยู่ดี กินดีของประชาชน การมีความสุขของคนในชุมชน และอาจส่งผลถึงศักยภาพในการประกอบอาชีพที่สูงขึ้น กล่าวคือเมื่อมีสุขภาพที่ดีก็สามารถทำงานได้มากขึ้นมีรายได้สูงขึ้น ผลผลิตทางเศรษฐกิจของชุมชนสูงขึ้นนั่นเอง ทั้งนี้ศักยภาพของชุมชนจะยิ่งมีมากขึ้นเมื่อมีการจัดการแบบเครือข่ายที่บุคคลในชุมชนหรือสังคม มีโอกาสในการคิดและตัดสินใจในการวางแผน การปฏิบัติ การประเมินผล และร่วมรับผลประโยชน์ ด้วยความเต็มใจ รวมทั้งร่วมรับผิดชอบด้วยกัน ซึ่งมุ่งหวังว่าการมีส่วนร่วมนั้นจะแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาชุมชนไปในทิศทางที่ดีขึ้น โดยมีความเป็นชุมชนสุขภาพที่ดีเป็นเป้าหมาย กล่าวคือการที่บุคคลในชุมชนมีสุขภาพที่ดีทั้งทางกายและทางใจ มีความเป็นอยู่ร่วมกันด้วยดีทั้งในระดับในครอบครัวและชุมชนนั่นเอง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดพื้นที่ในการศึกษาคือ ชุมชนท่าเสด็จ อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งเป็นชุมชนที่ประชาชนในพื้นที่มีความพร้อมและให้ความสนใจในการพัฒนาสุขภาพของตนเองและครอบครัว รวมทั้งผู้บริหารในท้องถิ่นให้ความสำคัญและประสานความร่วมมือในการพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชนเป็นอย่างดี ในเบื้องต้นคณะผู้วิจัยจึงเห็นว่าโดยรวมชุมชนท่าเสด็จเป็นชุมชนที่มีศักยภาพสามารถพัฒนาได้ จึงได้กำหนดให้เป็นพื้นที่ในการศึกษา

จากข้อมูลข้างต้นจึงเป็นที่มาของคำถามการวิจัยที่ว่า ชุมชนท่าเสด็จมีศักยภาพในการพัฒนาเป็นเครือข่ายด้านสุขภาวะหรือไม่ และหากมีศักยภาพแล้วรูปแบบเครือข่ายหรือลักษณะกิจกรรมควรเป็นอย่างไร

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.2.1 เพื่อศึกษาศักยภาพชุมชน และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในการส่งเสริมชุมชนสุขภาวะ

1.2.2 เพื่อศึกษารูปแบบการจัดกิจกรรมชุมชนสุขภาวะบนพื้นฐานศักยภาพของชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

1.2.3 เพื่อสร้างแกนนำกิจกรรมชุมชนสุขภาวะ

1.3 ขอบเขตการวิจัย

1.3.1 ขอบเขตเนื้อหา

ศึกษาศักยภาพชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมชุมชนสุขภาวะ ด้านความสามารถของบุคคลหรือชุมชน ด้านความรู้ พฤติกรรม รูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะ และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

1.3.2 ขอบเขตประชากรเป้าหมาย

การศึกษาครั้งนี้มีทำการศึกษาโดยใช้แบบสอบถาม และการสัมภาษณ์ย่อยกับกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่คือ ผู้นำชุมชน และประชาชน ในชุมชนท่าเสด็จ อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี

1.3.3 ขอบเขตระยะเวลา

1 ตุลาคม 2558 ถึง 30 กันยายน 2559

1.4 คำสำคัญ (keywords)

1.4.1 ชุมชนสุขภาวะ (community well-being)

1.4.2 ศักยภาพของชุมชน (community capacity)

1.4.3 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (network partners' participation)

1.5 ค่านิยมเชิงปฏิบัติการ

1.5.1 สุขภาวะ หมายถึง การดำรงชีวิตของบุคคลอย่างมีความสุขทั้งกายและใจ ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ มีร่างกายแข็งแรง จิตใจแข็งแรง มีความสุขอยู่ในสังคม

1.5.2 การดูแลส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่อันดีของบุคคล มีการเรียนรู้ ในการกระทำและผลของการกระทำเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลสุขภาพของตนเองที่จำเป็น โดยการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อหน้าที่หรือพัฒนาการของบุคคลเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก ซึ่งรวมถึงการกระทำเพื่อบุคคลและสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลอื่น

1.5.3 ผู้นำชุมชน หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มคนที่ได้รับการแต่งตั้งจากหน่วยงานภาครัฐหรือไม่ได้รับการแต่งตั้งก็ตาม ที่มีความรู้ ความสามารถ มีศิลปะการชักจูงบุคคลในชุมชนในดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนให้ประสบความสำเร็จได้

1.5.4 การมีส่วนร่วม หมายถึง บุคคลในชุมชนหรือสังคม มีโอกาสในการคิดและตัดสินใจในการวางแผน การปฏิบัติ การประเมินผล และร่วมรับผลประโยชน์ ด้วยความเต็มใจ รวมทั้งร่วมรับผิดชอบด้วยกัน ซึ่งมุ่งหวังว่าการมีส่วนร่วมนั้นจะแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาชุมชนไปในทิศทางที่ดีขึ้น

1.5.5 เครือข่ายทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ในสังคมนุชนัยทั้งในระดับบุคคล บุคคลกับกลุ่ม กลุ่มกับกลุ่ม และกลุ่มกับเครือข่าย เป็นการอธิบายถึงพฤติกรรมและความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับสิ่งต่าง ๆ อาทิ กิจกรรมการสื่อสาร ความร่วมมือ การพึ่งพาอาศัย การแลกเปลี่ยน การเรียนรู้ ซึ่งเป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีโครงสร้างและรูปแบบที่หลากหลาย โดยมีเป้าหมาย วัตถุประสงค์ ความต้องการบางอย่างร่วมกัน และสมาชิกมีความเป็นอิสระ

1.5.6 ความรู้ หมายถึง การจำได้ หรือระลึกได้ และเข้าใจสาระสำคัญเกี่ยวกับ การออกกำลังกาย อาหารสุขภาพ สุขภาวะ และการดูแลส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง

1.5.7 ทักษะคติ หมายถึง ความรู้สึก ความเชื่อ หรือการรู้ของบุคคล กับแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมโต้ตอบ ในทางใดทางหนึ่ง และเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลมีความพร้อมที่จะปฏิบัติเฉพาะอย่างเกี่ยวกับการออกกำลังกาย อาหารสุขภาพ สุขภาวะ และการดูแลส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง

1.5.8 พฤติกรรม หมายถึง การแสดงออก ถึงลักษณะและองค์ประกอบ ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน หรือการกระทำใดๆ ที่มีการปฏิบัติทั้งในด้านรูปแบบกิจกรรม มีความบ่อย ระยะเวลาที่ปฏิบัติแต่ละวัน เกี่ยวกับการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร และการดูแลส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง

1.5.9 การออกกำลังกาย หมายถึง การกระทำใด ๆ ที่มีการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เพื่อเสริมสร้างสุขภาพ เพื่อความสนุกสนานและเพื่อสังคม โดยจะเคร่งครัดต่อกฎกติกาการแข่งขัน หรือไม่ก็ได้ เช่น การเดิน การวิ่งเพื่อสุขภาพ การบริหารร่างกาย การเล่นกีฬาประเภทต่าง ๆ

1.5.10 การออกกำลังกายโดยการยืดกล้ามเนื้อ หมายถึง การยืดกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น และข้อต่อต่าง ๆ ภายในร่างกาย เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับระบบกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ให้ทำงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ และช่วยลดอันตรายจากการบาดเจ็บต่าง ๆ ช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงและความยืดหยุ่นให้กับระบบข้อต่อและเอ็นภายในร่างกาย

1.5.11 อาหารเพื่อสุขภาพ หมายถึง อาหารหรือส่วนประกอบของอาหารใดก็ตามที่ให้ประโยชน์แก่ร่างกายนอกเหนือจากรสสัมผัส คุณค่าทางโภชนาการ และหน้าที่อื่น ๆ โดยอาหารนั้นควรมีส่วนประกอบ หรือวัตถุดิบที่สามารถหาได้ง่ายในชุมชน รวมทั้งมีกรรมวิธีการประกอบหรือการปรุงอาหารที่สามารถคงคุณค่าและก่อให้เกิดประโยชน์แก่ร่างกาย

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ชุมชนท่าเสาตั้ง อำเภอมือง จังหวัดสุพรรณบุรี มีการเปลี่ยนแปลงซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนวิถีคิด พฤติกรรม เพื่อคุณภาพชีวิต ดังนี้

1.6.1 ชุมชนมีรูปแบบการจัดกิจกรรมชุมชนสุขภาวะบนพื้นฐานศักยภาพของชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

1.6.2 ชุมชนมีแกนนำกิจกรรมชุมชนสุขภาวะ

1.6.3 ชุมชนมีการดำเนินกิจกรรมชุมชนสุขภาวะ ด้านการออกกำลังกาย ด้านอาหารสุขภาพ และด้านการดูแลสุขภาพด้วยตัวเอง

1.6.4 ชุมชนมีเครือข่ายในการดำเนินกิจกรรมชุมชนสุขภาวะ

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 สุขภาวะและสุขภาพแบบองค์รวม

2.1.1 แนวคิดของสุขภาวะ (Concept of Health)

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2003) ให้ความหมายของคำว่า "สุขภาวะ" ไว้ว่า "สุขภาพหรือสุขภาวะ" หมายถึง ภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี ไม่ใช่เพียงแต่ความปราศจากโรค หรือทุพพลภาพเท่านั้น (Health is defined as a state complete physical, mental and social well-being and merely the absence of disease infirmity) "สุขภาพ" ในพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน กล่าวว่า สุขภาวะ หมายถึง "ความสุขปราศจากโรค ความสบาย" (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525) สุขภาวะที่สมบูรณ์ทุก ๆ ทางเชื่อมโยงกัน สะท้อนถึงความเป็นองค์รวมอย่างแท้จริงของสุขภาพที่เกื้อหนุนและเชื่อมโยงกันทั้ง 4 มิติ นำมาสู่วิสัยทัศน์ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) คือ "คนไทยมีสุขภาวะยั่งยืน หมายถึงคนไทยมีสุขภาวะดีครบทั้งสี่ด้าน ได้แก่ กาย จิต สังคม และปัญญา" อันได้แก่

- 1) สุขภาวะทางกาย หมายถึง การมีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง มีเศรษฐกิจพอเพียง มีสิ่งแวดล้อมดี ไม่มีอุบัติเหตุ เป็นต้น
- 2) สุขภาวะทางจิต หมายถึง จิตใจที่เป็นสุข ผ่อนคลาย ไม่เครียด คล่องแคล่ว มีความเมตตา กรุณา มีสติ มีสมาธิ เป็นต้น
- 3) สุขภาวะทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดี ในครอบครัว ในชุมชน ในที่ทำงาน ในสังคม ในโลก ซึ่งรวมถึงการมีบริการทางสังคมที่ดี และมีสันติภาพ เป็นต้น
- 4) สุขภาวะทางปัญญา (จิตวิญญาณ) หมายถึง ความสุขอันประเสริฐที่เกิดจากมีจิตใจสูง เข้าถึงความจริงทั้งหมด ลดละความเห็นแก่ตัว มุ่งเข้าถึงสิ่งสูงสุด ซึ่งหมายถึงพระนิพพาน หรือพระผู้เป็นเจ้าหรือความดีสูงสุด สุดแล้วแต่ความเชื่อที่แตกต่างกันของแต่ละคน

Pender (2006) ให้ความหมายของสุขภาพว่า การบรรลุถึงความสามารถของบุคคลที่เป็นมาตั้งแต่เกิดได้รับการพัฒนาเป็นลำดับ โดยแต่ละบุคคลจะสามารถบรรลุภาวะต่าง ๆ จากการแสดงพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความต้องการ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ๆ และความสามารถในการปรับตัวเพื่อให้เกิดความมั่นคงในการดำรงชีวิต และมีความสอดคล้องเข้ากับสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์รอบตัวได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพไว้ 3 ลักษณะ ได้แก่

1) สุขภาพที่มีความมั่นคง (Health focus on stability) คือ มีความสมดุลของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม และมีปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อความคงที่ของระบบต่าง ๆ ของร่างกาย

2) สุขภาพที่เกิดจากความสำเร็จของชีวิต (Health focusing on actualization) หมายถึง ความสมบูรณ์ของชีวิตที่ประสบความสำเร็จหรือบรรลุเป้าหมายของชีวิต อาจอยู่ในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง อาจอยู่ได้ทั้งในภาวะที่เจ็บป่วยหรือในสภาวะที่ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงดี

3) สุขภาพที่มีความคงที่และบรรลุความสำเร็จของชีวิต (Health focusing on stability and actualization) คือ การเกิดสุขภาพที่เกิดจากความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ มีความสามารถในการปรับเปลี่ยนหรือเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป และมีผลทำให้เกิดการประสบความสำเร็จในการดำรงชีวิตและการปฏิบัติกิจกรรมตามความสามารถได้นานที่สุดที่จะเป็นไปได้

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กล่าวว่า สุขภาพ หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุลสุขภาพ บุญนรากร (2552) กล่าวว่า สุขภาพ (health) หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์แข็งแรงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งมีความเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวม

หทัยชนก บัวเจริญ และคณะ (2553) กล่าวว่า สุขภาพหรือสุขภาวะ เป็นองค์รวมของสุขภาพทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณที่เกื้อหนุนซึ่งกันและกัน ปัจจัยปัจเจกบุคคล สภาพแวดล้อม และระบบบริการสุขภาพมีผลให้สุขภาพเป็นกระบวนการพลวัต

พานทิพย์ แสงประเสริฐ (2554) กล่าวว่า ภาวะสุขภาพ คือ ภาวะแห่งความสมบูรณ์ สมดุลต่อการปรับตัวของคนทางด้านกาย จิต สังคม ทำให้สามารถทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในสังคมและชุมชนได้ตามความตั้งใจ ลักษณะเด่นของสุขภาพมีลักษณะต่อเนื่อง (Continuity) ไม่คงที่แน่นอน ตั้งแต่สุขภาพดี (Healthy) เจ็บป่วยเล็กน้อย (Illness) เจ็บป่วยมาก (Severe illness) และ

ถ้าไม่สามารถดำรงภาวะสุขภาพไว้ได้ก็จะเสียชีวิต (Death) ลักษณะอีกประการของภาวะสุขภาพ คือ ความเป็นพลวัต (Dynamic) สามารถเปลี่ยนแปลงกลับไปกลับมาได้ ณ จุด ๆ หนึ่งของชีวิต

เยาเวภา ตีอัสสุวรณ (2555) กล่าวว่า สุขภาวะ (well-being) คือ สภาวะที่มีความสมดุลของ มิติทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สติปัญญา สังคม และจิตวิญญาณ อย่างเป็นองค์รวมจะเห็นได้ว่า สุขภาพและสุขภาวะ มีความหมายและความใกล้เคียงกันของความสมดุลในระบบการขับเคลื่อนของ บุคคล โดยจะเชื่อมโยงหรือเกี่ยวพันกัน ให้เกิดความสมดุลภายในร่างกาย มีหลากหลายมิติตามความ เหมาะสมของแต่ละบุคคล ที่มีลักษณะที่แตกต่างกันของบุคคล สุขภาพ หมายถึง ภาวะแห่งความ สมบูรณ์และความสมดุลของบุคคลทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม รวมทั้งสภาวะที่ปราศจากโรค และความพิการ และการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับคนอื่นในสังคมอย่างปกติสุข การมีสุขภาพดีเป็นสิ่งที่แสดง ให้เห็นถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี อันเป็นผลมาจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี รวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์ กับสภาพแวดล้อมได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

2.1.2 แนวคิดของสุขภาพแบบองค์รวม

คำว่า “องค์รวม” (Holistic) มีรากศัพท์มาจากคำว่า “Holos” หรือ “Whole” ในภาษากรีก ซึ่งหมายถึง ความเป็นจริงทั้งหมด ความสมบูรณ์ทั้งหมด มีเอกลักษณ์และเป็นเอกภาพที่ ไม่อาจแยกเป็นส่วนย่อยได้ ดังนั้น แนวคิดแบบองค์รวม เป็นแนวคิดที่สอดคล้องกับธรรมชาติและวิถี ของมนุษย์ (สกุณา บุญนรากร, 2552)

สุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health) จึงมีความหมายที่เน้นความเป็นอยู่ที่ สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ นั่นคือ ต้องมีสุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพ ทางสังคม และสุขภาพทางจิตวิญญาณครบทุกด้าน สุขภาพแบบองค์รวม จึงมุ่งเน้นการมองภาวะ สุขภาพที่ดี โดยการมองหาความสมดุลและความต่อเนื่องของทุกๆ ด้าน นอกจากนี้ สุขภาพแบบองค์ รวมยังมุ่งเน้นให้บุคคลที่ความเชื่อและยอมรับการดูแลสุขภาพทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพและการ ป้องกันโรคด้วยตนเอง “สุขภาวะแบบองค์รวม” มีองค์ประกอบ 4 ส่วน ได้แก่

- 1) สุขภาวะกาย (Physical Health) หมายถึง ร่างกายที่สมบูรณ์ สภาพที่ดีที่สุดของ ร่างกายเท่าที่จะดีได้ กล่าวคือ อวัยวะต่างๆอยู่ในสภาพที่ดี มีความแข็งแรงสมบูรณ์ คล่องแคล่ว มีกำลัง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ร่างกายสามารถทำงานได้ตามปกติ และมีความสัมพันธ์กับทุกส่วนเป็น อย่างดี และก่อให้เกิดประสิทธิภาพที่ดีในการทำงาน ไม่พิการ มีความสามารถในการดูแลตนเองและ

ร่างกาย ประกอบด้วยความสามารถในการดำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพของร่างกาย และระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เพื่อให้บุคคลสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้โดยปราศจากความเหนื่อยล้าหรือความเครียดทางร่างกายที่มากเกินไป

รวมถึงความสามารถในการทำพฤติกรรมที่ส่งผลดีต่อความรู้สึกสุขสบายและมีนิสัยส่วนบุคคลที่ดีต่อสุขภาพ และหลีกเลี่ยงนิสัยที่ทำลายสุขภาพของตนเอง และมีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นเพียงพอต่อการดำรงชีวิต มีสิ่งแวดล้อมที่ดี ซึ่งเป็นลักษณะที่ดีทางกายภาพ

2) สุขภาวะจิต (Mental Health) หมายถึง จิตใจที่มีความสุข มีสภาพจิตใจที่ดีที่ที่สุดเท่าที่จะดีได้ สภาพของจิตใจที่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ มีจิตใจเบิกบานแจ่มใส มีความสบายใจ มิให้เกิดความคับข้องใจหรือขัดแย้งในจิตใจ สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข สามารถควบคุมอารมณ์ได้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งผู้มีสุขภาพจิตดี ย่อมมีผลมาจากสุขภาพกายที่ดีด้วย ไม่มีภาวะเครียด สามารถปรับเปลี่ยนและยอมรับ รวมทั้งแก้ไขสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม สามารถรับมือกับภาวะตึงเครียดได้ มีความสามารถในการเรียนรู้เกี่ยวกับตนเอง มีกระบวนการนึกคิดใช้เหตุผลของบุคคล มีความสามารถในการคิดอย่างต่อเนื่องเป็นเรื่องราว การแสดงความคิดเห็นและความรู้สึก และตอบสนองสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตอย่างสร้างสรรค์ มีการมองโลกในแง่ดี มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง มีความเป็นอิสระในการตัดสินใจด้วยตนเอง ความสามารถฟื้นตัวจากเหตุการณ์ร้ายๆ ได้อย่างรวดเร็ว มีสติปัญญาที่สามารถเปิดใจรับความคิดใหม่และประสบการณ์ใหม่ ๆ ได้ สามารถปรับปรุงทักษะและแสวงหาความท้าทายในชีวิต (เขาวภา ตี๋ชัชววรรณ, 2555)

3) สุขภาวะสังคม (Social Health) หมายถึง ความสัมพันธ์ที่ดีหรือมีการอยู่ร่วมกันที่ดี ในระดับต่างๆ ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม มีสภาพของความเป็นอยู่หรือการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ไม่ทำให้ผู้อื่น หรือสังคมเดือดร้อน สามารถปฏิสัมพันธ์และปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้เป็นอย่างดีและมีความสุขตามความสามารถและความเหมาะสมของตนเองมีทักษะในการมีปฏิสัมพันธ์ และการสื่อสารที่จำเป็นเพื่อการดำรงชีวิต การมีส่วนร่วมและความรู้สึกผูกพันกับชุมชนและสังคม รวมทั้งวัฒนธรรมของชุมชน การแสดงความเคารพต่อตนเองและผู้อื่นอย่างเหมาะสม ความเข้าใจต่อบุคคลอื่น ความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น ความไว้วางใจ ความรู้สึกเป็นเจ้าของ

4) สุขภาวะจิตวิญญาณ (Spiritual Health) หมายถึง ภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่า สภาวะที่ดีของปัญญาที่มีความรู้ สามารถรู้เท่าทันและความเข้าใจอย่างถ่องแท้ มีหลักเหตุผลแห่งความดีความชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตอันดีงามและเอื้อเพื่อผู้อื่น มีความสุขอันประณีตล้ำลึก ส่งผลดีต่อสุขภาพกาย จิต และสังคม ประกอบด้วยค่านิยมความเชื่อซึ่งกำหนดวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคล ความสุข และอาจเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามหลักศีลธรรมและคำสอนทางศาสนา

ดังนั้นสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health) เป็นปรัชญาของการมีสุขภาวะที่ดี โดยพิจารณาถึงทุก ๆ องค์ประกอบในร่างกาย ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ไม่ได้พิจารณาเฉพาะโรคที่เป็นหรือเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย แต่จะพิจารณาจากปฏิริยาความสัมพันธ์ระหว่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสภาพแวดล้อม ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ และความสัมพันธ์ดังกล่าวต้องอยู่ในภาวะสมดุลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการมีสุขภาวะที่ดีที่สุด

2.2 แนวคิดและทฤษฎีการดูแลส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง

ทฤษฎีการดูแลส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) เป็นแนวคิดที่สร้างขึ้นหรือค้นพบจากความเป็นจริง เกี่ยวข้องกับการพยาบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยาย อธิบาย ทำนาย หรือ กำหนดวิธีการพยาบาล เป็นทฤษฎี ทางพยาบาลที่รู้จักแพร่หลายในวิชาชีพพยาบาล และมีการนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล เป็นพื้นฐานของการสร้างหลักสูตรในโรงพยาบาลบางแห่ง และเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยทางการพยาบาล โอเร็ม อธิบายมโนทัศน์ของการดูแลไว้ว่า “การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่อันดี” การสร้างทฤษฎีการดูแลตนเอง โอเร็ม ประกอบด้วย 3 ทฤษฎี ที่สำคัญ ได้แก่ ทฤษฎีการดูแลตัวเอง (self – care theory) ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (the theory of self-care deficit) และ ทฤษฎีระบบพยาบาล (the theory of nursing system)

2.2.1 ทฤษฎีการดูแลสุขภาพด้วยตัวเอง

อธิบายการดูแลตนเองของบุคคล และการดูแลบุคคลที่พึ่งพียง กล่าวคือ บุคคลที่มีวุฒิภาวะเป็นผู้ใหญ่และกำลังเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ มีการเรียนรู้ในการกระทำและผลของการกระทำเพื่อสนองตอบความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อหน้าที่หรือพัฒนาการของบุคคลเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก การกระทำดังกล่าวรวมไปถึงการกระทำเพื่อบุคคลที่ต้องพึ่งพาซึ่งสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลอื่น แนวคิดของโอเร็ม ซึ่งเกิดขึ้น อย่างเป็นทางการประกอบด้วย 2 ระยะสัมพันธ์กัน คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการประเมินและตัดสินใจ ในระยะนี้บุคคลจะต้องหาความรู้ และข้อมูลเกี่ยวกับ สถานการณ์ที่เกิดขึ้น และสะท้อนความคิด ความเข้าใจในสถานการณ์ และพิจารณาว่าสถานการณ์นั้นจะสามารถ เปลี่ยนแปลงได้หรือไม่ อย่างไร มีทางเลือกอะไรบ้าง ผลที่ได้รับ แต่ละทางเลือกเป็นอย่างไร แล้วจึงตัดสินใจที่จะ กระทำ

ระยะที่ 2 ระยะของการกระทำและประเมินผลของการกระทำ ซึ่งในระยะนี้จะมีการ แสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ซึ่งเป้าหมายมีความสำคัญเพราะจะช่วยกำหนดทางเลือกกิจกรรมที่ ต้องกระทำและเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรม

วัตถุประสงค์หรือเหตุผลของการกระทำการดูแลตนเองนั้น โอเร็ม เรียกว่า การดูแลตนเองที่ จำเป็น (self-care requisites) ซึ่งเป็นความตั้งใจหรือเป็นผลที่เกิดขึ้นที่หลังการกระทำ การดูแลตนเองที่จำเป็น มี 3 อย่าง (Orem, 2001) ดังนี้

1) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลและการดูแลตนเอง เหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคล ทุกคน ทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์ และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมีดังนี้ (1) คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ (2) คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไป ตามปกติ (3) คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรม และการพักผ่อน (4) คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (5) ป้องกัน อันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ และ (6) ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีด สูงสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง (Promotion of normalcy)

2) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของมนุษย์ในระยะต่าง ๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโต เข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือ เป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิตหรือบิดามารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่ จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้อง เพื่อการส่งเสริมพัฒนาการการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับ กระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 อย่าง คือ

(1) พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของ ชีวิตและพัฒนาการของชีวิต และพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในระหว่างที่

- อยู่ในครรภ์มารดา และการคลอด
- ในวัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ วัยชรา และในระยะตั้งครรภ์

(2) ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยจัดการเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์ เครียด หรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากการขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และการพิการ การเปลี่ยนแปลง เนื่องจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการที่จะต้องตาย

3) การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย และจากการวินิจฉัย และการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้มี 6 อย่างคือ

(1) แสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น พยาบาล

(2) รับรู้ สนใจ ซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง

(3) ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันอย่างมีประสิทธิภาพ

(4) รับรู้และสนใจที่จะคอยปรับและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา

(5) ดัดแปลงอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง รวมทั้งการปรับบทบาทหน้าที่และพึ่งพาบุคคลอื่น การพัฒนาและการคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าของตนเอง

(6) เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่รวมทั้งผลของการวินิจฉัย และการรักษาในรูปแบบแผนการดำเนินชีวิต ที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่

ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นมโนคติที่กล่าวถึงคุณภาพอันซับซ้อนของมนุษย์ ซึ่งบุคคลที่มีคุณภาพดังกล่าวจะสร้างหรือพัฒนาการดูแลตนเองได้ โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ (Orem, 2001) คือ

1) ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations) เป็นความสามารถที่จำเป็นและจะต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วย การคาดการณ์ (Estimative) การปรับเปลี่ยน (Transitional) และ การลงมือปฏิบัติ (Productive operation)

2) พลังความสามารถในการดูแลตนเอง (Power components : enabling capabilities for self-care) โอบริเริ่มมองความสามารถไว้ 10 ประการ ในลักษณะของตัวกลาง ซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเอง ไม่ใช่การกระทำโดยทั่วไป พลังความสามารถ 10 ประการ ได้แก่

(1) ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเองในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ในตนเองในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อมภายใน-ภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง

(2) ความสามารถที่จะควบคุมพลังทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่มและการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

(3) ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกาย เพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่ม หรือปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์ และต่อเนื่อง

(4) ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลเพื่อการดูแล

(5) มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิการ

(6) มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

(7) มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสม และเชื่อถือได้ สามารถจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

(8) มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดการ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง

(9) มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

(10) มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคลซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

3) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition) เป้าความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ (Deliberate action)

2.3 อาหาร

2.3.1 อาหารเพื่อสุขภาพ (Functional Food)

อาหารเพื่อสุขภาพ มีการใช้ครั้งแรกที่ประเทศญี่ปุ่นในกลางทศวรรษที่ 1980 โดยเรียกว่า “Foods for Specified Health Use (FOSHU)” ซึ่งหมายถึงอาหารแปรรูปที่มีส่วนประกอบอันเป็นประโยชน์ต่อร่างกายนอกเหนือจากคุณประโยชน์ด้านโภชนาการ อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันยังไม่มีข้อตกลงร่วมกันว่า อาหารเพื่อสุขภาพนั้นควรใช้คำศัพท์ใดในการเรียก และมีความหมายอย่างไรจึงทำให้มีวิธีการเรียกแตกต่างกันไปตามแต่ละความหมาย (Food and Agriculture Organization of the United Nations [FAO], 2007) เช่น

Functional foods หมายถึง อาหารที่ทำหน้าที่อื่นให้กับร่างกายนอกเหนือไปจากหน้าที่ปกติที่ทำประจำอยู่เดิม

Nutraceuticals หมายถึง อาหาร ผลิตภัณฑ์อาหารหรือส่วนของอาหารที่ทำหน้าที่ในการป้องกันและรักษาโรค ซึ่งอาจอยู่ในรูปของแคปซูลหรือเม็ดยาได้

Medical foods หมายถึง อาหารที่ใช้ภายใต้การควบคุมของแพทย์ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อโรค เช่น อาหารสำเร็จรูปที่ให้ทางสายให้อาหาร หรืออาหารเสริมที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกายและสภาวะของโรค

Designer foods หมายถึง อาหารโดยธรรมชาติ หรืออาหารที่มีการเสริมสารอาหารที่ทำหน้าที่พิเศษ หรือประกอบด้วยสารพฤกษเคมี (Phytochemical) ซึ่งมีผลต่อการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็ง เช่น ชาเขียว (สุรพจน์ วงศ์ใหญ่, 2551)

องค์การอาหารและการเกษตรแห่งสหประชาชาติ (Food and Agriculture Organization of the United Nation ; FAO) ได้ให้ความหมายของอาหารเพื่อสุขภาพ (functional foods) ไว้ว่า เป็นอาหารที่มีลักษณะทางกายภาพและมีวิธีการบริโภคเหมือนอาหารโดยทั่วไป โดยประกอบด้วยสารที่มีฤทธิ์ทางชีวภาพ (biological active component) ที่บำรุงสุขภาพหรือลดความเสี่ยงในการเกิดโรคเรื้อรัง (chronic disease) นอกเหนือจากประโยชน์ด้านโภชนาการทั่วไป เช่น ลดความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคอัมพาต โรคหัวใจ โรคมะเร็ง เป็นต้น (FAO, 2007) หรืออธิบายได้ว่า อาหารเพื่อสุขภาพคือ อาหารหรือส่วนประกอบของอาหารใดก็ตามที่ให้ประโยชน์แก่ร่างกายนอกเหนือจากรสสัมผัส (sensory function) คุณค่าทางโภชนาการ (nutritive

value) และหน้าที่อื่น ๆ (non-nutritive physiological function) และจำเป็นต้องมีลักษณะทางกายภาพเป็นผลิตภัณฑ์อาหารที่แท้จริง ไม่อยู่ในแคปซูลหรือเป็นผงเหมือนยาและเป็นอาหารที่ได้หรือดัดแปลงจากวัตถุดิบตามธรรมชาติ สามารถบริโภคเป็นอาหารได้เป็นประจำไม่มีข้อจำกัดเหมือนยา คือบริโภคได้ไม่จำกัดปริมาณ เวลาและสถานที่ มีส่วนประกอบที่ให้ผลโดยตรงในการเสริมการทำงานของระบบในร่างกาย ป้องกันโรคได้ และต้องให้พลังงาน (ไพโรจน์ หลวงพิทักษ์, 2552)

2.3.2 สารประกอบในอาหารเพื่อสุขภาพ

สารประกอบในอาหารเพื่อสุขภาพที่มีผลให้เกิดคุณสมบัติในการรักษาและป้องกันโรค (physiologically active component หรือ functional ingredients) ที่สำคัญและนิยมใช้กันในปัจจุบันสามารถแบ่งออกได้เป็น 7 หมวด ได้แก่ (ชนิดา โพธิ์ติการ และคณะ, 2550)

1) เส้นใยอาหาร (dietary fiber) ซึ่งพบได้ใน รำข้าวสาลี (wheat bran) รำข้าวโอ๊ต (oat bran) เปลือกของเมล็ด เม็ดแมงลักและหัวบุก ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งของลำไส้ใหญ่ และลดคอเลสเตอรอลในเลือด ตัวอย่างของผลิตภัณฑ์อาหารในกลุ่มนี้ได้แก่ ผลิตภัณฑ์ขนมอบเสริมใยอาหาร เครื่องดื่มเสริมใยอาหาร ซีเรียลหรือธัญพืชเสริมใยอาหาร เป็นต้น

2) น้ำตาลโอลิโกแซคคาไรด์ (oligosaccharides) เช่น น้ำตาลโอลิโกฟรุคโตส (oligofructose) ซึ่งช่วยกระตุ้นการเจริญเติบโตของแบคทีเรียที่ดีในทางเดินอาหาร ลดระดับคอเลสเตอรอลในเลือด ตัวอย่างของผลิตภัณฑ์อาหารได้แก่ หมากฝรั่งเสริมโอลิโกแซคคาไรด์

3) เปปไทด์ (peptide) หรือสารโปรตีนที่ถูกย่อยบางส่วน เช่น glutamine peptide ช่วยการดูดซึมแร่ธาตุและลดการสูญเสียแคลเซียม ลดความอ่อนล้าของกล้ามเนื้อ สร้างเสริมระบบภูมิคุ้มกัน เช่น อาหารนักกีฬาและเครื่องดื่มเสริมกรดอะมิโน

4) เชื้อจุลินทรีย์ในกลุ่ม lactic acid bacteria ช่วยระบบทางเดินอาหารและเสริมระบบภูมิคุ้มกัน ได้แก่

- โพรไบโอติกส์ (probiotics) หมายถึง อาหารที่มีเชื้อจุลินทรีย์ที่มีชีวิตชนิดที่สร้างกรดแลคติกในปริมาณที่ให้ประโยชน์แก่ร่างกาย ตัวอย่างของผลิตภัณฑ์อาหารได้แก่ โยเกิร์ตที่เสริมเชื้อกลุ่ม *Bifidobacterium sp.*

- พรีไบโอติกส์ (prebiotics) หมายถึง อาหารที่มีน้ำตาลโอลิโกแซ็กคาไรด์ (oligosaccharide) ซึ่งเป็นอาหารของเชื้อจุลินทรีย์ในลำไส้เล็กที่มีประโยชน์ ทำให้เชื้อจุลินทรีย์เหล่านี้เจริญเติบโตได้อย่างรวดเร็วซึ่งจะช่วยป้องกันมิให้มีจุลินทรีย์ชนิดที่ก่อโรคเจริญเติบโตได้ ตัวอย่างเช่น นมผงเสริมพรีไบโอติกส์

5) กรดไขมันไม่อิ่มตัวในกลุ่มโอเมก้า 3 (omega 3 – polyunsaturated fatty acid) เช่น ในน้ำมันปลา ซึ่งประกอบด้วยกรดไขมันอีพีเอ (eicosapentanoic acid : EPA) และกรดไขมันดีเอชเอ (docosapentanoic acid : DHA) ซึ่งช่วยในการพัฒนาสายตาและสมองของทารก ยังช่วยลดการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ใหญ่ ตัวอย่างของผลิตภัณฑ์อาหาร ได้แก่ น้ำมันปลาแคปซูล นมผงเสริมน้ำมันปลา น้ำมันพืชเสริมน้ำมันปลา เป็นต้น

6) สารพฤกษเคมี (phytochemicals) เป็นสารเคมีกลุ่มหนึ่งซึ่งพบได้ในพืชผัก เช่น สารประกอบโพลีฟีนอล (polyphenols) ที่มีในใบชาเขียวและใบชาอู่หลง กลุ่ม diallyl disulphides ที่พบในหอม กระเทียมและสารในกลุ่มเอสโตรเจนจากพืช (phytoestrogen) ที่เกี่ยวข้องกับฮอร์โมนหญิง ซึ่งช่วยป้องกันมะเร็ง พบในโปรตีนจากถั่วเหลือง เมล็ดปอ (flaxseed) เป็นต้น

7) กลุ่มเกลือแร่และวิตามินต่าง ๆ เช่น วิตามินซี อี เบต้าแคโรทีนและซีลีเนียม ทำหน้าที่เป็นสารป้องกันปฏิกิริยาออกซิเดชัน (antioxidant) ซึ่งมีผลในการลดความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็ง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคต่อกระดูก

2.3.3 ประเภทของอาหารเพื่อสุขภาพ

ประเภทของอาหารเพื่อสุขภาพ ประชาชนส่วนใหญ่รู้จักอาหารหลัก 5 หมู่เป็นอย่างดี แต่ในปัจจุบันอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรค เป็นผลจากการบริโภคอาหารจำพวก เนื้อสัตว์สีแดง เครื่องในสัตว์ ข้าว อาหารกระป๋อง อาหารสำเร็จรูปในซอง การบริโภคอาหารพวกเนื้อ นม ไข่ เป็นต้น จากการวิจัยพบว่า อาหารหลักเพื่อสุขภาพที่แท้จริง มีไข่อาหารพวกเนื้อ นม ไข่ ทั้งนี้ สหพันธ์มังสวิรัตแห่งประเทศไทย (2542) แบ่งอาหารเพื่อสุขภาพได้ดังต่อไปนี้

1) ข้าว และธัญพืช เช่น ข้าวซ้อมมือ ขนบปังโฮลวีท โจ๊กข้าวกล้อง และธัญพืชอื่น ๆ เช่น งาดำ ข้าวโอ๊ต กาแฟธัญพืช ธัญญาหารรวม

2) ถั่ว และผลิตภัณฑ์จากถั่ว ได้แก่ ถั่วกินฝัก ถั่วเมล็ด ถั่วเมล็ด ผลิตภัณฑ์จากถั่ว เช่น โปรตีนเกษตร ฟองเต้าหู้ เต้าเจี้ยว นมถั่วเหลือง และอาหารหรือขนมที่ทำจากถั่ว

3) เมล็ดที่มีเปลือกแข็ง หรือหนาม เช่น เม็ดบัว เมล็ดทานตะวัน เมล็ดฟักทอง เป็นต้น

4) ผัก และผลิตภัณฑ์จากผัก

5) ผลไม้ และผลิตภัณฑ์ที่ได้จากผลไม้

6) ชา ในปัจจุบันที่นิยมดื่มมีอยู่ 3 แบบ คือ ชาดำ ชาเขียว และชาอู่หลง ชาดำ และชาเขียวต่างกันที่กรรมวิธีการทำใบชาให้แห้ง ชาที่มีสีดำ หรือสีน้ำตาลเป็นผลมาจากการตากใบชา และการหมัก ส่วนชาเขียวจะไม่มีกรรมวิธีการหมักใบชา ส่วนชาอู่หลง หรือชาโอวเล้ง จัดเป็นชากึ่งหมักอยู่ระหว่างชาดำกับชาเขียว ทำที่ประเทศไต้หวัน และจีนทางตอนใต้เท่านั้น และไม่เป็นที่นิยมมากนัก (วินัย ดะห์ลัน, 2544) นอกจากนี้ยังมีชาชงสมุนไพร ได้แก่ ชาที่ชงจากพืชผักตากแห้งที่เป็นสมุนไพร เช่น ชาเก๊กฮวย ชาดอกคำฝอย ชามะตูม เป็นต้น ชาในปัจจุบันมีหลายรูปแบบทั้งที่บรรจุซองสำหรับชงเพียงครั้งเดียว หรือชนิดที่เป็นใบชา เพื่อให้ผู้บริโภคเลือกได้ตามต้องการ

2.3.4 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

พฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นพฤติกรรมที่เริ่มต้นจากครอบครัวในการที่สามารถรับรสชาติ และสัมผัสกับอาหารเป็นครั้งแรก ส่งผลให้บุคคลในแต่ละคนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่แตกต่างกัน และพฤติกรรมในการบริโภคอาหารนี้ถือได้ว่าเป็นพฤติกรรมขั้นพื้นฐานของปัจจัย 4 ที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตของมนุษย์ โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้คำจำกัดความของพฤติกรรมการบริโภคอาหารไว้ว่า การปฏิบัติที่เคยชินจนเป็นนิสัยในการรับประทานอาหารซึ่งครอบคลุมถึงประเภทอาหาร ชนิดของอาหารที่รับประทาน วิธีการรับประทาน ความถี่ในการรับประทานอาหาร และอุปกรณ์ที่ต้องใช้ รวมทั้งสุขนิสัยในการรับประทานอาหารด้วย (ขวัญจิต อินเหยี่ยว, 2542)

พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ

การเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพนั้น เป็นการบริโภคอาหารเพื่อให้ได้พลังงาน และสารอาหารต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการทำงานของร่างกาย เพื่อให้ร่างกายเจริญเติบโต มีภูมิคุ้มกันโรค ช่วยซ่อมแซมระบบการทำงานต่าง ๆ ของร่างกายให้เป็นปกติ ทำให้มีสุขภาพที่ดี และอายุยืนยาว การรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับร่างกายในการดำเนินชีวิตประจำวัน ต้องรับประทานให้ครบ 5 หมู่ เนื่องจากอาหารแต่ละอย่างประกอบด้วยสารอาหารหลากหลายชนิดในปริมาณที่ไม่เท่ากัน ซึ่งสารอาหารแต่ละชนิดให้ประโยชน์แก่ร่างกายแตกต่างกัน ดังนั้นการรับประทานอาหารเพื่อให้มีสุขภาพดีจึงควรรับประทานอาหารหลาย ๆ ชนิด ในปริมาณที่เหมาะสมกับอายุ และสภาพร่างกาย เพื่อให้ร่างกายมีการเจริญเติบโต และพัฒนาการอย่างเหมาะสม ซึ่งได้มีการแบ่งอาหารหลักของคนไทยตามสารอาหาร และลักษณะของอาหารออกเป็น 5 หมู่ (สิริพันธุ์ จุลรังคะ, 2541) และสามารถจำแนกสารอาหารออกเป็น 6 ชนิด (อิษฎาภัทร จังศิริวิทยากร, 2549) ประกอบด้วย อาหารหมู่ที่ 1

เนื้อสัตว์ต่าง ๆ ไข่ ถั่วเมล็ดแห้ง นม อาหารหมักนี้เป็นแหล่งอาหารที่ดีของสารอาหารประเภทโปรตีน มีหน้าที่ในการเสริมสร้างการเจริญเติบโต และซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย ช่วยสร้างน้ำย่อย ฮอร์โมน น้ำมัน และเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค ช่วยรักษาสมดุลของกรด และด่างในร่างกาย ช่วยรักษาสมดุลของน้ำในหลอดเลือด เนื้อเยื่อ และเซลล์ต่าง ๆ ของร่างกาย ควรได้รับพลังงานจากเนื้อสัตว์ ร้อยละ 10 - 15 ของพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวัน และพวกถั่วเมล็ดแห้ง ร้อยละ 12 ของพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวันอาหารหมู่ที่ 2 ข้าว แป้ง น้ำตาล เผือก มัน อาหารหมักนี้เป็นแหล่งสำคัญของสารอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต มีหน้าที่ให้พลังงาน และความอบอุ่น เพื่อเสริมสร้างความอบอุ่นแก่ร่างกาย ควรได้รับ ร้อยละ 55 ของพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวันอาหารหมู่ที่ 3 ผักต่าง ๆ อาหารหมักนี้เป็นแหล่งอาหารประเภทวิตามิน และเกลือแร่ เป็นสารอาหารที่ช่วยในกระบวนการเผาผลาญ หรือช่วยให้ปฏิกิริยาต่าง ๆ ภายในร่างกายทำงานได้ตามปกติ ทำหน้าที่เป็นโครงสร้างของร่างกาย เป็นองค์ประกอบของเซลล์ เนื้อเยื่อ และเส้นประสาทเป็นองค์ประกอบของเอนไซม์ ฮอร์โมน และวิตามิน นอกจากนี้ยังเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการทำงานของอวัยวะต่างๆ อีกด้วย และยังมีใยอาหารซึ่งมีประโยชน์มากช่วยในการทำงานของระบบขับถ่าย ทำให้ทำงานปกติ และยังช่วยดูดซับสารที่อาจเป็นพิษต่อร่างกายควรได้ รับประมาณร้อยละ 5 ของพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวันอาหารหมู่ที่ 4 ผลไม้ต่าง ๆ อาหารหมักนี้มีคุณค่าทางอาหารคล้ายกับหมู่ที่ 3 คือ ให้สารอาหารประเภทวิตามิน และแร่ธาตุต่าง ๆ ตลอดจนใยอาหารทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อในทุกอวัยวะ ช่วยให้ร่างกายแข็งแรง และช่วยในการทำงานของระบบขับถ่ายให้เป็นปกติ ควรได้รับประมาณร้อยละ 3 ของพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวันอาหารหมู่ที่ 5 ไขมัน และน้ำมัน อาหารหมักนี้เป็นแหล่งของสารอาหารประเภทไขมัน มีหน้าที่ให้พลังงาน และความอบอุ่นแก่ร่างกาย แล้วยังมีส่วนช่วยในการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายให้เป็นปกติ นอกจากนี้ยังช่วยให้ร่างกายดูดซึมวิตามินหลายชนิดที่จำเป็นต่อการทำงานของร่างกายด้วย ควรได้รับประมาณร้อยละ 10 ของพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวัน น้ำ (Water) จัดเป็นสารอาหารที่ไม่ให้พลังงาน แต่ร่างกายมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับอย่างสม่ำเสมอ เพื่อช่วยให้ระบบต่าง ๆ ในร่างกายทำงานเป็นปกติ หลักการกินเพื่อสุขภาพดีนอกจากจะรับประทานให้ครบ 5 หมู่แล้ว ควรพิจารณาอาหารที่มาจากธรรมชาติ (กรรณิการ์ นิตติภัยธรรม, 2547) โดยแบ่งกลุ่มอาหารที่มาจากธรรมชาติที่มีอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งพิจารณาถึงกระบวนการแปรรูปได้ 3 กลุ่มคือ ดังนี้

1) อาหารที่มาจากธรรมชาติโดยตรง เช่น หัวกระเทียมสด หัวหอมสด น้ำผึ้งที่บีบคั้นจากรวงผึ้ง พริกขี้หนูสด สมุนไพร เป็นต้น ซึ่งอาหารเหล่านี้จะใช้เป็นส่วนผสมของอาหารประจำวันที่ทำให้คุณค่าทางโภชนาการสูง แต่เราจะพบอาหารที่มาจากธรรมชาติโดยตรงได้น้อยในปัจจุบันจากการศึกษาเรื่องความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรคของประชาชนในเขตพัฒนาสมุนไพร อำเภอลำปาง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่รู้จักสมุนไพรจะเห็นได้ว่ามีสมุนไพรหลายตัวที่ประชาชนเคยรับประทาน เช่น กระเทียม ประชาชนทั้งหมด 100% เคยรับประทาน และร้อยละ 40 เคยใช้เป็นยา ส่วนกะเพรมีประชาชนส่วนใหญ่ร้อยละ 90 เคยใช้เป็นยา (ศุภเศรษฐ์ น้อยศรี, 2531)

2) อาหารปลอดสารเคมีในการผลิต ซึ่งเป็นพืชผลการเกษตรที่ไม่มีการใช้สารเคมีเป็นปุ๋ย หรือป้องกันกำจัดศัตรูพืชในการเพาะปลูก เช่น ผักพื้นบ้าน ผักปลอดสารพิษที่ปลูกโดยใช้มูลงู ผักที่ปลูกโดยใช้ปุ๋ยชีวภาพ รวมทั้งการปลูกผักสวนครัว เพื่อบริโภคในครัวเรือน จากการศึกษา พบว่าแม่บ้านเขตดอนเมือง กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 62.6 เคยซื้อผักปลอดสารพิษมารับประทาน มีเพียงร้อยละ 37.4 ไม่เคยซื้อผักปลอดสารพิษมารับประทาน (ปิยรัตน์ นิมสกุล, 2539)

3) อาหารที่ผ่านการแปรรูปน้อย เพื่อคงความเป็นธรรมชาติไว้ให้มากที่สุด เช่น ผักผลไม้ รวมถึงข้าวซ้อมมือ อาหารกลุ่มนี้ได้รับความสนใจจากผู้ผลิต จึงมีการผลิตอาหารกลุ่มนี้เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้บริโภคด้วยกลวิธีต่าง ๆ ทางการตลาด (ธีรยุทธ สงวนสินธุกุล, 2542)

2.3.5 ผักและสมุนไพรพื้นบ้านเพื่อสุขภาพ

ผักและพืชพื้นบ้านเป็นสิ่งใกล้ตัวที่ใช้บรรพบุรุษไทยนำมาใช้ประโยชน์ในด้านต่างๆ เป็นเวลานาน เช่น ใช้เป็นอาหาร ใช้สีและกลิ่นจากพืชเพื่อปรุงแต่งรสของอาหาร ใช้เป็นยารักษาโรค สีสีย้อมผ้า ตลอดจนใช้ในการควบคุมแมลงศัตรูพืชและสัตว์ ผักพื้นบ้านที่พบโดยทั่วไปนั้น มีทั้งที่เป็นของไทยแต่ดั้งเดิม และนำเข้ามาจากต่างประเทศ ซึ่งได้นำมาปลูกในประเทศไทยเป็นระยะเวลานานจนสามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมของไทยได้ จากรายงานเกี่ยวกับผักพื้นบ้านพบว่าผักไทยนั้นแต่เดิมมีจำนวนถึง 255 ชนิด โดยแบ่งได้เป็น 5 กลุ่ม ตามส่วนต่าง ๆ ของพืชที่ใช้ประกอบเป็นอาหารบริโภค คือ กลุ่มใบและยอด หัวและราก ดอก ผัก และผล โดยผักพื้นบ้านที่วางขายในตลาดตามภูมิภาคของประเทศไทยมีจำนวน 240 ชนิด โดยจำแนกเป็นประเภทต่าง ๆ เช่น พืชผักที่ใช้เป็นอาหารและประโยชน์ทางยามีจำนวน 200 ชนิด นอกนั้นเป็นพืชประเภท เห็ด เห็บ ฟัรน์ พืชที่ใช้เป็นไม้ดอกประดับและใช้สำหรับห่อ รัต มัดร้อย (ยุทธนา สุดเจริญ, 2553)

พืชพื้นเมืองหลายชนิดที่บริโภคได้ส่วนใหญ่จะมีคุณค่าทางโภชนาการสูง เช่น ผักกูด มีโปรตีนสูง ใบชะพลู ใบย่านาง ใบยอ และผักตำลึง มีวิตามินเอมาก ดอกงิ้วแดง สะเดา และผักไถ่ มีแคลเซียมสูง ส่วนยอดกระถิน ยอดแค ยอดมะม่วง และยอดมะขาม มีวิตามินซีสูง เป็นต้น และที่สำคัญมากกว่านั้น คือ ผักพื้นบ้านจะมีเส้นใยอาหารสูง ซึ่งช่วยทำให้ระบบขับถ่ายของร่างกายสามารถทำงานได้เป็นปกติ นอกจากนี้ใยอาหารยังมีคุณสมบัติในการจับคอเลสเตอรอลไว้และขับถ่ายออกมาพร้อมกัน จึงช่วยลดระดับคอเลสเตอรอลในเส้นเลือดและลดโอกาสในการเกิดมะเร็งในลำไส้ได้ (มาโนช วามานนท์ และ เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ, 2540) ถึงแม้พืชพื้นบ้านจะมีคุณค่าอย่างมากต่อสุขภาพและชีวิตความเป็นอยู่ของคนในท้องถิ่น ตลอดจนเป็นแหล่งสร้างรายได้ให้แก่คนภายในชุมชน แต่ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา พบว่าพืชพื้นบ้านหลายชนิดได้เริ่มลดปริมาณลงและหายากหรือหายสาบสูญไป ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรไปสู่สังคมอุตสาหกรรมการขยายพื้นที่ในการเพาะปลูกพืชเชิงเดี่ยว ทำให้คนส่วนใหญ่รู้จักบริโภคแต่เพียงพืชผักจากต่างประเทศชนิดใหม่ ๆ เช่น บร็อกเคอรี กระหล่ำปลี ถั่วลันเตา ผักคะน้า ทำให้คนในชุมชนห่างเหินจากภูมิปัญญาท้องถิ่นในด้านการบริโภคพืชผักพื้นบ้าน การนำไปใช้ประโยชน์ทางด้านต่าง ๆ (ยศ สันตสมบัติ, 2542)

2.3.6 สารประกอบทางเคมีในพืชสมุนไพร

จำแนกได้เป็น 2 ส่วนใหญ่ ๆ (สุนทรี สิงหบุตร, 2535) คือ

1) Primary Metabolite เป็นสารที่มีอยู่ในพืชชั้นสูงทั่วไป พบในพืชทุกชนิด เป็นผลผลิตที่ได้จากกระบวนการสังเคราะห์แสง (Photosynthesis) เช่น คาร์โบไฮเดรต ไขมัน โปรตีน เม็ดสี (Pigment) และเกลืออนินทรีย์ (Inorganic Salt) เป็นต้น

2) Secondary Metabolite เป็นสารประกอบที่มีลักษณะค่อนข้างพิเศษ พบต่างกันในแต่ละชนิด คาดหมายว่าเกิดจากกระบวนการชีวสังเคราะห์ (Biosynthesis) ที่มีเอนไซม์ (Enzyme) เข้าร่วม สารประกอบประเภทนี้มีอัลคาลอยด์ (Alkaloid) แอนทราควิโนน (Anthraquinone) น้ำมันหอมระเหย (Essential Oil) เป็นต้น ส่วนใหญ่สารพวก Secondary Metabolite จะมีสรรพคุณทางยา แต่ก็มิได้แน่นอนตายตัวเสมอไป จากการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า สารพวก Primary Metabolite บางตัวก็ออกฤทธิ์ในการรักษาโรคได้เช่นกัน และยังมีข้อสังเกตอีกว่า สารประกอบที่มีฤทธิ์ทางยาในพืชสมุนไพรชนิดหนึ่ง อาจมิใช่ตัวเดียว อาจมีหลายตัวก็ได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีความเข้าใจที่ถ่องแท้ จึงจะสามารถสกัดสารที่มีฤทธิ์ทางยามาใช้ได้

2.3.7 ประโยชน์ของพืชสมุนไพร

พืชสมุนไพรที่มีขึ้นอยู่ทั่วไปเป็นประโยชน์ทั้งทางยาและอาหาร โดยเฉพาะประชากรทางภาคใต้ นิยมกินพืชผักพื้นบ้านเป็นอาหาร มีดังนี้ (วรวิทย์ พลชัย, 2552)

1) หาได้ง่าย พบทั่วไปทุกหนทุกแห่ง และสามารถใช้ทดแทนกันกันได้หลายชนิดพืชเหล่านี้ส่วนหนึ่งใช้ประโยชน์ในชีวิตประจำวันอยู่แล้ว เช่น เป็นอาหาร เครื่องดื่ม การปลูก การดูแลรักษาได้ง่ายเพราะเป็นพืชท้องถิ่นได้ปรับตัวจนเข้ากับสภาพแวดล้อมได้เป็นอย่างดี

2) ราคาถูก เนื่องจากเป็นพืชที่หาง่ายและใช้กันตามปกติในชีวิตประจำวัน

3) ความปลอดภัยในการใช้ยาสมุนไพร หากใช้อย่างถูกต้องแทบจะไม่มีพิษต่อร่างกายเลยโดยเฉพาะพืชชนิดที่ได้ผ่านการตรวจสอบด้วยวิธีทางวิทยาศาสตร์แล้ว

4) เหมาะสำหรับผู้ที่อยู่ห่างไกลการคมนาคม การเดินทางไปโรงพยาบาลต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายมาก พืชสมุนไพรช่วยรักษาโรคไม่ร้ายแรงได้ เช่น ท้องอืด ท้องผูก เป็นต้น

5) เพิ่มรายได้ให้กับครอบครัว การเลือกปลูกพืชสมุนไพรให้ตรงกับชนิดที่ตลาดต้องการจะเป็นการเพิ่มรายได้แก่ครอบครัวอีกทางหนึ่ง

2.3.8 ปัญหาการบริโภคน้ำตาลเกิน

น้ำตาลเป็นคาร์โบไฮเดรตชนิดหนึ่งที่เป็นหน่วยย่อยที่เล็กที่สุด และเป็นอาหารให้พลังงานที่สำคัญของร่างกาย ในภาวะปกติ น้ำตาลที่เรบริโภคจะถูกย่อยและถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด ฮอร์โมนอินซูลินจะทำหน้าที่นำน้ำตาลจากกระแสเลือดเข้าสู่เซลล์ของเนื้อเยื่อกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อไขมันเพื่อรักษาสมดุลของระดับน้ำตาลในกระแสเลือด น้ำตาลในเซลล์จะถูกเก็บเป็นพลังงานในรูปไกลโคเจน และถูกนำออกมาใช้เมื่อร่างกายต้องการพลังงาน แต่หากบริโภคน้ำตาลมากเกินไปอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดความไม่สมดุล และรบกวน ระบบการทำงานของเซลล์ในการตอบสนองต่ออินซูลิน ในระยะยาวจะทำให้เกิดภาวะอ้วนและโรคเรื้อรังหลายอย่างได้ น้ำตาลอาจแบ่งตามลักษณะทางเคมีเป็น น้ำตาลเชิงเดี่ยว (Monosaccharides) ได้แก่ กลูโคส ฟรุคโตส และกาแลคโตส น้ำตาลเชิงคู่ (Disaccharides) ได้แก่ ซูโครส หรือเรียกกันทั่วไปว่า น้ำตาลทราย (จันทนา อึ้งชูศักดิ์, 2555)

สถิติจากแหล่งต่างๆ ชี้ให้เห็นว่าคนไทยบริโภคน้ำตาลเพิ่ม ปริมาณมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังเห็นได้จากการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทยที่ทำการสำรวจใน ปี พ.ศ. 2503, 2518 และ 2529 พบว่าการบริโภคน้ำตาลเพิ่มขึ้น จาก 7.0 กิโลกรัมต่อคน ต่อปี เป็น 9.0 และ 24.0 กิโลกรัมต่อคนต่อปี ตามลำดับ (วิณะ วีระไวทยะ และสง่า ดามาพงษ์, 2541) ข้อมูลจาก สำนักงานคณะกรรมการอ้อยและน้ำตาลทราย ชี้ว่าอัตราการบริโภค น้ำตาลของประชากรไทยเพิ่มขึ้นตั้งแต่ 12.7 กิโลกรัมต่อคนต่อปี ใน ปี 2526 เป็น 33.8 กิโลกรัมต่อคนต่อปี ในปี 2553 น้ำตาลเหล่านี้เป็น น้ำตาลส่วนเพิ่มขึ้นจากน้ำตาลที่เราได้รับจากอาหาร ต่างๆ ในธรรมชาติ แสดงให้เห็นว่าในภาพรวมคนไทยมีแนวโน้มการ บริโภคน้ำตาลเฉลี่ยต่อคนสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเช่นกัน (ชนิษฐ์ รัตนรังสิมา, 2555)

ผลของการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลสูง

จากการศึกษาผลของเครื่องดื่มที่ให้พลังงานสูงจากการเติมน้ำตาล ทำให้เกิดปัญหาโรคอ้วน และได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์ ต่อร่างกายลดลง (Vartanian *et al.*, 2007) และการได้รับน้ำตาลฟรุกโตสมากเกินไป มีผลต่อภาวะดื้อต่ออินซูลิน โรคอ้วน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และเบาหวานชนิดที่ 2 ในคน (Dhingra *et al.*, 2007) มีไขมันในช่องท้องเพิ่ม (Stanhope *et al.*, 2009) น้ำตาลที่มากเกินไปจะส่งผลต่อสุขภาพดังนี้

1) ระดับไขมัน ชนิดของคาร์โบไฮเดรตส่งผลต่อระดับไขมันในร่างกาย โดยเฉพาะระดับ Triglyceride (TG) จะสูงขึ้น และ high-density lipoprotein cholesterol (HDL-C) ลดลง (Appel *et al.*, 2005) น้ำตาลทราย (sucrose) และฟรุกโตส มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของ ระดับ TG หลังบริโภคอาหาร เนื่องจากการสร้าง TG มากขึ้นที่ตับ และ Very low -density lipoprotein (VLDL) ขณะเดียวกัน ลดการทำงานของ lipoprotein lipase ที่เซลล์ไขมัน ซึ่งทำหน้าที่ในการกำจัด TG (Chong *et al.*, 2007)

2) ความดันโลหิต การบริโภคน้ำตาลสูง อาจส่งผลต่อความดันโลหิตสูง

3) โรคฟันผุ การศึกษาวิจัยยืนยันว่าน้ำตาลเป็นสาเหตุของโรคฟันผุ น้ำตาลเป็นปัจจัยหนึ่ง แม้ไม่ใช่ปัจจัยเดียวเป็นองค์ประกอบสำคัญของ การเกิดโรคฟันผุ ทั้งนี้ การศึกษากระบวนการทางเคมีพิสูจน์ว่าหลังการ บริโภคน้ำตาลซูโครส ค่าพีเอชในคราบจุลินทรีย์จะลดต่ำกว่า 5.5 ภายในระยะเวลา 2 นาที โรคฟันผุเกิดจากการกระทำของกรดอินทรีย์ ต่อเคลือบฟันที่อยู่บริเวณผิวฟัน น้ำตาลในอาหารจะถูกเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วให้กลายเป็นกรดได้ภายในไม่กี่นาที โดยการทำงานของ แบคทีเรียในแผ่นคราบจุลินทรีย์บนผิวฟัน ทุกๆครั้งที่มีการบริโภคน้ำตาลก็จะเกิด

การสูญเสียแคลเซียมและฟอสเฟตของเคลือบฟัน แม้กระบวนการนี้อาจเกิดการย้อนกลับได้เมื่อเวลาผ่านไปราว 20 นาทีถึง 2 ชั่วโมง แร่ธาตุที่สูญเสียไปก็อาจได้รับการแทนที่โดยน้ำลาย อย่างไรก็ตาม ถ้ามีการบริโภคน้ำตาลบ่อยๆ ก็จะทำให้การสูญเสียแร่ธาตุของ เคลือบฟันเกิดขึ้นซ้ำ ๆ จนไม่อาจทดแทนได้ ซึ่งถ้าการเสียมดุลนี้เกิด ติดต่อกันเป็นเวลาระยะหนึ่งก็จะนำไปสู่การเกิดฟันผุได้ในที่สุด

4) การอักเสบในร่างกาย (Inflammation) มีรายงานจากหลายการศึกษา พบว่าการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูงมีความสัมพันธ์กับการเกิดการอักเสบและ Oxidative stress ในร่างกาย

5) โรคอ้วน โรคอ้วนเกิดจากการได้รับพลังงานจากอาหารมากเกินไป และ มีการใช้พลังงานน้อยเกินไป น้ำตาลเป็นอาหารอีกกลุ่มหนึ่งนี้อาจทำให้คนได้รับพลังงานมากเกินไป โดยเฉพาะจากเครื่องดื่มต่าง ๆ

6) โรคเบาหวาน การศึกษาที่ผ่านมา ยังไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ โดยตรง ระหว่างการบริโภคน้ำตาลกับโรคเบาหวาน แต่มีรายงานถึงการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มมากขึ้น ในผู้ที่บริโภคน้ำตาลปริมาณ มากและมีภาวะอ้วน

7) ความชอบ ทั้งอาหารรสหวาน และไขมันสูงจะกระตุ้นให้เกิดความ ออยากอาหาร มีการหลั่ง pioids และ dopamine ทำให้รับประทานอาหารเพิ่มขึ้น

8) ผลของเครื่องดื่มกับการบริโภคอาหารพลังงานสูง รูปแบบของอาหารที่บริโภค มีความสัมพันธ์กับความสมดุล ของพลังงาน มีรายงานการศึกษาพบว่า เครื่องดื่มที่ให้พลังงานสูงทำให้น้ำหนักเพิ่มมากกว่าอาหารธรรมดา (solid food) ที่ให้พลังงานสูง ได้ให้เหตุผลว่าเครื่องดื่มรสหวาน ส่งสัญญาณไปศูนย์ความอิ่มในสมอง ได้น้อยกว่า solid food ที่ให้พลังงานสูง

9) การได้รับสารอาหารอื่น จากการสำรวจโภชนาการและสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 ของ ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า เครื่องดื่มที่มีน้ำตาลทำให้การได้รับสารอาหาร แคลเซียม วิตามินเอ ธาตุเหล็กและสังกะสีลดลง โดยเฉพาะกลุ่ม ที่บริโภคน้ำตาลเกินร้อยละ 25 ของพลังงาน มีผู้ศึกษาพบว่าอาหารที่มีน้ำตาลสูงมักจะมีสารอาหารน้อยกว่าอาหารที่มีน้ำตาลน้อยกว่า

2.3.9 ปัญหาการบริโภคอาหารที่ใส่เครื่องปรุงรสเกิน

สถิติของกระทรวงสาธารณสุขในปี 2554 พบว่าคนไทยป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 21.4 หรือ 1.5 ล้านคน โรคไต ร้อยละ 17.5 หรือ 7.6 ล้านคน โรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 1.4 หรือ 0.75 ล้านคน โรคหลอดเลือดสมอง โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ร้อยละ 1.1 หรือ 0.5 ล้านคน โรคกลุ่มนี้เกิดจากพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะการกินอาหารรสเค็มจัด คือ อาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง โดยเฉพาะจากเครื่องปรุงรสเค็ม ได้แก่ น้ำปลา ซีอิ๊วขาว เกลือ กะปิ และซอสหอยนางรม โดยมีการสำรวจพบว่าคนไทยบริโภคเกลือและโซเดียมสูงเกินที่แนะนำ 2 เท่า หรือเกลือ 10.8 กรัม หรือโซเดียม 5,000 มิลลิกรัมต่อวัน

โซเดียม เป็นแร่ธาตุชนิดหนึ่งที่มีในอาหารธรรมชาติ เช่น ข้าว แป้ง หมู ปลา ไข่ ผัก ผลไม้ และยังมีอยู่ในเครื่องปรุงรสต่างๆ เช่น เกลือ น้ำปลา ซีอิ๊วขาว ซอสหอยนางรม ผงชูรส รวมทั้งมีในอาหารแปรรูป เช่น ไส้กรอก กุนเชียง อาหารหมัก ดอง เป็นต้น ดังนั้น แม้จะไม่ได้ปรุงอาหารเพิ่มเราก็ได้รับโซเดียมจากอาหารธรรมชาติแล้ว สำหรับหน้าที่ของโซเดียม คือ คอยควบคุมการกระจายตัวของน้ำในส่วนต่างๆ ของร่างกาย และมีผลอย่างมากต่อความดันโลหิต ดังนั้นการกินอาหารที่มีโซเดียมมากเกินไปจึงมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และทำให้มีการสะสมของน้ำตามส่วนต่างๆ ในร่างกาย อาทิ เกิดภาวะบวม น้ำ และการที่มีความดันโลหิตสูงในระยะยาวส่งผลต่อหลอดเลือดแดง และนำไปสู่ภาวะอันตรายต่ออวัยวะอื่นๆ ของร่างกาย เช่น หัวใจ ส่งผลต่อการเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต และไตวายในที่สุด

ปริมาณโซเดียมตามปกติที่ควรได้รับคือประมาณ 2,000 – 2,300 มิลลิกรัมต่อวัน ซึ่งในแต่ละวันเรารับประทานอาหารหลักจากธรรมชาติจะมีปริมาณโซเดียมอยู่แล้ว 350 – 450 มิลลิกรัมต่อวัน ดังนั้น เมื่อนำไปหักจากปริมาณโซเดียมที่แนะนำต่อวัน เราจึงสามารถเติมเครื่องปรุงรสชนิดต่าง ๆ ได้อีกประมาณ 1,650 – 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน หรือคิดเป็นเกลือป่น 1 ช้อนชาต่อวัน หรือ ซีอิ๊วขาว 3 – 4 ช้อนชาต่อวัน ดังนั้น หากซื้ออาหารปรุงสำเร็จรับประทานก็ควรหลีกเลี่ยงการเติมพริกน้ำปลา หรือซอสปรุงรสต่างๆ เพิ่มเติม ซึ่งการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็มลงครึ่งหนึ่ง นับเป็นการป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ และสร้างสุขภาพที่ดีได้อย่างยั่งยืน (จุฑาธิป ลิมคณากุล, 2556)

2.3.10 ปัญหาการบริโภคอาหารเกิน (โรคอ้วน)

ภาวะน้ำหนักเกิน (overweight) หมายถึง ภาวะที่เกิดจากการได้รับพลังงานจากอาหารมากเกินความต้องการของร่างกาย และเก็บสะสมไว้จนเกิดอาการปรากฏ เช่น ได้รับสารอาหารที่ให้พลังงานมากเกินไปจนมีการสะสมพลังงานไว้ในร่างกายในรูปของไขมันเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดโรคอ้วน (obesity) ตามมา ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลกระทบในภายหลังได้ (Kantachuvessiri, 2005)

การบริโภคอาหารมากเกินกว่าความจำเป็นของร่างกาย ทำให้ร่างกายแปลงอาหารส่วนเกินนั้นเป็นไขมัน แล้วสะสมไว้ใต้ผิวหนัง โดยเริ่มต้นจะเริ่มสะสมที่แถวท้องหรือเอวก่อน แล้วจึงลามไปสู่ส่วนอื่น ๆ ของร่างกายรวมทั้งใบหน้า (วรชัย ทองไทย, 2550) สาเหตุของโรคอ้วน ส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมบริโภคและการดำเนินชีวิต คือบริโภคอาหารที่มีแป้ง น้ำตาล และไขมันมากเกินกว่าที่ร่างกายจะเผาผลาญได้ทัน พันธุกรรมก็มีส่วนให้เป็นโรคอ้วนได้เช่นกัน แต่น้อยกว่าพฤติกรรมและสภาพแวดล้อม สภาพแวดล้อมที่ทำให้สัดส่วนของโรคอ้วนเพิ่มสูงขึ้น ได้แก่ การขยายตลาดบริโภคอาหารจานด่วน (fast food) การโฆษณาขนมและของขบเคี้ยวแก่เด็ก การนั่งโต๊ะและใช้เครื่องทุ่นแรง นอกจากนี้ เขตเมืองที่ขยายออกไปรอบนอก (urban sprawl) ก็ทำให้สัดส่วนโรคอ้วนเพิ่มมากขึ้นด้วย เพราะทำให้คนเดินน้อยลง (Lopez, 2004) นอกจากนี้ อายุเฉลี่ยของประชากรที่เพิ่มขึ้น ย่อมส่งผลให้สัดส่วนของคนเป็นโรคอ้วนเพิ่มมากขึ้นด้วย ประชากรที่กำลังเปลี่ยนเป็นประชากรสูงอายุย่อมมีผลให้แนวโน้มของคนเป็นโรคอ้วนสูงขึ้น เพราะการเผาผลาญพลังงานในร่างกายจะขึ้นอยู่กับการเคลื่อนไหวของร่างกาย ถ้าร่างกายเคลื่อนไหวน้อยหรือช้าลง การเผาผลาญพลังงานในร่างกายก็ย่อมลดลงด้วย ดังนั้นคนที่มีอายุมากขึ้นก็ควรที่จะทานอาหารน้อยลง ตามสัดส่วนของการดำเนินชีวิตที่ช้าลง ไม่เช่นนั้นก็จะมีโอกาสเป็นโรคอ้วนได้สูง (วรชัย ทองไทย, 2550)

สำหรับผู้ใหญ่นิยมใช้เกณฑ์น้ำหนักต่อส่วนสูงคิดเป็นค่าดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) ซึ่งค่าดัชนีมวลกายของประชากรไทยไม่ควรเกิน 23 กิโลกรัม/ตารางเมตร ถ้าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 23.1-24.9 หมายถึง น้ำหนักเกิน ถ้า 25 ขึ้นไป หมายถึง อ้วน (สำนักงานพัฒนาข้อมูลระบบข่าวสารสุขภาพ, 2553) สำหรับประชากรในทวีปยุโรป อเมริกา ค่าปกติของดัชนีมวลกายจะอยู่ที่ 18.5-24.9 และดัชนีมวลกายระหว่าง 25-29.9 หมายถึง น้ำหนักเกิน ถ้าดัชนีมวลกาย 30 ขึ้นไปจึงจะถือว่าอ้วน (WHO, 2000) ดัชนีมวลกาย ซึ่งคำนวณได้จากน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง หน่วยเป็นกิโลกรัมต่อตารางเมตร

2.4 การออกกำลังกาย

แม้การเจริญเติบโตและการเสื่อมสมรรถภาพของอวัยวะต่าง ๆ จะเป็นไปตามธรรมชาติแต่การออกกำลังกาย ก็เป็นวิธีการตามธรรมชาติที่จะทำให้ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายมีการเจริญเติบโตเต็มศักยภาพ มีสุขภาพสมบูรณ์และแข็งแรง ทั้งกายและใจช่วยทำให้ความเสื่อมของอวัยวะส่วนต่าง ๆ ชะลอตัวลง หรือช่วยป้องกันการเสื่อมก่อนวัยอันสมควร สุดท้ายชีวิตจะมีคุณภาพมากขึ้น (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553)

2.4.1 ความหมายของการออกกำลังกาย

ความหมายการออกกำลังกาย โดย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมสุขภาพ (2543) คือ บทบาทของการเคลื่อนไหวของการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ทำให้เกิดความแข็งแรงสมบูรณ์ของร่างกายในด้านการป้องกันโรค ช่วยลดความเสี่ยง และปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคเรื้อรัง สมบัติ กาญจนิจ (2541) ได้กล่าวว่า การออกกำลังกายเป็นการใช้แรงกล้ามเนื้อและร่างกายให้เคลื่อนไหวเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง มีสุขภาพดี โดยจะใช้กิจกรรมใดเป็นสื่อก็ได้ เช่น การบริหาร เดินเร็ว วิ่ง เหยาะหรือการฝึกที่ไม่มุ่งการแข่งขัน ในขณะที่ จิตอารี ศรีอาคะ (2543) กล่าวว่า การออกกำลังกายเป็นกิจกรรมการเคลื่อนไหวของร่างกายอย่างมีแบบแผนโดยมี การกำหนด ความถี่ ความนาน ความแรง ระยะเวลาในการอบอุ่นร่างกายและระยะผ่อนคลายร่างกายที่ถูกต้องและมีการกระทำเป็นประจำ ก่อให้เกิดการเสริมสร้างสมรรถภาพและคงไว้ให้มีสุขภาพดี พรนิภา ไครบุตร (2543) กล่าวว่า การออกกำลังกาย หมายถึง การที่ร่างกายมีการหดยืดกล้ามเนื้อและข้อต่อ มีการเคลื่อนไหวร่างกายหรืออวัยวะทำให้เกิดการเผาผลาญอาหารและออกซิเจนในร่างกายเพิ่มขึ้นไปจากธรรมดา นอกจากนี้ วิฑูรย์ ต้นสุวรรณรัตน์ (2545) ได้กล่าวว่า การออกกำลังกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อให้กล้ามเนื้อและข้อต่อได้มีการทำงานช่วยให้กล้ามเนื้อเจริญเติบโตมีความแข็งแรงสวยงาม สมส่วนตามธรรมชาติและช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดีทั้งกายและจิตใจ

สรุปการออกกำลังกาย หมายถึง การใช้แรงกล้ามเนื้อเพื่อให้ร่างกายเกิดการเคลื่อนไหวอย่างมีระบบแบบแผน โดยมีการกำหนดความถี่ของการออกกำลังกาย ความแรงหรือความหนักของการออกกำลังกาย ความหนาหรือระยะเวลาของการออกกำลังกาย ระยะเวลาในการอบอุ่นร่างกายและระยะผ่อนคลายร่างกายที่ถูกต้อง ผลของการออกกำลังกายจะช่วยทำให้ร่างกายเกิดความแข็งแรง ระบบการทำงานต่าง ๆ ของร่างกายมีประสิทธิภาพดีขึ้น

2.4.2 ประเภทการออกกำลังกาย (Type of Exercise)

การจำแนกประเภทการออกกำลังกายที่เน้นสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การเพิ่มประสิทธิภาพของปอดและหัวใจ และเพิ่มความยืดหยุ่นและการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อ โดย สุขพัชรา ชิมเจริญ (2546) แบ่งการออกกำลังกายเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1) การแบ่งตามลักษณะการทำงานของกล้ามเนื้อ ได้แก่

(1) การออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก (Isometric Exercise or Static Exercise) หมายถึง การออกกำลังกายแบบมีการหดตัวของกล้ามเนื้อ ชนิดที่ความยาวของกล้ามเนื้อคงที่ แต่มีการเกร็งหรือตึงตัว (Tension) ของกล้ามเนื้อเพื่อต้านกับแรงต้านทาน ดังนั้น เมื่อมีการออกกำลังกายชนิดนี้ อวัยวะต่าง ๆ จึงไม่มีการเคลื่อนไหวแต่มีการเกร็งของกล้ามเนื้อในลักษณะออกแรงเต็มที่ในระยะสั้น ๆ เช่น ออกแรงดันผนังกำแพง ออกแรงบีบวัตถุหรือกำหมัดไว้แน่น หรือในขณะที่นั่งทำงานเอาฝ่ามือกดลงบนโต๊ะเต็มที่ เป็นต้น การออกกำลังกายแบบไอโซเมตริกนี้ หากกระทำบ่อย ๆ เป็นประจำจะมีผลต่อการเพิ่มขนาดของกล้ามเนื้อ ซึ่งทำให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรงเพิ่มขึ้น แต่มีผลน้อยมากในการเพิ่มสมรรถภาพของหัวใจหรือระบบไหลเวียนเลือด การออกกำลังกายแบบไอโซเมตริกนี้ เหมาะสำหรับผู้ที่ไม่ค่อยมีเวลา หรือสถานที่สำหรับออกกำลังกายด้วยวิธีอื่น ๆ เพราะเป็นการออกกำลังกายที่ใช้เวลาน้อย และสามารถกระทำได้เกือบทุกสถานที่นอกจากนั้น ยังเหมาะสำหรับนักกีฬาที่เพิ่งฟื้นจากการบาดเจ็บ เพราะไม่สามารถเคลื่อนไหวอวัยวะบางส่วนได้เต็มที่ สำหรับผู้ที่เป็นโรคหัวใจหรือโรคความดันเลือดสูง ไม่ควรออกกำลังกายด้วยวิธีนี้เพราะเมื่อมีการเกร็งกล้ามเนื้อจะทำให้หัวใจต้องทำงานเพิ่มขึ้นพร้อม ๆ กับการเพิ่มของความดันเลือดเกือบทันทีจึงอาจเป็นอันตรายในขั้นที่รุนแรงได้

(2) การออกกำลังกายแบบไอโซโทนิค (Isotonic Exercise or Dynamic Exercise) หมายถึง การออกกำลังกายแบบมีการหดตัวของกล้ามเนื้อ ชนิดที่ความยาวของกล้ามเนื้อมีการเปลี่ยนแปลง และอวัยวะมีการเคลื่อนไหว เป็นการบริหารกล้ามเนื้อตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย โดยตรงซึ่งสามารถแบ่งการทำงานของกล้ามเนื้อออกเป็น 2 ลักษณะคือ

- คอนเซนตริก (Concentric) คือ การหดตัวของกล้ามเนื้อชนิดที่ความยาวของกล้ามเนื้อหดสั้นเข้าทำให้น้ำหนักเคลื่อนเข้าหาลำตัว เช่น การยกน้ำหนักเข้าหาลำตัว ท่าวิดพื้นในขณะที่ลำตัวลงสู่พื้น

- เอกเซนตริก (Eccentric) คือ การหดตัวของกล้ามเนื้อชนิดที่มีการเกร็งกล้ามเนื้อและความยาวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น เช่น ยกน้ำหนักออกจากลำตัว ท่าวิดพื้นในขณะที่ยก ลำตัวขึ้น

(3) ไอโซคิเนติก (Isokinetic Exercise) หมายถึง การออกกำลังกายชนิดที่การทำงานของกล้ามเนื้อเป็นไปอย่างสม่ำเสมอตลอดช่วงเวลาของการเคลื่อนไหว เช่น การขี่จักรยาน ว่ายน้ำ การก้าวขึ้นลงตามแบบทดสอบของ ฮาร์วาร์ด (Harvard Step Test) หรือการใช้เครื่องมืออื่น ๆ เข้าช่วย

2) การแบ่งตามลักษณะการใช้ออกซิเจน ได้แก่

(1) การออกกำลังกายแบบแอนแอโรบิก (Anaerobic Exercise) หมายถึง การออกกำลังกายแบบไม่ต้องใช้ออกซิเจน หรือในขณะที่ออกกำลังกายแต่ไม่ต้องหายใจเอาอากาศเข้าสู่ปอดเลย เช่น การวิ่งเร็วระยะสั้น หรือการวิ่งในกีฬาบางอย่าง เช่น การวิ่งเต็มทีเพื่อเข้าไปรับลูกเทนนิสที่ข้ามตาข่ายมา การกระโดดสูง กระโดดไกล ขว้างจักร พุ่งแหลน ทุ่มน้ำหนัก ซึ่งผลจากการออกกำลังกายแบบแอนแอโรบิกคล้ายกับการออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก

(2) การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic Exercise) หมายถึง การออกกำลังกายชนิดที่ต้องใช้ออกซิเจน หรือมีการหายใจในขณะที่ออกกำลังกาย เป็นการบริหารให้ร่างกายเพิ่มความสามารถสูงสุดในการรับออกซิเจน ในการออกกำลังกาย ร่างกายจะต้องใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น ดังนั้นในการขนส่งออกซิเจนไปยังเซลล์ของกล้ามเนื้อและอวัยวะที่เกี่ยวข้องและการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้นนี้ ระบบการลำเลียงออกซิเจนไปยังจุดหมายปลายทางก็คือระบบไหลเวียนเลือดและระบบหายใจจำเป็นต้องทำงานเพิ่มขึ้นด้วย ดังนั้นการออกกำลังกายเป็นประจำ จึงทำให้ระบบการไหลเวียนเลือดและระบบหายใจปรับตัวในทางดีขึ้น โดยสามารถเพิ่มการขนส่งออกซิเจนไปยังเซลล์กล้ามเนื้อและอวัยวะที่เกี่ยวข้องได้มากขึ้น ซึ่งเป็นผลกลับกันกับการขาดการออกกำลังกายที่กล่าวข้างต้น

ตัวอย่างเช่น เคยทำงานหนึ่งซึ่งเป็นงานในขณะที่ไม่เคยออกกำลังกาย ต้องให้อัตราการเต้นของหัวใจขณะออกกำลังกายมากถึง 170 ครั้งต่อนาทีแต่หลังจากออกกำลังกายเป็นประจำระยะหนึ่งแล้ว อัตราการเต้นของหัวใจขณะออกกำลังกายอาจลดเหลือเพียง 130 ครั้งต่อนาที และถ้าจะให้อัตราการเต้นของหัวใจขณะออกกำลังกายมากถึง 170 ครั้งต่อนาที ก็จะต้องเพิ่มความหนักของงานขึ้นอีกมาก ซึ่งแสดงว่าร่างกายยังมีกำลังสำรองอยู่มาก ผลของการออกกำลังกายเป็นประจำ จะทำให้ขณะพักหัวใจทำงานอย่างประหยัดหรือไม่หนักโดยบีบตัวน้อยครั้งลง

อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม (2543.: 49-53) ได้จำแนกประเภทของการออกกำลังกายไว้ 5 ประเภท ดังนี้

1) การเกร็งกล้ามเนื้อโดยไม่เคลื่อนไหวอวัยวะ (Isometric exercise) เป็นการออกกำลังกายกล้ามเนื้อโดยไม่มีการเคลื่อนไหวอวัยวะส่วนใดๆ ไม่ว่าจะเป็น ลำตัว แขน ขา หรือกระดูกข้อต่อใดๆ เช่น การเกร็งกล้ามเนื้อมัดใดมัดหนึ่งหรือหลายๆมัดสักครู่แล้วคลาย แล้วเกร็งใหม่ หรือออกกำลังกายผลึกวัตถุที่ไม่เคลื่อนไหว เช่น ยืนอยู่ระหว่างกลางประตูที่เปิดอยู่ แล้วใช้มือทั้งสองผลึกวงกบอย่างแรงก็จะเป็นการเกร็งกล้ามเนื้อที่มีมือโดยที่วงกบประตูไม่เคลื่อนไหว หรือใช้มือทั้งสองพยายามยกเก้าอี้ที่เรา นั่งอยู่ เป็นต้น จากการศึกษา พบว่า การเกร็งกล้ามเนื้อแบบไม่เคลื่อนไหวอวัยวะนี้หากทำบ่อยๆ สามารถเพิ่มขนาดและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมัดนั้นๆได้แต่ไม่เกิดประโยชน์ต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดเลย บางครั้งอาจจะเกิดโทษด้วย เช่น กำมือของบางอย่างในมือให้แน่น เพียงไม่กี่วินาทีก็อาจทำให้ความดันเลือดสูงขึ้นมาได้

2) การยกน้ำหนัก (Isotonic or Isophasic exercise) เป็นการออกกำลังกายเกร็งกล้ามเนื้อพร้อมกับการเคลื่อนไหวข้อต่อหรือแขนขาด้วย ได้แก่ พวกนักยกน้ำหนักหรือนักเพาะกาย การออกกำลังกายแบบนี้เป็นการบริหารกล้ามเนื้อมัดต่างๆโดยตรง ทำให้กล้ามเนื้อโตขึ้นแข็งแรงขึ้น แต่ก็ไม่มีประโยชน์ต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด

3) การออกกำลังกายต่อสู้แรงต้านด้วยความเร็วคงที่ (isokinetic exercise) เป็นการออกกำลังกายแบบใหม่ล่าสุดจากการประดิษฐ์เครื่องมือออกกำลังกายที่ทันสมัยผนวกคอมพิวเตอร์ คล้ายๆการยกน้ำหนักในประเภทที่สอง แต่เป็นการออกแรงต่อเครื่องมือที่สร้างมาให้ไม่ว่าจะเป็นดึงเข้าหรือดึงออก ยกขึ้นหรือยกลง ต้องออกแรงต่อแรงต้านเท่ากันและด้วยความเร็วสม่ำเสมอ

4) การออกกำลังกายแบบไม่ใช้ออกซิเจน (Anaerobic exercise) เป็นการออกกำลังกายที่ร่างกายแทบไม่ทันได้หายใจเอาออกซิเจนไปใช้เลย เช่น การวิ่งสุดฝีเท้าในระยะเวลาอันสั้น ตัวอย่างนักตีเทนนิสที่อยู่ลูกลีร์ฟอยูนิงๆ พอฝ่ายตรงข้ามเสิร์ฟลูกมาก็จะกลั้นหายใจ ถลันวิ่งสุดแรงออกไปรับลูกให้ได้ หรือนักวิ่งระยะสั้นพวก 100 เมตร พอเสียงปืนดังปังก็จะมีตัวออกสตาร์ทวิ่งชวย

เข้าไปข้างหน้าอย่างรวดเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้แทบไม่ได้หายใจเลยตลอดระยะทาง 100 เมตรร่างกายแทบไม่ได้ใช้ออกซิเจนเลย

5) การออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน (Aerobic exercise) เป็นการออกกำลังกายที่ทำให้ร่างกายเพิ่มความสามารถสูงสุดในการรับออกซิเจน ทำให้ได้บริหารหัวใจและปอด เป็นเวลานานพอที่จะให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เป็นประโยชน์ขึ้นในร่างกาย การเดินเร็วๆ การวิ่ง ว่ายน้ำ ขี่จักรยาน ฯลฯ จัดเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิกทั้งสิ้น จุดมุ่งหมายในการออกกำลังกายแบบแอโรบิก คือต้องการบริหารร่างกายให้เพิ่มความสามารถสูงสุดในการรับออกซิเจนที่เรียกว่า “ปริมาณแอโรบิก” (Aerobic capacity) ซึ่งจะช่วยให้ปอดหายใจเร็วเพื่อให้ได้ปริมาณอากาศมากที่สุดหัวใจเต้นเร็วขึ้นและสูบฉีดเลือดแรงขึ้น เลือดในร่างกายมีการไหลเวียนมากขึ้น ออกซิเจนถูกจ่ายไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกายเพิ่มขึ้น ดังนั้น การออกกำลังกายแบบแอโรบิกจึงมีผลทำให้ปอดมีประสิทธิภาพ หัวใจแข็งแรงและมีระบบเลือดที่ดี

2.4.3 หลักและวิธีการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายมีหลักและวิธีการที่เป็นสากล ดังนี้ ปริมาณความหนัก ความนาน และความบ่อยในการออกกำลังกาย ในการออกกำลังกายแต่ละครั้งถ้าต้องการให้ได้ประโยชน์สูงสุด ผู้ออกกำลังกายควรมีหลักปฏิบัติเพื่อความเหมาะสมพอดี คือ (วาริ สายันหะ, 2546)

1) ความหนักของการออกกำลังกาย ผู้ออกกำลังกายมีความจำเป็นจะต้องทราบว่า ควรออกกำลังกายเท่าใด จึงจะไม่เป็นอันตรายต่อร่างกายและได้ผลดีที่สุด โดยปกติเราจะใช้อัตราการเต้นของหัวใจเป็นตัววัดความหนักของงาน ถ้าเป็นการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ อัตราการเต้นของหัวใจของผู้ออกกำลังกายควรอยู่ในอัตรา 70–80 % ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด โดยอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดมีสูตรในการคำนวณดังต่อไปนี้ซึ่งพิจรสูงสุดเท่ากับ $(220 - \text{อายุปี}) \times (70 - 80\%) / 100$ ตัวอย่าง จิรสิน อายุ 20 ปี อัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดในการออกกำลังกาย คือ $(220 - 20) \times (70 - 80\%) / 100 = 200 \times (70 - 80\%) / 100 = 140 - 160$ ครั้ง / นาที

2) ความนานของการออกกำลังกาย ในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพแต่ละครั้ง โดยทั่วไปควรใช้เวลาอย่างน้อย 20 – 30 นาที (แต่สำหรับผู้ที่เป็นนักกีฬาควรเพิ่มเวลาให้นานขึ้น) โดยให้อัตราการเต้นของหัวใจคงที่ (ตามการคำนวณได้ในข้อ 1) ไปตลอดเวลานั้น และควรออกกำลังกายเป็นเวลาเดียวกันทุกครั้ง

3) ความบ่อยของการออกกำลังกาย ความเหมาะสมในการออกกำลังกายในหนึ่งสัปดาห์นั้น ควรออกกำลังกายไม่น้อยกว่า 3 วัน และไม่เกิน 6 วัน และควรมีวันพักผ่อนสัปดาห์ละไม่น้อยกว่า 1 วัน

วสันต์แสงเหลา (2544) กล่าวถึงข้อควรปฏิบัติในการออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพไว้
ดังนี้

- 1) การประมาณตน โดยดูจากสภาพร่างกายกับกีฬาชนิดต่าง ๆ การฝึกซ้อมกีฬาที่หนักหรือเบาเกินไป อาจจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพได้ สังเกตจากการออกกำลังกายให้หนักเพิ่มมากขึ้นโดยไม่เหน็ดเหนื่อย และเมื่อพักประมาณ 10 นาทีจะรู้สึกหายเหนื่อย แสดงว่าการฝึกซ้อมนั้นไม่หนักเกินไป
- 2) การแต่งกายควรมีการแต่งกายที่เหมาะสมทั้งเสื้อ กางเกง รองเท้ารวมถึงอุปกรณ์ที่ช่วยป้องกันการบาดเจ็บ
- 3) เลือกเวลา กำหนดเวลาในการฝึกซ้อมให้แน่นอนควรเป็นช่วงเวลาเช้า เวลาเย็น
- 4) ไม่ควรออกกำลังกายในช่วงหลังอาหาร เนื่องจากกระเพาะอาหารที่อยู่ใต้กระบังลมจะทำให้ปวดขยายไม่เต็มที่ จะเป็นผลเสียต่อการออกกำลังกาย
- 5) เพื่อชดเชยน้ำที่ต้องสูญเสียไปในการออกกำลังกาย
- 6) ความเจ็บป่วยทำให้มีสมรรถภาพทางกายลดลง และร่างกายต้องการพักผ่อนมากขึ้นจึงไม่ควรออกกำลังกายในขณะที่เจ็บป่วย
- 7) ความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างการออกกำลังกาย พบมากในบุคคลที่อายุ 35 ปีขึ้นไปเช่น หายใจขัด จุกแน่นหน้าอก ควรหยุดออกกำลังกายทันทีเพราะอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต
- 8) ด้านจิตใจ ควรทำจิตใจให้ปลอดโปร่งคิดถึงประโยชน์ในการออกกำลังกาย
- 9) ความสม่ำเสมอสมรรถภาพที่เพิ่มขึ้น นอกจากขึ้นอยู่กับความเข้ม (Intensity) ของกิจกรรมแล้ว ยังขึ้นอยู่กับความสม่ำเสมอด้วย ดังนั้น การออกกำลังกายเพื่อการแข่งขันหรือการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพก็ตาม ต้องรักษาความสม่ำเสมอไว้ด้วย
- 10) การพักผ่อน หลังจากฝึกซ้อมหรือออกกำลังกาย ควรมีการพักผ่อนอย่างเพียงพอเพื่อให้ร่างกายฟื้นตัวกลับเข้าสู่สภาวะปกติ

2.4.4 พฤติกรรมการออกกำลังกาย

กรีน และคณะ (Green et al., 1999) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล โดยจำแนกเป็น ปัจจัยนำปัจจัยเสริมและปัจจัยสนับสนุนตามกรอบแนวคิดรวบยอดตามแนวทางของ PRECEDE PROCEESS FRAMEWORK โดยพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุจากหลายปัจจัย (Multiple Factor) ดังนั้นการดำเนินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลจึงต้องมีการดำเนินการ หลายๆ ด้านประกอบกับประการสำคัญ

โดยทั่วไปแล้วมักเริ่มศึกษาจากสาเหตุหรือปัจจัย นำเข้า (Input) แล้วจึงมาพิจารณาถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น การดำเนินการตามขั้นตอนของ PRECEDE PROCESS FRAMEWORK จำแนกเป็น 7 ขั้นตอน ที่ต่อเนื่อง ดังนี้

1) การวิเคราะห์ปัญหาสังคม (Social Diagnosis) เริ่มจากการพิจารณาคุณภาพชีวิต โดยการประเมินจากปัญหาสังคมของประชากรกลุ่มต่างๆ ซึ่งเป็นปัญหาที่ประเมินได้จะเป็น เครื่องชี้วัดระดับคุณภาพชีวิตของประชากร

2) การวิเคราะห์ระบาดวิทยา (Epidemiological Diagnosis) เป็นการวิเคราะห์ปัญหาสังคมของกลุ่มประชากรที่ศึกษา ว่ามีปัญหาสุขาพอะไรบ้าง โดยอาศัยข้อมูลต่างๆ ที่มีอยู่แล้ว หรือหาข้อมูลทั่วไปที่ได้จากการสืบสวนที่ควรได้รับการแก้ไข

3) การวิเคราะห์พฤติกรรม (Behavioral Diagnosis) เป็นการวิเคราะห์หาพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาสุขาพ ซึ่งจะต้องวิเคราะห์ถึงปัจจัยอื่นๆ ที่ไม่ใช่ปัจจัยทางพฤติกรรม (Nonbehavioral Factors) เช่น สภาวะเศรษฐกิจ พันธุกรรม และสิ่งแวดล้อมเพราะ ปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลทางอ้อมต่อสุขาพได้

4) การวิเคราะห์ปัจจัยของพฤติกรรม (Education Factors) เป็นการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขาพ ซึ่งจำแนกปัจจัยออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

(1) ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) ปัจจัยนำประกอบไปด้วยความรู้ทัศนคติ และการรับรู้ ซึ่งจะมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลให้มี การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือไม่

(2) ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) ปัจจัยสนับสนุนเป็นปัจจัยที่พิจารณา ระบบหรือข้อบังคับของสังคม ซึ่งทำให้เกิดข้อจำกัดต่างๆ เช่น ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวก บุคลากร และทรัพยากรที่เพียงพอ เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีความสามารถและมีการปฏิบัติ ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่มีผลต่อสุขาพของตนเอง หรือสุขาพของบุคคลอื่น แล้วแต่กรณี

(3) ปัจจัยสนับสนุน (Reinforcing Factors) นั้นเป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปนั้น ได้รับการกระตุ้น หรือส่งเสริมให้มีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ซึ่งปัจจัยนี้จะสัมพันธ์กับการประเมินผลจากบุคคลนั้นๆ เป็นแรงกระตุ้นจากสังคมสิ่งแวดล้อม เช่น ครอบครัว เพื่อน ครอบครัว ครู พ่อ แม่ นายจ้าง หรือบุคคลที่ยอมรับหรืออ้างอิงได้ตลอดจน กระแสสังคมในเรื่องที่เกี่ยวข้อง

5) การวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรม (Education Factors) เป็นการหาแนวทางหรือวิธี การที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในปัจจัยต่างๆโดยการศึกษาค้นคว้าถึงปัจจัย

ทั้ง 3 ประการ ดังกล่าวข้างต้น เพื่อจะได้ตัดสินใจว่าเรื่องใดสำคัญก่อนและมีแหล่งทรัพยากรใดบ้างที่พอจะช่วย ให้การดำเนินงานสำเร็จ มีอิทธิพลเหนือปัจจัยนั้น เพื่อนำไปสู่การแก้ไข

6) การวิเคราะห์ทางการบริหารจัดการ (Administrative Diganosis) เป็นการบริหารเกี่ยวกับการกำหนดกลวิธีและดำเนินการ ตามกลวิธีที่ได้จัดระบบและพัฒนาโครงการนั้นขึ้นมา ซึ่งต้องคำนึงถึงอยู่เสมอถึงทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ข้อจำกัดด้านเวลา และความสามารถในการผสมผสานปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยเสริมเข้าด้วยกัน ไม่ใช่เพียงปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเท่านั้น ในขณะที่เดียวกันต้องประเมินปัญหาด้านบริหารและทรัพยากรด้วยว่ามีสภาวะการณ์ เช่นใด

7) การประเมินผล (Evaluation) เป็นการประเมินผลว่าในแต่ละขั้นตอนทำสิ่งใด ไม่ถูกต้องบ้าง โดยต้องทำการประเมินอย่างต่อเนื่องทุกขั้นตอน ตั้งแต่ขั้นตอน

2.4.5 การออกกำลังกายโดยการยืดกล้ามเนื้อ

การออกกำลังกายโดยการยืดกล้ามเนื้อ (stretching) เป็นการยืดกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น และข้อต่อต่างๆภายในร่างกาย เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับระบบกล้ามเนื้อส่วนต่างๆให้ทำงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ และช่วยลดอันตรายจากการบาดเจ็บต่างๆ ทั้งเป็นการช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงและความยืดหยุ่นให้กับระบบข้อต่อและเอ็นภายในร่างกาย (Leaders Wellness Center, 2011) การยืดกล้ามเนื้อแบ่งได้ 3วิธี ได้แก่ การยืดกล้ามเนื้อแบบหยุดค้าง (static stretching) การยืดกล้ามเนื้อแบบกระตุก (ballistic stretching) และการยืดกล้ามเนื้อแบบกระตุ้นระบบประสาทกล้ามเนื้อ (proprioceptive neuro- muscular facilitation: PNF) ซึ่งวิธีการหลังเป็นเทคนิคที่ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญโดยเฉพาะ เช่นนักกายภาพบำบัด หรือผู้ที่ชำนาญในการเคลื่อนไหวของร่างกาย (กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข, 2548) สำหรับการยืดกล้ามเนื้อแบบหยุดค้าง (static stretching) มีประสิทธิผลทำให้กล้ามเนื้อและเส้นเอ็นยืดหยุ่นได้ดีขึ้น เพิ่มระยะสูงสุดที่ข้อต่อต่างๆจะหมุนได้ ลดอาการปวดเนื่องจากกล้ามเนื้อและเส้นเอ็นหดยึด (วิวัฒน์ เอกบูรณวัฒน์, 2554) ส่วนการยืดกล้ามเนื้อแบบกระตุก (ballistic stretching) เป็นการยืดกล้ามเนื้อโดยให้ส่วนของร่างกายได้ยืดออกในช่วงของการเคลื่อนไหวที่กว้าง เช่น การกระโดดแยกขา วิธีนี้เป็นที่นิยมพอสมควรแต่มีข้อจำกัด คือ ผู้ปฏิบัติต้องมีพื้นฐานการเคลื่อนไหวที่ดี และการกระทำซ้ำๆอาจเป็นอันตรายทำให้กล้ามเนื้อยึดมากเกินไปหรืออาจถึงขั้นฉีกขาดได้ (สมยศ พรหมบุตร, 2554) ดังนั้นการยืดกล้ามเนื้อแบบหยุดค้างน่าจะมีความเหมาะสมกับพนักงานแผนกบรรจุ โรงงานแปรรูปผลิตภัณฑ์ทางการเกษตร เนื่องจากลักษณะการทำงานของพนักงานจะมีการทำงานในท่าทางซ้ำๆเดิมๆ เช่น การยืนทำงานเป็นระยะเวลานานๆ การออกแรงมากในการยกหรือดึงวัตถุที่มีน้ำหนักมาก และการทำงานในท่าทางที่ไม่เหมาะสม เช่น การบิดเอี้ยวตัว การก้มหรือ โค้งลำตัว เพื่อลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ

และเส้นเอ็น ช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปยังกล้ามเนื้อและข้อกระดูกและข้อต่อ ซึ่งเป็นสาเหตุของอาการปวดกล้ามเนื้อ (สุรศักดิ์ บุรณตรีเวช, 2554)

การออกกำลังกายโดยการยืดกล้ามเนื้อบริเวณหลังส่วนล่างช่วยให้โครงสร้างของแนวกระดูกสันหลังมีความยืดหยุ่น ลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ เอ็นและข้อต่อ กระตุ้นระบบการไหลเวียนเลือดและระบบประสาทให้มีปฏิกริยาในการตอบสนองได้ดีขึ้น ผลการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้านแอโรบิก (aerobic change) และแอนแอโรบิก (anaerobic change) การเปลี่ยนแปลงทางด้านแอโรบิกเกิดขึ้นในกล้ามเนื้อลาย ทำให้เพิ่มปริมาณของไมโอโกลบิน (myoglobin) เพิ่มออกซิเดชั่นของคาร์โบไฮเดรต (กลัยโคเจน) และเพิ่มออกซิเดชั่นของไขมัน ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางด้านแอนแอโรบิกในกล้ามเนื้อลายส่งผลให้การทำงานของระบบฟอสฟาเจน (phosphagen system) เพิ่มขึ้น คือ อะดีโนซีน ไตรฟอสเฟส (adenosine tri phosphate: ATP) ที่เก็บสะสมไว้ในกล้ามเนื้อลายเพิ่มขึ้นและเพิ่มการทำงานของแอนแอโรบิก ไกลโคไลซิส (anaerobic glycolysis) คือ สามารถทนต่อกรดแลคติกจำนวนมากที่คั่งได้ ผลต่อระบบการไหลเวียนทำให้หลอดเลือดมีการขยายตัวเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อลายมากขึ้น มีการใช้ออกซิเจนลดลงเล็กน้อยเพราะการเพิ่มประสิทธิภาพทั้งทางโครงสร้างและหน้าที่ มีการใช้กลัยโคเจนของกล้ามเนื้อลดลงทั้งนี้เนื่องจากกล้ามเนื้อเพิ่มความสามารถในการใช้กรดไขมันเพิ่มขึ้น จึงเหลือกลัยโคเจนในกล้ามเนื้อทำให้การล่าของกล้ามเนื้อเกิดขึ้นช้า และกรดแลคติกเกิดขึ้นน้อย นอกจากนี้การออกกำลังกายเป็นประจำทำให้เพิ่มพื้นที่หน้าตัดของกล้ามเนื้อและเพิ่มขนาดของเส้นใยกล้ามเนื้อหรือเพิ่มจำนวนเส้นใยกล้ามเนื้อเป็นการปรับปรุงทางด้านความอดทนของกล้ามเนื้อ ลดการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ จึงช่วยลดอาการปวดหลังส่วนล่างได้ (สถาบันการพลศึกษาวิทยาเขตสุพรรณบุรี, 2550) ประโยชน์ของการออกกำลังกายโดยการยืดกล้ามเนื้อการยืดกล้ามเนื้อเป็นรูปแบบของการออกกำลังกายที่จำเพาะต่อกระดูกและกล้ามเนื้อเป็นกระบวนการยืดกล้ามเนื้อจนรู้สึกถึงความตึง ซึ่งประโยชน์ของการยืดกล้ามเนื้อช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและมุมการหมุนของข้อต่อ เพิ่มการไหลเวียนเลือดและลดปวด ปรับลักษณะท่าทางให้สมดุลและลดความตึงเครียด (Inverarity, 2007; Johnson, 2011) ดังรายละเอียดพอสังเขปดังนี้

1) เพิ่มความยืดหยุ่นและมุมการหมุนของข้อต่อ (increased flexibility and joint range of motion) กล้ามเนื้อที่มีความยืดหยุ่นสามารถเพิ่มการทำกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ ได้ดี เช่น การยกของ การก้มหรือการวิ่ง ซึ่งตามทฤษฎีแล้วความยืดหยุ่นของร่างกายมีแนวโน้มลดลงตามอายุที่มากขึ้น แต่เราสามารถทำให้กล้ามเนื้อยืดหยุ่นได้ดีและคงสภาพไว้ด้วยการออกกำลังกายโดยการยืดกล้ามเนื้อส่วนการคองไว้ซึ่งมุมการหมุนของข้ออย่างเต็มที่ทำให้เกิดความสมดุลกล้ามเนื้อ ช่วยให้การทำงานของกล้ามเนื้อประสานกันได้ดีและป้องกันการบาดเจ็บได้

2) เพิ่มการไหลเวียนเลือดและลดปวด (improved circulation) การยืดกล้ามเนื้อจะเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปยังกล้ามเนื้อ โดยเลือดจะนำสารอาหารไปเลี้ยงกล้ามเนื้อ และช่วยขับของเสียออกซึ่งก็คือ กรดแลคติก ที่เป็นสาเหตุของอาการปวด ดังนั้นการเพิ่มการไหลเวียนของเลือดช่วยให้ระยะเวลาในการฟื้นตัวของกล้ามเนื้อเร็วขึ้นเมื่อได้รับบาดเจ็บ

3) ปรับความสมดุลของร่างกาย (improved posture) การออกกำลังกายโดยการยืดกล้ามเนื้อบ่อยๆช่วยให้กล้ามเนื้อกระชับและคองไว้ซึ่งท่าทางที่เหมาะสม ซึ่งการมีท่าทางที่เหมาะสมจะช่วยลดอาการปวดของกล้ามเนื้อได้

4) ลดความตึงเครียด (stress relief) การออกกำลังกายโดยการยืดกล้ามเนื้อช่วยลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อที่เกิดจากการทำงาน ทำให้รู้สึกผ่อนคลายและลดอุบัติเหตุการบาดเจ็บหรืออาการผิดปกติทางโครงสร้างและกล้ามเนื้อการออกกำลังกายโดยการยืดกล้ามเนื้อที่ดีจะช่วยให้เอ็นข้อต่อและเส้นใยกล้ามเนื้อที่ได้รับการยืดเหยียดมีความยาวและมุมกว้างกว่าปกติ สามารถช่วยป้องกันการฉีกขาดของเส้นใยกล้ามเนื้อ ทำให้ลดการบาดเจ็บของโครงสร้างและกล้ามเนื้อ อย่างไรก็ตามการยืดกล้ามเนื้อจะมีประสิทธิภาพในการลดอาการผิดปกติทางโครงสร้างและกล้ามเนื้อเล็กน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับท่าของการยืดกล้ามเนื้อ ความถี่และระยะเวลาในการยืดกล้ามเนื้อ (กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข,2548)

2.5 ศักยภาพชุมชน

2.5.1 ความหมาย: ศักยภาพชุมชน

เกษราพร ทิราวงศ์ (2554, 9) ความสามารถของสมาชิกในชุมชนที่มีอยู่ในตนเอง ทั้งในด้านการคิด การประดิษฐ์ นำออกมาใช้ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้น

วัลภารัตน์ มีชำนาญ (2555, 31) ให้ความหมายของ ศักยภาพชุมชน (Potential) หมายถึง ชีตความสามารถชุมชน ด้านความรู้ ทักษะการปฏิบัติ ที่ยังไม่พัฒนาเต็มที่แต่ขาดโอกาสในการเรียนรู้ และพัฒนาศักยภาพของตนเอง การพัฒนาศักยภาพชุมชนเป็น การใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพชุมชน เพื่อเพิ่มขีดความสามารถของชุมชนใน ด้านความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ

นาฏสุตา เชนนะสิริ (2556,19) กล่าวว่าไว้ว่าศักยภาพชุมชนหมายถึง ชีตความสามารถของชุมชนในการจัดการทรัพยากรเพื่อตอบสนองต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชน รวมทั้งให้เกิดการอนุรักษ์และจัดการทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม รวมทั้งการประยุกต์ใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีต่างๆ เพื่อดำรงชีวิตที่สอดคล้องกับสภาพนิเวศของชุมชนแต่ละชุมชนมีศักยภาพต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยสนับสนุนได้แก่ ชีตความสามารถ สามารถในการเรียนรู้ ทรัพยากรธรรมชาติที่มีอยู่ในชุมชน สมาชิกในชุมชน และระบบการบริหาร และการจัดการในชุมชน

จากความหมายข้างต้นจะพบว่าศักยภาพของชุมชน หมายถึง ความสามารถของบุคคลหรือชุมชน ทั้งด้านความรู้ ความคิด ความสามารถในการจัดการและการเรียนรู้ รวมทั้งทักษะการใช้เครื่องมือต่างๆ เพื่อพัฒนาคุณภาพของชุมชนและตอบสนองความต้องการของคนในชุมชนได้อย่างถูกต้อง

2.5.2 บทบาทขององค์การและบุคคลในการพัฒนาศักยภาพของชุมชน

องค์การหรือบุคลากรในองค์การมีบทบาทที่สำคัญ 3 ประการในการพัฒนาศักยภาพชุมชนดังนี้ (วัลภารัตน์ มีชำนาญ, 2555, 30)

- 1) เป็นผู้เชื่อมประสานให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ (Facilitator) คือ การไปสร้างการเรียนรู้ให้ชุมชนมีความรู้ในทุกอย่างที่ยากหา
- 2) เป็นผู้เชื่อมประสานให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (Catalyst) ทำให้เกิดการสร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆ ที่เรียกว่า นวัตกรรม (Innovation)
- 3) เป็นผู้เชื่อมประสานให้เกิดเครือข่าย (Networker) คือ การเชื่อมโยงผู้คนเป็นเครือข่ายให้ผู้คนสื่อสารสัมพันธ์กันร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นมาร่วมกันทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาารวมกันพัฒนาศักยภาพของตนเอง

2.5.3 ตัวชี้วัดศักยภาพชุมชน

ชุมชนที่มีศักยภาพนั้นสามารถสะท้อนให้เห็นได้จากความเข้มแข็งของชุมชนนั้น ๆ ซึ่งได้มีการพัฒนาตัวชี้วัดต่างๆจำนวนมากเพื่อใช้ประเมินความเข้มแข็งของชุมชนดังนี้ (วรวิทย์ อวิรุทธ์ วรกุลและธีระพงษ์ มาลัยทอง, 2550, 40-47)

- 1) ชุมชนพึ่งตนเองได้ ประกอบด้วยตัวบ่งชี้หรือประเด็นชี้วัดที่สำคัญคือ ความเข้มแข็งขององค์กรชุมชน การเรียนรู้เพื่อแก้ไขปัญหาาร่วมกันอย่างต่อเนื่อง และเศรษฐกิจชุมชน
- 2) ชุมชนเกื้อกูลกัน ประกอบด้วยตัวบ่งชี้หรือประเด็นชี้วัดที่สำคัญคือการจัดสวัสดิการในชุมชน และความสามัคคีช่วยเหลือเกื้อกูลต่อกัน
- 3) การมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วยตัวบ่งชี้หรือประเด็นชี้วัดที่สำคัญคือ การเป็นสมาชิกกลุ่ม และการรักษาคุณค่าของประเพณี วัฒนธรรม และภูมิปัญญาที่เป็นเอกลักษณ์ของชุมชน /ท้องถิ่นหรือเอกลักษณ์ความเป็นไทยโดย

สมบุรณ์ ธรรมลังกา (2556, 58-66) ที่นำเสนอว่าการเสริมสร้างชุมชนที่เข้มแข็งให้ประสบความสำเร็จนั้นประกอบด้วยฐานความสำเร็จ 8 ด้านได้แก่ ด้านเกี่ยวกับผู้นำ ด้านการรวมกลุ่มกิจกรรม ด้านการบริหารจัดการกลุ่ม ด้านการเรียนรู้และการถ่ายทอดองค์ความรู้ ด้านการสร้างเครือข่าย ด้านการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ด้านการปรับตัวต่อกระแสการเปลี่ยนแปลง และด้านการสร้างจิตสำนึกรักถิ่นฐานของคนในชุมชน

2.6 การมีส่วนร่วมของชุมชน

2.6.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

วัลภารัตน์ มีชำนาญ (2555, 34) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ การเปิดโอกาสให้ประชาชนได้ระดมความคิด พิจารณาตัดสินใจดำเนินการค้นหาปัญหา รวบรวมแผนรวมปฏิบัติงาน ติดตามประเมินผล และร่วมในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

กาญจน์ บุณยวงศ์โรจน์ (2554, 38) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม หมายถึง การที่บุคคล สมาชิกในชุมชนหรือสังคม ได้มีโอกาสเข้าร่วมอยู่ในสถานการณ์กลุ่มด้วยความเต็มใจ เป็นการร่วมกระบวนการทุกขั้นตอน ของการดำเนินงาน การวิเคราะห์ สถานการณ์ แก้ไขปัญหาร่วมกันออกความเห็นร่วมกันในการออกความคิดสร้างสรรค์ร่วมในกระบวนการตัดสินใจ ร่วมพัฒนา ร่วมรับผิดชอบ การดำเนินการต่าง ๆ ในชุมชนจนถึง การประเมินผลร่วมกัน ธนพรพรรณ เชื่องดี (2553, 10) สรุปว่า

การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ประชาชนแสดงเจตนาทั้งด้วยการให้ความคิดเห็นและการลงมือกระทำ เพื่อแก้ไขปัญหาและหรือดำเนินการพัฒนาเพื่อให้เกิดผลในอันที่จะนำการเปลี่ยนแปลงในทางที่ชอบที่ควร เป็นประโยชน์ต่อตนเอง กลุ่มชนและสังคมโดยรวม โดยผลที่เกิดขึ้นเป็นความตั้งใจที่แท้จริงของประชาชน

จากความหมายข้างต้นสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง บุคคลในชุมชนหรือสังคม มีโอกาส ในการคิดและตัดสินใจในการวางแผน การปฏิบัติ การประเมินผล และร่วมรับผลประโยชน์ ด้วยความ เต็มใจ รวมทั้งร่วมรับผิดชอบด้วยกัน ซึ่งมุ่งหวังว่าการมีส่วนร่วมนั้นจะแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาชุมชนไป ในทิศทางที่ดีขึ้น

2.6.2 องค์ประกอบของการมีส่วนร่วม

องค์ประกอบของการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนนั้นมีคุณลักษณะที่สำคัญ 3 ประการ คือ (ชนพรพรรณ เชื่องดี, 2553, 12)

- 1) มีอิสรภาพที่จะมีส่วนร่วม
- 2) มีขีดความสามารถที่จะมีส่วนร่วม
- 3) ปราศจากความกลัวที่จะมีส่วนร่วม จากแนวคิดในการมีส่วนร่วมของรัฐที่ใช้ใน แผนพัฒนา ฯ เน้นให้ประชาชนช่วยตนเองแก้ปัญหาเองและทำเอง คุณลักษณะของการมีส่วนร่วมจึง ต้องประกอบด้วย เป็นการกระทำของประชาชน เป็นจิตสำนึกของประชาชน เป็นความเสมอภาค ของประชาชน และ เป็นการพัฒนาศักยภาพของประชาชน

นอกจากนี้โครงการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคใต้ของ ประเทศไทย (2558, 10) ได้นำเสนอหลักการสำคัญของการมีส่วนร่วม ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับ องค์ประกอบของการมีส่วนร่วม ดังนี้

- 1) เปิดใจให้กว้าง รับฟังข้อมูลจากกันและกัน
- 2) ทุกคนมีความคิด และในการคิดร่วมกันนั้นมีคุณค่ามากกว่าสิ่งอื่น “ทุกความคิดมีคุณค่า” ที่จะทำให้ชุมชนของเราพัฒนาได้อย่างยั่งยืน (คือ ทุกคนจะอยู่ดี กินดีร่วมกันถึงลูกหลาน) จึงต้องเปิดโอกาสให้ทุกคนได้เข้าร่วมกิจกรรม
- 3) ทุกคนมีอิสรภาพในการมีส่วนร่วม ไม่ถูกบังคับ
- 4) ทุกคนต้องสามารถเข้าร่วมกิจกรรม และช่วยสร้างโอกาสให้เขามีความสามารถในการเข้าร่วมได้

5) ทุกคนเสมอภาคกันในการแสดงความคิดเห็น ไม่มีใครมีอำนาจเหนือใคร เพราะ “ต่างก็เป็นหุ้นส่วนทางความคิด” เพื่อการพัฒนาาร่วมกัน

6) ทุกคนมีจิตสาธารณะที่จะมามีส่วนร่วมเพื่อประโยชน์ของชุมชน

2.6.3 รูปแบบของการมีส่วนร่วม

องค์การสหประชาชาติ ได้รวบรวมรูปแบบของการมีส่วนร่วมไว้ 3 รูปแบบใหญ่ ๆ คือ (ธนพรพรรณ เชื้องดี, 2553, 13)

1) การมีส่วนร่วมแบบเป็นไปเอง ซึ่งเป็นโดยการอาสาสมัครหรือการรวมตัวกันเอง เพื่อแก้ปัญหาของตัวเองเป็นการกระทำที่ไม่ได้รับความช่วยเหลือจากภายนอก ซึ่งนับเป็นรูปแบบที่เป็นเป้าหมาย

2) การมีส่วนร่วมแบบชักนำ เป็นการเข้าร่วมโดยความต้องการความเห็นชอบหรือการสนับสนุนโดยรัฐบาลภายใต้การจัดการของเจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือโดยการบังคับโดยตรงรูปแบบนี้เป็นรูปแบบที่ส่งผลให้ผู้กระทำได้รับการสนับสนุนจากประชาชนในที่สุด

3) การมีส่วนร่วมแบบบังคับ เป็นการเข้าร่วมภายใต้การดำเนินงานตามนโยบายของรัฐ ภายใต้การจัดการของเจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือโดยการบังคับ และได้สรุปรูปแบบบังคับของการมีส่วนร่วมไว้ 3 รูปแบบ คือ

(1) การมีส่วนร่วมแบบแข็งขัน (Active) หมายถึง การเข้าร่วมตั้งแต่การริเริ่มและติดตามในกระบวนการกำหนดความต้องการ แผนงาน ตลอดจนเข้าร่วมในกิจกรรมการดำเนินงานและสนใจในผลของการพัฒนา

(2) การมีส่วนร่วมแบบไม่แข็งขัน (Passive) หมายถึง การเข้ามีส่วนร่วมของประชาชน โดยไม่คำนึงถึงความสำคัญของการดำเนินแผนและนโยบาย ตลอดจนไม่สนใจผลของการกระทำในกิจกรรม

(3) การมีส่วนร่วมแบบเฉื่อยชา (Inert) หมายถึง การเข้าร่วมโดยการถูกชักจูงจำยอมหรือถูกบังคับ โดยสภาพแวดล้อม บุคคลหรืออื่น ๆ ซึ่งการมีส่วนร่วมแบบนี้จะแปรเปลี่ยนไปตามสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปด้วยเสมอ

2.6.4 ปัจจัยสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วม

พระมหาประกาศิต สิริเมโธ (ฐิติปสิทธิกร). (2556, 77) ได้ให้เงื่อนไขและปัจจัยที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม โดยรวมไว้มีดังนี้

1) เงื่อนไขการปฏิบัติตนให้คล้อยตามความเชื่อพื้นฐาน มาตรฐานคุณค่า เป้าหมาย ประสบการณ์ที่ผิดปกติธรรมดา ความคาดหวัง การมองแต่ตนเอง การบีบบังคับ นิสัยและ ประเพณี โอกาสความสามารถ และการได้รับการสนับสนุนของบุคคลและกลุ่มบุคคล

2) เงื่อนไขความศรัทธาที่มีต่อความเชื่อถือบุคคลสำคัญ (ผู้นำ) และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ความเกรงใจที่มีต่อบุคคลที่เคารพนับถือหรือมีเกียรติ ตำแหน่ง และอำนาจบังคับที่เกิดจากบุคคลที่มีอำนาจเหนือกว่า

3) ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยทางการสื่อสาร คือ การติดต่อสื่อสาร ทั้งการสื่อสารมวลชนและสื่อบุคคล

4) ปัจจัยของสิ่งจูงใจ ปัจจัยโครงสร้างของโอกาสหรือช่องทางในการเข้าร่วม และปัจจัยด้านอำนาจในการส่งเสริมกิจกรรมของการมีส่วนร่วม

2.7 เครือข่ายทางสังคม

2.7.1 ความหมายของเครือข่ายทางสังคม

เครือข่ายทางสังคม หมายถึง กลุ่มของสมาชิกเครือข่าย (Nodes) ที่มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยง กันโดยมีความสัมพันธ์และปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในรูปแบบ ความเป็นเพื่อน ญาติพี่น้อง ผู้ร่วมงาน การพูดคุย การให้คำแนะนำ การให้ความไว้วางใจ การแลกเปลี่ยนสารสนเทศ การติดต่อสื่อสาร ผ่านอีเมล และสื่อสังคมออนไลน์การให้ความร่วมมือ (Marin and Wellman, 2011, 11-12) ในขณะที่ โครงสร้างของเครือข่ายสามารถอธิบายได้โดยใช้สัญลักษณ์ จุดแทนสมาชิกเครือข่าย และเส้นแทน ความสัมพันธ์สมาชิกเครือข่ายและเส้นเชื่อมโยงอาจมีชื่อเรียกที่แตกต่าง กันไปตามความนิยมของแต่ละสาขาวิชาซึ่งล้วนมีความหมายเหมือนกันเช่นสมาชิกเครือข่ายเรียกว่า Actors, Agents, Nodes, Sites หรือ Units เส้นเชื่อมโยงเรียกว่า Relations, Ties, Links, Connections หรือ Bonds เป็นต้น (Hoppe and Reineltb, 2010, 601) และ Joanna Smith และ Priscilla Wohlstetter (2006, 250) ให้ความหมายเครือข่ายหมายถึงการที่หน่วยงานภาครัฐร่วมมือกับองค์กรต่างๆไม่ว่าจะเป็น หน่วยงานของภาครัฐ ด้วยกัน องค์กรภาคเอกชน องค์กรภาคประชาชน สถาบันวิชาชีพ หรือ องค์กรที่ไม่แสวงกำไรเพื่อแก้ไข ปัญหาหรือเพื่อดำเนินกิจการสาธารณะเพื่อตอบสนองความต้องการ สาธารณะ โดยมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบ ให้แต่ละหุ้นส่วนการทำงานทั้งนี้ความสัมพันธ์ของหุ้นส่วนจะ

อยู่ในระดับที่สามารถนำไปสู่การแลกเปลี่ยน ทรัพยากรในการดำเนินงานหรือการตัดสินใจร่วมกัน ระหว่างตัวแสดงต่างๆในเครือข่าย โดยมีเป้าหมายเพื่อ สร้างคุณค่าสาธารณะให้เกิดขึ้นสูงสุดและ บรรลุวัตถุประสงค์ร่วมกัน โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานหรือ องค์กรต่างๆ ไม่ได้เกิดขึ้นใน ลักษณะของการบังคับหรือการสั่งการตามลำดับชั้นการบังคับบัญชา (วีระศักดิ์ เครือเทพ, 2550, 32-35)

สรุปได้ว่าเครือข่ายทางสังคมคือความสัมพันธ์ในสังคมมนุษย์ทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ปัจเจก บุคคลกับกลุ่ม กลุ่มกับกลุ่ม และกลุ่มกับเครือข่ายโดยเป็นการอธิบายถึงพฤติกรรมและความสัมพันธ์ที่ เกี่ยวข้อง กับสิ่งต่างๆ อาทิกิจกรรมการสื่อสาร ความร่วมมือ การพึ่งพาอาศัย การแลกเปลี่ยน การ เรียนรู้ ซึ่งเป็น ปฏิสัมพันธ์ที่มีโครงสร้างและรูปแบบที่หลากหลายโดยมีเป้าหมาย วัตถุประสงค์ ความ ต้องการบางอย่างร่วมกัน โดยที่สมาชิกมีความเป็นอิสระ

2.7.2 รูปแบบของเครือข่าย

รูปแบบและลักษณะความสัมพันธ์ของเครือข่ายมีความ แตกต่างกันไปตามนิยาม และกิจกรรมที่แต่ละกลุ่มหรือผู้ใช้กิจกรรมเครือข่ายกำหนดขึ้นดังนี้ (กุลธิดา ภูษัง, 2558: 33)

1) เครือข่ายเชิงพื้นที่เป็นการรวมตัวของกลุ่มองค์กร เครือข่ายที่อาศัยพื้นที่ที่ ดำเนินการ หลักในการท างานร่วมกันเป็นกระบวนการพัฒนาที่อาศัยกิจกรรมในพื้นที่เป็นเป้าหมาย เพื่อน าทางและเป็นการ พัฒนาแบบบูรณาการ โดยโครงสร้างของเครือข่ายพื้นที่จะมีลักษณะการแบ่ง เครือข่ายตามระบบการปกครอง ของภาครัฐ อาทิเครือข่ายระดับหมู่บ้าน ตำบล และเครือข่ายระดับ อำเภอ เครือข่ายระดับจังหวัด เครือข่าย ระดับภูมิภาค เครือข่ายระดับประเทศ เครือข่ายองค์กร ระหว่างประเทศ ฯลฯ กิจกรรมและความสัมพันธ์ของ เครือข่ายเชิงพื้นที่จะมีการเชื่อมโยง องค์กร และเครือข่ายย่อยในพื้นที่ให้เข้ามาร่วมปรึกษาหารือและหาแนว ทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน

2) เครือข่ายเชิงประเด็นกิจกรรมเป็นเครือข่ายที่ใช้ประเด็นกิจกรรมหรือ สถานการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นปัจจัยหลักในการรวมกลุ่มหาแนวร่วมจากความสนใจในประเด็นปัญหา เดียวกันของปัจเจกบุคคลกลุ่ม องค์กรและเครือข่ายที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาที่เกิดขึ้นมุ่งเน้นการ จัดการในประเด็นนั้นอย่างจริงจังและ พัฒนาให้เกิดความร่วมมือกับภาคอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

3) เครือข่ายแบ่งตามโครงสร้างหน้าที่เป็นเครือข่ายที่เกิดขึ้นโดยอาศัยกิจกรรม ภารกิจและการ ก่อตัวของกลุ่มผลประโยชน์ในสังคมเป็นแนวทางในการแบ่งเครือข่ายซึ่งอาจแบ่งเป็น เครือข่ายภาครัฐ ภาคธุรกิจเอกชน และภาคองค์กรพัฒนาเอกชน โดยเครือข่ายแบบนี้มุ่งเน้นการ ดำเนินการภายใต้กรอบแนวคิด หลักการวัตถุประสงค์และเป้าหมายหลักของหน่วยงานหรือโครงสร้าง หลักของกลุ่มผลประโยชน์โดยลักษณะ และโครงสร้างของเครือข่ายประเภทนี้จะมีการก่อตัวตาม

ภารกิจของกลุ่มผลประโยชน์โดยกลุ่มผลประโยชน์ อาจให้การสนับสนุนในการจัดตั้งเครือข่ายหรือเข้าไปเสริมสร้างให้เกิดกระบวนการเรียนรู้และ มีกระบวนการพัฒนาที่สอดคล้องกับภารกิจ กิจกรรม และ เป้าหมายหลักของกลุ่มหน่วยงานซึ่งเครือข่าย ในแต่ละภาคส่วนอาจมีการรวมตัวกันเป็นเครือข่ายเชิงพื้นที่และเครือข่ายประเด็นกิจกรรมได้ถ้าแต่ละฝ่ายเห็น ความสำคัญในการรวมพลังเพื่อการแก้ไขปัญหาในภาพรวม สำหรับสังคมไทยนั้น อาจแบ่งกลุ่มผลประโยชน์ได้ 4 ภาคส่วนใหญ่ๆคือ เครือข่ายภาครัฐ เครือข่ายภาคธุรกิจเอกชน เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน และเครือข่าย ภาคประชาชน สอดคล้องแนวคิดของ Michale McGuire (2006, 35-36) ที่กล่าวว่าโครงสร้างเครือข่ายเป็นการดำเนินงานระดับโครงสร้างที่เชื่อมโยงหน่วยงานและองค์การต่างๆอย่างหลากหลายโดยภายในโครงสร้างจะมี การตกลงกัน มีเป้าหมายที่ผสมผสานกัน และแลกเปลี่ยนทรัพยากรกัน

2.7.3 องค์ประกอบที่สำคัญของเครือข่าย

การเป็นเครือข่ายภาคประชาชนที่มีศักยภาพมีองค์ประกอบที่สำคัญได้แก่ (ณัฐนิชา อุทธโยธา, 2555, 27-29)

1) หน่วยชีวิตหรือสมาชิกเป็นองค์ประกอบแรกของเครือข่ายภาคประชาชนที่จะสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกแต่ละบุคคลดำเนินการต่อเพื่อพึ่งพาอาศัยกันและสร้างกระบวนการที่ต่อเนื่องในเครือข่าย เป็นการปฏิสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยนที่สมาชิกในเครือข่ายมีการทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกและผลการปฏิสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยนระหว่างกันนั้นก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนในเครือข่ายตามด้วย

2) การมีวิสัยทัศน์ร่วมกัน หมายถึง การมองเห็นจุดมุ่งหมายในอนาคตร่วมกันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม การรับรู้เข้าใจถึงทิศทางเดียวกันและการมีเป้าหมายที่จะดำเนินไปด้วยกัน จะช่วยทำให้ขบวนการเคลื่อนไหวของเครือข่ายมีพลัง เกิดเอกภาพ และช่วยบรรเทาความขัดแย้งอันเกิดจากมุมมองที่แตกต่างลงไป

3) การให้ผลประโยชน์ต่างตอบแทน ได้แก่ การแบ่งผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการทำงานร่วมกัน ไม่ได้หมายถึงการให้เงินหรือทุนเท่านั้น แต่หมายถึง ความร่วมมือและความเอื้ออาทรต่อกัน ความพึงพอใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่มีการพบปะเสวนากัน ภายใต้ความสัมพันธ์แบบพี่น้อง และการพึ่งพาอาศัย

4) การมีส่วนร่วมและการแลกเปลี่ยนของสมาชิก ทำให้เครือข่ายมีพลังมากขึ้น เพราะการมีส่วนร่วมทำให้สมาชิกมีความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่าย ทำให้ทุกฝ่ายหันหน้าเข้าหากัน พึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ในระบบความสัมพันธ์ของเครือข่าย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้มี

ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะนำไปสู่การให้และการรับ รวมถึงการระดมทรัพยากรในการดำเนินงานของเครือข่ายภาคประชาชนให้บรรลุสู่เป้าหมาย การแลกเปลี่ยนเป็นแนวคิด กระบวนการทำงาน

5) ความเท่าเทียมของฝ่ายต่างๆ ได้แก่ บุคคล และกลุ่มบุคคลที่เข้าร่วมกันเป็นเครือข่ายในสังคม ต้องยึดหลักการทำงานบนความเท่าเทียมของทุกฝ่ายโดยการให้โอกาสเรียนรู้ การสร้างพื้นที่ทางสังคมให้เกิดความภาคภูมิใจในสิ่งที่ทำร่วมกัน และพยายามหลีกเลี่ยงการครอบงำจากฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง ซึ่งส่งผลให้เครือข่ายมีความใกล้ชิดกัน

6) ระบบความสัมพันธ์และการสื่อสาร มีความสำคัญนับตั้งแต่การสื่อสารระหว่างสมาชิกบุคคลกับบุคคล กลุ่มกับกลุ่มและระหว่างเครือข่ายกับเครือข่าย รวมทั้งความสัมพันธ์ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสื่อสารทำให้สมาชิกในเครือข่ายเกิดการรับรู้ร่วมกัน มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน โดยการสื่อสารต้องมีกิจกรรมและข้อมูลให้เกิดความเคลื่อนไหวในเครือข่ายนั้น ๆ

7) การทำหน้าที่อย่างมีจิตสำนึก เป็นสิ่งที่ยึดให้สมาชิกสามารถดำเนินงานร่วมกันได้ไม่หวังผลประโยชน์ตอบแทนเท่านั้น และบุคคลสมาชิกมีอุปนิสัยคล้ายคลึงกันแล้วยังต้องมีจิตสำนึกต่อส่วนร่วม เมื่อสมาชิกเห็นปัญหาหรือต้องการที่จะพัฒนาและเปลี่ยนแปลงสิ่งใดสิ่งหนึ่ง จิตใจที่มุ่งมั่นจะเป็นแรงขับนำไปสู่การดำเนินงานร่วมกันของเครือข่าย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันจนกลายเป็นองค์กรเครือข่ายของประชาชน สามารถตอบสนองความต้องการในการแก้ไขปัญหาได้และวิธีการของการจัดการเครือข่ายภาคประชาชนเป็นกระบวนการสร้างข้อมูลที่ต่อเนื่อง เพราะถ้าไม่มีการแลกเปลี่ยน การพัฒนาเครือข่ายล่าช้าและถดถอยได้ ดังนั้นการแลกเปลี่ยนเป็นแรงผลักดันให้เครือข่ายมีการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง

2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เยาวลักษณ์ วงษ์ประภารัตน์ และคณะ (2557) ศึกษาเรื่องรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านสันทรายหลวง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research PAR) มุ่งเน้นศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 5 กลวิธี คือ 1) การวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วมเพื่อค้นหาความต้องการของผู้สูงอายุ 2) การรับประทานอาหารสุขภาพ 3) การออกกำลังกายรำจิ้ง 4) การดูแลตนเองด้านจิตใจและสังคมผ่านกิจกรรมด้านสังคมเรียนรู้ประสบการณ์ของผู้สูงอายุ

สนทนาธรรม การปฏิบัติธรรม ฝึกสมาธิ และกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ 5) กิจกรรมบูรณาการในการดูแล
สุขภาพตนเองของกรมอนามัยฝึกให้เป็นกิจวัตรประจำวัน

การศึกษาผลของการออกกำลังกายโดยการยืดกล้ามเนื้อต่ออาการปวดทางโครงร่างและ
กล้ามเนื้อของพนักงานโรงงานกล่องกระดาษที่มีลักษณะการทำงานโดยใช้แขนและมือซ้ำ ๆ การใช้
ท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสมเช่น การก้มยกของ การเอื้อมหยิบสิ่งของ การยืนทำงานเป็นระยะ
เวลานานๆ โดยให้พนักงานมีการยืด 24 กล้ามเนื้อในช่วงเวลาพักร่วมกับการจัดสภาพแวดล้อมในการ
ทำงาน พบว่าการยืดกล้ามเนื้อในช่วงเวลาพักช่วยลดอาการปวดของกระดูกและกล้ามเนื้อได้อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ (Klangsin, 2007) และการศึกษาถึงผลของการออกกำลังกายโดยการยืดกล้ามเนื้อ
ต่ออาการปวดหลังส่วนล่างและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้รับงานเย็บเสื้อผ้าไปทำที่บ้าน
โดยทำการยืดกล้ามเนื้อ 3 วันต่อสัปดาห์เป็นระยะเวลาต่อเนื่อง 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองภายหลัง
การออกกำลังกายโดยการยืดกล้ามเนื้อมีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังส่วนล่างน้อยกว่ากลุ่มควบคุม
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (นงเยาว์ มานิตย์, 2553)

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน และกระบวนการวิจัย แบบผสมวิธี (Mixed method) เชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ โดยเชิงปริมาณ ได้แก่การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสนทนากลุ่ม การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อระดมสมอง และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม วิธีดำเนินการวิจัยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 การกำหนดพื้นที่ในการวิจัย

การกำหนดพื้นที่ในการวิจัย คือ ชุมชนท่าเสด็จ อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี เนื่องจากมหาวิทยาลัยมีวิทยาเขต อยู่ใกล้ชุมชน สามารถสร้างความร่วมมือเป็นภาคีเครือข่ายกับชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง และเชิญนายกเทศมนตรีเทศบาลชุมชนท่าเสด็จ อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี เข้าร่วมการวิจัย

3.2 การศึกษาศักยภาพชุมชน (ขั้นตอนการกำหนดปัญหา) เป็นการศึกษาศักยภาพชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมชุมชนสุขภาวะ

3.2.1 การวิจัยเชิงปริมาณ

เป็นการสำรวจโดยใช้แบบสอบถาม มีขั้นตอนดังนี้

1) การกำหนดขนาดตัวอย่าง

ประชากร ชุมชนท่าเสด็จ อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 2,116 คน

กลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาที่ระดับความ

คลาดเคลื่อนของการสุ่ม .05 ตามสูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Yamane (1973) ดังนี้

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{N}{1 + Ne^2} \\
 &= \frac{2,116}{1 + 2,116(.05)^2} \\
 &= 339
 \end{aligned}$$

ดังนั้นจึงจัดเก็บข้อมูลเป็น 400 คน

3.3 เครื่องมือในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.3.1 เครื่องมือในการวิจัยเชิงปริมาณ

การศึกษาเรื่อง ชุมชนสุขภาวะบนพื้นฐานศักยภาพของชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายกรณีศึกษา ชุมชนอำเภอเมือง สุพรรณบุรี ใช้แบบสอบถาม และใช้กรอบประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์กลุ่มย่อย

1) แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เช่น เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา และอาชีพ เป็นต้น

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกาย เป็นข้อคำถามในประเด็นย่อย 3 ประเด็น ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย ทักษะเกี่ยวกับการออกกำลังกาย และ พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นข้อคำถามในประเด็นย่อย 3 ประเด็น ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง และ พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร เป็นข้อคำถามในประเด็นย่อย 3 ประเด็น ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ทักษะเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ส่วนที่ 5 ศักยภาพชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่ส่งเสริมการเป็นชุมชนสุขภาวะ เป็นข้อคำถามในประเด็นย่อย 3 ประเด็น ได้แก่ บทบาทของผู้นำชุมชนในการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาวะของชุมชน การมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในการพัฒนาให้ชุมชนมีสุขภาวะที่ดี และ ข้อมูลเกี่ยวกับภาคีเครือข่ายเพื่อการพัฒนาชุมชนสุขภาวะ

ส่วนที่ 6 ความต้องการของประชาชนเพื่อการพัฒนาเป็นชุมชนสุขภาวะ

ส่วนที่ 7 ปัญหาและข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการเป็นชุมชนสุขภาวะ

3.3.2 เครื่องมือในการวิจัยเชิงคุณภาพ

1) แบบเก็บข้อมูลการสัมภาษณ์กลุ่มย่อย

ประกอบด้วยประเด็นสำคัญ ได้แก่

(1) การประเมินชุมชนในแต่ละประเด็นโดย CIPP Model และสรุปปัญหาหรือความต้องการพัฒนาด้านสุขภาพ ด้านอาหาร และด้านการออกกำลังกาย

(2) การวิเคราะห์ Logical Framework เพื่อให้ได้แนวทางการดำเนินกิจกรรม โดยมีประเด็นสำคัญได้แก่ ปัญหาหรือสิ่งที่ต้องการพัฒนา สาเหตุของปัญหา ผลลัพธ์ที่ต้องการ และวิธีการหรือกิจกรรมเพื่อการแก้ไขและการพัฒนา

2) แบบบันทึกภาคสนามตามรูปแบบกิจกรรมชุมชนสุขภาวะบนพื้นฐานศักยภาพของชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

3) แบบบันทึกการสังเกตการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบกิจกรรมชุมชนสุขภาวะบนพื้นฐานศักยภาพของชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

3.4 การสร้างเครื่องมือการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

3.4.1 การสร้างเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือสำหรับการวิจัยครั้งนี้มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1) ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยนี้ได้แก่ การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง การบริโภคอาหาร ศักยภาพชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อให้เข้าใจความหมายและบริบทของตัวแปรเหล่านี้

2) ศึกษา ค้นคว้า และรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการวัดตัวแปรเกี่ยวกับการออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง การบริโภคอาหาร ศักยภาพชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จากงานวิจัยที่ผ่านมา เพื่อเปรียบเทียบและประเมินความเหมาะสมของข้อคำถามที่จะนำมาปรับใช้สำหรับการวิจัยนี้

3) สร้างแบบสอบถามเพื่อวัดตัวแปรทั้งหมด โดยใช้มาตราวัดการประเมินค่า (Rating scale)

4) นำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับข้อคำถาม

5) นำแบบสอบถามที่ปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับประชากรที่อยู่ในพื้นที่เดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน

6) นำข้อมูลที่ได้จากการทดลองใช้มาวิเคราะห์รายข้อเพื่อหาอำนาจ (Discrimination) จำแนกของข้อคำถาม โดยจะพิจารณาตัดข้อคำถามที่มีอำนาจจำแนกน้อยกว่า 0.200 ออกหรือปรับแก้ไขข้อความเพื่อให้เกิดความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

7) นำข้อมูลที่ได้จากการทดลองใช้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient)

3.4.2 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

1) ตรวจสอบความเที่ยงเนื้อหา (Validity) โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC : Index of item Objective Congruence) นำแบบสอบถามเสนอผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน (ภาคผนวก ก) ให้พิจารณาอ่านประเมินหลังจากนั้นนำผลที่ได้มาวิเคราะห์รายข้อและภาพรวมพบว่าค่า IOC ภาพรวมเท่ากับ 0.854 (ภาคผนวก ข) โดยผู้วิจัยจะพิจารณาข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไปมาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล อย่างไรก็ตามข้อคำถามบางข้อที่มีค่า IOC น้อยกว่า 0.50 ผู้วิจัยจะทำการแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและใช้สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลด้วย

2) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) นำแบบสอบถามทั้งหมด (Questionnaire) (ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงเนื้อหา ความครอบคลุมและความเหมาะสมของประโยคที่ใช้ในแบบสอบถาม) เพื่อทดลองใช้ (Try - Out) กับกลุ่มชุมชนท่าเสด็จที่อยู่ใกล้เคียงกับหมู่ 3 และหมู่ 6 อำเภอเมือง

สุพรรณบุรีที่พัฒนาขึ้น ผู้วิจัยได้ไปทดลองใช้และตรวจสอบความเชื่อมั่นและค่าอำนาจจำแนก ที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ชุด เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ผลการตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ(ภาคผนวก ค) พบว่าค่าความเชื่อมั่นตามองค์ประกอบรายด้าน อยู่ในช่วง 0.359 - 0.904 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของคอนบาร์ค (Cronbach's Alpha coefficient) จำแนกตามองค์ประกอบรายด้าน

องค์ประกอบรายด้าน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของคอนบาร์ค
1. ทศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย	0.766
2. ทศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง	0.535
3. พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง	0.747
4. ทศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร	0.524
5. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	0.359
6. บทบาทของผู้นำชุมชน	0.943
7. การมีส่วนร่วมของคนในชุมชน	0.951
8. ข้อมูลเกี่ยวกับภาคีเครือข่าย	0.929
9. ความต้องการของประชาชนเพื่อการพัฒนา เป็นชุมชนสุขภาวะ	0.904

หมายเหตุ

ภาคผนวก ก รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

ภาคผนวก ข ความเที่ยงตรงของเครื่องมือการวิจัย

ภาคผนวก ค ความน่าเชื่อถือของเครื่องมือการวิจัย

3.5 การรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

3.5.1 การรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

- 1) ติดต่อบริษัทประกันสุขภาพกับผู้ประกันงานในพื้นที่เพื่อชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย และมีส่วนร่วมในการเก็บข้อมูล
- 2) จัดทำกรอบการเก็บข้อมูล โดยทำบัญชีครัวเรือน และการสุ่มตัวอย่าง
- 3) จัดประชุมอบรมผู้ร่วมวิจัยและผู้ช่วยวิจัย 1 ครั้ง ในการจัดเก็บข้อมูล เพื่อให้สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างถูกต้อง ลดความคลาดเคลื่อนในการตอบแบบสอบถาม
- 4) ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

3.5.2 การรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

- 1) การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อระดมสมอง ศึกษา วิเคราะห์ปัญหา และกำหนดแนวทางการดำเนินงาน ร่วมกับ นายกเทศมนตรี ปลัดเทศบาล ผู้อำนวยการฝ่ายสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ฝ่ายสาธารณสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ผู้นำชุมชน และ อสม.
- 2) การสนทนากลุ่ม (Focus group) 1 ครั้ง ร่วมกับ กลุ่มตัวแทนชุมชน ผู้นำชุมชน ตัวแทนผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ เทศบาล อบต. และภาคีเครือข่ายภายในชุมชน โดยนำข้อมูลการศึกษา ศักยภาพชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมชุมชนสุขภาวะที่ได้จากการเก็บแบบสอบถาม และข้อมูลที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อระดมสมอง มาวิเคราะห์เนื้อหา และจัดทำร่างรูปแบบกิจกรรมชุมชนสุขภาวะบนพื้นฐานศักยภาพของชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
- 3) แบบบันทึกภาคสนามตามรูปแบบกิจกรรมชุมชนสุขภาวะบนพื้นฐานศักยภาพของชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
- 4) แบบบันทึกการสังเกตการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบกิจกรรมชุมชนสุขภาวะบนพื้นฐานศักยภาพของชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

3.5.3 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ข้อมูลศักยภาพชุมชน และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในการส่งเสริมชุมชนสุขภาวะ ที่ได้จากแบบสอบถาม ได้แก่

- 1) การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาเช่น ค่าความถี่ ค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นต้น
- 2) การวิเคราะห์ด้วยสถิติอ้างอิงเช่น การวิเคราะห์ t-test การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว และการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เป็นต้น

3.5.4 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

- 1) ข้อมูลในการสนทนากลุ่ม (Focus group) นำมาวิเคราะห์สร้างข้อสรุป เป็นรูปแบบกิจกรรมชุมชนสุขภาวะบนพื้นฐานศักยภาพของชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และนำรูปแบบกิจกรรมชุมชนสุขภาวะบนพื้นฐานศักยภาพของชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มาดำเนินการร่วมกับชุมชน
- 2) ข้อมูลจากแบบบันทึกภาคสนามและแบบบันทึกการสังเกตการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบกิจกรรมชุมชนสุขภาวะบนพื้นฐานศักยภาพของชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย นำมาวิเคราะห์และนำไปปรับปรุงรูปแบบกิจกรรมชุมชนสุขภาวะบนพื้นฐานศักยภาพของชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มาดำเนินการร่วมกับชุมชน ให้เหมาะสม

3.6 การดำเนินการร่วมกับชุมชน

นำรูปแบบกิจกรรมชุมชนสุขภาวะบนพื้นฐานศักยภาพของชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มาดำเนินการร่วมกับชุมชน ดังนี้

- 3.6.1 วางแผนการจัดกิจกรรมชุมชนสุขภาวะ
- 3.6.2 ประชาสัมพันธ์การจัดกิจกรรมชุมชนสุขภาวะ
- 3.6.3 สร้างแกนนำกิจกรรมชุมชนสุขภาวะ
- 3.6.4 จัดกิจกรรมชุมชนสุขภาวะ

3.7 การติดตาม ประเมินผล และปรับปรุง

ผู้วิจัยร่วมกับผู้นำชุมชน แกนนำ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ติดตามประเมินผล และปรับปรุง โดยอาศัยข้อมูลจากทุกฝ่าย แล้วนำมาปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาชุมชนสุขภาวะบนพื้นฐานศักยภาพของชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย: กรณีศึกษาชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ทำการศึกษาโดยวิธีการแบบผสมวิธี (Mixed method) เชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ โดยเชิงปริมาณ ได้แก่การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 400 ชุด และเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสนทนากลุ่ม การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อระดมสมอง และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ซึ่งผลการศึกษานี้ได้นำเสนอ ดังนี้

- 4.1 ข้อมูลพื้นฐานของเทศบาลตำบลท่าเสด็จ
- 4.2 การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อระดมสมองและจัดกิจกรรม
- 4.3 ผลการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

4.1 ข้อมูลพื้นฐานของเทศบาลตำบลท่าเสด็จ

4.1.1 สภาพพื้นที่

เทศบาลตำบลท่าเสด็จ อยู่ด้านทิศตะวันตกของจังหวัดสุพรรณบุรี ระยะทางห่างจาก จังหวัดสุพรรณบุรี ประมาณ 15 ก.ม. มีพื้นที่ 51 ตารางกิโลเมตร มีอาณาเขตติดต่อดังนี้

ทิศเหนือ	ติดต่อกับ	องค์การบริหารส่วนตำบลสนามคลี อำเภอเมือง
ทิศใต้	ติดต่อกับ	องค์การบริหารส่วนตำบลศาลาขาว
		องค์การบริหารส่วนตำบลบางกุ้ง อำเภอเมือง
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับ	องค์การบริหารส่วนบ้านโพธิ์ องค์การบริหารส่วนดอนโพธิ์ทอง อำเภอเมือง
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับ	องค์การบริหารส่วนตำบลพลับพลายไชย อำเภออู่ทอง

4.1.2 ลักษณะภูมิประเทศ

พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่ม สภาพดินดีและมีน้ำอุดมสมบูรณ์เหมาะสำหรับการทำเกษตรกรรม กสิกรรม และการเลี้ยงสัตว์ มีลำคลองท่าว่า คลองชลประทาน และคลองสาธารณะประโยชน์ไหลผ่าน ทำให้สามารถทำการเพาะปลูกพืชได้ตลอดทั้งปี ผลผลิตที่สำคัญ คือ ข้าว มะม่วง อ้อย เป็นต้น

4.1.3 ศักยภาพของเทศบาลตำบลท่าเสด็จ

การบริหารองค์ประกอบในการบริหารงานของเทศบาลมี ดังนี้ สมาชิกสภา เทศบาล 12 คน นายกเทศมนตรี 1 คน รองนายกเทศมนตรี 2 คน เลขานุการนายกเทศมนตรี 1 คน ที่ปรึกษา นายกเทศมนตรี 1 คน สำนักปลัด 41 คน กองคลัง 21 คน กองช่าง 42 คน กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม 34 คน กองการศึกษา 16 คน กองวิชาการ และแผนงาน 5 คน

เทศบาลตำบลท่าเสด็จ ได้แบ่งเขตการปกครองส่วนท้องถิ่น แบ่งออกเป็น 9 หมู่บ้าน และ ตามรูปแบบเทศบาลแบ่งออกเป็น 11 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนเขาดินพัฒนา ชุมชนหมู่สองร่วมใจพัฒนา ชุมชนพลังปากคลองเขาดินพัฒนา ชุมชนดงมะม่วง ชุมชนหน้าวัดสารภี ชุมชนปลายน้ำ ชุมชนท่าว่า ชุมชนท่าเสด็จ ชุมชนหนองปรือ ชุมชนหนองบอน ชุมชนหลักเมตร

4.1.4 จำนวนประชากรทั้งหมด

ประชากรทั้งหมด 13,937 คน เป็นชาย 6,798 คน เป็นหญิง 7,139 คน มีจำนวนครัวเรือนทั้งหมด 3,840 ครัวเรือน จำนวนประชากรจำแนกตามหมู่บ้าน รายละเอียดตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนประชากรเทศบาลตำบลท่าเสด็จจำแนกตามหมู่บ้าน

หมู่ที่	ชื่อหมู่บ้าน	จำนวน ครัวเรือน	ประชากรชาย	ประชากร หญิง	รวมประชากร
1	บ้านเขาดิน	352	621	675	1296
2	บ้านเขาดิน	444	885	903	1788
3	บ้านดงมะม่วง	893	1467	1593	3060
4	บ้านปลายน้ำ	452	820	878	1698
5	บ้านท่าว่า	309	500	534	1034
6	บ้านท่าเสด็จ	649	1057	1059	2116
7	บ้านหนองปรือ	387	687	729	1416
8	บ้านหนองบอน	183	362	374	736
9	บ้านหลักเมตร	171	399	394	793

4.1.5 สภาพทั่วไป

1) สภาพทางเศรษฐกิจ ประชาชนส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ได้แก่ ทำนา ทำไร่ เลี้ยงสัตว์ และประกอบอาชีพค้าขาย เป็นบางส่วน การพาณิชย์กรรม ร้านอาหาร 36 แห่ง สถานีให้บริการน้ำมัน 6 แห่ง ตลาดสดเอกชน 1 แห่ง โรงเรียนข้าว 3 แห่ง โรงงาน 2 แห่ง

2) โรงเรียนประถมศึกษา จำนวน 6 แห่ง ได้แก่ โรงเรียนบ้านท่าเสด็จ โรงเรียนวัดเขาติน โรงเรียนวัดสามัคคีธรรม (ปลายน้ำ) โรงเรียนบ้านหนองปรือ โรงเรียนบ้านหนองบอน โรงเรียนบ้านหลักเมตร

3) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 4 แห่ง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านท่าเสด็จ มีครูพี่เลี้ยง จำนวน 2 คน เด็กจำนวน 34 คน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านหนองปรือ มีครูพี่เลี้ยงจำนวน 2 คน เด็กจำนวน 20 คน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดเขาติน มีครูพี่เลี้ยงจำนวน 2 คน เด็กจำนวน 30 คน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดสามัคคีธรรม มีครูพี่เลี้ยงจำนวน 2 คน เด็กจำนวน 25 คน

4) วัดและศาสนสถาน ราษฎรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีการปฏิบัติ ในด้าน ศาสนา และขนบธรรมเนียม ประเพณีประจำตามวัดของแต่ละหมู่บ้าน มีวัดในเขตเทศบาล จำนวน 5 วัด ได้แก่ วัดสารภี วัดเขาติน วัดสามัคคีธรรม (ปลายน้ำ) วัดพุทธมงคล (หนองปรือ) วัดสระแก้วศรีสรรเพชญ์

5) การบริการพื้นฐาน เทศบาลได้จัดให้มีบริการสาธารณสุข ได้แก่ การเก็บขยะมูลฝอยตามบ้านเรือน สถานที่ราชการในเขตเทศบาล การป้องกันและระงับโรคติดต่อต่างๆ การบริการ น้ำเพื่อการอุปโภค และบริโภคในฤดูแล้ง

6) ชุมชนและการเคหะ ราษฎรตั้งบ้านเรือนอยู่เป็นกลุ่มกระจายอยู่ทั่วไป ส่วนใหญ่ เป็นเครือญาติและเป็นสังคมชนบท มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันและรักษาอนุรักษ์วัฒนธรรม ประเพณี ต่าง ๆ ไว้อย่างต่อเนื่อง เช่น ประเพณีสงกรานต์ ประเพณีรดน้ำขอพรผู้สูงอายุ ประเพณี วันลอยกระทง วันเข้าพรรษา วันออกพรรษา ฯลฯ มีเอกลักษณ์ทางภาษาท้องถิ่นที่ชวนฟัง

7) ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ในเขตเทศบาลมีสถานีตำรวจภูธรตำบล สระแก้ว ศูนย์อำนวยการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย และศูนย์ อปพร. เพื่อปฏิบัติหน้าที่ด้านการ ป้องกัน และรักษาความปลอดภัยในชีวิต และทรัพย์สินของประชาชนในพื้นที่

8) ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรดิน ราษฎรส่วนใหญ่ใช้ดิน ประกอบอาชีพ ทำนา ทำสวน ทำไร่ และเป็นที่อยู่อาศัย ทรัพยากรน้ำ ส่วนใหญ่ใช้แหล่งน้ำจากคลองส่งน้ำ ทรัพยากรป่าไม้ เขตเทศบาลไม่มีป่าไม้ ทรัพยากรธรณี เขตเทศบาลไม่มีแร่ธาตุ แหล่งท่องเที่ยว ในเขตเทศบาลมีแหล่งท่องเที่ยวอยู่ 2 แห่ง ได้แก่ สุสานเลาดาร์แอร์ และสระน้ำศักดิ์สิทธิ์ ทั้ง 4

9) สภาพสิ่งแวดล้อม สภาพโดยรวม ไม่มีมลพิษด้านสิ่งแวดล้อมที่รุนแรง เนื่องจากไม่มีโรงงานอุตสาหกรรมหนัก ในพื้นที่ แต่มีปัญหามลพิษทางด้านน้ำเน่าเสีย สาเหตุจากไม่มีระบบบำบัดน้ำเสียรวม

10) การสาธารณสุข มีสถานอนามัยในเขตเทศบาล จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ สถานีอนามัยตำบลสระแก้ว ตั้งอยู่ที่หมู่ 6 ตำบลสระแก้ว ให้บริการประชาชนในหมู่ที่ 1, 2, 3, 5, 6 สถานีอนามัยบ้านหนองปรือ ตั้งอยู่ที่หมู่ 7 ตำบลสระแก้ว ให้บริการประชาชนในหมู่ที่ 4, 7, 8, 9

4.2 การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อระดมสมองและจัดกิจกรรม

4.2.1 การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อระดมสมอง

การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อระดมสมอง ศึกษา วิเคราะห์ปัญหา และกำหนดแนวทางการดำเนินงานร่วมกับนายกเทศมนตรี ปลัดเทศบาล ผู้อำนวยการฝ่ายสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ฝ่ายสาธารณสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ผู้นำชุมชน และ อสม. ภาพที่ 4.1



ภาพที่ 4.1 การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อระดมสมอง ร่วมกับชุมชน

4.2.2 การประชุมเตรียมจัดกิจกรรม

คณะวิจัยประชุมร่วมกับ นายกเทศมนตรี ผู้อำนวยการฝ่ายสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่เทศบาลท่าเสด็จ เพื่อเตรียมจัดกิจกรรมสุขภาวะ ภาพที่ 4.2



ภาพที่ 4.2 คณะวิจัยประชุมร่วมกับนายกเทศมนตรี ผู้อำนวยการฝ่ายสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่เทศบาลท่าเสด็จ เตรียมจัดกิจกรรมสุขภาวะ

4.3 ผลการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
- ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกาย
- ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง
- ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร
- ส่วนที่ 5 ศักยภาพชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่ส่งเสริมการเป็นชุมชนสุขภาวะ
- ส่วนที่ 6 ความต้องการของประชาชนเพื่อการพัฒนาเป็นชุมชนสุขภาวะ
- ส่วนที่ 7 ปัญหาและข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการเป็นชุมชนสุขภาวะ

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

- ส่วนที่ 1 สรุปข้อมูลเบื้องต้นประกอบการจัดทำรูปแบบการจัดกิจกรรมเพื่อการพัฒนาชุมชนสุขภาวะโดยประชาชนมีส่วนร่วม
- ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ Logical Framework

ตอนที่ 3 ข้อสรุปจากข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ทั้งนี้รายละเอียดในผลการวิจัยในแต่ละตอนมีดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

การศึกษาเรื่อง ชุมชนสุขภาวะบนพื้นฐานศักยภาพของชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายกรณีศึกษาชุมชนอำเภอเมือง สุพรรณบุรี ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามทั้งหมด จำนวน 400 ชุด ได้รับคืนและสมบูรณ์เพียงพอที่จะใช้วิเคราะห์ข้อมูลได้จำนวน 400 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 โดยผู้วิจัยได้นำเสนอผลการศึกษารายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตารางที่ 4.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูล	จำนวน (n=400)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	138	34.50
หญิง	262	65.50
อายุ		
15 – 19 ปี	17	4.25
20 – 35 ปี	79	19.75
36 – 59 ปี	174	43.5
60 ปีขึ้นไป	128	32
ไม่ระบุ	2	.5
สถานภาพ		
โสด	106	26.5
หม้ายหรือแยกกันอยู่	52	13
สมรส	242	60.5
การศึกษา		
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 6	257	64.25
มัธยมศึกษาปีที่ 6	72	18
ปริญญาตรี	61	15.25
สูงกว่าปริญญาตรี	9	2.25
ไม่ระบุ	1	0.25
อาชีพ		
แม่บ้าน	52	13
เกษตรกร	54	13.5
ค้าขาย	110	27.5
รับจ้างทั่วไป	91	22.75
บุคลากรของหน่วยงานภาครัฐ	31	7.75
พนักงานบริษัทเอกชน	8	2
อื่นๆ	52	13
ไม่ระบุ	2	0.5

ข้อมูล	จำนวน (n=400)	ร้อยละ
รายได้โดยประมาณต่อเดือน		
น้อยกว่าเท่ากับ 10,000 บาท	257	64.25
10,001 – 15,000 บาท	83	20.75
15,001 – 20,000 บาท	17	4.25
20,001 – 25,000 บาท	16	4
25,001 – 30,000 บาท	3	0.75
มากกว่า 30,000 บาท	20	5
ไม่ระบุ	4	1
ท่านเจ็บป่วยด้วยโรคต่อไปนี้		
โรคความดันโลหิตสูง	127	31.85
โรคหัวใจ	13	3.35
โรคเบาหวาน	54	13.50
โรคหลอดเลือดสมอง	2	0.50
โรคสมองเสื่อม	1	0.35
โรคอ้วน	18	4.50
โรคกระดูกและข้อ	43	10.85
โรคอื่นๆ	77	19.35
ไม่มี	182	45.50

จากตารางที่ 4.2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 60.50 ส่วนเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 34.50 และมีอายุอยู่ระหว่าง 36 – 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.50 ด้านสถานภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 60.50 ในขณะที่กลุ่มที่มีสถานะโสด และกลุ่มที่เป็นหม้ายหรือแยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 26.50 และ 13.00 ตามลำดับ

ด้านการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 6 คิดเป็นร้อยละ 64.25 ส่วนมากประกอบอาชีพค้าขายหรือรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 27.50 และ 22.75 ตามลำดับ โดยส่วนมากมีรายได้น้อยกว่าเท่ากับ 10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 75.85 ด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากไม่มีโรค คิดเป็นร้อยละ 45.50

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกาย

ตารางที่ 4.3 ของความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย

ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย	จำนวน (n=400)	ร้อยละ
1. การออกกำลังกายเป็นประจำทำให้เจ็บป่วยน้อยลง		
ใช่	387	96.75
ไม่ใช่	13	3.25
2. การออกกำลังกายประกอบด้วย 3 ช่วง ช่วงอบอุ่นร่างกาย ช่วงออกกำลังกาย ช่วงผ่อนคลาย		
ใช่	362	90.5
ไม่ใช่	38	9.5
3. การออกกำลังกายให้มีสุขภาพดี คือ ครั้งละ 15-30 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน		
ใช่	370	92.5
ไม่ใช่	30	7.5
4. การออกกำลังกายทำให้ระบบไหลเวียนเลือด กล้ามเนื้อ และระบบอื่น ๆ แข็งแรงขึ้น		
ใช่	386	96.5
ไม่ใช่	14	3.5
5. การออกกำลังกายทำให้เกิดการใช้ออกซิเจน และเผาผลาญ อาหารในร่างกายเพิ่มขึ้น		
ใช่	384	96
ไม่ใช่	16	4
6. การออกกำลังกายสามารถลดสัดส่วน และป้องกันโรคอ้วน		
ใช่	385	96.25
ไม่ใช่	15	3.75
7. ผู้สูงอายุไม่ควรออกกำลังกายเพราะอาจทำให้เจ็บป่วย *		
ใช่	251	62.75
ไม่ใช่	149	37.25
8. การออกกำลังกายช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ และความดันโลหิตสูง		
ใช่	356	89
ไม่ใช่	44	11
9. การออกกำลังกายเป็นประจำทำให้ออนไม่ค่อยหลับ *		
ใช่	301	75.25
ไม่ใช่	99	24.75

ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย	จำนวน (n=400)	ร้อยละ
10. การยืดกล้ามเนื้อทุกครั้งก่อนและหลังการออกกำลังกาย ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการออกกำลังกาย ให้ดีขึ้น		
ใช่	378	94.5
ไม่ใช่	22	5.5
11. การยืดกล้ามเนื้อทุกครั้งก่อนและหลังการออกกำลังกาย ช่วยลดการเกิดการบาดเจ็บ		
ใช่	368	92
ไม่ใช่	32	8
12. การยืดเหยียดกล้ามเนื้อและเส้นเอ็นทุกๆวัน อย่างถูกวิธี จะช่วยให้ลดอาการปวดเมื่อยได้		
ใช่	385	96.25
ไม่ใช่	15	3.75

จากตารางที่ 4.3 ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย พบว่า

ข้อคำถามที่ 1. การออกกำลังกายเป็นประจำทำให้เจ็บป่วยน้อยลง กลุ่มตัวอย่างส่วนมากตอบใช่ คิดเป็นร้อยละ 96.75

ข้อคำถามที่ 2. การออกกำลังกายประกอบด้วย 3 ช่วง ช่วงอบอุ่นร่างกายช่วงออกกำลังกาย ช่วงผ่อนคลาย กลุ่มตัวอย่างส่วนมากตอบใช่ คิดเป็นร้อยละ 90.50

ข้อคำถามที่ 3. การออกกำลังกายให้มีสุขภาพดี คือ ครั้งละ 15-30 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน กลุ่มตัวอย่างส่วนมากตอบใช่ คิดเป็นร้อยละ 92.50

ข้อคำถามที่ 4. การออกกำลังกายทำให้ระบบไหลเวียนเลือด กล้ามเนื้อ และระบบอื่น ๆ แข็งแรงขึ้น กลุ่มตัวอย่างส่วนมากตอบใช่ คิดเป็นร้อยละ 96.50

ข้อคำถามที่ 5. การออกกำลังกายทำให้เกิดการใช้ออกซิเจนและเผาผลาญอาหารในร่างกายเพิ่มขึ้น กลุ่มตัวอย่างส่วนมากตอบใช่ คิดเป็นร้อยละ 96.00

ข้อคำถามที่ 6. การออกกำลังกายสามารถลดสัดส่วนและป้องกันโรคอ้วน กลุ่มตัวอย่างส่วนมากตอบใช่ คิดเป็นร้อยละ 96.25

ข้อคำถามที่ 7. ผู้สูงอายุไม่ควรออกกำลังกายเพราะอาจทำให้เจ็บป่วย * กลุ่มตัวอย่างส่วนมากตอบใช่ คิดเป็นร้อยละ 62.75

ข้อคำถามที่ 8. การออกกำลังกายทำให้ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ และความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างส่วนมากตอบใช่ คิดเป็นร้อยละ 89.00

ข้อคำถามที่ 9. การออกกำลังกายเป็นประจำทำให้ออนไม่ค้อยหลับ * กลุ่มตัวอย่างส่วนมากตอบใช่ คิดเป็นร้อยละ 75.25

ข้อคำถามที่ 10. การยืดกล้ามเนื้อทุกครั้งก่อนและหลังการออกกำลังกาย ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการออกกำลังกาย ให้ดีขึ้น กลุ่มตัวอย่างส่วนมากตอบใช่ คิดเป็นร้อยละ 94.50

ข้อคำถามที่ 11. การยืดกล้ามเนื้อทุกครั้งก่อนและหลังการออกกำลังกายช่วยลดการเกิด การบาดเจ็บ กลุ่มตัวอย่างส่วนมากตอบใช่ คิดเป็นร้อยละ 92.00

ข้อคำถามที่ 12. การยืดเหยียดกล้ามเนื้อและเส้นเอ็นทุกวัน อย่างถูกวิธีจะช่วยทำให้ ลดอาการปวดเมื่อยได้ กลุ่มตัวอย่างส่วนมากตอบใช่ คิดเป็นร้อยละ 96.25

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย

ทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย	\bar{X}	SD	ความหมาย
1. การออกกำลังกายทำให้เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นโดยไม่จำเป็น*	4.19	0.96	เห็นด้วย
2. การออกกำลังกายในผู้สูงอายุทำให้สุขภาพทรุดโทรม *	4.18	0.95	เห็นด้วย
3. ผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงดีไม่จำเป็นต้องออกกำลังกาย *	4.16	1.03	เห็นด้วย
4. การออกกำลังกายเป็นประจำทำให้สดชื่น และคลายเครียด	4.37	0.83	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
5. การออกกำลังกายช่วยให้ชะลอวัย ไม่แก่	4.20	0.87	เห็นด้วย
6. การออกกำลังกายประจำทำให้อายุยืนยาว	4.22	0.85	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
7. การออกกำลังกายเป็นการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์	4.40	0.79	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
รวม	4.24	0.62	เห็นด้วย อย่างยิ่ง

จากตารางที่ 4.4 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายเป็นรายด้าน พบว่าข้อคำถามที่ 7. การออกกำลังกายเป็นการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ มีค่าสูงสุดอยู่ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.40 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.79 รองลงมาคือ ข้อคำถามที่ 4. การออกกำลังกายเป็นประจำทำให้สดชื่น และคลายเครียด และข้อคำถามที่ 6. การออกกำลังกายประจำทำให้อายุยืนยาว มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.37 และ 4.22 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาในด้านรวมของทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย พบว่า มีค่าสูงสุด อยู่ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าเฉลี่ย 4.24 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.62

ตารางที่ 4.5 พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ตอบแบบสอบถาม

พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน (n=400)	ร้อยละ
1. ท่านออกกำลังกายด้วยวิธีใด		
เดิน/เดินเร็ว	288	72.00
วิ่งเหยาะๆ	115	28.75
เต้นแอโรบิก	50	12.50
ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ	112	28.00
โยคะ	12	3.00
ถีบจักรยานอยู่กับที่	41	10.25
ไท้เก๊ก	4	1.00
เล่นกีฬา เช่น ว่ายน้ำ ปิงปอง	21	5.25
อื่นๆ	53	13.25
2. ท่านออกกำลังกายบ่อยแค่ไหน		
ไม่ได้ออกกำลังกาย	42	10.50
น้อยกว่า 1 วันต่อสัปดาห์	77	19.25
1-2 วันต่อสัปดาห์	65	16.25
3 วันต่อสัปดาห์	69	17.25
4 วันต่อสัปดาห์	26	6.5
5 วันต่อสัปดาห์	7	1.75
ทุกวัน	110	27.5
ไม่ระบุ	4	1
3. เวลาที่ท่านออกกำลังกายแต่ละครั้ง		
น้อยกว่า 15 นาที	108	27
15-30 นาที	207	51.75
30-60 นาที	51	12.75
1-2 ชั่วโมง	18	4.5
3-4 ชั่วโมง	6	1.5
มากกว่า 3 ชั่วโมง	10	2.5

พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน (n=400)	ร้อยละ
4. ช่วงเวลาที่ท่านออกกำลังกาย		
05.01 - 08.00 น.	180	45
08.01 - 11.00 น.	39	9.75
11.01 - 14.00 น.	-	-
14.01 - 17.00 น.	12	3
17.01 - 20.00 น.	162	40.5
20.01 - 23.00 น.	3	0.75
ไม่ระบุ	4	1
5. ท่านออกกำลังกายที่ใดมากที่สุด		
บ้านพัก	290	72.50
ลานกีฬาชุมชน	56	14.00
สถานที่เรียน/ที่ทำงาน	21	5.25
ศูนย์กีฬาของราชการ	6	1.5
สถานที่ออกกำลังกายเอกชน	14	3.5
อื่นๆ	10	2.5
ไม่ระบุ	3	0.75
6. ท่านเข้าร่วมกลุ่มหรือชมรมกิจกรรมออกกำลังกายของชุมชน		
ไม่ได้เข้าร่วม	295	73.75
เข้าร่วมและทำกิจกรรมเป็นประจำ	23	5.75
เข้าร่วมและทำกิจกรรมเป็นบางครั้ง	74	18.50
เข้าร่วมแต่ไม่ได้ทำกิจกรรม	8	2

จากตารางที่ 4.5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากออกกำลังกายด้วยวิธีการเดิน/เดินเร็วคิดเป็นร้อยละ 72.00 โดยเป็นการออกกำลังกายทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 27.50 ส่วนมากออกกำลังกายครั้งละ 15-30 นาที คิดเป็นร้อยละ 51.75 และส่วนมากช่วงเวลา而出กำลังกาย คือ 17.01 - 20.00 น. คิดเป็นร้อยละ 40.50 ด้านสถานที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากออกกำลังกายที่บ้านพัก คิดเป็นร้อยละ 72.50 และโดยส่วนมากไม่ได้เข้าร่วมกลุ่มหรือชมรมกิจกรรมออกกำลังกายของชุมชน คิดเป็นร้อยละ 73.75

ส่วนที่ 1.3 ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง

ตารางที่ 4.6 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง

ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย	จำนวน (n=400)	ร้อยละ
1. ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงจะมีอาการปวดศีรษะ ตาพร่า เวียนศีรษะ อาเจียน		
ใช่	341	85.25
ไม่ใช่	59	14.75
2. ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน เมื่อทานยาเบาหวานแล้วไม่จำเป็นต้องงดอาหารหวาน *		
ใช่	238	60
ไม่ใช่	162	41
3. หากผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูง ไม่ดูแลสุขภาพตนเองมักเกิดโรคไตวายภายหลัง		
ใช่	318	80
ไม่ใช่	82	21
4. ผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูง เมื่ออาการดีแล้วไม่จำเป็นต้องควบคุมอาหาร *		
ใช่	232	58
ไม่ใช่	168	42
5. ผู้ป่วยโรคหัวใจจะมีอาการนอนราบไม่ได้ เหนื่อย หรือต้องลุกมานั่งหายใจตอนกลางคืน		
ใช่	296	74
ไม่ใช่	104	26
6. การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงอาหารมัน-อาหารเค็ม ช่วยลดการเกิดโรคหัวใจวายได้		
ใช่	361	90
ไม่ใช่	39	10
7. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง มีอาการชาครึ่งซีกพูดไม่ชัด กลืนอาหาร หรือน้ำลำบาก		
ใช่	365	91.25
ไม่ใช่	35	9
8. ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองคือ การสูบบุหรี่ ความเครียด โรคหลอดเลือด		
ใช่	348	87.00
ไม่ใช่	52	13

ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย	จำนวน (n=400)	ร้อยละ
9. ผู้ที่เป็นโรคอ้วนสามารถชั่งยาลดความอ้วนมารับประทานเองได้โดยไม่ต้องปรึกษาแพทย์ *		
ใช่	256	64
ไม่ใช่	144	36
10. คนที่มีการอาการหลงลืมบ่อยๆ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม		
ใช่	378	94.50
ไม่ใช่	22	5.5

จากตารางที่ 4.6 ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองพบว่า

ข้อคำถามที่ 1. ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงจะมีการปวดศีรษะ ตาพร่า เวียนศีรษะ อาเจียน กลุ่มตัวอย่างส่วนมากตอบใช่ คิดเป็นร้อยละ 85.25

ข้อคำถามที่ 2. ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน เมื่อทานยาเบาหวานแล้ว ไม่จำเป็นต้องงดอาหารหวาน * กลุ่มตัวอย่างส่วนมากตอบใช่ คิดเป็นร้อยละ 60.00

ข้อคำถามที่ 3. หากผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูงไม่ดูแลสุขภาพตนเอง มักเกิดโรคไตวายภายหลัง กลุ่มตัวอย่างส่วนมากตอบใช่ คิดเป็นร้อยละ 80.00

ข้อคำถามที่ 4. ผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูงเมื่ออาการดีแล้วไม่จำเป็นต้องควบคุมอาหาร * กลุ่มตัวอย่างส่วนมากตอบใช่ คิดเป็นร้อยละ 58.00

ข้อคำถามที่ 5. ผู้ป่วยโรคหัวใจจะมีการนอนราบไม่ได้ เหนื่อย หรือต้องลุกมานั่งหายใจตอนกลางคืนกลุ่มตัวอย่างส่วนมากตอบใช่ คิดเป็นร้อยละ 74.00

ข้อคำถามที่ 6. การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงอาหารมัน-อาหารเค็ม ช่วยลดการเกิดโรคหัวใจวายได้ กลุ่มตัวอย่างส่วนมากตอบใช่ คิดเป็นร้อยละ 90.00

ข้อคำถามที่ 7. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง มีอาการชาครึ่งซีก พูดไม่ชัดกลืนอาหารหรือน้ำลำบาก กลุ่มตัวอย่างส่วนมากตอบใช่ คิดเป็นร้อยละ 91.25

ข้อคำถามที่ 8. ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองคือ การสูบบุหรี่ ความเครียด โรคหลอดเลือด กลุ่มตัวอย่างส่วนมากตอบใช่ คิดเป็นร้อยละ 87.00

ข้อคำถามที่ 9. ผู้ที่เป็นโรคอ้วนสามารถชั่งยาลดความอ้วนมารับประทานเองได้โดยไม่ต้องปรึกษาแพทย์ *กลุ่มตัวอย่างส่วนมากตอบใช่ คิดเป็นร้อยละ 64.00

ข้อคำถามที่ 10. คนที่มีการอาการหลงลืมบ่อย ๆ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่างส่วนมากตอบใช่ คิดเป็นร้อยละ 94.50

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง

ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง	\bar{X}	SD	ความหมาย
1. โรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่อง	1.15	0.36	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
2. โรคหัวใจเป็นโรคที่เป็นเฉพาะในคนสูงอายุเท่านั้น *	3.75	1.10	เห็นด้วย
3. ผู้ที่ป่วยเป็นโรคหัวใจสามารถออกกำลังกายได้ เมื่อปรึกษาแพทย์	3.46	1.24	เห็นด้วย
4. ถ้าพ่อแม่ของท่านไม่เป็นเบาหวานท่านก็จะเป็น เบาหวานเช่นกัน *	3.57	1.06	เห็นด้วย
5. โรคอ้วนคือโรคที่พบในคนที่มีรูปร่างอ้วนเท่านั้น *	3.32	1.16	ไม่แน่ใจ
6. โรคอ้วนสามารถรักษาให้หายขาดได้	3.39	1.08	ไม่แน่ใจ
7. โรคอัมพาตเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้	3.51	1.16	เห็นด้วย
8. คนที่เป็นโรคสมองเสื่อมควรจำกัดบริเวณให้อยู่แต่ในบ้าน *	3.34	1.24	ไม่แน่ใจ
รวม	3.54	0.60	เห็นด้วย

จากตารางที่ 4.7 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองเป็นรายด้าน พบว่าข้อคำถามที่ 2. โรคหัวใจเป็นโรคที่เป็นเฉพาะในคนสูงอายุเท่านั้น * มีค่าสูงสุดอยู่ในระดับเห็นด้วย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.75 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.10 รองลงมาคือ ข้อคำถามที่ 4. ถ้าพ่อแม่ของท่านไม่เป็นเบาหวานท่านก็จะเป็นเบาหวานเช่นกัน * และข้อคำถามที่ 7. โรคอัมพาตเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.57 และ 3.51 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาในด้านรวมของทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า มีค่าสูงสุดอยู่ในระดับเห็นด้วย มีค่าเฉลี่ย 3.54 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.60

ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง

พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง	\bar{X}	SD	ความหมาย
1. ท่านสำรวจและสังเกตอาการผิดปกติของร่างกายตัวเอง	3.61	1.13	บ่อยครั้ง
2. ท่านไปตรวจสุขภาพร่างกายประจำปีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	3.46	1.38	บ่อยครั้ง
3. ท่านปฏิบัติตัวตามคำแนะนำในการดูแลตนเองจากเจ้าหน้าที่ ด้านสุขภาพ	3.75	1.26	บ่อยครั้ง
4. เมื่อท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับสุขภาพ ท่านสอบถาม ข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ	3.54	1.25	บ่อยครั้ง
5. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในชุมชน เช่น รับประทานอาหาร ตรวจสอบเกี่ยวกับสุขภาพ	3.04	1.54	นาน ๆ ครั้ง
6. ท่านเป็นสมาชิกหรือเข้าร่วมกลุ่มการดูแลสุขภาพในชุมชน	2.67	1.59	นาน ๆ ครั้ง
รวม	3.34	1.09	นาน ๆ ครั้ง

จากตารางที่ 4.8 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองเป็นรายด้าน พบว่าข้อคำถามที่ 3. ท่านปฏิบัติตัวตามคำแนะนำในการดูแลตนเองจากเจ้าหน้าที่ ด้านสุขภาพ มีค่าสูงสุดอยู่ในระดับบ่อยครั้ง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.75 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.26 รองลงมาคือ ข้อคำถามที่ 1. ท่านสำรวจและสังเกตอาการผิดปกติของร่างกายตัวเอง และข้อคำถามที่ 4. เมื่อท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับสุขภาพ ท่านสอบถาม ข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.61 และ 3.54 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาในด้านรวมของพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า มีค่าสูงสุดอยู่ในระดับนาน ๆ ครั้ง มีค่าเฉลี่ย 3.34 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.09

ส่วนที่ 1.4 ข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

ตารางที่ 4.9 ข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย	จำนวน (n=400)	ร้อยละ
1. อาหารเพื่อสุขภาพเป็นอาหารที่ให้ประโยชน์แก่ร่างกาย มีคุณค่าทางโภชนาการ		
ใช่	397	99.25
ไม่ใช่	3	0.75
2. การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพเป็นประจำช่วยส่งเสริม สุขภาพและป้องกันโรค		
ใช่	371	92.75
ไม่ใช่	29	7.25
3. อาหารเพื่อสุขภาพเหมาะสำหรับผู้ป่วยและผู้สูงอายุ รับประทานเท่านั้น *		
ใช่	261	65.25
ไม่ใช่	138	34.50
ไม่ระบุ	1	0.25
4. อาหารที่มีรสเค็ม เช่น เกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว ซอสปรุงรส อาหารดองเค็ม ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง		
ใช่	365	91.25
ไม่ใช่	35	8.75
5. อาหารที่โดยปรุงจากวิธีต้ม นึ่ง อบ ช่วยลดปริมาณไขมัน ในอาหาร		
ใช่	380	95
ไม่ใช่	20	5
6. การกินแป้งมากๆหรือกินอาหารที่มีรสหวาน ทำให้เสี่ยงต่อ การเป็นโรคอ้วน หรือ โรคเบาหวาน		
ใช่	387	97
ไม่ใช่	13	3
7. การกินขนมกรุบกรอบประจำ เช่น มันฝรั่งทอด ข้าวเกรียบ เสี่ยงต่อการเป็นโรคอ้วน		
ใช่	381	95
ไม่ใช่	18	5
ไม่ระบุ	1	0.25

ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย	จำนวน (n=400)	ร้อยละ
8. การกินอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว เช่น กะทิ ไขมันสัตว์ และ เนื้อสัตว์ที่มีไขมันติด เช่น หมูสามชั้น ทำให้มีไขมันในเลือดสูง		
ใช่	386	96.50
ไม่ใช่	13	3.25
ไม่ระบุ	1	0.25
9. การกินอาหารที่มีเส้นใยมาก เช่น ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ ผัก ผลไม้และถั่วเมล็ดแห้งต่าง ๆ จะช่วย ลดการดูดซึม ไขมัน ช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ และโรคความดันโลหิตสูง		
ใช่	370	92.5
ไม่ใช่	29	7.25
ไม่ระบุ	1	0.25
10. การรับประทานอาหารในปริมาณที่เหมาะสมกับการใช้ พลังงานในแต่ละวัน ช่วยป้องกันโรคอ้วน		
ใช่	386	96.5
ไม่ใช่	14	4
11. ผักผลไม้มีสารต้านอนุมูลอิสระสูง เช่น วิตามินซี วิตามินอี และสารอื่นๆ ที่ช่วยชะลอความแก่		
ใช่	384	96.00
ไม่ใช่	16	4.00
12. อาหารทอดด้วยน้ำมันซ้ำๆ เช่น ปาท่องโก๋ ปลาทอด ทอดมัน ไก่ทอด เป็นต้น น้ำมันที่ทอด อาหารซ้ำๆ ทำให้เกิดอนุมูลอิสระ และสารก่อมะเร็ง		
ใช่	388	97
ไม่ใช่	12	3

จากตารางที่ 4.9 ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองพบว่า

 ข้อคำถามที่ 1. อาหารเพื่อสุขภาพเป็นอาหารที่ให้ประโยชน์แก่ร่างกาย มีคุณค่าทางโภชนาการ กลุ่มตัวอย่างส่วนมากตอบใช่ คิดเป็นร้อยละ 99.25

 ข้อคำถามที่ 2. การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพเป็นประจำช่วยส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กลุ่มตัวอย่างส่วนมากตอบใช่ คิดเป็นร้อยละ 92.75

 ข้อคำถามที่ 3. อาหารเพื่อสุขภาพเหมาะสำหรับผู้ป่วยและผู้สูงอายุรับประทานเท่านั้น * กลุ่มตัวอย่างส่วนมากตอบใช่ คิดเป็นร้อยละ 65.25

ข้อคำถามที่ 4. อาหารที่มีรสเค็ม เช่น เกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว ซอสปรุงรส อาหารดองเค็ม ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรค ความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างส่วนมากตอบใช่ คิดเป็นร้อยละ 91.25

ข้อคำถามที่ 5. อาหารที่โดยปรุงจากวิธีต้ม นึ่ง อบ ช่วยลดปริมาณไขมันในอาหาร กลุ่มตัวอย่างส่วนมากตอบใช่ คิดเป็นร้อยละ 95.00

ข้อคำถามที่ 6. การกินแป้งมากๆหรือกินอาหารที่มีรสหวานทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคอ้วน หรือโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างส่วนมากตอบใช่ คิดเป็นร้อยละ 97.00

ข้อคำถามที่ 7. การกินขนมกรุบกรอบประจำ เช่น มันฝรั่งทอด ข้าวเกรียบ เสี่ยงต่อการเป็นโรคอ้วน กลุ่มตัวอย่างส่วนมากตอบใช่ คิดเป็นร้อยละ 95.00

ข้อคำถามที่ 8. การกินอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว เช่น กะทิ ไขมันสัตว์ และเนื้อสัตว์ที่มีไขมันติด เช่น หมูสามชั้น ทำให้ มีไขมันในเลือดสูง กลุ่มตัวอย่างส่วนมากตอบใช่ คิดเป็นร้อยละ 96.50

ข้อคำถามที่ 9. ผู้ที่กินอาหารที่มีเส้นใยมาก เช่น ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ ผัก ผลไม้ และถั่วเมล็ดแข็งต่างๆ จะช่วยลดการดูดซึมไขมัน ช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ และโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างส่วนมากตอบใช่ คิดเป็นร้อยละ 92.50

ข้อคำถามที่ 10. การรับประทานอาหารในปริมาณที่เหมาะสมกับการใช้พลังงานในแต่ละวัน ช่วยป้องกันโรคอ้วน กลุ่มตัวอย่างส่วนมากตอบใช่ คิดเป็นร้อยละ 96.50

ข้อคำถามที่ 11. ผักผลไม้มีสารต้านอนุมูลอิสระสูง เช่น วิตามินซี วิตามินอี และสารอื่น ๆ ที่ช่วยชะลอความแก่ กลุ่มตัวอย่างส่วนมากตอบใช่ คิดเป็นร้อยละ 96.00

ข้อคำถามที่ 12. อาหารทอดด้วยน้ำมันซ้ำซาก เช่น ปาท่องโก๋ ปลาทอด ทอดมัน ไข่ทอด เป็นต้น น้ำมันที่ทอด อาหารซ้ำซาก ทำให้เกิดอนุมูลอิสระ และสารก่อมะเร็ง กลุ่มตัวอย่างส่วนมากตอบใช่ คิดเป็นร้อยละ 97.00

ตารางที่ 4.10 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร	\bar{X}	SD	ความหมาย
1. อาหารเพื่อสุขภาพควรรับประทานเมื่อตอนเจ็บป่วย *	3.98	1.12	เห็นด้วย
2. อาหารรสจัด เช่น หวานจัด เค็มจัด เผ็ดจัด ไม่มีผลดีต่อ สุขภาพ	1.07	0.26	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
3. การรับประทานอาหารหมักดองช่วยลดความอ้วน *	3.71	1.16	เห็นด้วย
4. การรับประทานผักสดและผลไม้เป็นประจำช่วยให้สุขภาพดี	4.02	1.04	เห็นด้วย
5. การดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวานเป็นประจำเช่น น้ำอัดลม ช่วย ให้ร่างกายสดชื่น สุขภาพแข็งแรง *	3.86	1.28	เห็นด้วย
6. การรับประทานอาหารหวานจัดเป็นประจำเสี่ยง เป็นเบาหวาน	3.82	1.15	เห็นด้วย
7. การทำอาหารให้อร่อยต้องใส่ ผงปรุงรส หรือ ผงชูรส *	3.45	1.34	เห็นด้วย
8. เครื่องปรุงรส หรือ ผงชูรส ใส่ในอาหารได้อย่างไม่จำกัด ไม่มีผลเสียต่อสุขภาพ *	3.90	1.12	เห็นด้วย
รวม	3.80	0.72	เห็นด้วย

จากตารางที่ 4.10 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเป็นรายด้าน พบว่าข้อคำถามที่ 4. การรับประทานผักสดและผลไม้เป็นประจำช่วยให้สุขภาพดี มีค่าสูงสุดอยู่ในระดับเห็นด้วย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.02 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.04 รองลงมาคือ ข้อคำถามที่ 1. อาหารเพื่อสุขภาพควรรับประทานเมื่อตอนเจ็บป่วย * และข้อคำถามที่ 8. เครื่องปรุงรส หรือ ผงชูรส ใส่ในอาหารได้อย่างไม่จำกัด ไม่มี ผลเสียต่อสุขภาพ * มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.98 และ 3.90 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาในด้านรวมของทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร พบว่ามีค่าสูงสุดอยู่ในระดับเห็นด้วย มีค่าเฉลี่ย 3.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.72

ตารางที่ 4.11 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	\bar{X}	SD	ความหมาย
1. ท่านรับประทานอาหารรสเค็ม เช่น ปลาเค็ม ไข่เค็มหรือเติม น้ำปลาในอาหาร เพื่อให้มีรสเค็มขึ้น *	3.27	1.12	นานๆ ครั้ง
2. ท่านรับประทานอาหารที่ไขมันสูง และอาหารทอด เช่น หมูสามชั้น หนังไก่ ไก่ทอด กุ้งทอด *	3.06	0.92	นานๆ ครั้ง
3. ท่านรับประทานอาหารมีรสหวานหรือเติมน้ำตาลในอาหาร *	3.15	1.03	นานๆ ครั้ง
4. ท่านรับประทานอาหารประเภทแป้ง เช่น ขนมปัง บะหมี่ สำเร็จรูป *	2.77	0.92	นานๆ ครั้ง
5. ท่านรับประทานผักและผลไม้ วันละ ไม่น้อยกว่า 500 กรัม (5 ทัพพี)	3.74	0.92	บ่อยครั้ง
6. ท่านรับประทานธัญพืช เช่น ถั่วชนิดต่างๆ ลูกเดือย	3.40	0.95	นานๆ ครั้ง
7. ท่านเติม น้ำปลา ซีอิ๊ว หลังจากใส่เครื่องปรุงรสในอาหาร สำเร็จรูป *	2.74	1.06	นานๆ ครั้ง
8. ท่านประกอบอาหารรับประทานเองที่บ้าน	4.28	0.92	เป็นประจำ
9. ท่านใส่ผงชูรสหรือผงปรุงแต่งรสอาหาร ในอาหารที่ท่านทำ *	2.71	1.27	นานๆ ครั้ง
10. ท่านใช้พืชผักที่มีในชุมชนในการประกอบอาหาร	3.72	1.17	บ่อยครั้ง
11. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับอาหาร ในชุมชน เช่น การให้ความรู้ การอบรม ทำอาหาร	2.47	1.34	เล็กน้อย
12. ท่านเข้าร่วมกลุ่มหรือชมรมเกี่ยวกับอาหารในชุมชน เช่น ชมรมอาหาร กลุ่มอาหารต่าง ๆ	2.47	1.35	เล็กน้อย
รวม	3.15	0.47	นานๆ ครั้ง

จากตารางที่ 4.11 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมกรมการบริโภคอาหารเป็นรายด้าน พบว่าข้อคำถามที่ 8. ท่านประกอบอาหารรับประทานเองที่บ้านมีค่าสูงสุดอยู่ในระดับเป็นประจำ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.28 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.91 รองลงมาคือ ข้อคำถามที่ 5. ท่านรับประทานผักและผลไม้ วันละไม่น้อยกว่า 500 กรัม (5 ทัพพี) และข้อคำถามที่ 10. ท่านใช้พืชผักที่มีในชุมชนในการประกอบอาหาร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.74 และ 3.72 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาในด้านรวมของพฤติกรรมกรมการบริโภคอาหาร พบว่า มีค่าสูงสุดอยู่ในระดับนานๆ ครั้ง มีค่าเฉลี่ย 3.15 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.47

ตอนที่ 1.5 ศักยภาพชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่ส่งเสริมชุมชนสุขภาวะ
ตารางที่ 4.12 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของบทบาทของผู้นำชุมชน
 ในการส่งเสริมและพัฒนาชุมชนสุขภาวะ

บทบาทของผู้นำชุมชนในการส่งเสริมและพัฒนาชุมชนสุขภาวะ	\bar{X}	SD	ความหมาย
1. ผู้นำชุมชนมีการส่งเสริมการจัดให้มีศูนย์หรือหน่วยงาน เกี่ยวกับสุขภาวะ/สุขภาพของชุมชน	3.97	0.81	เห็นด้วย
2. ผู้นำชุมชนส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ข้อมูลสุขภาพชุมชน เช่น ชมรมสุขภาพ เป็นต้น	3.98	0.81	เห็นด้วย
3. ผู้นำชุมชนมีการสนับสนุนการแสวงหาเครือข่ายความร่วมมือ กับหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน	3.97	0.82	เห็นด้วย
4. ผู้นำชุมชนสนับสนุนให้มีการรวมกลุ่มกันเพื่อสอดส่องดูแล อาหาร สินค้า และสารเคมี ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของสมาชิกในชุมชนและสิ่งแวดล้อม	3.98	0.85	เห็นด้วย
5. ผู้นำชุมชนสนับสนุนให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ/สุขภาพชุมชน เช่น ให้ความรู้ตรวจสุขภาพ จัดอบรม จัดงานต่างๆ	3.94	0.86	เห็นด้วย
6. ผู้นำชุมชนมีการจัดสรรทรัพยากรเช่น เงินทุน อย่างเพียงพอ เพื่อการดูแลสุขภาพในชุมชน	3.88	0.87	เห็นด้วย
7. ชุมชนของท่านมีการสนับสนุนให้มีแกนนำสุขภาพด้านต่างๆ เช่น ด้านออกกำลังกาย ด้านอาหาร ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง	3.98	0.84	เห็นด้วย
8. ชุมชนของท่านมีการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ/สุขภาพชุมชนอย่างทั่วถึง	3.91	0.89	เห็นด้วย
รวม	3.95	0.79	เห็นด้วย

จากตารางที่ 4.12 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของบทบาทของผู้นำชุมชนในการส่งเสริมและพัฒนาชุมชนสุขภาวะเป็นรายด้าน พบว่าข้อคำถามที่ 2. ผู้นำชุมชนส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพชุมชน เช่น ชมรมสุขภาพ เป็นต้น ข้อคำถามที่ 4. ผู้นำชุมชนสนับสนุนให้มีการรวมกลุ่มกันเพื่อสอดส่องดูแล อาหาร สินค้า และสารเคมีที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของสมาชิก ในชุมชนและสิ่งแวดล้อม และข้อคำถามที่ 7.ชุมชนของท่านมีการสนับสนุน ให้มีแกนนำสุขภาพด้านต่างๆ เช่น ด้านออกกำลังกาย ด้านอาหาร ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง มีค่าสูงสุดอยู่ในระดับเห็นด้วย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.98 เท่ากันทั้ง3ข้อ โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.81 ,0.85 และ 0.84 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาในด้านรวมของของผู้นำชุมชนในการส่งเสริม และพัฒนาชุมชนสุขภาวะ พบว่า มีค่าสูงสุดอยู่ในระดับเห็นด้วย มีค่าเฉลี่ย 3.95 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.79

ตารางที่ 4.13 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในการส่งเสริมและพัฒนาชุมชนสุขภาวะ

การมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในการส่งเสริมและพัฒนาชุมชนสุขภาวะ	\bar{X}	SD	ความหมาย
1. ท่านทราบข้อมูลเกี่ยวกับแผนชุมชนที่เกี่ยวกับสุขภาวะหรือ สุขภาพของคนในชุมชน	3.62	1.02	เห็นด้วย
2. ท่านมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนหรือนำเสนอความคิดเพื่อ จัดทำแผนชุมชนที่เกี่ยวกับสุขภาวะหรือสุขภาพของคนในชุมชน	3.53	1.10	เห็นด้วย
3. ท่านมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาวะหรือ สุขภาพในชุมชน เช่น การให้ความรู้ การอบรม การตรวจสุขภาพ การออกกำลังกาย และการทำอาหาร	3.40	1.20	ไม่แน่ใจ
4. ท่านเป็นแกนนำหรือผู้นำกลุ่มในการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวกับสุข ภาวะหรือสุขภาพในชุมชน เช่น การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง การออกกำลังกาย และอาหาร	3.29	1.25	ไม่แน่ใจ
5. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาวะหรือสุขภาพในชุมชน เช่น การให้ความรู้ การอบรม การตรวจสุขภาพ การออกกำลังกาย และ การทำอาหาร	3.42	1.27	เห็นด้วย
6. ท่านได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาวะ หรือสุขภาพในชุมชน	3.51	1.19	เห็นด้วย
รวม	3.46	1.08	เห็นด้วย

จากตารางที่ 4.13 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในการส่งเสริมและพัฒนาชุมชนสุขภาวะเป็นรายด้าน พบว่าข้อคำถามที่ 1. ท่านทราบข้อมูลเกี่ยวกับแผนชุมชนที่เกี่ยวกับสุขภาวะหรือ สุขภาพของคนในชุมชน มีค่าสูงสุด อยู่ในระดับเห็นด้วย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.02 รองลงมาคือ ข้อคำถาม ที่ 2. ท่านมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนหรือนำเสนอความคิดเพื่อ จัดทำแผนชุมชนที่เกี่ยวกับสุขภาวะหรือสุขภาพของคนในชุมชน และข้อคำถามที่ 6. ท่านได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาวะ หรือสุขภาพในชุมชน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.53 และ 3.51 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาในด้านรวมของการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในการส่งเสริมและพัฒนาชุมชนสุขภาวะ พบว่า มีค่าสูงสุดอยู่ในระดับเห็นด้วย มีค่าเฉลี่ย 3.46 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.08

ตารางที่ 4.14 ข้อมูลเกี่ยวกับภาคีเครือข่ายเพื่อการพัฒนาชุมชนสุขภาวะ

ข้อมูล	จำนวน (n=400)	ร้อยละ
1. ชุมชนของท่านมีเครือข่ายภายในชุมชนที่เกี่ยวกับสุขภาวะหรือสุขภาพ ด้านใดบ้าง		
เครือข่ายด้านออกกำลังกาย	85	21.25
เครือข่ายด้านอาหาร	13	3.25
เครือข่ายด้านการดูแลสุขภาพ	176	44.00
เครือข่ายอื่นๆ	3	0.75
ไม่ทราบข้อมูล	123	30.75
2. จากข้อ1 เครือข่ายภายในชุมชนที่เกี่ยวกับสุขภาวะหรือสุขภาพ ให้การสนับสนุนด้านใดบ้าง		
เงินทุน	30	7.50
ทรัพยากรหรือสิ่งของอื่นที่ไม่ใช่เงิน	46	11.50
ข่าวสาร ข้อมูล หรือความรู้	197	49.25
บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่	78	19.50
อื่นๆ	16	4.00
ไม่ทราบข้อมูล	33	8.25

ข้อมูล	จำนวน (n=400)	ร้อยละ
3. ชุมชนของท่านมีเครือข่ายภายนอกชุมชน เช่น สถาบันการศึกษา หน่วยงานราชการ หรือเอกชน ที่ เกี่ยวกับสุขภาวะหรือ สุขภาพ ด้านใดบ้าง		
เครือข่ายด้านออกกำลังกาย	65	16.25
เครือข่ายด้านอาหาร	8	2.00
เครือข่ายด้านการดูแลสุขภาพ	114	28.50
เครือข่ายอื่นๆ	13	3.25
ไม่ทราบข้อมูล	200	50.00
4. จากข้อ3 เครือข่ายภายนอกชุมชน ที่เกี่ยวกับสุขภาวะ หรือสุขภาพ ให้การสนับสนุนด้านใดบ้าง		
เงินทุน	30	7.50
ทรัพยากรหรือสิ่งของอื่นที่ไม่ใช่เงิน	10	2.50
ข่าวสาร ข้อมูล หรือความรู้	138	34.50
บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่	35	8.75
อื่นๆ	18	4.50
ไม่ทราบข้อมูล	169	42.25

จากตารางที่ 4.14 พบว่า ชุมชนของกลุ่มตัวอย่างมีเครือข่ายภายในชุมชนที่เกี่ยวกับสุขภาวะหรือสุขภาพ ส่วนมากเกี่ยวกับด้านเครือข่ายด้านการดูแลสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 44.00 ส่วนเครือข่ายภายในชุมชนที่เกี่ยวกับสุขภาวะหรือสุขภาพ ให้การสนับสนุนด้านข่าวสาร ข้อมูล หรือความรู้มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.25

ส่วนใหญ่มุ่งกลุ่มตัวอย่างไม่ทราบข้อมูลของเครือข่ายภายนอกชุมชน ที่เกี่ยวกับสุขภาวะหรือสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 50.00 โดยกลุ่มตัวอย่างไม่ทราบข้อมูลการให้การสนับสนุนของเครือข่ายภายนอกชุมชน ที่เกี่ยวกับสุขภาวะหรือสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 42.25

ตารางที่ 4.15 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของข้อมูลเกี่ยวกับภาคีเครือข่าย

ข้อมูลเกี่ยวกับภาคีเครือข่าย	\bar{X}	SD	ความหมาย
1. ท่านมีส่วนร่วมในการนำเสนอความคิดในการจัดกิจกรรม ร่วมกับเครือข่ายทุกครั้ง	3.13	1.22	ไม่แน่ใจ
2. ท่านมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมร่วมกับเครือข่ายเป็นประจำ	3.22	1.21	ไม่แน่ใจ
3. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมที่จัดรวมกับเครือข่ายทุกครั้ง	3.15	1.21	ไม่แน่ใจ
4. ท่านได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ ที่เครือข่ายจัดขึ้น	3.25	1.20	ไม่แน่ใจ
รวม	3.19	1.15	ไม่แน่ใจ

จากตารางที่ 4.15 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลเกี่ยวกับภาคีเครือข่ายเป็นรายด้าน พบว่าข้อคำถามที่ 8. ท่านได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ ที่เครือข่ายจัดขึ้น มีค่าสูงสุดอยู่ในระดับไม่แน่ใจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.25 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.20 รองลงมาคือ ข้อคำถามที่ 6. ท่านมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมร่วมกับเครือข่ายเป็นประจำ และข้อคำถามที่ 7. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมที่จัดรวมกับเครือข่ายทุกครั้ง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.22 และ 3.15 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาในด้านรวมของข้อมูลเกี่ยวกับภาคีเครือข่าย พบว่า มีค่าสูงสุดอยู่ในระดับไม่แน่ใจ มีค่าเฉลี่ย 3.19 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.15

ส่วนที่ 1.6 ความต้องการของประชาชนเพื่อการพัฒนาเป็นชุมชนสุขภาวะ

ตารางที่ 4.16 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของความต้องการเพื่อการพัฒนาเป็นชุมชนสุขภาวะ

ความต้องการเพื่อการพัฒนาเป็นชุมชนสุขภาวะ	\bar{X}	SD	ความหมาย
1. ท่านต้องการให้ชุมชนมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้ที่เกี่ยวกับสุขภาวะหรือสุขภาพ	4.25	0.57	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
2. ท่านต้องการให้ชุมชนมีการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาวะหรือสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย อาหาร การดูแลสุขภาพตนเอง	4.28	0.57	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
3. ท่านต้องการให้ชุมชนมีแกนนำจัดกิจกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาวะ หรือสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านอาหาร ด้านการดูแล ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยตนเอง	4.26	0.60	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
4. ท่านต้องการให้ชุมชนมีการให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ ต่อการพัฒนาสุขภาวะหรือสุขภาพของคนในชุมชนอย่างทั่วถึง	4.30	0.58	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
5. ท่านต้องการให้ชุมชนสนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรม ที่เกี่ยวกับสุขภาวะหรือสุขภาพ	4.27	0.61	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
6. ท่านต้องการให้ชุมชนสนับสนุน วัสดุอุปกรณ์ วัสดุดิบ และ สถานที่จัดกิจกรรม	4.28	0.62	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
7. ท่านต้องการให้ชุมชนมีการดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาวะ หรือสุขภาพอย่างต่อเนื่อง	4.26	0.63	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
8. ท่านต้องการให้ชุมชนมีเครือข่ายภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชนเพื่อให้การสนับสนุนกิจกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพ	4.25	0.64	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
รวม	4.27	0.56	เห็นด้วยอย่างยิ่ง

จากตารางที่ 4.16 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความต้องการเพื่อการพัฒนาเป็นชุมชนสุขภาวะเป็นรายด้าน พบว่าข้อคำถามที่ 4. ท่านต้องการให้ชุมชนมีการให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ ต่อการพัฒนาสุขภาวะหรือสุขภาพของคนในชุมชนอย่างทั่วถึง มีค่าสูงสุดอยู่ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.30 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.58 รองลงมา คือ ข้อคำถามที่ 2. ท่านต้องการให้ชุมชนมีการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาวะหรือสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย อาหาร การดูแลสุขภาพตนเอง และข้อคำถามที่ 6. ท่านต้องการให้ชุมชนสนับสนุน วัสดุอุปกรณ์ วัสดุดิบ และ สถานที่จัดกิจกรรม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.28 ทั้ง 2 ข้อ และเมื่อพิจารณา

ในด้านรวมของความต้องการเพื่อการพัฒนาเป็นชุมชนสุขภาวะ พบว่า มีค่าสูงสุด อยู่ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าเฉลี่ย 4.27 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.56

ตอนที่ 2.1 เปรียบเทียบข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกาย

ตารางที่ 4.17 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย จำแนกตามเพศ

เพศ	ทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย		df	t	Sig.
	\bar{X}	SD			
1. ชาย	4.32	0.60	398.00	1.69	0.47
2. หญิง	4.21	0.64			

จากตารางที่ 4.17 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย จำแนกตามเพศ โดยการทดสอบ t-test พบว่าเพศชายทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายไม่แตกต่างจากเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.18 ความแปรปรวนของระดับทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายจำแนกตามอายุ

ความคิดเห็น	ความแปรปรวน	SS.	df.	MS.	F	p
ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย	ระหว่างกลุ่ม	1.52	3	0.506417	1.30	0.27
	ภายในกลุ่ม	153.4702	394	0.389518		
	รวม	154.99	397.00			

จากตารางที่ 4.18 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายจำแนกตามอายุ โดยการทดสอบ F-test พบว่าผู้ที่มีอายุแตกต่างกัน มีทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.19 ความแปรปรวนของระดับทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายจำแนกตามสถานภาพ

ความคิดเห็น	ความแปรปรวน	SS.	df.	MS.	F	p
ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย	ระหว่างกลุ่ม	1.239131	2.00	0.62	1.60	0.20
	ภายในกลุ่ม	153.8703	397.00	0.39		
	รวม	155.1094	399			

จากตารางที่ 4.19 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายจำแนกตามสถานภาพ โดยการทดสอบ F-test พบว่าผู้ที่มีสถานภาพแตกต่างกัน มีทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.20 ความแปรปรวนของระดับทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายจำแนกตามการศึกษา

ความคิดเห็น	ความแปรปรวน	SS.	df.	MS.	F	p
ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย	ระหว่างกลุ่ม	2.32	3.00	0.774272	2.0037	0.11
	ภายในกลุ่ม	152.6363	395	0.386421		
	รวม	154.96	398.00			

จากตารางที่ 4.20 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายจำแนกตามการศึกษา โดยการทดสอบ F-test พบว่าผู้ที่มีการศึกษาแตกต่างกัน มีทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.21 ความแปรปรวนของระดับทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายจำแนกตามอาชีพ

ความคิดเห็น	ความแปรปรวน	SS.	df.	MS.	F	p
ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย	ระหว่างกลุ่ม	3.614603	6.00	0.60	1.576	0.153
	ภายในกลุ่ม	149.5043	391.00	0.38		
	รวม	153.1189	397.00			

จากตารางที่ 4.21 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายจำแนกตามอาชีพ โดยการทดสอบ F-test พบว่าผู้ที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.22 ความแปรปรวนของระดับทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายจำแนกตามรายได้

ความคิดเห็น	ความแปรปรวน	SS.	df.	MS.	F	pP
ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย	ระหว่างกลุ่ม	2.47798	5.00	0.50	1.29	0.27
	ภายในกลุ่ม	149.9864	390.00	0.38		
	รวม	152.4644	395			

จากตารางที่ 4.22 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายจำแนกตามรายได้ โดยการทดสอบ F-test พบว่าผู้ที่มีรายได้แตกต่างกัน มีทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตอนที่ 2.2 เปรียบเทียบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง

ตารางที่ 4.23 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองจำแนกตามเพศ

เพศ	ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง		df	t	Sig.
	\bar{X}	SD			
	1. ชาย	3.54			
2. หญิง	3.53	0.61			

ตารางที่ 4.24 ความแปรปรวนของระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองจำแนกตามอายุ

ความคิดเห็น	ความแปรปรวน	SS.	df.	MS.	F	p
ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง	ระหว่างกลุ่ม	1.646146	3	0.548715	1.54	0.20
	ภายในกลุ่ม	140.7322	394	0.357188		
	รวม	142.3783	397			

จากตารางที่ 4.24 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองจำแนกตามอายุ โดยการทดสอบ F-test พบว่าผู้ที่มีอายุแตกต่างกัน มีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.25 ความแปรปรวนของระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองจำแนกตามสถานภาพ

ความคิดเห็น	ความแปรปรวน	SS.	df.	MS.	F	p
ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง	ระหว่างกลุ่ม	1.561246	2	0.780623	2.20	0.11
	ภายในกลุ่ม	140.9261	397	0.354978		
	รวม	142.4873	399			

จากตารางที่ 4.25 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองจำแนกตามสถานภาพ โดยการทดสอบ F-test พบว่าผู้ที่มีสถานภาพแตกต่างกัน มีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.26 ความแปรปรวนของระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองจำแนกตามการศึกษา

ความคิดเห็น	ความแปรปรวน	SS.	df.	MS.	F	p
ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง	ระหว่างกลุ่ม	4.927803	3	1.642601	4.74	0.00
	ภายในกลุ่ม	136.9388	395	0.346681		
	รวม	141.8666	398			

จากตารางที่ 4.26 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองจำแนกตามการศึกษา โดยการทดสอบ F-test พบว่าผู้ที่มีการศึกษาแตกต่างกัน มีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.27 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง จำแนกตามการศึกษา โดยวิธี Tukey HSD

การศึกษา	การศึกษา			
	1	2	3	4
1. ต่ำกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 6	-	0.15	0.06	-0.61*
2. มัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า		-	-0.09	-0.76*
3. ปริญญาตรี			-	-0.66*
4. สูงกว่าปริญญาตรี				-

จากตารางที่ 4.27 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง จำแนกตามการศึกษา โดยวิธี Tukey HSD พบว่าผู้ที่มีการศึกษาแตกต่างกัน มีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน โดยกลุ่มที่มีการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี มีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกับทุกกลุ่มการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.28 ความแปรปรวนของระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองจำแนกตามอาชีพ

ความคิดเห็น	ความแปรปรวน	SS.	df.	MS.	F	p
ระดับทัศนคติเกี่ยวกับ	ระหว่างกลุ่ม	6.55889	6	1.093148	3.15	0.01
การดูแลสุขภาพ	ภายในกลุ่ม	135.9008	391	0.347572		
ตนเอง	รวม	142.4597	397			

จากตารางที่ 4.28 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองจำแนกตามอาชีพ โดยการทดสอบ F-test พบว่าผู้ที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.29 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง จำแนกตามอาชีพ โดยวิธี Tukey HSD

อาชีพ	อาชีพ						
	1	2	3	4	5	6	7
1. แม่บ้าน	-	-0.31	-0.07	-0.16	-0.42*	0.04	-0.27
2. เกษตรกร		-	0.24	0.15	-0.11	0.35	0.04
3. ค้าขาย			-	-0.09	-0.35	0.11	-0.20
4. รับจ้างทั่วไป				-	-0.26	0.21	-0.11
5. บุคลากรของ หน่วยงานภาครัฐ					-	0.47	0.15
6. พนักงาน บริษัทเอกชน						-	-0.32
7. อื่นๆ							-

จากตารางที่ 4.29 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง จำแนกตามอาชีพ โดยวิธี Tukey HSD พบว่าผู้ที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน โดยมีเพียงกลุ่มอาชีพแม่บ้านกับบุคลากรของหน่วยงานภาครัฐเพียงกลุ่มเดียวที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.30 ความแปรปรวนของระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองจำแนกตามรายได้

ความคิดเห็น	ความแปรปรวน	SS.	df.	MS.	F	p
ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง	ระหว่างกลุ่ม	23.00234	5	4.60046	15.102	0.00
	ภายในกลุ่ม	118.804	390	0.30462		
	รวม	141.8063	395			

จากตารางที่ 4.30 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองจำแนกตามรายได้ โดยการทดสอบ F-test พบว่าผู้ที่มีรายได้แตกต่างกัน มีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.31 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง จำแนกตามรายได้ โดยวิธี Tukey HSD

รายได้	รายได้					
	1	2	3	4	5	6
1. น้อยกว่าเท่ากับ 10,000 บาท	-	0.18	0.06	-0.14	0.02	-1.00*
2. 10,001 – 15,000 บาท		-	-0.13	-0.33	-0.16	-1.18*
3. 15,001 – 20,000 บาท			-	-0.20	-0.04	-1.06*
4. 20,001 – 25,000 บาท				-	0.16	-0.85*
5. 25,001 – 30,000 บาท					-	-1.02*
6. มากกว่า 30,000 บาท						-

จากตารางที่ 4.31 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง จำแนกตามรายได้ โดยวิธี Tukey HSD พบว่าผู้ที่มีรายได้แตกต่างกัน มีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน โดยกลุ่มที่มีรายได้มากกว่า 30,000 บาท มีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกับทุกกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.32 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองจำแนกตามเพศ

เพศ	พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเอง		df	t	Sig.
	\bar{X}	SD			
1. ชาย	3.34	1.17	398.00	-0.0903	0.22
2. หญิง	3.35	1.05			

จากตารางที่ 4.32 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองจำแนกตามเพศ โดยการทดสอบ t-test พบว่าเพศชายมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองไม่แตกต่างจากเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.33 ความแปรปรวนของระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองจำแนกตามอายุ

ความคิดเห็น	ความแปรปรวน	SS.	df.	MS.	F	p
ระดับพฤติกรรม	ระหว่างกลุ่ม	33.0711	3	11.0237	9.916854	0.00
เกี่ยวกับ	ภายในกลุ่ม	437.9753	394	1.111612		
การดูแลตนเอง	รวม	471.0464	397			

จากตารางที่ 4.33 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองจำแนกตามอายุ โดยการทดสอบ F-test พบว่าผู้ที่มีอายุแตกต่างกัน มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.34 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเอง จำแนกตามอายุ โดยวิธี Tukey HSD

รายได้	รายได้			
	1	2	3	4
1. 15 – 19 ปี	-	0.40	0.10	-0.38
2. 20 – 35 ปี		-	-0.30	-0.78*
3. 36 – 59 ปี			-	-0.48*
4. 60 ปี ขึ้นไป				-

จากตารางที่ 4.34 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเอง จำแนกตามอายุ โดยวิธี Tukey HSD พบว่าผู้ที่มีอายุแตกต่างกัน มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเอง แตกต่างกัน โดยกลุ่มที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเอง แตกต่างกับกลุ่ม อายุ 20 – 35 ปี และ อายุ 36 – 59 ปีอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.35 ความแปรปรวนของระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเอง จำแนกตามสถานภาพ

ความคิดเห็น	ความแปรปรวน	SS.	df.	MS.	F	p
ระดับพฤติกรรม	ระหว่างกลุ่ม	3.5390	2	1.769503	1.491137	0.23
เกี่ยวกับ	ภายในกลุ่ม	471.112	397	1.18668		
การดูแลตนเอง	รวม	474.651	399			

จากตารางที่ 4.35 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเอง จำแนกตามสถานภาพ โดยการทดสอบ F-test พบว่าผู้ที่มีสถานภาพแตกต่างกัน มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.36 ความแปรปรวนของระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองจำแนกตามการศึกษา

ความคิดเห็น	ความแปรปรวน	SS.	df.	MS.	F	p
ระดับพฤติกรรม	ระหว่างกลุ่ม	1.033	3	0.344	0.288	0.83
เกี่ยวกับ	ภายในกลุ่ม	470.868	395	1.192		
การดูแลตนเอง	รวม	471.901	398			

จากตารางที่ 4.36 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองจำแนกตามการศึกษา โดยการทดสอบ F-test พบว่าผู้ที่มีการศึกษาแตกต่างกัน มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.37 ความแปรปรวนของระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองจำแนกตามอาชีพ

ความคิดเห็น	ความแปรปรวน	SS.	df.	MS.	F	p
ระดับพฤติกรรม	ระหว่างกลุ่ม	16.535	6	2.755	2.37	0.03
เกี่ยวกับ	ภายในกลุ่ม	454.510	391	1.162		
การดูแลตนเอง	รวม	471.046	397			

จากตารางที่ 4.37 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองจำแนกตามอาชีพ โดยการทดสอบ F-test พบว่าผู้ที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.38 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเอง จำแนกตามอาชีพ โดยวิธี Tukey HSD

อาชีพ	อาชีพ						
	1	2	3	4	5	6	7
1. แม่บ้าน	-	-0.43	-0.06	-0.22	-0.22	-0.77	0.21
2. เกษตรกร		-	0.38	0.21	0.21	-0.33	0.64*
3. ค้าขาย			-	-0.16	-0.16	-0.71	0.26
4. รับจ้างทั่วไป				-	0.00	-0.55	0.43
5. บุคลากรของ หน่วยงานภาครัฐ					-	-0.55	0.42
6. พนักงาน บริษัทเอกชน						-	0.97
7. อื่นๆ							-

จากตารางที่ 4.38 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเอง จำแนกตามอาชีพ โดยวิธี Tukey HSD พบว่าผู้ที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองแตกต่างกัน โดยมีเพียงกลุ่มอาชีพเกษตรกรกับกลุ่มอาชีพอื่นๆ เพียงกลุ่มเดียวที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.39 ความแปรปรวนของระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองจำแนกตามรายได้

ความคิดเห็น	ความแปรปรวน	SS.	df.	MS.	F	p
ระดับพฤติกรรม	ระหว่างกลุ่ม	8.299	5	1.66	1.41	0.22
เกี่ยวกับ	ภายในกลุ่ม	460.698	390	1.18		
การดูแลตนเอง	รวม	468.997	395			

จากตารางที่ 4.39 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองจำแนกตามรายได้ โดยการทดสอบ F-test พบว่าผู้ที่มีรายได้แตกต่างกัน มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตอนที่ 2.3 เปรียบเทียบข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภค

ตารางที่ 4.40 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคจำแนกตามเพศ

เพศ	ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภค		df	t	Sig.
	\bar{X}	SD			
1. ชาย	3.81	0.76	398.00	0.108	0.52
2. หญิง	3.80	0.71			

จากตารางที่ 4.40 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคจำแนกตามเพศ โดยการทดสอบ t-test พบว่าเพศชายทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคไม่แตกต่างจากเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.41 ความแปรปรวนของระดับทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคจำแนกตามอายุ

ความคิดเห็น	ความแปรปรวน	SS.	df.	MS.	F	p
ระดับทัศนคติ	ระหว่างกลุ่ม	2.100	3.00	0.70	1.338	0.26
เกี่ยวกับ	ภายในกลุ่ม	206.217	394.00	0.52		
การบริโภค	รวม	208.317	397.00			

จากตารางที่ 4.41 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคจำแนกตามอายุ โดยการทดสอบ F-test พบว่าผู้ที่มีอายุแตกต่างกัน มีทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.42 ความแปรปรวนของระดับทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคจำแนกตามสถานภาพ

ความคิดเห็น	ความแปรปรวน	SS.	df.	MS.	F	p
ระดับทัศนคติ	ระหว่างกลุ่ม	.070	2	.035	.067	.935
เกี่ยวกับ	ภายในกลุ่ม	207.280	397	.522		
การบริโภค	รวม	207.351	399			

จากตารางที่ 4.42 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคจำแนกตามสถานภาพ โดยการทดสอบ F-test พบว่าผู้ที่มีสถานภาพแตกต่างกัน มีทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.43 ความแปรปรวนของระดับทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคจำแนกตามการศึกษา

ความคิดเห็น	ความแปรปรวน	SS.	df.	MS.	F	p
ระดับทัศนคติ	ระหว่างกลุ่ม	8.155	3	2.72	5.35	0.00
เกี่ยวกับ	ภายในกลุ่ม	200.623	395	0.51		
การบริโภค	รวม	208.779	398			

จากตารางที่ 4.43 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคจำแนกตามการศึกษา โดยการทดสอบ F-test พบว่าผู้ที่มีการศึกษาแตกต่างกัน มีทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.44 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคจำแนกตามการศึกษา โดยวิธี Tukey HSD

การศึกษา	การศึกษา			
	1	2	3	4
1. ต่ำกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 6	-	0.27*	-0.06	-0.56
2. มัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า		-	-0.34*	-0.83*
3. ปริญญาตรี			-	-0.49
4. สูงกว่าปริญญาตรี				-

จากตารางที่ 4.44 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภค จำแนกตามการศึกษา โดยวิธี Tukey HSD พบว่าผู้ที่มีการศึกษาแตกต่างกัน มีทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคแตกต่างกัน โดยกลุ่มที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่ามี ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคแตกต่างกับทุกกลุ่มการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.45 ความแปรปรวนของระดับทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคจำแนกตามอาชีพ

ความคิดเห็น	ความแปรปรวน	SS.	df.	MS.	F	p
ระดับทัศนคติ	ระหว่างกลุ่ม	5.812	6	0.969	1.88	0.08
เกี่ยวกับ	ภายในกลุ่ม	201.541	391	0.515		
การบริโภค	รวม	207.353	397.00			

จากตารางที่ 4.45 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคจำแนกตามอาชีพ โดยการทดสอบ F-test พบว่าผู้ที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.46 ความแปรปรวนของระดับทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคจำแนกตามรายได้

ความคิดเห็น	ความแปรปรวน	SS.	df.	MS.	F	p
ระดับทัศนคติ เกี่ยวกับ การบริโภค	ระหว่างกลุ่ม	13.441	5	2.69	5.38	0.00
	ภายในกลุ่ม	194.977	390	0.50		
	รวม	208.418	395			

จากตารางที่ 4.46 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคจำแนกตามรายได้ โดยการทดสอบ F-test พบว่าผู้ที่มีรายได้แตกต่างกัน มีทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.47 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคจำแนกตามรายได้ โดยวิธี Tukey HSD

รายได้	รายได้					
	1	2	3	4	5	6
1. น้อยกว่าเท่ากับ 10,000 บาท	-	0.23	-0.09	-0.34	-0.86	-0.48*
2. 10,001 – 15,000 บาท		-	-0.33	-0.57*	-1.10	-0.72*
3. 15,001 – 20,000 บาท			-	-0.24	-0.77	-0.39
4. 20,001 – 25,000 บาท				-	-0.53	-0.15
5. 25,001 – 30,000 บาท					-	0.38
6. มากกว่า 30,000 บาท						-

จากตารางที่ 4.47 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภค จำแนกตามรายได้ โดยวิธี Tukey HSD พบว่าผู้ที่มีรายได้แตกต่างกัน มีทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคแตกต่างกัน โดยกลุ่มที่มีรายได้มากกว่า 30,000 บาท มีทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคแตกต่างกับกลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่าเท่ากับ 10,000 บาท และ กลุ่มที่มีรายได้ 10,001 – 15,000 บาท ส่วนกลุ่มที่มีรายได้ 10,001 – 15,000 บาท มีทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคแตกต่างกับกลุ่มที่มีรายได้ 20,001 – 25,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.48 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภค
จำแนกตามเพศ

เพศ	พฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภค		df	t	Sig.
	\bar{X}	SD			
1. ชาย	3.16	0.53	398.00	0.384	0.01
2. หญิง	3.14	0.44			

จากตารางที่ 4.48 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภค จำแนกตามเพศ โดยการทดสอบ t-test พบว่าเพศชายมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคแตกต่างจากเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.49 ความแปรปรวนของระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคจำแนกตามอายุ

ความคิดเห็น	ความแปรปรวน	SS.	df.	MS.	F	p
ระดับพฤติกรรม เกี่ยวกับ การบริโภค	ระหว่างกลุ่ม	2.14	3	0.714	3.371	0.02
	ภายในกลุ่ม	83.44	394	0.212		
	รวม	85.58	397			

จากตารางที่ 4.49 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคจำแนกตามอายุ โดยการทดสอบ F-test พบว่าผู้ที่มีอายุแตกต่างกัน มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.50 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภค จำแนกตามอายุ โดยวิธี Tukey HSD

รายได้	รายได้			
	1	2	3	4
1. 15 – 19 ปี	-	0.06	-0.06	-0.15
2. 20 – 35 ปี		-	-0.12	-0.21*
3. 36 – 59 ปี				-0.09
4. 60 ปี ขึ้นไป				-

จากตารางที่ 4.50 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภค จำแนกตามอายุ โดยวิธี Tukey HSD พบว่าผู้ที่มีอายุแตกต่างกัน มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคแตกต่างกัน โดยมีเพียงคู่เดียวที่แตกต่างกัน คือ กลุ่มที่มีอายุ 20 – 35 ปี มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภค แตกต่างกับกลุ่มที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.51 ความแปรปรวนของระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภค จำแนกตามสถานภาพ

ความคิดเห็น	ความแปรปรวน	SS.	df.	MS.	F	p
ระดับพฤติกรรม	ระหว่างกลุ่ม	0.277	2	0.139	0.624	0.54
เกี่ยวกับ	ภายในกลุ่ม	88.166	397	0.222		
การบริโภค	รวม	88.443	399			

จากตารางที่ 4.51 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภค จำแนกตามสถานภาพ โดยการทดสอบ F-test พบว่าผู้ที่มีสถานภาพแตกต่างกัน มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.52 ความแปรปรวนของระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภค จำแนกตามการศึกษา

ความคิดเห็น	ความแปรปรวน	SS.	df.	MS.	F	p
ระดับพฤติกรรม	ระหว่างกลุ่ม	0.730	3.00	0.243	1.137	0.33
เกี่ยวกับ	ภายในกลุ่ม	84.582	395.00	0.214		
การบริโภค	รวม	85.312	398.00			

จากตารางที่ 4.52 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภค จำแนกตามการศึกษา โดยการทดสอบ F-test พบว่าผู้ที่มีการศึกษาแตกต่างกัน มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.53 ความแปรปรวนของระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคจำแนกตามอาชีพ

ความคิดเห็น	ความแปรปรวน	SS.	df.	MS.	F	p
ระดับพฤติกรรม	ระหว่างกลุ่ม	5.935	6.00	0.989	4.691	0.00
เกี่ยวกับ	ภายในกลุ่ม	82.440	391	0.21		
การบริโภค	รวม	88.375	397			

จากตารางที่ 4.53 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคจำแนกตามอาชีพ โดยการทดสอบ F-test พบว่าผู้ที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.54 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภค จำแนกตามอาชีพ โดยวิธี Tukey HSD

อาชีพ	อาชีพ						
	1	2	3	4	5	6	7
1. แม่บ้าน	-	-0.20	0.16	0.13	0.19	0.15	0.08
2. เกษตรกร		-	0.36*	0.33*	0.39*	0.35	0.29*
3. ค้าขาย			-	-0.03	0.03	-0.01	-0.07
4. รับจ้างทั่วไป				-	0.06	0.02	-0.04
5. บุคลากรของหน่วยงาน ภาครัฐ					-	-0.04	-0.10
6. พนักงานบริษัทเอกชน						-	-0.06
7. อื่นๆ							-

จากตารางที่ 4.54 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภค จำแนกตามอาชีพ โดยวิธี Tukey HSD พบว่าผู้ที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคแตกต่างกัน โดยกลุ่มอาชีพเกษตรกรแตกต่างกับกลุ่มอาชีพค้าขาย, รับจ้างทั่วไป, บุคลากรของหน่วยงานภาครัฐและกลุ่มอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.55 ความแปรปรวนของระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคจำแนกตามรายได้

ความคิดเห็น	ความแปรปรวน	SS.	df.	MS.	F	p
ระดับพฤติกรรม	ระหว่างกลุ่ม	4.377	5.00	0.88	4.078	0.00
เกี่ยวกับ	ภายในกลุ่ม	83.714	390.00	0.21		
การบริโภค	รวม	88.090	395.00			

จากตารางที่ 4.55 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคจำแนกตามรายได้ โดยการทดสอบ F-test พบว่าผู้ที่มีรายได้แตกต่างกัน มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.56 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภค จำแนกตามรายได้ โดยวิธี Tukey HSD

รายได้	รายได้					
	1	2	3	4	5	6
1. น้อยกว่าเท่ากับ 10,000 บาท	-	0.07	0.05	-0.31	0.12	0.36*
2. 10,001 – 15,000 บาท		-	-0.02	-0.38*	0.05	0.29
3. 15,001 – 20,000 บาท			-	-0.36	0.07	0.31
4. 20,001 – 25,000 บาท				-	0.42	0.67*
5. 25,001 – 30,000 บาท					-	0.24
6. มากกว่า 30,000 บาท						-

จากตารางที่ 4.56 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคจำแนกตามรายได้ โดยวิธี Tukey HSD พบว่าผู้ที่มีรายได้แตกต่างกัน มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคแตกต่างกัน โดยกลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่าเท่ากับ 10,000 บาท มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคแตกต่างกับกลุ่มที่มีรายได้มากกว่า 30,000 บาท ส่วนกลุ่มที่มีรายได้ 20,001 – 25,000 บาท มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคแตกต่างกับ กลุ่มที่มีรายได้ 10,001 – 15,000 และกลุ่มที่มีรายได้มากกว่า 30,000 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตอนที่ 2.4 เปรียบเทียบข้อมูลเกี่ยวกับศักยภาพชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่ส่งเสริม
ชุมชนสุขภาวะ

ตารางที่ 4.57 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ความคิดเห็นต่อบทบาทของผู้นำ
ชุมชนในการส่งเสริมและพัฒนาชุมชนสุขภาวะจำแนกตามเพศ

เพศ	บทบาทของผู้นำชุมชน		df	t	Sig.
	\bar{X}	SD			
1. ชาย	4	0.79	398.00	-0.323	0.65
2. หญิง	3.959	0.79			

จากตารางที่ 4.57 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นต่อบทบาทของผู้นำ
ชุมชนจำแนกตามเพศ โดยการทดสอบ t-test พบว่าเพศชายมีความคิดเห็นต่อบทบาทของผู้นำ
ชุมชนไม่แตกต่างจากเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.58 ความแปรปรวนของระดับความคิดเห็นต่อบทบาทของผู้นำชุมชนจำแนกตามอายุ

ความคิดเห็น	ความแปรปรวน	SS.	df.	MS.	F	p
ระดับความคิดเห็น	ระหว่างกลุ่ม	4.779	3.0	2	2.56	0.05
ต่อบทบาท	ภายในกลุ่ม	245.153	394.0	0.622		
ของผู้นำชุมชน	รวม	249.932	397.00			

จากตารางที่ 4.58 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่อบทบาทของผู้นำชุมชน
จำแนกตามอายุ โดยการทดสอบ F-test พบว่าผู้ที่มีอายุแตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อบทบาทของผู้นำ
ชุมชนที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.59 ความแปรปรวนของระดับความคิดเห็นต่อบทบาทของผู้นำชุมชนจำแนกตามสถานภาพ

ความคิดเห็น	ความแปรปรวน	SS.	df.	MS.	F	p
ระดับความคิดเห็น	ระหว่างกลุ่ม	1.296	2.0	0.648	1.03	0.36
ต่อบทบาท	ภายในกลุ่ม	248.645	397.00	0.626		
ของผู้นำชุมชน	รวม	249.9406	399.00			

จากตารางที่ 4.59 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่อบทบาทของผู้นำชุมชนจำแนกตามสถานภาพ โดยการทดสอบ F-test พบว่าผู้ที่มีสถานภาพแตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อบทบาทของผู้นำชุมชนที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.60 ความแปรปรวนของระดับความคิดเห็นต่อบทบาทของผู้นำชุมชนจำแนกตามการศึกษา

ความคิดเห็น	ความแปรปรวน	SS.	df.	MS.	F	p
ระดับความคิดเห็น	ระหว่างกลุ่ม	3.558	3	1.19	1.90	0.13
ต่อบทบาท	ภายในกลุ่ม	246.292	395	0.62		
ของผู้นำชุมชน	รวม	249.850	398			

จากตารางที่ 4.60 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่อบทบาทของผู้นำชุมชนจำแนกตามการศึกษา โดยการทดสอบ F-test พบว่าผู้ที่มีการศึกษาแตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อบทบาทของผู้นำชุมชนที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.61 ความแปรปรวนของระดับความคิดเห็นต่อบทบาทของผู้นำชุมชนจำแนกตามอาชีพ

ความคิดเห็น	ความแปรปรวน	SS.	df.	MS.	F	p
ระดับความคิดเห็น	ระหว่างกลุ่ม	7.11	6	1.2	1.916	0.08
ต่อบทบาท	ภายในกลุ่ม	241.72	391	0.62		
ของผู้นำชุมชน	รวม	248.83	397			

ตารางที่ 4.62 ความแปรปรวนของระดับความคิดเห็นต่อบทบาทของผู้นำชุมชนจำแนกตามรายได้

ความคิดเห็น	ความแปรปรวน	SS.	df.	MS.	F	p
ระดับความคิดเห็น	ระหว่างกลุ่ม	4.84	5	1.0	1.559	0.17
ต่อบทบาท	ภายในกลุ่ม	241.99	390	0.62		
ของผู้นำชุมชน	รวม	246.83	395			

จากตารางที่ 4.62 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่อบทบาทของผู้นำชุมชนจำแนกตามรายได้ โดยการทดสอบ F-test พบว่าผู้ที่มีรายได้แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อบทบาทของผู้นำชุมชนที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.63 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในการส่งเสริมและพัฒนาชุมชนสุขภาวะจำแนกตามเพศจำแนกตามเพศ

เพศ	การมีส่วนร่วมของคนในชุมชน		df	t	Sig.
	\bar{X}	SD			
1. ชาย	3.48	1.08	398.00	0.27	0.96
2. หญิง	3.45	1.08			

จากตารางที่ 4.63 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน จำแนกตามเพศ โดยการทดสอบ t-test พบว่าเพศชายมีการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนแตกต่างจากเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.64 ความแปรปรวนของระดับการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนจำแนกตามอายุ

ความคิดเห็น	ความแปรปรวน	SS.	df.	MS.	F	p
ระดับการมีส่วนร่วม	ระหว่างกลุ่ม	12.83	3	4.28	3.74	0.01
ของคนในชุมชน	ภายในกลุ่ม	450.3	394	1.14		
	รวม	463.13	397			

จากตารางที่ 4.64 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนจำแนกตามอายุ โดยการทดสอบ F-test พบว่าผู้ที่มีอายุแตกต่างกัน มีการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.65 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน จำแนกตามอายุ โดยวิธี Tukey HSD

รายได้	รายได้			
	1	2	3	4
1. 15 – 19 ปี	-	0.71	0.47	0.75*
2. 20 – 35 ปี		-	-0.23	0.05
3. 36 – 59 ปี			-	0.28
4. 60 ปี ขึ้นไป				-

จากตารางที่ 4.65 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน จำแนกตามอายุ โดยวิธี Tukey HSD พบว่าผู้ที่มีอายุแตกต่างกัน มีการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนแตกต่างกัน โดยมีเพียงคู่เดียวที่แตกต่างกัน คือ กลุ่มที่มีอายุ 15 – 19 ปี มีการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน แตกต่างกับกลุ่มที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.66 ความแปรปรวนของระดับการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน จำแนกตามสถานภาพ

ความคิดเห็น	ความแปรปรวน	SS.	df.	MS.	F	p
ระดับการมีส่วนร่วม ของคนในชุมชน	ระหว่างกลุ่ม	2.36	2	1.18	1.01	0.36
	ภายในกลุ่ม	461.2	397	1.16		
	รวม	463.56	399			

จากตารางที่ 4.66 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน จำแนกตามสถานภาพ โดยการทดสอบ F-test พบว่าผู้ที่มีสถานภาพแตกต่างกัน มีการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.67 ความแปรปรวนของระดับการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน จำแนกตามการศึกษา

ความคิดเห็น	ความแปรปรวน	SS.	df.	MS.	F	p
ระดับการมีส่วนร่วม ของคนในชุมชน	ระหว่างกลุ่ม	6.95	3	2.32	2.00	0.11
	ภายในกลุ่ม	456.5	395	1.16		
	รวม	463.48	398			

จากตารางที่ 4.67 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน จำแนกตามการศึกษา โดยการทดสอบ F-test พบว่าผู้ที่มีการศึกษาแตกต่างกัน มีการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.68 ความแปรปรวนของระดับการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนจำแนกตามอาชีพ

ความคิดเห็น	ความแปรปรวน	SS.	df.	MS.	F	p
ระดับการมีส่วนร่วม ของคนในชุมชน	ระหว่างกลุ่ม	21.78	6.00	3.63	3.23	0.00
	ภายในกลุ่ม	439	391.00	1		
	รวม	461	397.0			

จากตารางที่ 4.68 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนจำแนกตามอาชีพ โดยการทดสอบ F-test พบว่าผู้ที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.69 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน จำแนกตามอาชีพ โดยวิธี Tukey HSD

อาชีพ	อาชีพ						
	1	2	3	4	5	6	7
1. แม่บ้าน	-	-0.81*	-0.51	-0.55*	-0.23	-0.84	-0.56
2. เกษตรกร		-	0.30	0.26	0.58	-0.03	0.25
3. ค้าขาย			-	-0.04	0.29	-0.33	-0.05
4. รับจ้างทั่วไป				-	0.32	-0.29	-0.02
5. บุคลากรของหน่วยงาน ภาครัฐ					-	-0.61	-0.34
6. พนักงานบริษัทเอกชน						-	0.28
7. อื่นๆ							-

จากตารางที่ 4.69 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนจำแนกตามอาชีพ โดยวิธี Tukey HSD พบว่าผู้ที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนแตกต่างกัน โดยกลุ่มอาชีพแม่บ้านแตกต่างกับกลุ่มอาชีพเกษตรกรและกลุ่มอาชีพรับจ้างทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.70 ความแปรปรวนของระดับการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนจำแนกตามรายได้

ความคิดเห็น	ความแปรปรวน	SS.	df.	MS.	F	p
ระดับการมีส่วนร่วม ของคนในชุมชน	ระหว่างกลุ่ม	4	5.00	1	0.65	0.67
	ภายในกลุ่ม	457	390.0	1		
	รวม	461	395.00			

จากตารางที่ 4.70 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนจำแนกตามรายได้ โดยการทดสอบ F-test พบว่าผู้ที่มีรายได้แตกต่างกัน มีการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.71 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับภาคีเครือข่ายจำแนกตามเพศ

เพศ	ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับ ภาคีเครือข่าย		df	t	Sig.
	\bar{X}	SD			
	1. ชาย	7			
2. หญิง	516.15	394	1.31		

จากตารางที่ 4.71 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับภาคีเครือข่ายจำแนกตามเพศ โดยการทดสอบ t-test พบว่าเพศชายมีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับภาคีเครือข่ายไม่แตกต่างจากเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.72 ความแปรปรวนของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับภาคีเครือข่ายจำแนกตามอายุ

ความคิดเห็น	ความแปรปรวน	SS.	df.	MS.	F	p
ระดับความคิดเห็น เกี่ยวกับ ภาคีเครือข่าย	ระหว่างกลุ่ม	7	3	2	1.83	0.14
	ภายในกลุ่ม	516.15	394	1.31		
	รวม	523.36	397			

จากตารางที่ 4.72 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับภาคีเครือข่ายจำแนกตามอายุ โดยการทดสอบ F-test พบว่าผู้ที่มีอายุแตกต่างกัน มีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับภาคีเครือข่ายที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.73 ความแปรปรวนของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับภาคีเครือข่ายจำแนกตามสถานภาพ

ความคิดเห็น	ความแปรปรวน	SS.	df.	MS.	F	p
ระดับความคิดเห็น	ระหว่างกลุ่ม	0.90	2.00	0.45	0.34	0.71
เกี่ยวกับ	ภายในกลุ่ม	524.26	397	1.32		
ภาคีเครือข่าย	รวม	525.2	399			

จากตารางที่ 4.73 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับภาคีเครือข่ายจำแนกตามสถานภาพ โดยการทดสอบ F-test พบว่าผู้ที่มีสถานภาพแตกต่างกัน มีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับภาคีเครือข่ายที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.74 ความแปรปรวนของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับภาคีเครือข่ายจำแนกตามการศึกษา

ความคิดเห็น	ความแปรปรวน	SS.	df.	MS.	F	p
ระดับความคิดเห็น	ระหว่างกลุ่ม	11.27	3	3.76	2.90	0.04
เกี่ยวกับ	ภายในกลุ่ม	512.5	395	1.30		
ภาคีเครือข่าย	รวม	524	398			

จากตารางที่ 4.74 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับภาคีเครือข่ายจำแนกตามการศึกษา โดยการทดสอบ F-test พบว่าผู้ที่มีการศึกษาแตกต่างกัน มีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับภาคีเครือข่ายที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.75 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับภาคีเครือข่ายจำแนกตามการศึกษา
โดยวิธี Tukey HSD

การศึกษา	การศึกษา			
	1	2	3	4
1. ต่ำกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 6	-	-0.37	0.17	0.10
2. มัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า		-	0.54*	0.47
3. ปริญญาตรี			-	-0.08
4. สูงกว่าปริญญาตรี				-

จากตารางที่ 4.75 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับภาคีเครือข่าย จำแนกตามการศึกษา โดยวิธี Tukey HSD พบว่าผู้ที่มีการศึกษาแตกต่างกัน มีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับภาคีเครือข่ายแตกต่างกัน โดยมีเพียงกลุ่มเดียวที่แตกต่างกัน คือ กลุ่มที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า มีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับภาคีเครือข่ายแตกต่างกับกลุ่มการศึกษาระดับปริญญาตรี อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.76 ความแปรปรวนของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับภาคีเครือข่ายจำแนกตามอาชีพ

ความคิดเห็น	ความแปรปรวน	SS.	df.	MS.	F	p
ระดับความคิดเห็น	ระหว่างกลุ่ม	21.31	6	3.55	2.78	0.01
เกี่ยวกับ	ภายในกลุ่ม	499.9	391	1.28		
ภาคีเครือข่าย	รวม	521	397			

จากตารางที่ 4.76 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับภาคีเครือข่าย จำแนกตามอาชีพ โดยการทดสอบ F-test พบว่าผู้ที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับภาคีเครือข่ายที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.77 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับภาคีเครือข่าย จำแนกตามอาชีพ โดยวิธี Tukey HSD

อาชีพ	อาชีพ						
	1	2	3	4	5	6	7
1. แม่บ้าน	-	-0.84*	-0.45	-0.57	-0.32	-0.79	-0.50
2. เกษตรกร		-	0.38	0.27	0.52	0.05	0.34
3. ค้าขาย			-	-0.11	0.14	-0.34	-0.05
4. รับจ้างทั่วไป				-	0.25	-0.23	0.07
5. บุคลากรของหน่วยงานภาครัฐ					-	-0.48	-0.18
6. พนักงานบริษัทเอกชน						-	0.29
7. อื่นๆ							-

จากตารางที่ 4.77 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับภาคีเครือข่าย จำแนกตามอาชีพ โดยวิธี Tukey HSD พบว่าผู้ที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับภาคีเครือข่าย แตกต่างกัน โดยมีเพียงกลุ่มเดียวที่แตกต่างกัน คือ กลุ่มอาชีพแม่บ้านแตกต่างกับกลุ่มอาชีพเกษตรกรอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.78 ความแปรปรวนของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับภาคีเครือข่ายจำแนกตามรายได้

ความคิดเห็น	ความแปรปรวน	SS.	df.	MS.	F	p
ระดับความคิดเห็น	ระหว่างกลุ่ม	5.46	5.00	1.09	0.83	0.53
เกี่ยวกับ	ภายในกลุ่ม	514	390.00	1		
ภาคีเครือข่าย	รวม	520	395.0			

จากตารางที่ 4.78 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับภาคีเครือข่ายจำแนกตามรายได้ โดยการทดสอบ F-test พบว่าผู้ที่มีรายได้แตกต่างกัน มีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับภาคีเครือข่ายที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตอนที่ 2.5 เปรียบเทียบข้อมูลความต้องการของประชาชนเพื่อการพัฒนาเป็นชุมชนสุขภาวะ
ตารางที่ 4.79 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ความต้องการของประชาชน
เพื่อการพัฒนาเป็นชุมชนสุขภาวะจำแนกตามเพศ

เพศ	ความต้องการของประชาชน เพื่อการพัฒนาเป็นชุมชนสุขภาวะ		df	t	Sig.
	\bar{X}	SD			
1. ชาย	4.30	0.62	2	0.77	0.09
2. หญิง	4.25	0.53	1.31		

จากตารางที่ 4.79 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความต้องการของประชาชนเพื่อการพัฒนาเป็นชุมชนสุขภาวะจำแนกตามเพศ โดยการทดสอบ t-test พบว่าเพศชายมีความต้องการของประชาชนเพื่อการพัฒนาเป็นชุมชนสุขภาวะไม่แตกต่างจากเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.80 ความแปรปรวนของความต้องการของประชาชนเพื่อการพัฒนาเป็นชุมชนสุขภาวะ
จำแนกตามอายุ

ความคิดเห็น	ความแปรปรวน	SS.	df.	MS.	F	p
ความต้องการของ	ระหว่างกลุ่ม	1	3	0.25	0.80	0.50
ประชาชนเพื่อการพัฒนา	ภายในกลุ่ม	123	394	0.31		
เป็นชุมชนสุขภาวะ	รวม	124	397			

จากตารางที่ 4.80 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความต้องการของประชาชนเพื่อการพัฒนาเป็นชุมชนสุขภาวะจำแนกตามอายุ โดยการทดสอบ F-test พบว่าผู้ที่มีอายุแตกต่างกันมีความต้องการของประชาชนเพื่อการพัฒนาเป็นชุมชนสุขภาวะที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.81 ความแปรปรวนของความต้องการของประชาชนเพื่อการพัฒนาเป็นชุมชนสุขภาวะจำแนกตามสถานภาพ

ความคิดเห็น	ความแปรปรวน	SS.	df.	MS.	F	p
ความต้องการของประชาชนเพื่อการพัฒนาเป็นชุมชนสุขภาวะ	ระหว่างกลุ่ม	0.5	2	0.27	0.88	0.42
	ภายในกลุ่ม	124	397	0.31		
	รวม	124	399			

จากตารางที่ 4.81 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความต้องการของประชาชนเพื่อการพัฒนาเป็นชุมชนสุขภาวะจำแนกตามสถานภาพ โดยการทดสอบ F-test พบว่าผู้ที่มีสถานภาพแตกต่างกันมีความต้องการของประชาชนเพื่อการพัฒนาเป็นชุมชนสุขภาวะที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.82 ความแปรปรวนของความต้องการของประชาชนเพื่อการพัฒนาเป็นชุมชนสุขภาวะจำแนกตามการศึกษา

ความคิดเห็น	ความแปรปรวน	SS.	df.	MS.	F	p
ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับภาคีเครือข่าย	ระหว่างกลุ่ม	2.7	3	0.91	2.97	0.03
	ภายในกลุ่ม	122	395	0.31		
	รวม	124	398			

จากตารางที่ 4.82 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความต้องการของประชาชนเพื่อการพัฒนาเป็นชุมชนสุขภาวะจำแนกตามการศึกษา โดยการทดสอบ F-test พบว่าผู้ที่มีการศึกษาแตกต่างกันมีความต้องการของประชาชนเพื่อการพัฒนาเป็นชุมชนสุขภาวะที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.83 ความแปรปรวนของความต้องการของประชาชนเพื่อการพัฒนาเป็นชุมชนสุขภาวะ
จำแนกตามอาชีพ

ความคิดเห็น	ความแปรปรวน	SS.	df.	MS.	F	p
ความต้องการของ ประชาชนเพื่อการพัฒนา เป็นชุมชนสุขภาวะ	ระหว่างกลุ่ม	1.276	6	0.21	1	0.67
	ภายในกลุ่ม	122.55	391	0.3		
	รวม	123.83	397			

จากตารางที่ 4.83 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความต้องการของประชาชนเพื่อการพัฒนาเป็นชุมชนสุขภาวะจำแนกตามอาชีพ โดยการทดสอบ F-test พบว่าผู้ที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีความต้องการของประชาชนเพื่อการพัฒนาเป็นชุมชนสุขภาวะที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.84 ความแปรปรวนของความต้องการของประชาชนเพื่อการพัฒนาเป็นชุมชนสุขภาวะ
จำแนกตามรายได้

ความคิดเห็น	ความแปรปรวน	SS.	df.	MS.	F	p
ความต้องการของ ประชาชนเพื่อ การพัฒนาเป็นชุมชน สุขภาวะ	ระหว่างกลุ่ม	4	5.0	1	2.29	0.05
	ภายในกลุ่ม	120	390	0		
	รวม	123.22	395			

จากตารางที่ 4.84 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความต้องการของประชาชนเพื่อการพัฒนาเป็นชุมชนสุขภาวะจำแนกตามรายได้ ทดสอบ F-test พบว่าผู้ที่มีรายได้แตกต่างกัน มีความต้องการของประชาชนเพื่อการพัฒนาเป็นชุมชนสุขภาวะที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.85 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความต้องการของประชาชนเพื่อการพัฒนาเป็นชุมชนสุขภาวะ
จำแนกตามรายได้ โดยวิธี Tukey HSD

รายได้	รายได้					
	1	2	3	4	5	6
1. น้อยกว่าเท่ากับ 10,000 บาท	-	-0.18	-0.07	-0.15	-0.02	0.22
2. 10,001 – 15,000 บาท		-	0.11	0.03	0.16	0.40*
3. 15,001 – 20,000 บาท			-	-0.07	0.05	0.29
4. 20,001 – 25,000 บาท				-	0.13	0.36
5. 25,001 – 30,000 บาท					-	0.24
6. มากกว่า 30,000 บาท						-

จากตารางที่ 4.85 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความต้องการของประชาชนเพื่อการพัฒนาเป็นชุมชนสุขภาวะ จำแนกตามรายได้ โดยวิธี Tukey HSD พบว่าผู้ที่มีรายได้แตกต่างกัน มีความต้องการของประชาชนเพื่อการพัฒนาเป็นชุมชนสุขภาวะแตกต่างกัน โดยมีเพียงคู่เดียวที่แตกต่างกันคือ กลุ่มที่มีรายได้ 10,001 – 15,000 บาท มีความต้องการของประชาชนเพื่อการพัฒนาเป็นชุมชนสุขภาวะแตกต่างกับกลุ่มที่มีรายได้มากกว่า 30,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับ 0.05

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ส่วนที่ 1 สรุปข้อมูลเบื้องต้นประกอบการจัดทำรูปแบบการจัดกิจกรรมเพื่อการพัฒนาชุมชนสุขภาวะโดยประชาชนมีส่วนร่วม

คณะผู้วิจัยได้ทำการประชุมกลุ่มย่อย โดยมีประชาชน เจ้าหน้าที่และผู้บริหารของ อบต.ท่าเสด็จ เข้าร่วม เพื่อให้ได้ข้อสรุปในเบื้องต้นสำหรับใช้ประกอบการจัดทำรูปแบบการจัดกิจกรรมเพื่อการพัฒนาชุมชนสุขภาวะโดยประชาชนมีส่วนร่วม โดยใช้กรอบการประเมินแบบ CIPP Model ในการวิเคราะห์ข้อมูล และใช้แนวคิดการวิเคราะห์และนำเสนอแนวทางแก้ไขโดยใช้รูปแบบของ Logical Framework โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การประเมินชุมชนโดย CIPP Model เกี่ยวกับการจัดการชุมชนสุขภาวะ

การทำให้ข้อมูลเบื้องต้นของประชาชนและเจ้าหน้าที่พบว่ามีประเด็นที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาชุมชนให้เป็นชุมชนสุขภาวะที่ดีหลายประการที่มีความคล้ายคลึงกันทั้งในส่วนของประเด็นด้านการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ด้านอาหาร และด้านการออกกำลังกายโดยแยกพิจารณาตามตัวแบบ CIPP ได้ดังนี้

1. บริบทชุมชน

ชุมชนท่าเสด็จที่คณะผู้วิจัยทำการศึกษาคั้งนี้เป็นชุมชนในหมู่ที่ 3 และ 6 ทั้งนี้ ปัญหาประการหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาสุขภาวะของชุมชนคือ การสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งจากการสัมมนากลุ่มย่อยได้ข้อสรุปว่า งบประมาณที่ อบต. ท่าเสด็จ ได้รับและจัดสรรสู่โครงการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาวะของประชาชนในชุมชนนั้นมีจำนวนค่อนข้างน้อย เมื่อเทียบกับจำนวนประชาชนที่ อบต. ท่าเสด็จ ดูแลรับผิดชอบ ส่งผลให้การใช้งบประมาณเพื่อการจัดกิจกรรมตามที่ประชาชนต้องการนั้นไม่เพียงพอ ซึ่งส่งผลทั้งต่อจำนวนกิจกรรมและขอบเขตของการจัดกิจกรรมในแต่ละครั้งมีขอบเขตที่จำกัดไม่ทั่วถึง

ประเด็นต่อมาคือนโยบายของรัฐที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน แม้ว่าจะมีนโยบายที่ทางเจ้าหน้าที่ อบต. ท่าเสด็จ กล่าวว่า มีนโยบายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของประชาชน ซึ่งจากการสัมมนาพบว่าในทางปฏิบัติ ประชาชนได้รับการดูแลที่ไม่ทั่วถึงเท่าที่ควรซึ่งเป็นปัญหาในประเด็นของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่งได้รับผลกระทบมาจากความไม่เพียงพอด้านงบประมาณตามบริบทข้างต้นที่กล่าวไว้ นอกจากนี้ในด้านประชาชนเองก็ขาดความเข้าใจในประเด็นด้านสุขภาพของรัฐ ซึ่งทำให้การจัดกิจกรรมต่างๆ ที่หน่วยงานดำเนินการในบางครั้งมีผู้เข้าร่วมจำนวนน้อยน้อย ซึ่งนั่นเป็นการแสดงถึงการขาดความร่วมมือภายในชุมชนเอง

บริบทด้านต่อมาเป็นเรื่องที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาและการจัดกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพของประชาชนในชุมชนคือ สภาพปัญหาทางด้านเศรษฐกิจในชุมชน เป็นที่แน่นอนว่าเศรษฐกิจของชุมชนย่อมได้รับผลกระทบจากเศรษฐกิจภายนอกในระดับประเทศ ในประเด็นนี้มุ่งเน้นไปที่รายได้ของประชาชนในชุมชน ประชาชนในชุมชนมีรายได้ที่พอเพียงต่อการดำเนินชีวิตตามปกติแต่ก็ยังคงมีความกังวลเกี่ยวกับปัญหารายได้ของตนทำให้ขาดความสนใจในเรื่องการดูแลสุขภาพทั้งในระดับบุคคลและชุมชน ประชาชนให้ความสนใจกับการทำมาหากิน การทำงานเลี้ยงชีพก่อน เป็นอันดับแรก ส่วนเรื่องการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องที่ใส่ใจ ให้ความสำคัญเป็นเรื่องท้าย ๆ ในแง่ของการปฏิบัติถึงแม้ว่าจะมีการพูดคุยถึงความสำคัญและความจำเป็นอย่างยิ่งในการดูแลสุขภาพสุขภาพของทุกคนในชุมชนก็ตาม

ปัจจัยแวดล้อม อีกประเด็นคือความร่วมมือกับเครือข่ายภายนอกชุมชน ทั้งนี้ชุมชนมักอยู่ในสถานะของผู้รับ อย่างไรก็ตามเรื่องสำคัญในประเด็นด้านเครือข่ายคือความต่อเนื่องของกิจกรรมหน่วยงานภายนอกมักเข้ามาทำกิจกรรมในลักษณะการให้ความรู้ การอบรมตามโครงการหรืองบประมาณที่ได้รับอนุมัติ แต่เมื่อเกิดผลตามเป้าหมายของโครงการแล้วก็มักจะออกไปจากชุมชน ทำให้ไม่เกิดความต่อเนื่องในการดำเนินกิจกรรม อีกทั้งการต่อยอดของคนในชุมชนเองก็มีน้อย รวมทั้งการได้รับผลกระทบจากการดำเนินการตามโครงการที่มีงบประมาณอย่างจำกัดทำให้การพัฒนาและดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินการ

โดยสรุป บริบทของชุมชนซึ่งเป็นส่วนที่ได้รับผลกระทบจากปัจจัยแวดล้อมภายนอกที่ส่งผลต่อการดำเนินการด้านสุขภาพของชุมชนที่สำคัญประกอบด้วย งบประมาณที่ไม่เพียงพอ นโยบายจากรัฐโดยเฉพาะการนำไปปฏิบัติซึ่งได้รับผลกระทบจากการขาดงบประมาณ ผลจากสภาพเศรษฐกิจที่ทำให้ประชาชนที่ทำให้ประชาชนไม่คำนึงถึงสุขภาพของตนเองเท่าที่ควร และการขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงานของเครือข่ายภายนอกชุมชน

2. ปัจจัยนำเข้า

ปัจจัยนำเข้าเป็นปัจจัยที่ชุมชนหรือหน่วยงานในชุมชนสามารถควบคุมได้แม้ว่าบางปัจจัยอาจจำเป็นต้อง อาศัยความสามารถในการจัดการมากก็ตาม ปัจจัยนำเข้าที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อพัฒนาและดูแลสุขภาพของคนในชุมชนประกอบด้วย

ปัจจัยด้านแผนการดำเนินงานของ อบต. ท่าเสด็จ แม้ว่า อบต. ท่าเสด็จ จะมีแผนงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน แต่หากพิจารณาในด้านการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดแผนจะพบว่ายังขาดการมีส่วนร่วมอย่างมาก แม้ว่า อบต. ท่าเสด็จ จะมีความพยายามให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนแล้วก็ตาม ทั้งนี้ปัญหาของการกำหนดแผนนี้อยู่ที่ระเบียบปฏิบัติของราชการที่มีความยุ่งยากและซับซ้อนสำหรับประชาชน ซึ่งจากการให้ข้อมูลของเจ้าหน้าที่ใน อบต. พบว่าเคยมีการอบรมให้คำแนะนำในการเขียนแผนเพื่อให้ประชาชนได้นำเสนอแผนงานของตนเอง ตอบสนองความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง แต่กลับพบว่า การเขียนเพื่อนำเสนอแผนงานของประชาชนนั้นไม่ถูกต้องตามที่หน่วยงานของรัฐกำหนดทำให้ต้องทำการแก้ไขเป็นจำนวนมากทั้งในส่วนของเนื้อหาและงบประมาณ ผลที่ตามมาคือการทำงานที่ซ้ำซ้อนของเจ้าหน้าที่ ทำให้เกิดลักษณะที่เจ้าหน้าที่กำหนดแผนเองเพื่อไม่ให้เกิดการทำงานที่ซ้ำซ้อนอีก ทั้งนี้กิจกรรมที่ทางหน่วยงานกำหนดมีทั้งที่ตรงตามความต้องการของประชาชนและไม่ตรงตามความต้องการของประชาชนในพื้นที่

ปัจจัยนำเข้าประเด็นที่ 2 คือความร่วมมือของประชาชนในชุมชน ทั้งนี้ความร่วมมือของประชาชนในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพชุมชนนั้นมีเฉพาะกลุ่ม ซึ่งประกอบด้วยกลุ่ม อสม. เป็นแกนในการทำกิจกรรม โดยที่ประชาชนส่วนมากในชุมชนมักอ้างการไม่มีเวลา ไม่ว่างต้องประกอบอาชีพ ทำให้ขาดการดูแลสุขภาพของตนหรือไม่เข้าร่วมทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดสุขภาพที่ดีของชุมชนอย่างต่อเนื่อง ความร่วมมือของประชาชนนี้เป็นปัจจัยสำคัญยิ่งในการพัฒนา และการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของชุมชน เนื่องจากการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ที่ทางหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกพื้นที่จัดขึ้นนั้นย่อมมีความคาดหวังในการเข้าร่วมของประชาชนในพื้นที่เพื่อให้กิจกรรมต่าง ๆ ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ อย่างไรก็ตาม หากประชาชนไม่เล็งเห็นประโยชน์ที่ตนได้รับย่อมทำให้โอกาสในการเข้าร่วมน้อยลงไปด้วย ดังนั้น การประชาสัมพันธ์หรือ

การสื่อสารของเจ้าหน้าที่หรือการประสานงานระหว่างประชาชนในชุมชน และกลุ่มต่าง ๆ จึงมีความสำคัญยิ่งในการสร้างความร่วมมือในการทำกิจกรรมเพื่อการพัฒนาเหล่านี้

ปัจจัยนำเข้าประการต่อมาคือ เจ้าหน้าที่ในท้องถิ่นที่เป็นผู้รับผิดชอบ ในประเด็นนี้จากการสัมมนากลุ่มย่อยพบว่า จำนวนเจ้าหน้าที่ที่มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวกับการสนับสนุน ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาและกิจกรรมในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนยังมีจำนวนไม่เพียงพอ ทั้งนี้รวมทั้งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในด้านการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดโครงการทางด้านดูแลสุขภาพของประชาชนด้วย ทั้งนี้มีเจ้าหน้าที่ใน อบต. ที่มีบทบาทสำคัญในการประสานงาน บริหารโครงการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ด้านสุขภาพของประชาชนจำนวนค่อนข้างน้อย แม้ว่าจะมีความพยายามในการขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แต่ด้วยจำนวนประชาชนที่มีมากในพื้นที่ ๆ รับผิดชอบ จึงทำให้การบริการและการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพของคนที่ในพื้นที่บางครั้งได้รับไม่ทั่วถึง

ปัจจัยนำเข้าอีกประการที่มีความสำคัญยิ่งคือ ความตระหนักถึงปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชนเอง ปัจจัยนี้เป็นปัจจัยทางด้านทัศนคติของประชาชนที่ในช่วงเวลา (เวลา ที่ยังแข็งแรง) มักไม่ได้คำนึงถึงการดูแลสุขภาพของตนเท่าที่ควร แต่จะเล็งเห็นเมื่อมีอาการเจ็บป่วย ไม่สบาย หรือเป็นโรคใด ๆ เกิดขึ้นแล้ว แม้ว่าหน่วยงานภาครัฐหรือหน่วยงานภายนอก จะมีกิจกรรมที่จัดให้บริการขึ้นก็ตาม แนวโน้มของการเข้าร่วมกิจกรรมก็ยังคงมีน้อยอยู่ ทัศนคติด้านการรักษาสุขภาพให้แข็งแรงนั้นประชาชนมีความรู้ความเข้าใจที่ดีอยู่ในระดับหนึ่ง และมีทัศนคติที่ดีต่อความรู้ที่ได้รับเหล่านั้น แต่การปฏิบัติตามนั้นยังคงเป็นประเด็นปัญหาที่ต้องเร่งดำเนินการ หากชุมชนต้องการให้สมาชิกมีสุขภาพที่ดี เป็นชุมชนสุขภาพที่เข้มแข็ง และจากทัศนคติที่ไม่ค่อยตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพที่ดีของประชาชนนั้น ส่งผลให้มีความเสี่ยงในการเกิดโรคต่าง ๆ แก่ประชาชน และเมื่อประชาชนมีสุขภาพไม่แข็งแรง และมีปัญหาสุขภาพ ทำให้ไม่สามารถออกกำลังกายหรือเข้าร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้นได้

ปัจจัยนำเข้าประการสุดท้ายที่ส่งผลต่อการพัฒนาและดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตรงตามความต้องการของประชาชนคือ ฐานข้อมูลสำหรับการจัดการด้านสุขภาพของประชาชน ทั้งเป็นภารกิจของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ต้องสร้างฐานข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของประชาชนในชุมชนที่มีความถูกต้องครบถ้วน เพื่อให้สามารถใช้สำหรับเป็นข้อมูลในการกำหนดแผนงานหรือโครงการด้านสุขภาพให้ตรงกับความต้องการในการพัฒนาของหน่วยงาน รวมทั้งตรงกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนอย่างแท้จริง

โดยสรุป ปัจจัยนำเข้าที่ส่งผลต่อการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพของชุมชน ประกอบด้วยแผนงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน โดยเฉพาะประเด็นเกี่ยวกับการนำนโยบายหรือแผนงานไปปฏิบัติ ความร่วมมือของประชาชนในชุมชน จำนวนเจ้าหน้าที่

ในท้องถิ่นที่เป็นผู้รับผิดชอบ ความตระหนักถึงปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชน และฐานข้อมูลสำหรับการจัดการด้านสุขภาพของประชาชน

3. กระบวนการ

การดำเนินด้านสุขภาพของชุมชนใน อบต. ท่าเสด็จ มีประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการที่ควรพิจารณาดังนี้

ประเด็นที่ 1 กิจกรรมที่มีการดำเนินการหลาย ๆ กิจกรรมมีการดำเนินการที่ไม่ต่อเนื่อง โดยเฉพาะกิจกรรมที่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอก การทำกิจกรรมที่เป็นการดำเนินงานของหน่วยงานในท้องถิ่นมักมีลักษณะที่เป็นงานประจำของหน่วยงานเช่น การออกตรวจสุขภาพให้ประชาชนในพื้นที่ แต่กิจกรรมที่เป็นลักษณะของโครงการที่เป็นการพัฒนา ส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดีนั้นมักเป็นกิจกรรมที่มีการสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอก ซึ่งมีระยะเวลาและงบประมาณที่จำกัด เมื่อหมดระยะเวลาการดำเนินการที่หน่วยงานภายนอกดำเนินการ ก็มักไม่มีการดำเนินการต่อทั้งนี้เกิดจากการขาดงบประมาณและบุคลากรที่จะเป็นผู้นำในการดำเนินการอย่างจริงจัง

ประเด็นต่อมาคือ การทำงานในรูปแบบเครือข่ายของกลุ่มต่างๆ ภายในชุมชนในพื้นที่ อบต. ท่าเสด็จ มีกลุ่มต่างๆ ที่จัดตั้งขึ้นจำนวนมาก ทั้งที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของชุมชนและกลุ่มที่เกี่ยวข้องในทางอ้อม อย่างไรก็ตามกิจกรรมที่แต่ละกลุ่มดำเนินการนั้นมักมีการดำเนินการที่แยกจากกันอย่างชัดเจน และมีการติดต่อสื่อสารระหว่างกลุ่มในรูปแบบที่เป็นทางการค่อนข้างน้อย ซึ่งเป็นจุดอ่อนในการดำเนินการในลักษณะของเครือข่ายหรืออาจกล่าวได้ว่าการทำงานในลักษณะการเป็นเครือข่ายเพื่อการพัฒนา และดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลและส่งเสริมด้านสุขภาพของชุมชนนั้นยังไม่ได้เกิดขึ้นในพื้นที่ชุมชนท่าเสด็จนี้อย่างชัดเจน ทั้งนี้หากเกิดการดำเนินงานในรูปแบบเครือข่ายเกิดขึ้นอย่างเข้มแข็งย่อมส่งผลให้การดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ และเกิดความต่อเนื่องในการดำเนินกิจกรรม

นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์กลุ่มย่อยยังระบุถึงกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพว่า “ควรเป็นกิจกรรมที่สามารถดำเนินการได้เองที่บ้าน” เนื่องจากในบางกรณีประชาชนในชุมชนมีภารกิจไม่สะดวกที่จะมาเข้าร่วมกิจกรรมที่ทางกลุ่มจัดขึ้นไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ กิจกรรมทางด้านอาหารโภชนาการ หรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกาย จึงได้มีการนำเสนอว่าหากมีกิจกรรมในด้านต่างๆ ที่สามารถนำไปปฏิบัติที่บ้านของตนเองได้น่าจะเป็นแนวทางหนึ่งในการส่งเสริมให้ประชาชนดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้น อีกทั้งในกลุ่มของผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีสุขภาพไม่แข็งแรง ไม่สามารถเดินทางมาเข้าร่วมกิจกรรมที่จัดได้ก็สามารถที่จะปฏิบัติเองที่บ้านพักอาศัยได้ นอกจากลักษณะกิจกรรมที่สามารถนำกลับไปทำที่บ้านได้แล้วรูปแบบหรือวิธีการใน

การทำกิจกรรมก็เป็นอีกประเด็นที่มีการกล่าวถึงว่าควรมีลักษณะที่แตกต่างไปจากอดีต ทำแล้วรู้สึกสนุก ไม่น่าเบื่อ เป็นรูปแบบที่แปลกใหม่ สารถปฏิบัติได้งานหรือมีขั้นตอน กระบวนการในการดำเนินการที่ไม่ยาก เพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจให้มีการปฏิบัติอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

โดยสรุปกระบวนการดำเนินการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของ อบต. ท่าเสด็จ มีการเริ่มต้นที่ดี แต่อาจขาดองค์ประกอบบางประเด็นที่เป็นปัจจัยที่ทำให้การดูแลสุขภาพของคนในชุมชนยังไม่ประสบผลสำเร็จมากเท่าที่ควร โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญอันจะนำไปสู่ความสำเร็จในการพัฒนาชุมชนให้เป็นชุมชนสุขภาวะที่เข้มแข็งได้แก่ การดำเนินกิจกรรมที่ต่อเนื่อง การสร้างเครือข่ายด้านสุขภาพภายในท้องถิ่นให้มีความเข้มแข็ง การจัดกิจกรรมที่ง่ายแก่การดำเนินการและสามารถดำเนินการในทุกที่ไม่ว่าจะเป็นในสถานที่ ๆ จัดให้หรือในที่พักอาศัย รวมทั้งกิจกรรมเหล่านั้นควรมีความแปลกใหม่เพื่อให้เกิดความสนใจและเป็นการกระตุ้นให้ประชาชนปฏิบัติตาม

4. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

จากการสัมมนากลุ่มเพื่อทำการศึกษาเกี่ยวกับบริบทของการดำเนินการเกี่ยวกับพัฒนาชุมชนสุขภาวะพบว่า ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมที่ผ่านมาสามารถสรุปประเด็นที่สำคัญที่มีผลต่อการดำเนินการได้ดังนี้

จากการดำเนินเกี่ยวกับกิจกรรมด้านการดูแลสุขภาพที่ผ่านมาของ อบต. ท่าเสด็จพบว่าในช่วงแรกของการทำกิจกรรมจะมีความสนใจและให้ความร่วมมือจากประชาชนมากพอสมควร แต่หลังจากดำเนินการระยะเวลาหนึ่งมักพบว่าประชาชนมีความร่วมมือน้อยในการเข้าร่วมกิจกรรม อันเป็นผลมาจากแรงจูงใจที่ลดลง ประชาชนมองว่าประโยชน์ที่ได้รับไม่คุ้มค่ากับการที่ต้องเสียเวลาในการประกอบอาชีพ อีกทั้งในบางครั้งตัวผู้ดำเนินโครงการเองก็ขาดความเอาใจใส่ดูแลประชาชนในพื้นที่ ขาดวิธีการจูงใจให้ประชาชนมาเข้าร่วม และที่สำคัญคือขาดความต่อเนื่องในการดำเนินกิจกรรม ทำให้ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นขาดความต่อเนื่องตามไปด้วย อีกทั้งการพัฒนาต่อยอดจากกิจกรรมต่างที่หน่วยงานภายนอกได้ดำเนินโครงการก็เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อยและหายไปไม่ได้ดำเนินการต่อ ดังนั้นแม้ว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานในช่วงแรกจะได้ผลที่ดีแต่การที่ไม่มีผู้เข้ามารับผิดชอบเป็นเจ้าภาพและดำเนินการต่อส่งผลให้โครงการต่างๆ ดูเหมือนว่าสุดท้ายแล้วจะไม่ประสบความสำเร็จ

ประเด็นต่อมาคือ ประชาชนมักมองว่าการเข้าร่วมกิจกรรมต้องมีผลประโยชน์ที่เป็นรูปธรรมชัดเจนแก่ตนเองจึงเข้าร่วม และต้องเป็นกิจกรรมที่เห็นผลได้ทันที อย่างไรก็ตามกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพนั้นเป็นกิจกรรมที่สามารถดำเนินการได้ทันทีแต่ผลที่ได้รับนั้นอาจยังไม่สามารถเห็นได้ในระยะสั้น ต้องอาศัยความอดทนในการปฏิบัติและรอผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในระยะยาวนั้นคือการมีสุขภาพที่ดีของผู้ที่ปฏิบัติตาม นอกจากนี้ประชาชนบางกลุ่มยังมีลักษณะของความเคยชินในแง่ของการเป็น “ผู้รับ” กล่าวคือหากจะมีการดำเนินกิจกรรมใดๆ ที่ต้องเข้าไปร่วมจะต้องมีผลประโยชน์

ที่ตนต้องได้รับในเชิงวัตถุไม่มากนักน้อย ซึ่งบางครั้งอาจเกิดขึ้นในลักษณะของการให้ในรูปแบบของค่าตอบแทนที่เป็นตัวเงิน โดยมองว่าเป็นมาทำให้ค่าเสียเวลาที่ต้องเข้ามาร่วมกิจกรรมแทนที่จะได้ไปทำงาน อย่างไรก็ตามในประเด็นนี้มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้น ซึ่งหากพิจารณาในแง่ของกิจกรรมที่ทางชุมชนกำหนดขึ้นและให้สมาชิกเข้าร่วมโดยสมัครใจก็มักพบในลักษณะที่ว่า อาจมีความสนใจในระยะแรก แต่เมื่อเวลาผ่านไปก็มีผู้เข้าร่วมน้อยลงเลย ๆ จนสุดท้ายอาจไม่มีผู้มาทำกิจกรรมอีกเลย เพราะมองไม่เห็นประโยชน์ที่จะได้รับอย่างชัดเจน

ผลลัพธ์อีกประเด็นที่เกิดขึ้นอันเป็นผลที่ได้รับอิทธิพลมาจากความร่วมมือ ของประชาชนในพื้นที่คือ การเข้าร่วมกิจกรรมเป็นการขอความร่วมมือกึ่งบังคับจาก อสม เป็นหลัก ในชุมชนท่าเสาดี มีประชาชนที่อาสาสมัครเป็น อสม. จำนวนมากและเป็นกลุ่มคนที่เสียสละ รวมทั้งมีจิตอาสาในการทำงานอย่างยิ่ง อย่างไรก็ตามการแสวงหาความร่วมมือจากประชาชนส่วนมากยังคงเป็นประเด็นสำคัญที่ทั้งผู้บริหารและ อสม. จำเป็นต้องหาทางชักชวน ให้ประชาชน ตระหนักและมีพฤติกรรมที่เป็นการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้ลำพัง อสม. คงไม่สามารถดำเนินการต่างๆ ให้คนในชุมชนเข้ามาร่วมได้ อีกทั้งการจัดกิจกรรมแล้วมีแต่ อสม. เข้าร่วมก็จะอาจถูกมองว่าเป็นการจัดกิจกรรมที่เอื้อประโยชน์ให้แก่บุคคลบางกลุ่มเท่านั้น ผลลัพธ์ที่แท้จริงมิได้กระจายสู่ประชาชนในพื้นที่อย่างทั่วถึง

โดยสรุป ผลลัพธ์ที่เกิดจากการดำเนินงานด้านสุขภาพของคนในชุมชนที่ผ่านมามาก ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงานและมีผู้เข้าร่วมมากในช่วงแรกเท่านั้น อีกทั้งประชาชนยังมองไม่เห็นถึงประโยชน์ที่จะได้รับเนื่องจากผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นเป็นผลระยะยาวต้องใช้เวลานานจึงจะเห็นผลที่ชัดเจน

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ Logical Framework

สรุปปัญหาหรือสิ่งที่ต้องการพัฒนา

จากข้อสรุปในการสัมมนากลุ่มย่อยที่ทำกรแยกวิเคราะห์ ด้วยรูปแบบการประเมินแบบ CIPP Model คณะผู้วิจัยสรุปปัญหาที่สำคัญและมีโอกาสหรือแนวทางที่สามารถแก้ไขได้ดังนี้

1. ปัญหาเกี่ยวกับความตระหนักในสุขภาพประชาชน
2. การพัฒนากิจกรรมให้เหมาะสมกับการสร้างชุมชนสุขภาวะทั้งทางด้านอาหาร การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และการออกกำลังกาย
3. ปัญหาเกี่ยวกับการสร้างเครือข่ายภายในชุมชนให้เข้มแข็ง
4. การขยายความร่วมมือสู่การสร้างเครือข่ายภายนอก

ประเด็นปัญหาทั้ง 4 ประการนี้เมื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยแนวคิด Logical Framework สามารถที่จะพอสรุปแนวทางในการแก้ไขปัญหาได้ดังนี้

ตารางที่ 4.86 การวิเคราะห์ Logical Framework เพื่อให้ได้แนวทางการดำเนินกิจกรรม

ปัญหาหรือสิ่งที่ต้องการพัฒนา	สาเหตุ	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	วิธีการ/กิจกรรม
1. ความตระหนักในปัญหาสุขภาพของประชาชน	1.1 ขาดความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับอาหารที่ดีต่อสุขภาพ การดูแลตนเองและการออกกำลังการ	1.1.1 ประชาชนตระหนักและเห็นประโยชน์จากการรักษาสุขภาพอย่างแท้จริง	1) จัดวิทยากรให้ความรู้แก่ประชาชน 2) จัดกิจกรรม/นิทรรศการที่แสดงให้เห็นถึงประโยชน์และโทษของการดูแลสุขภาพไม่ดีดูแลสุขภาพ
2. กิจกรรมที่เหมาะสม	2.1 กิจกรรมไม่แปลกใหม่ไม่ดึงดูด	2.1.1 กิจกรรมที่ไม่น่าเบื่อสามารถจูงใจให้ประชาชนเข้าร่วมได้	1) จัดกิจกรรมที่แปลกใหม่โดยแสวงหาการสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอกที่มีความเชี่ยวชาญเช่น การออกกำลังกายแนวใหม่ 2) มีกิจกรรมที่มีลักษณะการจูงใจโดยการให้รางวัลจากการแข่งขันที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ
	2.2 ประชาชนบางส่วนไม่สะดวกในการทำกิจกรรม	2.2.1 กิจกรรมที่ทำได้ง่ายสะดวกและทำได้ทุกที่	1) นำเสนอวิธีการหรือกิจกรรมที่สามารถปฏิบัติได้ในทุกสถานที่เช่น กิจกรรมออกกำลังกายที่สามารถทำได้ที่บ้านพักอาศัยหรือวิธีการดูแลสุขภาพด้วยตนเองรวมทั้งการใช้วัตถุดิบในท้องถิ่นในการประกอบอาหารอย่างง่ายที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ เป็นต้น

ปัญหาหรือสิ่งที่ต้องการพัฒนา	สาเหตุ	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	วิธีการ/กิจกรรม
3. ปัญหาเกี่ยวกับการสร้างเครือข่ายภายในชุมชน	3.1 ขาดการประสานงานระหว่างกลุ่ม	3.1.1 สร้างความร่วมมือระหว่างกลุ่มต่างๆ ภายในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม	1) การจัดทำบันทึกข้อตกลงอย่างเป็นรูปธรรมในการทำกิจกรรม และใช้ทรัพยากรร่วมกันของกลุ่มต่างๆ ในพื้นที่ 2) มีการจัดกิจกรรมร่วมกันระหว่างกลุ่มต่างๆ เป็นประจำ โดยอาจกำหนดให้เป็นกิจกรรมที่ต้องมีการดำเนินเป็นประจำทุก 6 เดือนหรือทุก 1 ปี เป็นต้น
	3.2 ขาดการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	3.2.1 อบต. ให้การสนับสนุนการสร้างเครือข่ายเพื่อการพัฒนาชุมชนสุขภาวะทั้งทางด้านกรจัดทำแผนวิทยากร และงบประมาณ	1) จัดกิจกรรมที่ให้โอกาสให้ประชาชนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแผนงานประจำปีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาสุขภาพ 2) จัดหาวิทยากรเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทั้งด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพของประชาชนด้วยตนเอง
4. การขยายความร่วมมือสู่การสร้างเครือข่ายภายนอก	4.1 เครือข่ายภายนอกมีน้อย	4.1.1 เพิ่มจำนวนกลุ่มความร่วมมือเพื่อการพัฒนาด้านสุขภาวะของชุมชน	1) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นเจ้าภาพในการแสวงหาความร่วมมือจากหน่วยงานภายนอกเพื่อให้เข้ามาสนับสนุนเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพของประชาชน 2) ประชาชนในพื้นที่หรือกลุ่มต่างๆ นำเสนอความต้องการเกี่ยวกับกิจกรรมด้านสุขภาพที่ต้องการให้หน่วยงานภาครัฐสนับสนุนหรือหาหน่วยงานภายนอกมาดำเนินการให้

ปัญหาหรือสิ่ง ที่ต้องการพัฒนา	สาเหตุ	ผลลัพธ์ที่ ต้องการ	วิธีการ/กิจกรรม
	4.2 กิจกรรม ไม่ต่อเนื่อง	4.2.1 แสวงหา ความร่วมมือใน รูปแบบ เครือข่ายที่เป็น รูปธรรม ที่มี การดำเนิน กิจกรรมอย่าง ต่อเนื่อง	1) มีการทำข้อตกลงหรือบันทึกความ เข้าใจ (MOU) ระหว่าง อบต. กับ หน่วยงานภายนอกอย่างเป็นรูปธรรมใน ประเด็นความช่วยเหลือสนับสนุน ส่งเสริม เกี่ยวกับการดำเนินการด้าน สุขภาพ

ตอนที่ 3 ข้อสรุปจากข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

การจากศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาวะด้านอาหาร การดูแลตนเอง และการออกกำลังกายของประชาชน และการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ โดยใช้ CIPP Model ในการประเมิน และนำเสนอปัญหา ผลลัพธ์ที่ต้องรวมทั้งแนวทางการแก้ไขในรูปแบบของ Logical Framework เมื่อนำมาสรุปผลร่วมกันคณะผู้วิจัยพบว่า ประชาชนมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาในเรื่องของพฤติกรรมโดยเฉพาะการออกกำลังกายกลับพบว่า แม้ประชาชนจะรู้ถึงประโยชน์และโทษของการออกกำลังกายและไม่ออกกำลังกาย แต่ประชาชนกลับมีการออกกำลังกายน้อยมาก (ร้อยละ 46 มีการออกกำลังกายน้อยกว่า 1-2 ต่อสัปดาห์) และกว่าร้อยละ 78 ของคนที่ออกกำลังกายใช้เวลาน้อยกว่า 30 นาที ในการออกกำลังกายแต่ละครั้ง ซึ่งนั่นแสดงให้เห็นว่าประชาชนขั้นรู้และเข้าใจถึงประโยชน์ของการดูแลสุขภาพเป็นอย่างดี แต่ไม่ตระหนักในเรื่องของการนำมาปฏิบัติอย่างจริงจัง ซึ่งอาจเป็นหน้าที่ของ อบต. ที่จะป็นเจ้าภาพ ในการนำประชาชนออกมาดูแลสุขภาพของตนเองอย่างจริงจัง

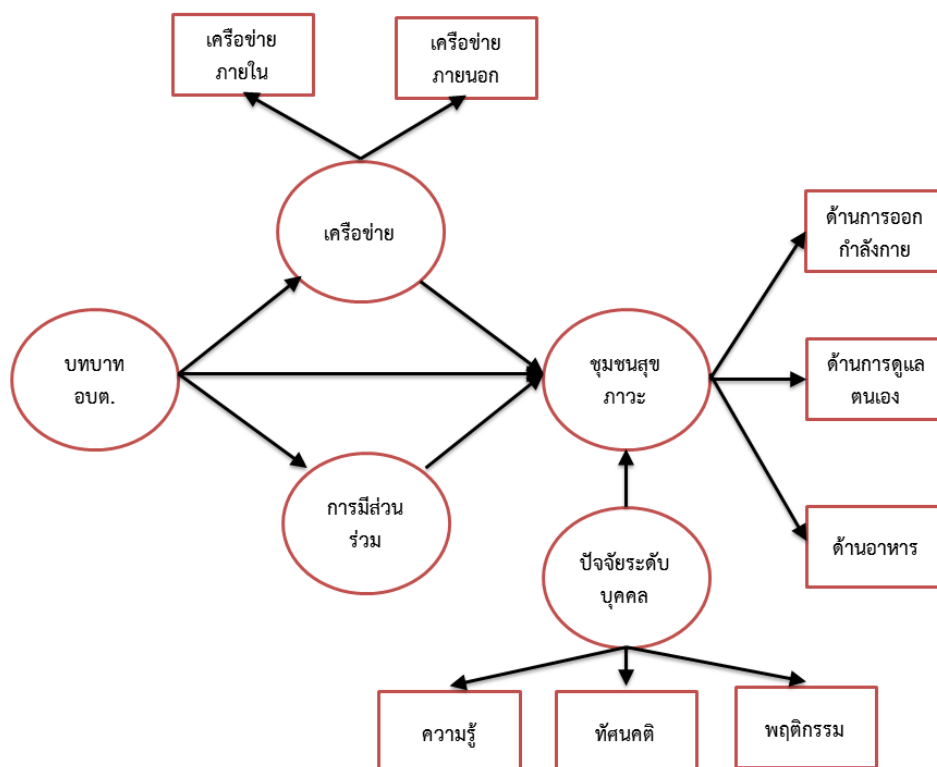
ประเด็นที่สำคัญอีกประเด็นที่ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพสะท้อนออกมาอย่างมาคือ การทำกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพส่วนมากเกิดขึ้นที่บ้านพักอาศัยของประชาชนทั้ง การออกกำลังกาย การทำอาหารกินเองที่บ้าน และการดูแลสุขภาพตนเองดูมีคนในครอบครัวช่วยดูแล นอกจากนี้จากข้อมูลที่ทำกรวิเคราะห์ยังพบว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนในการเข้าไปร่วมเป็นสมาชิกของกลุ่มต่างๆมีน้อย (ร้อยละ 73 ของประชาชนที่ทำการสำรวจไม่ได้เป็นสมาชิกของชมรมหรือกลุ่มใดเลย) ซึ่งอาจเป็นเหตุผลหนึ่งทำให้การเข้าร่วมกิจกรรมของประชาชนไม่สม่ำเสมอ จึงเป็นหน้าที่ของหน่วยงานและแกนนำในชุมชนแต่ละแห่งที่จะหากลยุทธ์ในการที่จะจูงใจให้ประชาชนออกมาร่วมกิจกรรมที่ อบต. หรือหน่วยงานต่างๆ ดำเนินการให้ได้มากที่สุด และเป็นกรร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องด้วย

จากข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพพบว่ามีความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ เกิดขึ้นในหลายมิติกล่าวคือ ปัจจัยระดับบุคคลเป็นปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพของประชาชน และสุขภาวะของชุมชน ทั้งนี้ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายโดยทั่วไป การดูแลสุขภาพของตนเอง ในเบื้องต้น และการประกอบอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของประชาชนใน อบต. ท่าเสด็จ ถือได้ว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ดี แต่ประเด็นที่เป็นปัญหาคือการนำความรู้และทัศนคติเหล่านั้นมาสู่การปฏิบัติอย่างจริงจังและต่อเนื่องยังคงเป็นปัญหาที่รอคอยการแก้ไขอยู่ในขณะที่บทบาทของ อบต. นั้นดูเหมือนจะเป็นสิ่งสำคัญยิ่งเพราะส่งผลโดยตรงต่อการพัฒนาด้านสุขภาวะของชุมชนซึ่งสามารถพิจารณาได้จากข้อมูลเกี่ยวกับผู้นำท้องถิ่นจากข้อมูลเชิงปริมาณที่สะท้อนให้เห็นว่าประชาชนคาดหวัง

และคิดว่าผู้นำของพวกเขาเป็นสิ่งที่พึงและมีบทบาทอย่างยิ่งในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ นอกจากนี้ อนาคต ยังมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการสร้างเครือข่ายทั้งภายใน และภายนอก โดยเป็นผู้ประสานในการสร้างความร่วมมือและข้อตกลงต่างๆ ในการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มต่างๆ ในชุมชน และเป็นตัวแทนของชุมชนในการแสวงหาความร่วมมือจากหน่วยงานภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชน ให้เข้ามาสนับสนุน ส่งเสริมการดูแล รักษาสุขภาพของประชาชนในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้รูปแบบการทำงานแบบเครือข่ายได้รับการยอมรับโดยทั่วไปว่าเป็นรูปแบบในการดำเนินงานมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูง ทำให้การดำเนินการต่างๆ ประสบความสำเร็จได้อย่างดีและต่อเนื่อง ในขณะที่การมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่เป็นอีกประเด็นที่ส่งผลต่อการพัฒนาสุขภาพของชุมชน เพราะการดำเนินการต่างๆ หากประชาชนให้ความร่วมมือมีส่วนร่วม ตั้งแต่การวางแผน การร่วมปฏิบัติหรือเข้าร่วมกิจกรรม และร่วมรับผลประโยชน์ที่ตรงกับที่ประชาชนต้องการอย่างแท้จริง

นอกจากนี้ จากการวิเคราะห์ข้อมูลในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยในการพัฒนารูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของชุมชนพบว่า ชุมชนสุขภาพที่ดีตามความต้องการของประชาชนมีความสอดคล้องกับเป้าหมายของคณะผู้วิจัยคือ การให้ความสำคัญกับการออกกำลังกาย แต่ควรเป็นการออกกำลังกายในรูปแบบใหม่ที่ไม่น่าเบื่อ และไม่จำเป็นต้องเดินทางมาที่ลานกีฬาของชุมชน แต่สามารถทำเองได้ที่บ้านหรือที่ทำงานได้ ในขณะเดียวกันก็ต้องเป็นรูปแบบที่ทำได้ง่ายและสะดวกด้วย ส่วนกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองนั้นต้องเป็นกิจกรรมที่ประชาชนสามารถทำตัวเองไม่จำเป็นต้องมีเครื่องมือที่มีราคาแพง หรือไม่จำเป็นต้องมีเครื่องมือทางการแพทย์ แต่เป็นการตรวจสอบเบื้องต้นเพื่อให้ทราบถึงความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับร่างกาย และประการสุดท้ายคือการดูแลทางด้านอาหารโดยอาหารที่จะทำนั้นควรทำได้ง่าย สะดวก และสามารถใช้เวลาว่างในท้องถิ่นเป็นส่วนประกอบสำคัญในการทำ เพื่อให้เกิดความประหยัด ในขณะเดียวกันก็เป็นอาหารที่ช่วยรักษาสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงด้วยไปพร้อมกัน อย่างไรก็ตามกิจกรรมทั้ง 3 ประการนี้ จำเป็นที่จะต้องมียุทธศาสตร์ผู้นำเพื่อทำการเผยแพร่กิจกรรมและขั้นตอนต่างๆ ทั้งการออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพ และการประกอบอาหารให้กับสมาชิกในชุมชน ซึ่งในประเด็นนี้คณะผู้วิจัยได้จัดทำกิจกรรมเพื่อพัฒนาแกนนำสำหรับการเผยแพร่ความรู้และทักษะด้านต่างๆ ให้แก่สมาชิกในชุมชนต่อไป ดังนั้นโดยสรุปรูปแบบกิจกรรมที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพของชุมชนได้นั้นควรมีลักษณะที่ทำได้ง่าย ประหยัด ไม่สิ้นเปลือง แปลกใหม่และ เห็นผลเป็นรูปธรรมได้จริง จึงจะสามารถดึงดูดให้ประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมได้

ทั้งนี้จากข้อมูลทั้งหมดสามารถสรุปเป็นแผนภาพความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ เพื่อนำไปสู่การกำหนดกิจกรรมเพื่อการพัฒนาชุมชนสุขภาพที่ดีดังภาพที่ 4.1



ภาพที่ 4.3 ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการพัฒนากิจกรรมเพื่อการส่งเสริมชุมชนสุขภาวะ

จากข้อมูลข้างต้น คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดกิจกรรมเพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาวะของชุมชน โดยการพัฒนาแกนนำชุมชนสุขภาวะใน 3 ด้านได้แก่ การออกกำลังกายแบบยืดหยุ่น การดูแลตนเอง และการประกอบอาหาร โดยมีผลการดำเนินกิจกรรมดังนี้

1. การออกกำลังกายแบบยืดหยุ่น ผลการดำเนินการประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

1.1 กิจกรรมรับสมัครแกนนำด้านการออกกำลังกายแบบยืดหยุ่น โดยได้จัดประชุมรับสมัครแกนนำในวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 มีผู้สมัครแกนนำจำนวน 10 คน

1.2 กิจกรรมอบรมแกนนำ โดยการนัดประชุมแกนนำเข้ามารับฟัง และอบรมแกนนำเพื่อให้สามารถแสดงท่าการบริหารร่างกายแบบยืดหยุ่นได้ ซึ่งได้รับความร่วมมือจากวิทยาลัยการพลศึกษาวิทยาเขตสุพรรณบุรีเป็นผู้บรรยายและสาธิตท่าการบริหาร

1.3 แกนนำได้นำเสนอการออกกำลังกายแบบยืดหยุ่นให้แก่ประชาชนที่มาออกกำลังกายที่สวนสาธารณะในช่วงเย็นของแต่ละวัน

1.4 แกนนำได้นำเสนอการออกกำลังกายแบบยืดหยุ่นในการจัดกิจกรรมโครงการการศึกษาชุมชนสุขภาวะบนพื้นฐานศักยภาพของชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย: กรณีศึกษาชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี เมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม พ.ศ. 2559

2. การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยตนเอง

2.1 กิจกรรมรับสมัครแกนนำด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยตนเอง โดยได้จัดประชุมรับสมัครแกนนำในวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 มีผู้สมัครแกนนำจำนวน 10 คน

2.2 กิจกรรมอบรมแกนนำ ให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ในเบื้องต้นเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไต โรคหัวใจ โรคอ้วน และโรคหลอดเลือดในสมอง โดยได้รับความร่วมมือจากบุคลากรคณะพยาบาล มหาวิทยาลัยสวนดุสิต เป็นผู้ทำการอบรมให้แก่แกนนำ ทั้งนี้แกนนำทั้งหมดมีสถานะภาพเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ทั้งหมด

2.3 แกนนำและบุคลากรคณะพยาบาล มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ร่วมกันจัดกิจกรรมตรวจสุขภาพในการจัดกิจกรรมโครงการการศึกษาชุมชนสุขภาวะบนพื้นฐานศักยภาพของชุมชน และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย: กรณีศึกษาชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี เมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม พ.ศ. 2559

3. อาหารเพื่อสุขภาพ

3.1 กิจกรรมรับสมัครแกนนำด้านอาหารเพื่อสุขภาพ โดยได้จัดประชุมรับสมัครแกนนำในวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 มีผู้สมัครแกนนำจำนวน 10 คน

3.2 อบรมแกนนำ ให้สามารถให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ และเครื่องปรุงที่ส่งผลเสียต่อร่างกาย รวมทั้งสาธิตการทำอาหารเพื่อสุขภาพและฝึกให้แกนนำได้ทดลองทำ

3.3 แกนนำด้านอาหารและประชาชนที่สนใจเข้าร่วมแข่งขันการทำอาหารเพื่อสุขภาพ ในการจัดกิจกรรมโครงการการศึกษาชุมชนสุขภาวะบนพื้นฐานศักยภาพของชุมชน และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย: กรณีศึกษาชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี เมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม พ.ศ. 2559 โดยได้รับความร่วมมือจากบุคลากรโรงเรียนการเรือน มหาวิทยาลัยสวนดุสิต วิทยาเขตสุพรรณบุรี เป็นผู้สาธิตการทำอาหารและเป็นกรรมการในการตัดสินการแข่งขันทำอาหารเพื่อสุขภาพ

จากข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพข้างต้น คณะผู้วิจัยจึงสรุปรูปแบบสำหรับเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมชุมชนสุขภาวะบนพื้นฐานศักยภาพของชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ดังนี้

1. รูปแบบกิจกรรมการสร้างชุมชนสุขภาวะที่ดี ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมใน 3 ควบคู่กันคือ กิจกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง กิจกรรมการทำอาหารสุขภาพจากวัตถุดิบในพื้นที่ และกิจกรรมการออกกำลังกาย โดยการสนับสนุนจาก อสม. และ แกนนำที่ผ่านการอบรม โดยกิจกรรมทั้ง 3 ด้าน ต้องมีลักษณะที่เอื้อต่อการดำเนินการที่ง่าย ใช้เวลาน้อย สามารถทำที่บ้าน ได้เอง ให้วัสดุหรือผลิตภัณฑ์ได้ในท้องถิ่น

2. กิจกรรมการสร้างเครือข่ายอย่างยั่งยืน กิจกรรมที่จะดำเนินการมีประเด็นสำคัญคือ การสร้างความร่วมมือระหว่างภายในชุมชน การจูงใจให้ประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาวะอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามในประเด็นนี้ยังเป็นปัญหาสำคัญของชุมชนพอสมควรเนื่องจากผู้เข้าร่วมกิจกรรมที่ทางรัฐจัดขึ้นหรือกลุ่มชมรมในชุมชนจัดขึ้นมักมีผู้เข้าร่วมเป็นบุคคลกลุ่มเดิม ๆ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษาชุมชนสุขภาวะบนพื้นฐานศักยภาพของชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย: กรณีศึกษาชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed method) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาศักยภาพชุมชน และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในการส่งเสริมชุมชนสุขภาวะ และศึกษารูปแบบการจัดกิจกรรมชุมชนสุขภาวะบนพื้นฐานศักยภาพของชุมชน และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย รวมทั้งสร้างแกนนำกิจกรรมชุมชนสุขภาวะ โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจำนวน 400 ชุด เพื่อศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของประชาชนในชุมชนในประเด็นเกี่ยวกับการออกกำลังกาย อาหาร และการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง ซึ่งได้รับคืนและสมบูรณ์เพียงพอที่จะใช้วิเคราะห์ข้อมูลได้จำนวน 400 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100.00 และทำการสัมภาษณ์กลุ่มย่อย รวมทั้งอบรมแกนนำในประเด็นทั้ง 3 ด้านตามที่กล่าวมาแล้ว โดยนำเสนอในประเด็นต่อไปนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาชุมชนสุขภาวะบนพื้นฐานศักยภาพของชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย: กรณีศึกษาชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ผู้วิจัยได้ทำการสรุปผลการศึกษาใน ส่วนข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างและวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

5.1.1 ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 60.50 และมีอายุอยู่ระหว่าง 36 – 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.50 ส่วนมากมีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 60.50 ด้านการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 6 คิดเป็นร้อยละ 64.25 ประกอบอาชีพค้าขายหรือรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 27.50 และ 22.75 ตามลำดับ โดยส่วนมากมีรายได้น้อยกว่าเท่ากับ 10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 75.85 ด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 45.50

5.1.2 สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ที่ 1 เพื่อศึกษาศักยภาพชุมชน และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมชุมชนสุขภาวะ

การจากการศึกษาสรุปได้ว่าศักยภาพของชุมชนซึ่งพิจารณาจาก 3 ประเด็นที่สำคัญคือ ผู้นำชุมชน ทรัพยากรบุคคล และการสื่อสารในชุมชน พบว่าประเด็นทั้ง 3 ประชาชนในชุมชนเห็นด้วยว่าเป็นสิ่งสำคัญของศักยภาพของชุมชนมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 3.88 ถึง 3.98 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน ส่วนด้านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยพิจารณาในประเด็นการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในการส่งเสริมและพัฒนาชุมชนสุขภาวะพบว่าประชาชนเห็นด้วยว่าตนเองและ/หรือคนในชุมชนมีส่วนร่วม โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.46 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน

วัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อศึกษารูปแบบการจัดกิจกรรมชุมชนสุขภาวะบนพื้นฐานศักยภาพของชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

จากการศึกษา รูปแบบการกิจกรรมการสร้างชุมชนสุขภาวะที่ดี ทั้ง 3 ด้านคือ กิจกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง กิจกรรมการทำอาหารสุขภาพจากวัตถุดิบในพื้นที่ และกิจกรรมการออกกำลังกายควรมีรูปแบบ ดังนี้

1. กิจกรรมมีลักษณะที่ประชาชนสามารถทำด้วยตนเองได้
2. กิจกรรมที่ต้องใช้เวลาสั้นๆ ไม่เป็นอุปสรรคในการประกอบอาชีพ
3. กิจกรรมที่ทำหากต้องมีอุปกรณ์หรือวัตถุดิบประกอบต้องสามารถหาได้ง่ายจากชุมชน

วัตถุประสงค์ที่ 3 เพื่อสร้างแกนนำกิจกรรมชุมชนสุขภาวะ

จากการวิจัย พบว่ากระบวนการสร้างแกนนำโดยการอบรมให้ความรู้และการลงมือปฏิบัติจริงทำให้มีแกนนำใน 3 กลุ่มได้แก่ แกนนำการออกกำลังกายแบบยืดเหยียดกล้ามเนื้อ แกนนำด้านอาหารสุขภาพ และแกนนำด้านการดูแลสุขภาพตนเอง จำนวนกลุ่มละ 10 คน ซึ่งทั้งหมดเป็นสมาชิก อสม. และผู้สนใจสามารถศึกษาเพิ่มเติมได้จากคู่มืออบรมแกนนำชุมชนสุขภาวะ

5.2 อภิปรายผล

จากการศึกษาชุมชนสุขภาวะบนพื้นฐานศักยภาพของชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย: กรณีศึกษาชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ผู้วิจัยได้ทำการอภิปรายผลการศึกษิตตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ประเด็นการศึกษาศักยภาพชุมชน และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมชุมชนสุขภาวะ ซึ่งในการศึกษาพบว่าชุมชนมีศักยภาพและการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาแยกประเด็นได้แก่คือ ผู้นำชุมชน ซึ่งประชาชนเห็นว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริม

การเป็นชุมชนสุขภาพวะ ทั้งนี้บทบาทของผู้นำชุมชนมีความสำคัญมากในการดำเนินกิจกรรมของท้องถิ่น เช่น พิษณุ ภูวนิศลป์, สัญญา เคนาภูมิ และเสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร (2558, หน้า 149) ที่นำเสนอเรื่อง บทบาทของผู้บริหารท้องถิ่นในศตวรรษที่ 21 ว่า โดยทั่วไปผู้บริหารเป็นผู้มีบทบาทสำคัญมากที่สุดในการบริหารองค์กร เพราะผู้บริหารเป็นผู้นำ เป็นผู้กำหนดนโยบายกำหนดจุดมุ่งหมาย วางแผน และกำหนดเป้าหมายตลอดจนวิธีการดำเนินงาน เปรียบเสมือนเข็มทิศนำทาง เพื่อให้การบริหารองค์การบรรลุผลสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และนโยบายของรัฐ และจะต้องรับผิดชอบในการดำเนินงานกิจการต่าง ๆ มีส่วนรับผิดชอบ เช่นเดียวกับการศึกษาของ อมรเทพ จันทร์ดวน (2554, บทคัดย่อ) ที่ศึกษาบทบาทการมีส่วนร่วมของผู้นำท้องถิ่น ว่ามีความสำคัญอย่างมากในการกำหนดนโยบายการบริหาร การจัดทำแผนพัฒนา และการแก้ปัญหาอุปสรรคในการทำงาน สอดคล้องกับและวัลภารัตน์ มีชำนาญ (2555, หน้า 78-81) ที่ว่าชุมชนที่มีประสิทธิภาพมักมีผู้นำชุมชนที่ดีที่ได้รับการคัดเลือกและความไว้วางใจจากชุมชน มีความเสียสละ มีเมตตา มีคุณธรรม มีความรู้ และการตัดสินใจที่ดี มากกว่านั้น อภิชาติ พานสุวรรณ (2557, บทคัดย่อ) ได้เสนอว่าลักษณะของผู้นำที่จะทำให้การพัฒนาชุมชนได้สมควรเป็นผู้นำชุมชนที่มีความเก่งและความดีควบคู่กันไป ด้านความเก่งผู้นำชุมชนควรมีคุณลักษณะดังนี้ มีความรู้ทางการศึกษา สามารถวิเคราะห์จุดอ่อนจุดแข็ง โอกาสและอุปสรรคของชุมชนได้ มีวิสัยทัศน์กว้างไกลสามารถคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นกับชุมชนในอนาคตและเตรียมการรองรับได้แก้ไขปัญหาได้ทันเวลา มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ผู้นำชุมชนสามารถคิดได้และกำหนดแนวทางในการพัฒนาชุมชนได้เอง มีความเฉลียวฉลาดมีการวางแผนการทำงานผู้นำชุมชนต้องวางแผนก่อนการทำงาน มีการกำหนดเป้าหมายในการทำงานทุกครั้ง สามารถกำหนดมาตรฐานในการทำงานได้มีการติดตามและประเมินผลการทำงาน มีความมุ่งมั่นตั้งใจในการทำงาน มั่นใจในตนเอง กล้าตัดสินใจ ด้านความดีผู้นำชุมชนควรมีคุณลักษณะดังนี้ มีคุณธรรม จริยธรรม สื่อสัจสุจริต เสียสละ เห็นประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญ อ่อนน้อมถ่อมตน ให้เกียรติผู้อื่น รับฟังความคิดเห็นผู้อื่น รู้จักกาลเทศะ มนุษย์สัมพันธ์ดี วางตัวเหมาะสม เป็นแบบอย่างที่ดีแก่ชุมชน มีความรับผิดชอบ ปรับปรุงและพัฒนาตัวเองอยู่เสมอ

อย่างไรก็ตามผู้นำชุมชนนั้นไม่สามารถทำงานได้เพียงลำพัง จำเป็นต้องอาศัยทรัพยากรบุคคลงบประมาณ การสนับสนุนจากภาครัฐและหน่วยงานเอกชนที่เกี่ยวข้อง และการสื่อสารในชุมชน ดังเช่น ผลการศึกษาของ เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ และ ปนัดดา ปรียทฤม (2557, หน้า 1-15) ที่ได้ทำการศึกษากระบวนการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพชุมชน 14 ชุมชนในพื้นที่ภาคกลางพบว่า ระบบกลไกการทำงานที่สำคัญในการดูแลสุขภาพของชุมชน เกิดจากนโยบายของรัฐ และความต้องการของคนในชุมชน โดยใช้ต้นทุนด้านบุคคลในชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญในการดำเนินงาน ร่วมกับเงินทุนและปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม เป็นตัวขับเคลื่อนและออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในชุมชน

นอกจากการให้ความสำคัญกับตัวผู้นำชุมชนแล้ว ชูสิกร ด่านยุทธศิลป์ (2554, หน้า 82-83) ยังได้นำเสนอถึงความสำคัญของการใช้ชุมชนเป็นฐานในการพัฒนาสุขภาพว่า การสร้างเสริมสุขภาพให้ความสำคัญต่อกระบวนการหรือเครื่องมือที่เอื้อต่อการทำงาน ให้สำเร็จบรรลุ ตามเป้าหมายนั้น ๆ ซึ่งการท างานสร้างเสริมสุขภาพเป็นทั้งศาสตร์และศิลปะในการช่วยให้ประชาชนปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำรงชีวิตและผสมผสานกลวิธีการสอนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพโดยคำนึงถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพที่หลากหลายทั้งทางสิ่งแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจและกายภาพเพื่อนำไปสู่ สุขภาวะที่ดี การจัดการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคโดยใช้ชุมชนเป็นฐานนั้นกิจกรรมจะมีหลากหลาย เช่น การสร้างความตระหนักให้เห็นความสำคัญของภาวะสุขภาพที่ดีและมีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม การลดปัจจัยเสี่ยงการเพิ่มความตระหนักต่อความสำคัญของสิ่งแวดล้อมและปรับปรุงให้ดีขึ้น และการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของชุมชนต้องให้คุณค่าต่อชุมชนโดย 1) ให้ความเคารพต่อภูมิปัญญาของชุมชน 2) มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพกับชุมชนด้วยรูปแบบที่ไม่ซับซ้อน 3) ใช้ความรู้ทักษะต่าง ๆ ของคนในชุมชน ศักยภาพและทรัพยากรต่าง ๆ ของชุมชนในการสร้างเสริมพลังของชุมชน และ 4) การทำงานควรให้ความสำคัญต่อความสามารถของชุมชนมากกว่าค้นหาสิ่งที่ชุมชนขาด และได้สรุปถึงหลักการสำคัญในการช่วยให้เกิดการพัฒนาศักยภาพชุมชนไว้ 4 ประการคือ

1. สมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วมกันในฐานะหุ้นส่วนที่เท่าเทียมกัน
2. องค์กรประกอบในการสร้างเสริมสุขภาพและการประเมินผลต้องนำมาบูรณาการเข้าด้วยกัน
3. องค์กรชุมชนและโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพควรมีความยืดหยุ่นเพื่อตอบสนองต่อสมาชิกของชุมชน
4. โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพควรเป็นชุดความรู้ที่สามารถเรียนรู้ร่วมกัน

จากข้อมูลตัวอย่างที่นำมาเสนอข้างต้นจะพบได้ว่าศักยภาพของชุมชนนั้นเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างในการพัฒนาให้ชุมชนเป็นชุมชนที่มีสุขภาวะที่ดีและยั่งยืน ดังนั้นการพัฒนาชุมชนสุขภาวนั้นจำเป็นต้องประเมินและพัฒนาศักยภาพของชุมชนก่อนที่จะดำเนินกิจกรรมการพัฒนาอื่น ๆ ด้านสุขภาพต่อไป

ประเด็นต่อมา คือการศึกษารูปแบบการจัดกิจกรรมชุมชนสุขภาวะบนพื้นฐานศักยภาพของชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จากการศึกษาตามกรอบการวิจัยที่กำหนดไว้ 3 คือ ด้านการออกกำลังกายแบบยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ด้านอาหารสุขภาพ และด้านการดูแลรักษาตนเอง โดยจากการศึกษาการดำเนินกิจกรรมนั้นเน้นในประเด็นหลักคือ กิจกรรมมีลักษณะที่ประชาชนสามารถทำด้วยตนเองได้ ไม่จำเป็นต้องมีสมาชิกมาร่วมทำ จึงไม่เกิดข้อจำกัดในเรื่องจำนวนคนที่จำเป็นต้องมาทำกิจกรรมร่วมกัน เป็นกิจกรรมที่สามารถทำได้เองในครอบครัว เช่น การออกกำลังกายตามท่า

การบริหารแบบยืดหยุ่น การประกอบอาหารสุขภาพรับประทานเองที่บ้าน เป็นต้น กิจกรรมลักษณะที่ทำได้เองนี้อาจทำที่ที่พักอาศัยไม่ได้เป็นการบังคับให้ทำ แต่ทำด้วยความเต็มใจของผู้ปฏิบัติเองเพราะไม่ต้องรู้สึกว่าจะมีใครมาดู ทั้งยังเป็นการสร้างสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว (กรมพลศึกษา, 2557, หน้า 5-8) ประเด็นถัดมาคือกิจกรรมที่ต้องใช้เวลาสั้นๆ ไม่เป็นอุปสรรคในการประกอบอาชีพ เนื่องจากผลจากการศึกษาด้วยการสัมภาษณ์ และการทำสัมมนากลุ่มย่อยพบว่าปัญหาประการหนึ่งที่ทำให้ประชาชนไม่มีเวลาดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเองคือการใช้เวลาส่วนใหญ่ในแต่ละวันไปกับการประกอบอาชีพ เนื่องด้วยประชาชนในพื้นที่ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย รับจ้างทั่วไป และการเกษตร ทำให้ไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพของตน ดังนั้นข้อเสนอที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ที่ประชาชนต้องการคือกิจกรรมต่าง ๆ ที่จะต้องไม่กระทบต่อช่วงเวลาในการประกอบอาชีพของคนในพื้นที่ ซึ่งถือเป็นการใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมตามแนวคิดลักษณะในการทำกิจกรรมนันทนาการของ Weiskopf (1982, pp. 10-11) ที่ได้สรุปว่าลักษณะของกิจกรรมนันทนาการที่ดีควรมีลักษณะดังนี้

1. นันทนาการเป็นกิจกรรมที่สมัครใจ (Volunteer)
2. นันทนาการเกิดขึ้นในเวลาว่าง (Leisure Time)
3. นันทนาการก่อให้เกิดความสนุกสนาน (Enjoyment)
4. นันทนาการเป็นกิจกรรมที่มีการกระทำ (Activities)
5. นันทนาการก่อให้เกิดวิสัยทัศน์กว้างไกล (Broad in Concept)
6. นันทนาการช่วยส่งเสริมความสดชื่น (Refreshing Change of Pace)
7. นันทนาการเป็นสิ่งที่มีความคุณค่าและสร้างสรรค์ (Should be Whole sane and Constructive)
8. นันทนาการเป็นสิ่งที่สังคมยอมรับและต้องการ (Should be Socially Acceptable)
9. นันทนาการเป็นกิจกรรมที่ให้ประโยชน์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสร้างเสริมคุณธรรม จริยธรรม (Contribute to the Physical Mental and Moral Welfare of the Participant)

นอกจากนี้จากการวิจัยยังได้ข้อสรุปว่ากิจกรรมที่ทำหากต้องมีอุปกรณ์หรือวัสดุติดประกอบต้องสามารถหาได้ง่ายจากชุมชน ไม่สิ้นเปลืองหรือเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายให้แก่ประชาชน อย่างไรก็ตามประเด็นนี้ทางหน่วยงานภาครัฐในท้องถิ่นได้มีการสนับสนุนในอุปกรณ์ที่จำเป็นบางส่วนเช่น อุปกรณ์ในการออกกำลังกายที่ประชาชนสามารถเข้ามายืมใช้ได้ รวมทั้งมีการจัดสถานที่ให้ทำกิจกรรมด้วย ทั้งนี้แนวคิดเหล่านี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะธิดา นาคะเกษียร (2558, หน้า 8) เรื่องกฎบัตรออตตาวากับบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ที่นำเสนอว่า หลักการเชิงยุทธศาสตร์ของกฎบัตรออตตาวาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพมีสำคัญ 5 ประเด็น โดยหนึ่งในประเด็น

นั่นคือ การเสริมสร้างชุมชนที่เข้มแข็ง (Strengthening community action) ซึ่งการพัฒนาชุมชนเป็นการตั้งศักยภาพของทรัพยากรมนุษย์และใช้ทรัพยากรวัตถุที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อพัฒนาความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและสนับสนุนซึ่งกันและกัน ในขณะที่ สิ้นศึกดีชนม์ อุ่นพรมมี (2556, หน้า 2) ได้เรียบเรียงและนำเสนอในส่วนของกฎบัตรรอดตายเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพว่า ปัจจัยพื้นฐานก่อนมีสุขภาพดีประการหนึ่งคือ การมีแหล่งทรัพยากรที่เพียงพอ รวมทั้งเจตจำนงต่อการสร้างเสริมสุขภาพต้องไม่เป็นการการผลาญทรัพยากร และซูลีกร ด้านยุทธศิลป์ (2554, หน้า 87) ยังได้นำเสนอถึงองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในการเสริมสร้างสุขภาพของชุมชนไว้ 9 ประการโดยหนึ่งในประเด็นเหล่านั้นคือ การขับเคลื่อนทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์ แหล่งประโยชน์ของชุมชนอาจมาจากภายในและภายนอกชุมชน เช่น คน เงิน ที่ดิน อาคารสิ่งก่อสร้าง ภูมิปัญญา ท้องถิ่น ทักษะ ความเชี่ยวชาญและอุปกรณ์ต่าง ๆ เป็นต้น

ส่วนประเด็นสร้างแกนนำกิจกรรมชุมชนสุขภาวะ เป็นประเด็นที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งเนื่องจากเจ้าหน้าที่รัฐเองที่มีจำนวนจำกัดในการเข้าไปส่งเสริมสุขภาพ การสร้างและส่งเสริมให้แกนนำจึงเป็นการกระจายความรู้ให้แก่ทีมงานเข้าไปดำเนินการ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการส่งเสริมสุขภาพชุมชน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ (2555, หน้า 8-9) ที่ได้รับบุว่า การส่งเสริมสุขภาพชุมชนให้มีประสิทธิภาพกระบวนการหนึ่งที่ต้องดำเนินการคือการสร้างแกนนำของชาวบ้าน หรือ ทีมส่งเสริมสุขภาพชุมชน โดยแกนนำมีความรับผิดชอบคือ สืบหาข้อมูล วิเคราะห์ศึกษาชุมชน ค้นหาปัญหา โยงใยปัญหา จัดลำดับความสำคัญปัญหาของชุมชน ร่วมจัดทำแผนชุมชนวางแผนในการจัดทำกิจกรรม แผนงาน / โครงการเพื่อแก้ไขปัญหาของชุมชน จัดทำกิจกรรมแผนงาน / โครงการเพื่อแก้ไขปัญหาของชุมชน และร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเมินภาวะสุขภาพของชุมชน นอกจากนี้ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2556, หน้า 4) ยังได้อธิบายว่า อสม. ที่ทำหน้าที่เป็นแกนนำควรมีบทบาท ดังนี้

1. เป็นผู้ปฏิบัติตน และนำพาบุคคลในครอบครัวปฏิบัติตามหลัก 3อ. 2ส.
2. เป็นผู้ร่วมดำเนินการสั่งการ ควบคุมกำกับ ให้คำชี้แนะ ในกระบวนการจัดการด้านสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่
 - 2.1 การจัดทำแผนด้านสุขภาพ ระดมพลังความคิดเพื่อขับเคลื่อนให้เกิดแผนสร้างเสริมสุขภาพสู่การปฏิบัติ และแผนการแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่
 - 2.2 การจัดการงบประมาณ เป็นแกนนำในการระดมทุนด้านงบประมาณ และทรัพยากรที่จำเป็นในการขับเคลื่อนแผนการสร้างเสริมสุขภาพ
 - 2.3 การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ เป็นแกนนำจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน เช่นการเฝ้าระวังโรคที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ และเป็นบุคคลตัวอย่างในการนำออกกำลังกายด้วยรูปแบบที่เหมาะสมตามวัยสัปดาห์ละอย่างน้อย 5 วัน เป็นต้น

2.4 การประเมินผลการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม

3. เป็นแกนนำในการสร้างเสริมสุขภาพให้คนในชุมชนตื่นตัว และรับผิดชอบต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี
4. เป็นแกนนำในการริเริ่มและสนับสนุนให้เกิดมาตรการทางสังคมด้านสุขภาพ

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

- 1) ข้อมูลจากการศึกษาศักยภาพชุมชนสามารถนำมาใช้เป็นตัวแปรเริ่มต้นในการศึกษาศักยภาพชุมชนอื่นได้
- 2) ข้อมูลในการศึกษาศักยภาพชุมชนสามารถใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนในการนำเสนอโครงการที่ตรงกับศักยภาพของชุมชนได้
- 3) ข้อมูลจากการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบของกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่ได้รับจากการศึกษาสามารถเป็นข้อมูลให้กับหน่วยงานเกี่ยวข้องในการกำหนดลักษณะกิจกรรมหรือโครงการให้ตรงกับความต้องการของประชาชน
- 4) การสร้างแกนนำเพื่อส่งเสริมชุมชนสุขภาพจะโดยการจัดทำเป็นคู่มืออบรมแกนนำชุมชนสุขภาพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้สนใจทั่วไปสามารถนำไปใช้เป็นต้นแบบในการอบรมได้

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

- 1) การดำเนินการวิจัยครั้งต่อไปผู้วิจัยควรมีการดำเนินการตรวจสอบและเพิ่มมิติในการประเมินศักยภาพชุมชนให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น รวมทั้งมีการวิเคราะห์ถึงสัดส่วนค่าน้ำหนักของแต่ละตัวแปรที่นำมาศึกษาด้วย
- 2) การดำเนินครั้งต่อไปจากการวิจัยนี้ผู้วิจัยอาจทำการพัฒนาวิธีการและกิจกรรมที่หลากหลายมากยิ่งขึ้นเพื่อให้สามารถดึงดูดความสนใจของประชาชนในชุมชนในการเข้าร่วมทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งแสวงหาวิธีการที่ทำให้ประชาชนเข้าร่วมทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

บรรณานุกรม

บรรณานุกรมภาษาไทย

- กรมพลศึกษา. (2557). *คู่มือผู้นำนันทนาการ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรมิฟองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2548). *การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ*. Retrieved from http://www.doph.anamai.moph.go.th/menu_detail.Php?id=24
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *คู่มือ อสม. นักจัดการสุขภาพชุมชน*. กรุงเทพฯ.
- กระทรวงสาธารณสุข. กรมอนามัย. สำนักส่งเสริมสุขภาพ. 2553. *คู่มือการส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรมิฟองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กาญจน์ บุญวงศ์วิโรจน์. (2554). *การพัฒนาการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นในการจัดการจัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนาสุขภาพของประชาชน ตำบลท่าลาดขาว อำเภอโคกชัย จังหวัดนครราชสีมา*. สารานุกรมศาสตร์มหาบัณฑิต. สาขาการพัฒนสุขภาพชุมชน. มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.
- กานต์รวี กอบสุข. (2554). *รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านโคกบรแลง ตำบลบุฤาษี อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์*. วิทยานิพนธ์. สารานุกรมศาสตร์มหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- กุลธิดา ภูมิ่ง. (2558). *กลยุทธ์การจัดการเครือข่ายศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น*. ดุษฎีนิพนธ์. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- เกษราพร ทิราวงศ์. (2554). *การพัฒนาศักยภาพชุมชนบ้านแม่แรม ตำบลเตาปูน อำเภอสอง จังหวัดแพร่ ด้วยการท่องเที่ยวเชิงนิเวศ เพื่อสร้างความเข้มแข็งของชุมชนอย่างยั่งยืน*. มหาวิทยาลัยแม่โจ้.
- เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล และคณะ. (2014). *การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม*. สืบค้นเมื่อ 16 พฤศจิกายน 2558, จาก <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4066?locale-attribute=th>
- คณะกรรมการจัดทำข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย. 2552. *ข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย*. สำนักพิมพ์ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ ไพร์ซ์ จำกัด. กรุงเทพฯ.
- โครงการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคใต้ของประเทศไทย. (2558). *คู่มือการจัดทำ แผนพัฒนาและงบประมาณโดยใช้ทุนทางสังคมเป็นฐาน*. กรุงเทพฯ: สถาบันพระปกเกล้า.

- จันทร์กานต์ ทรงเดช, ศิริพร เรียบร้อย, ปนิตา บรรจงสินศิริ, นื่องนุช ศิริวงศ์ และกิตติลักษณ์ ปะสะ กวี. (2555). *การพัฒนาผลิตภัณฑ์อาหารว่างเพื่อสุขภาพจากเห็ด*. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (คหกรรมศาสตร์) มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. กรุงเทพฯ.
- จันทร์จรัส จันทร์จารุพงศ์. (2549). *ผลการส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับเคมีบำบัด*. สืบค้นเมื่อ 16 พฤศจิกายน 2558, จาก http://www.thaicam.go.th/index.php?option=com_content&view=article.
- จินดา บุญช่วยเกื้อกุล. 2541. *การดูแลรักษาและส่งเสริมสุขภาพ: สุขภาพเพื่อชีวิต*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- จุฬารณณ์ โสตะ. (2554). *แนวคิด ทฤษฎีและการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชวนชม ภาวัตธนยา. (2553). *การพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพชุมชน สำหรับผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลโพธาราม*. วิทยานิพนธ์. เกษตรศาสตร์มหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ชุติมา ทองวชิระ. (2553). *ผลของการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชุติมา ลีลาอุดมลิป. (2552). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์*. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. ออนไลน์: 64-75.
- ชุลีกร ด่านยุทธศิลป์. (2554). *การสร้างเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูสุขภาพ และการเสริมสร้างพลังอำนาจในชุมชน*. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 25, หน้า 82-91.
- ณัฐนิชา อุทธโยธา. (2555). *การจัดการสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ของเครือข่ายภาคประชาชนตำบลแม่สุก อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา*. วิทยานิพนธ์. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ณัฐภูมิ จันทร์สว่าง. (2555). *การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร*. วิทยานิพนธ์. สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ธนพรพรรณ เชื้องดี. (2553). *การศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการพัฒนาท้องถิ่นตามบทบาทของอำเภอขามทะเลสอ*. วิทยานิพนธ์. รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ธรรมบุญ มีสมสืบ. (2547). *การออกกำลังกายด้วยการเล่นกีฬา*. กรุงเทพฯ : แมค.
- นงเยาว์ มานิตย์. (2553). *ผลของการออกกำลังกายโดยการยืดกล้ามเนื้อต่ออาการปวดหลังส่วนล่างและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้รับงานเย็บเสื้อผ้าไปทำที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอาชีวอนามัย. บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นาฏสุดา เขมณะสิริ. (2556). *รายงานการวิจัยการพัฒนาศักยภาพชุมชนเพื่อการท่องเที่ยวเชิงเกษตร : กรณีจังหวัดภูเก็ตและจังหวัดชลบุรี*. สำนักวิทยบริการและเทคโนโลยีสารสนเทศ. สถาบันวิจัยและพัฒนา. มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม.

- นันทพร นิลวิเศษ. (2533). สมุนไพร. ใน *สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน*. เล่ม 14. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: อริรินทร์. หน้า 247-281.
- นันทิภา สิงห์ทอง. (2011). การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุแบบองค์รวม ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศิระชะละเลิง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *JOURNAL OF NAKHONRATCHASIMA COLLEGE*. 5(2): 25-30.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2541). *การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ :หมอชาวบ้าน.
- ประวิตร เจนวรรณกุล. (2547). กุมภาพันธ์. “*บัญญัติ10 ประการของการออกกำลังกาย*.” *Health Today Thailand*. 3(3): 80-83.
- ประเสริฐ เทพทะเล. (2554). *การพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพในการจัดทำแผนปฏิบัติการ พัฒนาสุขภาพท้องถิ่น ตำบลท่าจะหลุง อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์. สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2556). *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ครีเอชั่น.
- ปิยะธิดา นาคะเกษียร. (2558). ภูมิบัตรอดตาวากับบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ. *Journal of Nursing Science*. 33, pp. 6-14.
- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525. (2525). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรเจริญทัศน์.
- พรนิภา ไครบุตร. 2543. *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในชมรมผู้สูงอายุ เพื่อสุขภาพระพีงทอง สกลนคร*. สกลนคร : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร
- พรรณเพ็ญ เครือไทย. 2543. *มหาพนตำรายา*. เชียงใหม่: สถาบันวิจัยสังคมมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรสวรรค์ มาแสง. (2552). *การพัฒนาศักยภาพการบริหารงบประมาณตามระบบหลักประกันสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดสุพรรณบุรี*. วิทยานิพนธ์. สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- พระครูสุวิธานพัฒนบัณฑิต. (2557). *การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัด ขอนแก่นโดยเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่าย*. รายงานวิจัย. สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- พระมหาประกาศิต สิริเมโธ (ฐิติปสิทธิกร). (2556). *การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงของชุมชนบ้านคลองใหม่ อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม*. วิทยานิพนธ์. พุทธศาสตรมหาบัณฑิต (การพัฒนาสังคม). มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 สืบค้นเมื่อ 16 พฤศจิกายน 2558, จาก http://wops.moph.go.th/ops/minister_06/Office2
- พานทิพย์ แสงประเสริฐ. (2554). *การเสริมสร้างสุขภาพและการป้องกันโรคเรื้อรัง: จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พิชญ์ณัฐา พรณศิลป์ สัญญา เคนาภูมิ และเสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร (2558). บทบาทของผู้บริหารท้องถิ่นในศตวรรษที่ 21. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*. 3 (2), หน้า 146-161
- พิชิต ภูติจันทร์. (2547). *วิทยาศาสตร์การกีฬา*. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.

- พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. (2558). *การพยาบาลอาชีวอนามัย: แนวคิดและการปฏิบัติ*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: บริษัท แดเน็กซ์ อินเทอร์เน็ตคอร์ปอเรชั่น จำกัด.
- เพ็ญจันทร์ สิทธิปริษาชาญ และ ปณิตดา ปรียทฤณ. (2557). กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพชุมชน: 14 กรณีศึกษาในชุมชนพื้นที่ภาคกลาง. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*. 1-15
- เพ็ญศรี พงษ์ประภาพันธ์ สุวิมล แสนเวียงจันทร์ และ ประทีป ปัญญา. (2553). *การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยเบาหวาน ในชุมชนวัดปุระณาวาส*. งานวิจัยฉบับสมบูรณ์(สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี.
- ภัสพร ขำวิชา เพ็ญศิริ สันตโยภาส ภัทร์ธนิดา ศรีแสง และกาญจนา กิริยางาม. (2557). การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ในชุมชนซอยจ๊าก เขตบางซื่อ กรุงเทพมหานคร. *วารสารเกื้อการุณย์*. 21(2): 83-96.
- ภัสรวลัย ศีตีสาร, อรุณวรรณ สุวรรณรัตน์ และจาวรพรรณ ใจลังกา. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*. 9(2): 120-136.
- มันทนา จริยรัตน์ไพศาล. (2542). *สุขภาพผู้สูงอายุ*. กำแพงเพชร : คณะวิทยาการจัดการและเทคโนโลยีสถาบันราชภัฏกำแพงเพชร.
- มนูญ พลายชุม. (2554). *การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครเยาวชนตำบลเขาพระบาท อำเภอเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช*. วิทยานิพนธ์. สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- เยาวภา ตี้อัฐสุวรรณ. (2555). *แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ ระบบสุขภาพ และการพัฒนาสุขภาพ ในเอกสารการสอนชุดวิชา พัฒนาการของมนุษย์และสุขภาพ หน่วยที่ 1-5*. สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- เยาวลักษณ์ วงษ์ประภารัตน์ และคณะ. (2557). *รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านสันทรายหลวง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่*. รายงานวิจัยเพื่อท้องถิ่นฉบับสมบูรณ์. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- ลดาวลัย จ้อยประดิษฐ์. (2553). *กระบวนการจัดการและผลการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในจังหวัดราชบุรี*. วิทยานิพนธ์. วิทยาศาสตร์สุขภาพ. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ละคร บุญแจ้ง. (2555). *การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการสร้างสุขภาพ: ตำบลท่าช้าง คล้อง อำเภอผาขาว จังหวัดเลย*. วิทยานิพนธ์. สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วสันต์ แสนเหล่า. (2544). *การสร้างเสริมจิตลักษณะเพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายของนักเรียนประถมศึกษา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพลศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- วารีย์ สายันหะ. (2546). *การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ*. วิทยานิพนธ์ปริญญา สาขาจิตวิทยาชุมชน มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- เว็บสารสนเทศสุขภาพไทย. *ความรู้ทั่วไปกับเบาหวาน*. (2558). สืบค้นเมื่อ 16 พฤศจิกายน 2558, จาก http://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/teachnology_report.doc.
- วิฑูรย์ ตันสุวรรณรัตน์. (2545). *ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการออกกำลังกายกับพฤติกรรมการเรียนของนักศึกษาสถาบันเทคโนโลยีราชมงคล วิทยาเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พลศึกษา). ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิวัฒน์ เอกบูรณวัฒน์. (2554). *สร้างเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกาย*. Retrieved from <http://www.thaiocmed.org>
- วิโรจน์ เป็นสุข. (2554). *การจัดการเครือข่ายส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบางทอง อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา*. วิทยานิพนธ์. รัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วีระศักดิ์ เครือเทพ. (2550). *เครือข่าย: นวัตกรรมการทำงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น*. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- วีระศักดิ์ เมืองไพศาล. (2556). *การป้องกัน การประเมินและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์.
- วรวิทย์อวิรุทธ์วรกุล และ ชีระพงษ์มาลัยทอง. (2550). *การพัฒนาดัชนีชี้วัด ความเข้มแข็งของชุมชน*. *วารสารเศรษฐกิจและสังคม*. 40-47.
- วัลภารัตน์ มีชำนาญ. (2555). *กระบวนการพัฒนาศักยภาพชุมชนเพื่อสนับสนุนระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนบ้านมหาโพธิ์ อำเภอเมืองน่าน*. วิทยานิพนธ์. ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- วรวิทย์ พลชัย. (2552). *สมุนไพรอายูวัฒนะ*. *วารสารกรมส่งเสริมอุตสาหกรรม*, (52), 17-19.
- ศรันยา ดีสมบุญ. (2551). *โปรแกรมกิจกรรมทางกายในการทำกิจกรรมประจำวันที่บ้านของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอก การพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิราวัลย์ อินทามระ, อุษา คงทอง และบุญเรือง ศรีเหรียญ. (2557). *การศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพองค์รวมของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 2*. *วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์*. 8(1): 117-131.
- ศิวพร อึ้งวัฒนา และพรพรรณ ทรัพย์ไพบุลย์กิจ. (2555). *การพยาบาลชุมชน*. เชียงใหม่ : ころงช่างพิมพ์ ตั้ง จำกัด.
- สมบุญ ธรรมลังกา. (2556). *รูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นฐานในจังหวัดเชียงราย*. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์*. 58-66.
- สมยศ พรหมบุตร. (2554). *การยึดเหนี่ยวดกลำน้ำก่อนและหลังออกกำลังกาย*. Retrieved from <http://www.nurse.tu.ac.th/pdf/ยึดเหนี่ยว/pdf>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์. (2555). *คู่มือการปฏิบัติงาน กระบวนการส่งเสริมสุขภาพชุมชน (ฉบับปรับปรุง ปี 2555)*. ประจวบคีรีขันธ์.

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพ. (2553). *คู่มือหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชน*. หน้า 67 นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพ. นนทบุรี.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2555). *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 11 (2555-2559)*.
- สร้อยญา กุมพล. (2555). *ศึกษาการดูแลสุขภาพองค์รวมในผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบมีส่วนร่วมตามแนววิถีพุทธในบริบทวัฒนธรรมอีสาน: กรณีศึกษาพื้นที่เขตเมือง ในจังหวัดขอนแก่น*. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 31(5): 179-201.
- สถาบันการพลศึกษาวิทยาเขตสุพรรณบุรี. (2550). *สรีรวิทยาการกีฬาและการออกกำลังกาย*. Retrieved from <http://www.ipesp.ac.th/Physiology/html> 47
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2545). *การออกกำลังกายทั่วไปและเฉพาะโรคผู้สูงอายุ*. นนทบุรี: ชุมชนสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). *โรคความดันโลหิตสูง*. สืบค้นเมื่อ 16 พฤศจิกายน 2558, จาก <http://www.thaihypertension.org/information.html>.
- สกุณา บุญนารากร. (2552). *การสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมทุกช่วงวัย*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา: เหมการพิมพ์.
- สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี. (2556). *พัฒนาการสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด.
- สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. (2548). *ภาวะสมองเสื่อม. ตำราเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. (2551). *คู่มือยืดอายุสมอง*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดดูเคชั่น.
- สุขพัชรา ซิ้มเจริญ. (2546). *การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ*. กรุงเทพมหานคร : ประสานมิตร.
- สุदारัตน์ กางทอง, วัฒนา สุภีระ และ กาญจนา วงษ์สวัสดิ์. (2552). *พฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรในมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร*. สืบค้นเมื่อ 16 พฤศจิกายน 2558, จาก <http://cph.snru.ac.th/UserFiles>.
- สุนทรีย์ สิงหนุตตรา. (2535). *สรรพคุณสมุนไพรร 200 ชนิด*. กรุงเทพฯ: คุณ 39 จำกัด.
- สุรชาติ สินวรรณ และณัฐบตี วิริยวัฒน์. (2014). ความหลากหลายของสมุนไพรรและการใช้ประโยชน์ในพื้นที่เขาพระ อำเภอดงหลวงนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี. *SDU Res. J.* 7 (1): Jan-April.
- สุรีย์ ธรรมิกบวร. (2014). *ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์*. สืบค้นเมื่อ 16 พฤศจิกายน 2558, จาก <http://www.nurse.ubu.ac.th/sub/knowledgedetail/PD.pdf>.
- สุรศักดิ์ บูรณตรีเวทย์. (2554). *โรกระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดเนื่องจากการทำงาน*. ใน อุดลย์ บัณฑุกุล (บรรณาธิการ), *ตำราอาชีพเวชศาสตร์* (หน้า 845-866). กรุงเทพฯ: ราชทัณฑ์.
- เสาวนีย์ ฤดี. (2554). *สุขภาพขององค์รวมแนวพุทธ : กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลราชวิถี*. ปริญญาพุทธศาสตร์มหาบัณฑิต (สาขาวิชาชีวิตและความตาย). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- หทัยชนก บัวเจริญ และคณะ. (2553). *การพยาบาลในระสุขภาพ*. สมุทรปราการ : โครงการสำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- อบเชย วงศ์ทอง. *โภชนศาสตร์ครอบครัว*. (2553). สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. กรุงเทพฯ.

- อภิชาติ พานสุวรรณ. (2557). *การพัฒนาคุณลักษณะผู้นำชุมชนในเขตเทศบาลจังหวัดพระนครศรีอยุธยา*. วิทยานิพนธ์ หลักสูตรปริญญาพุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- อมรเทพ จันทร์ตวน. (2554). *บทบาทการมีส่วนร่วมของผู้นำท้องถิ่นในการบริหารงานของเทศบาลตำบลในอำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี*. วิทยานิพนธ์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยทักษิณ.
- อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม. 2543. *วังสุวิสิชีวิตใหม่*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- อุไร หัถกิจ และวาริรัตน์ ถาน้อย. (2555). การพยาบาลองค์กรรวมและการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน: การบูรณาการแนวคิดสู่การจัดการศึกษาพยาบาล. *วารสารสภากาชาดพยาบาล*. 27: 5-17.
- อุ้นเอื้อ สิงห์คำ และ น้อยเล็ก คุณวราดิศย์. (2014). กระบวนการและผลของการสร้างเสริมสุขภาพองค์กรรวมวิถีพุทธ. *วารสารสมาคมนักวิจัย*. 19 (1): 73-85.

บรรณานุกรมภาษาต่างประเทศ

- Barnum, B.S. (1998). *Nursing Theory*. (5th ed.). Philadelphia : PA : Lippincott.
- Burns, A., O'Brien, J., and Ames, D. (2005). *Dementia*. (3rd ed.). UK.: Edward Arnold Ltd.
- Chinn, P.L., & Kramer, M.K. (1995). *Theory and Nursing a Systematic Approach*. (4th ed.). St. Louis : Mosby.
- Fawcett, J. (1993). *Analysis and Evaluation of Nursing Theories*. Philadelphia, PA : F.A. Davis Company.
- Hoppe, B. and Reineltb, C. (2010). Social Network Analysis and the Evaluation of Leadership Networks. *The Leadership Quarterly*. 21(4):p. 600-619.
- Inverarity, L. (2007). *Stretching 101*. Retrieved from <http://www.physicaltherapy.about.com/od/flexibilityexercises/>
- Johnson, E. (2011). *Stretching at work: ART literature review*. Retrieved from <http://www.optimalperformanceclinic.com/educational.../88-stretching-at-work.html>
- Klangsin, P. (2007). *Ergonomic intervention for reducing work-related musculoskeletal disorders by WISE technique in a cardboard box factory* (Unpublished master' thesis). Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Marin, A. and Wellman, B. (2011). *Social Network Analysis: An Introduction*. in the SAGE Handbook of Social Network Analysis. Edited by J. Scott & P. J. Carrington. pp. 11-25. London: SAGE.
- Michale, M. (2006). Collaborative public management: Assessing what we know and how we know it. *Public Administration Review*. 35 -36.

- Orem, D. (2001). Application of Orem's Self-Care Deficit theory. Retrived from http://en.wikipedia.org/wiki/Dorothea_Orem. 15 November 2015.
- Pender, N.J. (1987). *Health promotion in Nursing Paractice*. (2nd ed.). Stamford, CT : Appleton & Lange.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parson, M.A. (2002). *Health Promotion in Nursing Practice*. (4th ed.). Upper Saddle River, N.J. : Prentia Hall.
- Pender, N. J. (2006). *Health Promotion in Nursing Practice*. (4th ed.). California: Appleton & Lange.
- Smith, J. and Priscilla, W. (2006). Understanding the Different Faces of Partnering. *A Typology of Public-Private Partnerships School Leadership and Management*. 249-298.
- Weiskopf, D. C., (1982). *Recreation and leisure: Improving the quality of life*. IN: Published by Allyn and Bacon.
- WHO. (2003). *WHO definition of Health*. Retrived from www.who.int/about/definition/en/-14k.15 November 2015

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัย

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัย

1. รองศาสตราจารย์ ดร. สมบูรณ์ ศิริสรธริรัญ
2. รองศาสตราจารย์ ดร. สุปราณีวี ขวัญบุญจันทร์
3. รองศาสตราจารย์ ดร. ทศนีย์ ลิ้มสุวรรณ
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทร์ทิวา เจียรณัย
5. รองศาสตราจารย์ ดร.รุ่งภาพ คงฤทธิ์ระจัน

ภาคผนวก ข

ความเที่ยงตรงของเครื่องมือการวิจัย

การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา

แบบสอบถามเรื่อง **ชุมชนสุขภาวะบนพื้นฐานศักยภาพของชุมชนและการมีส่วนร่วมของ
ภาคีเครือข่ายกรณีศึกษา ชุมชนอำเภอเมือง สุพรรณบุรี**

คำชี้แจง	+1 หมายถึง ข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย
	0 หมายถึง ข้อคำถามนั้นท่านไม่แน่ใจว่ามีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย
	-1 หมายถึง ข้อคำถามนั้นไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกาย

ข้อคำถาม	ความเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ					IOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	
ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย						
1. การออกกำลังกายเป็นประจำทำให้เจ็บป่วยน้อยลง	1	1	1	1	1	1.00
2. การออกกำลังกายประกอบไปด้วย ช่วงอบอุ่น ร่างกาย ช่วงฝึกจริง ช่วงผ่อนคลาย	1	1	0	1	1	0.80
3. การออกกำลังกายให้มีสุขภาพดี คือ ครึ่งละ 15-30 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน	1	1	0	1	1	1.00
4. บุคคลที่มีสุขภาพแข็งแรงไม่จำเป็นต้องออกกำลังกาย	0	0	0	0	0	0
5. การออกกำลังกายทำให้ระบบไหลเวียนเลือด กล้ามเนื้อ และระบบอื่นๆ แข็งแรงขึ้น	1	1	1	1	1	1.00
6. ผู้ที่มีโรคประจำตัวไม่ควรออกกำลังกาย	1	1	0	1	1	0.80
7. การออกกำลังกายช่วยผ่อนคลายความตึงเครียด ทำให้ นอนหลับได้ดีขึ้น	1	1	1	1	1	1.00
8. การออกกำลังกายเป็นการหด ยึดกล้ามเนื้อ และข้อต่อ	1	1	1	1	1	1.00
9. การออกกำลังกายทำให้เกิดการใช้ออกซิเจนและเผา ผลาญอาหารในร่างกายเพิ่มขึ้น	1	1	1	1	1	1.00
10. การออกกำลังกายส่งผลให้เพิ่มปริมาณโลหิตไปสู่ปอดทำให้ ให้การไหลเวียนของปอดดีขึ้น	1	1	1	1	1	1.00
11. การออกกำลังกายส่งผลให้ลดอัตราการเต้นของ หัวใจ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจดีขึ้น ให้ไม่ เหนื่อยง่าย	1	1	1	1	1	1.00
12. การออกกำลังกายสามารถลดสัดส่วน/ทำให้รูปร่างดีขึ้น	1	1	1	1	1	1.00
13. การออกกำลังกายช่วยสร้างสุขภาพจิตที่ดี	1	1	1	1	1	1.00
14. การออกกำลังกายทำให้ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็น โรคหัวใจและความดันโลหิตสูง	1	1	1	1	1	1.00

ข้อคำถาม	ความเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ					IOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	
15. การออกกำลังกายเสริมสร้างให้มีการพบปะผู้คน ทำให้มีสังคมที่กว้างขวางมากขึ้น	1	1	0	1	1	0.80
16. ก่อนออกกำลังกายทุกครั้งไม่จำเป็นต้องทำการอบอุ่นร่างกาย	1	1	1	1	1	1.00
17. การยืดกล้ามเนื้อทุกครั้งก่อนและหลังการออกกำลังกายช่วยลดการเกิดการบาดเจ็บ	0	0	0	0	0	0
18. การยืดกล้ามเนื้อทุกครั้งก่อนและหลังการออกกำลังกาย ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการออกกำลังกายให้ดีขึ้น	1	1	1	1	1	1
19. การยืดเหยียดกล้ามเนื้อและเส้นเอ็นทุกๆวัน อย่างถูกวิธี จะช่วยทำให้ลดอาการปวดเมื่อยได้	1	1	1	1	1	1
20. การยืดกล้ามเนื้อ และการออกกำลังกายให้กล้ามเนื้อแข็งแรง สามารถช่วยปรับโครงสร้างกล้ามเนื้อ,เส้นเอ็น,และกระดูก ให้ร่างกายดูดีขึ้น เช่น หลังค่อมน้อยลง	1	1	1	1	1	1
ทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย						
1. การออกกำลังกายทำให้เสียค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น	1	1	0	1	1	0.80
2. ผู้สูงอายุไม่ควรออกกำลังกายเพราะทำให้สุขภาพทรุดโทรม	1	1	0	1	1	0.80
3. ผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงดีไม่จำเป็นต้องออกกำลังกาย	1	1	0	1	1	0.80
4. การออกกำลังกายเป็นประจำทำให้สดชื่น และคลายเครียด	1	1	-1	1	0	0.40
5.การออกกำลังกายเป็นประจำช่วยชะลอความเสื่อมของร่างกายได้	1	1	-1	1	0	0.40
6. การออกกำลังกายทำให้เหนื่อยล้าและนอนไม่หลับ	1	1	-1	1	0	0.40
7. การออกกำลังกายเป็นประจำทำให้รูปร่างกระชับได้สัดส่วน มีความคล่องตัว	1	1	-1	1	0	0.40
8. ผู้ที่มีโรคประจำตัวต้องปรึกษาแพทย์ก่อนออกกำลังกาย	1	1	-1	1	0	0.40
9. การออกกำลังกายทำให้ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ	1	1	-1	1	0	0.40
10. การออกกำลังกายเป็นการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์	1	1	1	1	1	1
11. ควรมีการยืดกล้ามเนื้อก่อนออกกำลังกายแต่ละครั้ง	1	1	-1	1	0	0.40
12. ควรออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 15-30 นาที	1	1	-1	1	0	0.40
13. ควรออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน	1	1	-1	1	0	0.40

ข้อคำถาม	ความเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ					IOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	
พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ตอบแบบสอบถาม						
1. ท่านออกกำลังกายด้วยวิธีใด	1	1	1	1	1	1.00
2. ท่านออกกำลังกายบ่อยแค่ไหน	1	1	1	1	1	1.00
3. เวลาที่ท่านออกกำลังกายแต่ละครั้ง	1	1	1	1	1	1.00
4. ช่วงเวลาที่ท่านออกกำลังกาย	1	1	1	1	1	1.00
5. ท่านออกกำลังกายที่ไ้มากที่สุด	1	1	1	1	1	1.00

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง

ข้อคำถาม	ความเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ					IOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง						
1. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีอาการปวดศีรษะ ตาพร่า เวียนศีรษะ อาเจียน	1	1	0	1	1	0.80
2. ผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูงไม่จำเป็นต้องดูแลตัวเองเป็นพิเศษ	1	1	-1	1	0	0.40
3. หากมีมดมาตอมปัสสาวะท่าน แสดงว่าท่านอาจป่วยเป็นโรคเบาหวาน	1	1	0	1	1	0.80
4. การรับประทานอาหารหวานมากๆ ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน	1	1	0	1	1	0.80
5. หากผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูงไม่ดูแลสุขภาพตนเองมักเกิดโรคไตวายภายหลัง	1	1	0	1	1	0.80
6. ผู้ป่วยโรคไตวายจะมีอาการบวมตามใบหน้าและปลายมือ ปลายเท้า	1	1	0	1	1	0.80
7. ผู้ป่วยโรคหัวใจจะมีอาการนอนราบไม่ได้ เหนื่อย หรือต้องลุกนั่งหายใจตอนกลางคืน	1	1	0	1	1	0.80
8. การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงอาหารมัน-อาหารเค็ม ช่วยลดการเกิดโรคหัวใจวายได้	1	1	0	1	1	0.80
9. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง มักมีอาการอัมพาตครึ่งซีกหรือชาครึ่งซีก พูดจาไม่ชัดกลืนอาหารหรือน้ำลำบาก ไม่รู้สึกตัว	1	1	0	1	1	0.80
10. ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองคือ การสูบบุหรี่ ความเครียด โรคหลอดเลือด	1	1	0	1	1	0.80
11. โรคอ้วนคือโรคที่พบในคนที่มีรูปร่างอ้วนเท่านั้น	1	1	0	1	1	0.80
12. โรคอ้วนไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้เนื่องจากเป็นกรรมพันธุ์	1	1	0	1	1	0.80
13. โรคท้องร่วง มักมีอาการถ่ายเหลว ถ่ายบ่อย อ่อนเพลีย อุจจาระมีกลิ่นเหม็น	1	1	-1	1	0	0.40
14. โรคท้องร่วงไม่สามารถป้องกันได้	1	1	-1	1	0	0.40
15. คนที่มีการอาการหลงลืมบ่อยๆ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม	1	1	0	1	1	0.80
16. คนที่เป็นโรคสมองเสื่อมควรจำกัดบริเวณให้อยู่แต่ในบ้าน	1	1	0	1	1	0.80

ข้อคำถาม	ความเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ					IOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	
ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง						
1. ท่านเชื่อว่าผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ควรหลีกเลี่ยงไม่ดื่มเครื่องดื่มปรุงรส เช่น โซส น้ำปลา ในอาหาร	1	1	1	1	1	1.00
2. ท่านเชื่อว่าสมุนไพรไทยสามารถรักษาอาการความดันโลหิตสูงได้	1	1	-1	1	0	0.40
3. ท่านเชื่อว่าเมื่อท่านป่วยเป็นโรคเบาหวานและทานยาเบาหวานแล้วไม่จำเป็นต้องงดอาหารหวาน	1	1	1	1	1	1.00
4. ท่านเชื่อว่าถ้าพ่อแม่ของท่านไม่เป็นเบาหวาน ท่านก็จะเป็นเบาหวานเช่นกัน	1	1	1	1	1	1.00
5. ท่านเชื่อว่าโรคไตเกิดจากการรับประทานน้ำน้อย	1	1	0	1	1	0.80
6. ท่านเชื่อว่าโรคไตมักเกิดเฉพาะในผู้สูงอายุเท่านั้น	1	1	-1	1	0	0.40
7. ท่านเชื่อว่าโรคหัวใจเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้	1	1	-1	1	0	0.40
8. ท่านเชื่อว่าการออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงอาหารมัน อาหารเค็ม ช่วยลดการเกิดโรคหัวใจวายได้	1	1	-1	1	0	0.40
9. ท่านเชื่อว่าโรคอัมพาตเป็นโรคเรื้อรังโรคกรรม ไม่สามารถป้องกันได้	1	1	1	1	1	1.00
10. ท่านเชื่อว่าโรคอ้วนเป็นโรคที่ไม่สามารถป้องกันได้	1	1	1	1	1	1.00
11. ท่านเชื่อว่าโรคอ้วนเกิดจากการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม	1	1	-1	1	0	0.40
12. ท่านเชื่อว่ารับประทานอาหารที่ปรุงไว้นานแล้วไม่ทำให้เกิดโรคท้องร่วง	1	1	-1	1	0	0.40
13. ท่านเชื่อว่าโรคท้องร่วงไม่ทำอันตรายให้เกิดการเสียชีวิต	1	1	-1	1	0	0.40
14. ท่านเชื่อว่าผู้สูงอายุที่มีอาการกำเริบเกิดจากผีเข้า	1	1	-1	1	0	0.40
15. ท่านเชื่อว่าภาวะสมองเสื่อมสามารถป้องกันและชะลอความเสื่อมได้	1	1	0	1	1	0.80
พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง						
1. เมื่อท่านมีอาการปวด ท่านซื้อยาแก้ปวดมารับประทานเอง	1	1	1	1	1	1.00
2. เมื่อท่านเป็นโรคความดันโลหิตสูง ท่านต้องรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์อย่างสม่ำเสมอ	1	1	1	1	1	1.00
3. ท่านมักแบ่งปันยาลดความดันโลหิตให้แก่เพื่อนบ้านที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเช่นกัน	1	1	1	1	1	1.00
4. เมื่อท่านมีอาการใจสั่น หน้ามืด เวียนศีรษะ ท่านจะไปพบแพทย์เพื่อตรวจรักษา	1	1	1	1	1	1.00

ข้อคำถาม	ความเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ					IOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	
5. ท่านจะหลีกเลี่ยงอาหารที่มีกะทิและไขมันสูง และใช้น้ำมันพืชในการประกอบอาหารเสมอ	1	1	1	1	1	1.00
6. เมื่อท่านรู้สึกไม่สบายหรือมีอาการผิดปกติ ท่านจะไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษาทุกครั้ง	1	1	1	1	1	1.00
7. ท่านไปตรวจสุขภาพร่างกายประจำปีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	1	1	1	1	1	1.00
8. ท่านมีอาการใจสั่น เหนื่อยง่าย เวลาวิ่งเรื่องกังวลใจ	1	1	1	1	1	1.00
9. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลตนเองจากเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ	1	1	1	1	1	1.00
10. เมื่อท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับสุขภาพ ท่านมักสอบถามข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สุขภาพทุกครั้ง	1	1	1	1	1	1.00
11. ท่านดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อย วันละ 8-10 แก้ว	1	1	1	1	1	1.00
12. ท่านนอนหลับในเวลากลางคืนได้วันละ 5-6 ชั่วโมง	1	1	1	1	1	1.00
13. ท่านไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ เมื่อมีอารมณ์โกรธหรือไม่พอใจในเหตุการณ์ในชีวิต	1	1	1	1	1	1.00
14. ท่านมักจดบันทึกเรื่องราวต่างๆ และฝึกสมองบ่อยๆ	1	1	1	1	1	1.00
15. ท่านไม่สามารถบวก ลบเลขที่เคยทำได้	1	1	0	1	1	0.80

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

ข้อความ	ความเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ					IOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	
ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร						
1. การกินผักผลไม้เป็นประจำทุกวันช่วยป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง	1	1	1	1	1	1.00
2. การกินอาหารที่มีรสเค็มทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง	1	1	1	1	1	1.00
3. การกินอาหารโดยปรุงจากวิธีต้ม นึ่ง อบ จะช่วยลดปริมาณไขมันในอาหารลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน	1	1	1	1	1	1.00
4. กินผักมากๆสามารถช่วยลดความอ้วนได้	1	1	1	1	1	1.00
5. การกินอาหารที่ไขมันสูง อาหารประเภททอด หรืออาหารที่ปรุงด้วยกะทิ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง	1	1	1	1	1	1.00
6. การกินอาหารที่มีรสหวานจัดทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน	1	1	0	1	1	0.80
7. การกินผักหลายๆ ชนิดที่มีสีสั่นแตกต่างกัน ช่วยป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง	1	1	0	1	1	0.80
8. การกินแป้ง/ข้าวมากๆจะทำให้เป็นโรคอ้วน	1	1	1	1	1	1.00
ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร						
1. การบริโภคอาหารครบทุกหมู่ในปริมาณที่เหมาะสมและหลากหลายชนิดช่วยให้ร่างกายแข็งแรง	1	1	0	1	1	0.80
2. การบริโภคข้าวกล้องมีผลดีต่อสุขภาพลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน	1	1	0	1	1	0.80
3. การบริโภคไขมันจากสัตว์ดีกว่าไขมันจากพืช	1	1	1	1	1	1.00
4. การรับประทานกล้วยน้ำว้าช่วยรักษาโรคกระเพาะอาหาร	1	1	1	1	1	1.00
5. การบริโภคผักและผลไม้เป็นประจำดี เพราะช่วยให้ร่างกายต้านทานต่อการเกิดโรค	1	1	1	1	1	1.00
6. การบริโภคอาหารรสจัดแม้จะอร่อยแต่ทำให้เสียสุขภาพ	1	1	0	1	1	0.80
7. น้ำอัดลมเป็นเครื่องดื่มที่เหมาะสมสำหรับคนรุ่นใหม่						
8. การอดอาหารเข้าเป็นวิธีลดความอ้วนที่ดี	1	1	0	1	1	0.80
9. ผู้ที่มีน้ำหนักน้อยควรบริโภคอาหารจุกจิก	1	1	0	1	1	0.80

ข้อคำถาม	ความเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ					IOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร						
1. ทานกินอาหารที่ไขมันสูงและอาหารทอด เช่น ขาหมู ตัดมัน หมูสามชั้นหนังไก่ คอหมูย่าง ไก่ทอด กลัวยทอด ปาท่องโก๋	1	1	0	1	1	0.80
2. ทานเติมน้ำปลา หรือน้ำปลาพริก ในอาหารที่รับประทานเพื่อให้มีรสเค็มขึ้น	1	1	0	1	1	0.80
3. ทานกินอาหารรสหวานจัด เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน ขนมเค้ก โดนัท คุกกี้	1	1	0	1	1	0.80
4. ทานกินขนมกรุบกรอบ เช่น มันฝรั่งทอด ข้าวอบกรอบ ข้าวเกรียบ ข้าวโพดอบกรอบ	1	1	0	1	1	0.80
5. ทานกินอาหารรสเค็มจัด เช่น ปลาเค็ม เนื้อเค็ม ไข่เค็ม	1	1	0	1	1	0.80
6. ทานกินผักและผลไม้ วันละไม่น้อยกว่า 500 กรัม (5 ทัพพี)	1	1	1	1	1	1.00
7. ทานกินอาหารหรือขนมหวานที่ปรุงด้วยกะทิ เช่น แกงเขียวหวาน มีสมัน แกงคั่ว กลัวยบวดชี และบัวลอย	1	1	0	1	1	0.80
8. ทานกินอาหารประเภทต้ม นึ่ง ลวก อบ	1	1	1	1	1	1.00
9. ในหนึ่งวัน ทานกินผักอย่างน้อยสามสี เช่น ผักสีเขียว ผักสีแดง และผักสีเหลือง	1	1	1	1	1	1.00

ส่วนที่ 5 ศักยภาพชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่ส่งเสริมการเป็นชุมชนสุขภาวะ

ข้อคำถาม	ความเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ					IOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	
บทบาทของผู้นำชุมชนในการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาวะของชุมชน						
1. ผู้นำชุมชนมีการส่งเสริมการจัดให้มีศูนย์หรือองค์กรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับสุขภาพชุมชนทั้งด้านการให้คำปรึกษา การดูแลสุขภาพ และพัฒนาด้านจิตใจ	1	1	1	1	1	1.00
2. ผู้นำชุมชนมีการส่งเสริมการจัดให้มีศูนย์กลางการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพชุมชนเช่น ชมรมสุขภาพ เป็นต้น	1	1	1	1	1	1.00
3. ผู้นำชุมชนมีการสนับสนุนการแสวงหาเครือข่ายความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน	1	1	1	1	1	1.00
4. ผู้นำชุมชนสนับสนุนให้มีการรวมกลุ่มกันเพื่อสอดส่องดูแลอาหาร สินค้า และสารเคมีที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของสมาชิกในชุมชนและสิ่งแวดล้อม	1	1	1	1	1	1.00
5. ผู้นำชุมชนสนับสนุนให้มีการสร้างจิตสำนึกในการดูแลสุขภาพในครอบครัวและชุมชนด้วยตนเอง	1	1	1	1	1	1.00
6. ผู้นำชุมชนสนับสนุนให้มีการสร้างเสริมความรู้เรื่องสุขภาพในกลุ่มประชาชนทุกกลุ่มอย่างทั่วถึง	1	1	1	1	1	1.00
7. ผู้นำชุมชนสนับสนุนให้มีการกิจกรรมพัฒนาสุขภาพชุมชน ตลอดจนให้คำแนะนำปรึกษาด้านสุขภาพ	1	1	1	1	1	1.00
8. ผู้นำชุมชนมีการจัดสรรทรัพยากรเช่น เงินทุนอย่างเพียงพอเพื่อการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน	1	1	1	1	1	1.00
9. ชุมชนของท่านมีรูปแบบการจัดสวัสดิการสุขภาพของตนเอง	1	1	1	1	1	1.00
10. ผู้นำชุมชนสนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับสุขภาพเช่น เวทีชาวบ้าน เวทีประชาคม	1	1	1	1	1	1.00
11. ชุมชนของท่านมีสถานที่เพื่อการเสริมสร้างสุขภาพอย่างเพียงพอ เช่น ลานกีฬา	1	1	1	1	1	1.00
12. ชุมชนของท่านมีกระบวนการจัดการปัญหาการเกิดโรคหรือปัจจัยแวดล้อมที่อาจนำไปสู่การเกิดโรคอย่างมีประสิทธิภาพ	1	1	1	1	1	1.00
13. ผู้นำชุมชนมีการสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้มีสุขภาพดีด้วยการให้รางวัลหรือประกาศเกียรติคุณ	1	1	1	1	1	1.00

ข้อคำถาม	ความเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ					IOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	
การมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในการพัฒนาให้ชุมชนมีสุขภาวะที่ดี						
1. ท่านทราบข้อมูลเกี่ยวกับแผนชุมชนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของคนในชุมชน	1	1	1	1	1	1.00
2. ท่านมีส่วนร่วมในการรวบรวมภูมิปัญญาท้องถิ่น และจัดระบบข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพ	1	1	1	1	1	1.00
3. ท่านมีโอกาสนำเสนอความคิดเพื่อจัดทำแผนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน	1	1	1	1	1	1.00
4. ท่านมีส่วนร่วมดำเนินการจัดทำแผนชุมชนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของคนในชุมชน	1	1	1	1	1	1.00
5. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพของชุมชนทุกครั้ง	1	1	1	1	1	1.00
6. การร่วมทำกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพในชุมชนของท่านเป็นไปอย่างอิสระ ไม่ได้ถูกบังคับ	1	1	1	1	1	1.00
7. หน่วยงานที่จัดกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพเปิดโอกาสให้ประชาชนในชุมชนเข้าร่วมอย่างเท่าเทียมกัน	1	1	1	1	1	1.00
8. ท่านคิดว่าการเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพที่หน่วยงานจัดขึ้นเป็นประโยชน์ต่อท่านอย่างยิ่ง	1	1	1	1	1	1.00
9. ท่านได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพในแต่ละครั้งอย่างคุ้มค่า	1	1	1	1	1	1.00
ข้อมูลเกี่ยวกับภาคีเครือข่ายเพื่อการพัฒนาชุมชนสุขภาวะ						
1. ชุมชนของท่านมีเครือข่ายภายนอกเกี่ยวข้องด้านใดบ้าง	1	1	0	1	1	0.80
2. เครือข่ายที่ชุมชนของท่านดำเนินการร่วมด้วยนั้นมีลักษณะเป็นเครือข่ายอย่างเป็นทางการ (มีการทำหนังสือหรือบันทึกข้อความอย่างเป็นทางการ)	1	1	1	1	1	1.00
3. หน่วยงานภายนอกที่ให้การสนับสนุนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนให้การสนับสนุนด้านใดบ้าง	1	1	0	1	1	0.80
4. ท่านมีส่วนร่วมในการนำเสนอความคิดในการจัดกิจกรรมร่วมกับเครือข่ายภายนอกทุกครั้ง	1	1	1	1	1	1.00
5. ชุมชนของท่านมีการจัดกิจกรรมร่วมกับเครือข่ายภายนอกเป็นประจำ	1	1	1	1	1	1.00
6. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมที่จัดร่วมกับเครือข่ายภายนอกทุกครั้ง	1	1	1	1	1	1.00
7. ท่านคิดว่าการเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพที่เครือข่ายจัดขึ้นเป็นประโยชน์ต่อท่านอย่างยิ่ง	1	1	1	1	1	1.00
8. ท่านได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพเครือข่ายจัดขึ้นในแต่ละครั้งอย่างคุ้มค่า	1	1	1	1	1	1.00

ส่วนที่ 6 ความต้องการของประชาชนเพื่อการพัฒนาเป็นชุมชนสุขภาวะ

ความต้องการของประชาชนเพื่อการพัฒนา เป็นชุมชนสุขภาวะ	ความเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ					IOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	
1. ท่านต้องการให้ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ภาครัฐให้ความ ความสนใจและดูแลงานด้านสุขภาพมากยิ่งขึ้น	1	1	1	1	1	1.00
2. ท่านต้องการมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็น เกี่ยวกับแผนงานหรือกิจกรรมที่จะจัดในชุมชนมากยิ่งขึ้น	1	1	1	1	1	1.00
3. ท่านต้องการให้มีการนำเสนอข้อมูล ข่าวสารที่เป็น ประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และทั่วถึง	1	1	1	1	1	1.00
4. ท่านต้องบประมาณในการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ มากขึ้น	1	1	1	1	1	1.00
5. ท่านต้องการบุคลากรที่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการ ดูแลสุขภาพที่ดีที่สุดอย่างเพียงพอ	1	1	1	1	1	1.00
6. ท่านต้องการให้มีการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ และหรือ วัตถุดิบในการดำเนินกิจกรรมอย่างเพียงพอ	1	1	1	1	1	1.00
7. ท่านต้องการให้มีการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพ อย่างต่อเนื่อง	1	1	1	1	1	1.00
8. ท่านต้องการให้มีการติดต่อกับหน่วยงานภายนอก เพื่อให้ความช่วยเหลือหรือสนับสนุนเกี่ยวกับกิจกรรมที่ ส่งเสริมการพัฒนาสุขภาพ	1	1	1	1	1	1.00
9. ท่านต้องการให้มีการจัดสถานที่หรือสิ่งแวดล้อมที่เอื้อ ต่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชน เช่นลานกีฬา อย่าง เพียงพอ	1	1	0	1	1	0.80

ภาคผนวก ค

เครื่องมือการวิจัย

แบบสอบถาม

เรื่อง ชุมชนสุขภาวะบนพื้นฐานศักยภาพของชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายกรณีศึกษา ชุมชนอำเภอเมือง สุพรรณบุรี

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามประกอบด้วยเนื้อหา 7 ส่วน
 - ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
 - ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกาย
 - ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง
 - ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร
 - ส่วนที่ 5 ศักยภาพชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่ส่งเสริมการเป็นชุมชนสุขภาวะ
 - ส่วนที่ 6 ความต้องการของประชาชนเพื่อการพัฒนาเป็นชุมชนสุขภาวะ
 - ส่วนที่ 7 ปัญหาและข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการเป็นชุมชนสุขภาวะ
2. โปรดทำเครื่องหมาย ลงใน หน้าคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ 15 - 19 ปี 20 - 35 ปี
 36 - 59 ปี 60 ปีขึ้นไป
3. สถานภาพ โสด หม้าย หรือ แยกกันอยู่
 สมรส
4. การศึกษา ต่ำกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 6 มัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า
 ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ แม่บ้าน เกษตรกร
 ค้าขาย รับจ้างทั่วไป
 บุคลากรของหน่วยงานภาครัฐ พนักงานบริษัทเอกชน
 อื่นๆ โปรดระบุ
6. รายได้โดยประมาณของท่านต่อเดือน

<input type="checkbox"/> น้อยกว่าเท่ากับ 10,000 บาท	<input type="checkbox"/> 10,001 - 15,000 บาท
<input type="checkbox"/> 15,001 - 20,000 บาท	<input type="checkbox"/> 20,001 - 25,000 บาท
<input type="checkbox"/> 25,001 - 30,000 บาท	<input type="checkbox"/> มากกว่า 30,000 บาท
7. ท่านเจ็บป่วยด้วยโรคต่อไปนี้ ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

<input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน
<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดสมอง	<input type="checkbox"/> โรคสมองเสื่อม	<input type="checkbox"/> โรคอ้วน
<input type="checkbox"/> โรคกระดูกและข้อ	<input type="checkbox"/> โรคอื่นๆ โปรดระบุ	
<input type="checkbox"/> ไม่มี		

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกาย

ตอนที่ 2.1 ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย

ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย	ใช่	ไม่ใช่
1. การออกกำลังกายเป็นประจำทำให้เจ็บป่วยน้อยลง		
2. การออกกำลังกายประกอบด้วย 3 ช่วง ช่วงอบอุ่นร่างกาย ช่วงออกกำลังกาย ช่วงผ่อนคลาย		
3. การออกกำลังกายให้มีสุขภาพดี คือ ครั้งละ 15-30 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน		
4. การออกกำลังกายทำให้ระบบไหลเวียนเลือด กล้ามเนื้อ และระบบอื่น ๆ แข็งแรงขึ้น		
5. การออกกำลังกายทำให้เกิดการใช้ออกซิเจนและเผาผลาญอาหารในร่างกายเพิ่มขึ้น		
6. การออกกำลังกายสามารถลดสัดส่วนและป้องกันโรคอ้วน		
7. ผู้สูงอายุไม่ควรออกกำลังกายเพราะอาจทำให้เจ็บป่วย *		
8. การออกกำลังกายทำให้ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและความดันโลหิตสูง		
9. การออกกำลังกายไม่จำเป็นต้องทำเป็นประจำต่อเนื่อง *		
10. การออกกำลังกายเป็นประจำทำให้อ่อนไม่ค่อยหลับ *		
11. การยืดกล้ามเนื้อทุกครั้งก่อนและหลังการออกกำลังกาย ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการออกกำลังกายให้ดีขึ้น		
12. การยืดกล้ามเนื้อทุกครั้งก่อนและหลังการออกกำลังกายช่วยลดการเกิดการบาดเจ็บ		
13. การยืดเหยียดกล้ามเนื้อและเส้นเอ็นทุกวัน อย่างถูกวิธี จะช่วยทำให้ลดอาการปวดเมื่อยได้		
14. การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ทำให้ทำให้กล้ามเนื้อและข้อต่อมีความยืดหยุ่นและแข็งแรง		
15. การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เป็นการออกกำลังกายที่ผู้สูงอายุไม่ควรทำ เพราะจะทำให้บาดเจ็บได้ *		

ตอนที่ 2.2 ทศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย

ทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. การออกกำลังกายทำให้เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นโดยไม่จำเป็น *					
2. การออกกำลังกายในผู้สูงอายุทำให้สุขภาพทรุดโทรม *					
3. ผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงดีไม่จำเป็นต้องออกกำลังกาย *					
4. การออกกำลังกายเป็นทำให้สดชื่น และคลายเครียด					
5. การออกกำลังกายช่วยให้ชะลอวัย ไม่แก่					
6. การออกกำลังกายเป็นประจำทำให้อายุยืนยาว					
7. การออกกำลังกายเป็นการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์					

ตอนที่ 2.3 พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. ท่านออกกำลังกายด้วยวิธีใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- เดิน/เดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ เต้นแอโรบิก
 ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ โยคะ ถีบจักรยานอยู่กับที่
 ว่ายน้ำ เล่นกีฬา เช่น วอลเลย์บอล ปิงปอง อื่นๆ ระบุ.....

2. ท่านออกกำลังกายบ่อยแค่ไหน

- ไม่ได้ออกกำลังกาย น้อยกว่า 1 วันต่อสัปดาห์ 1-2 วันต่อสัปดาห์
 3 วันต่อสัปดาห์ 4 วันต่อสัปดาห์ 5 วันต่อสัปดาห์
 ทุกวัน

3. เวลาที่ท่านออกกำลังกายแต่ละครั้ง

- น้อยกว่า 15 นาที 15-30 นาที 30-60 นาที
 1-2 ชั่วโมง 3-4 ชั่วโมง มากกว่า 3 ชั่วโมง

4. ช่วงเวลาที่ท่านออกกำลังกาย

- 05.01 - 08.00 น. 08.01 - 11.00 น. 11.01 - 14.00 น.
 14.01 - 17.00 น. 17.01 - 20.00 น. 20.01 - 23.00 น.

5. ท่านออกกำลังกายที่ไหนมากที่สุด

- บ้านพัก ลานกีฬาชุมชน สถานที่เรียน/ที่ทำงาน
 ศูนย์กีฬาของราชการ สถานที่ออกกำลังกายเอกชน อื่นๆ โปรดระบุ

6. ท่านเข้าร่วมกลุ่มหรือชมรมกิจกรรมออกกำลังกายของชุมชน

- ไม่ได้เข้าร่วม เข้าร่วมและทำกิจกรรมเป็นประจำ
 เข้าร่วมและทำกิจกรรมเป็นบางครั้ง เข้าร่วมแต่ไม่ได้ทำกิจกรรม

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง

ตอนที่ 3.1 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงจะมีอาการปวดศีรษะ ตาพร่า เวียนศีรษะ อาเจียน		
2. ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงรับประทานอาหารเค็ม เครื่องปรุงรส หรือน้ำปลา ได้ตามต้องการ *		
3. การรับประทานอาหารหวานมากๆ ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน		
4. ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน เมื่อทานยาเบาหวานแล้ว ไม่จำเป็นต้องงดอาหารหวาน *		
5. หากผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูงไม่ดูแลสุขภาพตนเองมักเกิดโรคไตวายภายหลัง		
6. ผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูงเมื่ออาการดีแล้วไม่จำเป็นต้องควบคุมอาหาร *		

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง	ใช่	ไม่ใช่
7. ผู้ป่วยโรคหัวใจจะมีอาการนอนราบไม่ได้ เหนื่อย หรือต้องลุกมานั่งหายใจตอนกลางคืน		
8. การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงอาหารมัน-อาหารเค็ม ช่วยลดการเกิดโรคหัวใจวายได้		
9. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง มีอาการชาครึ่งซีก พูดไม่ชัดกลืนอาหาร หรือน้ำล้นปาก		
10. ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองคือ การสูบบุหรี่ ความเครียด โรคหลอดเลือด		
11. การบริโภคอาหารที่ให้พลังงานสูงหรือมีไขมันเป็นส่วนประกอบ เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคอ้วน		
12. ผู้ที่เป็นโรคอ้วนสามารถซื้อยาลดความอ้วนมารับประทานเองได้โดยไม่ต้องปรึกษาแพทย์ *		
13. โรคอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรค ความดันโลหิตสูง หัวใจ เบาหวาน และหลอดเลือดสมอง		
14. คนที่มีการอาการหลงลืมบ่อยๆ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม		
15. ภาวะสมองเสื่อมสามารถป้องกันและชะลอความเสื่อมได้		

ตอนที่ 3.2 ทศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง

ทศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. โรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่อง					
2. โรคหัวใจเป็นโรคที่เป็นเฉพาะในคนสูงอายุเท่านั้น *					
3. ผู้ที่ป่วยเป็นโรคหัวใจสามารถออกกำลังกายได้เมื่อปรึกษาแพทย์					
4. ถ้าพ่อแม่ของท่านไม่เป็นเบาหวานท่านก็จะไม่เป็นเบาหวานเช่นกัน *					
5. โรคอ้วนคือโรคที่พบในคนที่มีรูปร่างอ้วนเท่านั้น *					
6. โรคอ้วนสามารถรักษาให้หายขาดได้					
7. โรคอัมพาตเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้					
8. คนที่เป็นโรคสมองเสื่อมควรจำกัดบริเวณให้อยู่แต่ในบ้าน *					

ตอนที่ 3.3 พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง

คำชี้แจง

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านปฏิบัติตัวตามข้อความ 5-7 ครั้ง/สัปดาห์
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านปฏิบัติตัวตามข้อความ 3-4 ครั้ง/สัปดาห์
ปฏิบัตินานๆครั้ง	หมายถึง	ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านปฏิบัติตัวตามข้อความ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์
ปฏิบัติเล็กน้อย	หมายถึง	ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านปฏิบัติตัวตามข้อความ น้อยกว่าสัปดาห์ละ 1 ครั้ง
ไม่เคยปฏิบัติเลย	หมายถึง	ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านไม่เคยปฏิบัติตัวตามข้อความนั้นเลย

พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง	พฤติกรรมที่ปฏิบัติ				
	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	นานๆครั้ง	เล็กน้อย	ไม่เคยปฏิบัติ
1. เมื่อท่านมีอาการไม่สบายท่านซื้อยามารับประทานเอง *					
2. ท่านสำรวจและสังเกตอาการผิดปกติของร่างกายตัวเอง					
3. ท่านไปตรวจสุขภาพร่างกายประจำปีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง					
4. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลตนเองจากเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ					
5. เมื่อท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับสุขภาพ ท่านสอบถามข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ					
6. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในชุมชน เช่น รับประทานอาหาร ปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพ					
7. ท่านเป็นสมาชิกหรือเข้าร่วมกลุ่มการดูแลสุขภาพในชุมชน					

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

ตอนที่ 4.1 ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร	ใช่	ไม่ใช่
1. อาหารเพื่อสุขภาพเป็นอาหารที่ให้ประโยชน์แก่ร่างกาย มีคุณค่าทางโภชนาการ		
2. การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพเป็นประจำช่วยส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค		
3. อาหารเพื่อสุขภาพเหมาะสำหรับผู้ป่วยและผู้สูงอายุรับประทานเท่านั้น *		
4. ผู้สูงอายุรับประทานอาหารรสเค็มได้ อย่างไม่จำกัด เช่น ปลาเค็ม ไข่เค็ม ผักดอง *		
5. อาหารที่มีรสเค็ม เช่น เกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว ซอสปรุงรส อาหารดองเค็ม ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง		
6. อาหารที่โดยปรุงจากวิธีต้ม นึ่ง อบ ช่วยลดปริมาณไขมันในอาหาร		
7. การกินแป้งมากหรือกินอาหารที่มีรสหวานทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคอ้วน หรือ โรคเบาหวาน		
8. การกินขนมกรุบกรอบประจำ เช่น มันฝรั่งทอด ข้าวเกรียบ เสี่ยงต่อการเป็นโรคอ้วน		
9. การกินอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว เช่น กะทิ ไขมันสัตว์ และเนื้อสัตว์ที่มีไขมันติด เช่น หมูสามชั้น ทำให้มีไขมันในเลือดสูง		
10. การกินอาหารที่มีเส้นใยมาก เช่น ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ ผัก ผลไม้ และถั่วเมล็ดแห้งต่าง จะช่วยลดการดูดซึมไขมัน ช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ และโรคความดันโลหิตสูง		
11. การรับประทานอาหารในปริมาณที่เหมาะสมกับการใช้พลังงานในแต่ละวัน ช่วยป้องกันโรคอ้วน		
12. ผักผลไม้มีสารต้านอนุมูลอิสระสูง เช่น วิตามินซี วิตามินอี และสารอื่นๆ ที่ช่วยชะลอความแก่		
13. อาหารทอดด้วยน้ำมันซ้ำซาก เช่น ปาท่องโก๋ ปลาทอด ทอดมัน ไก่ทอด เป็นต้น น้ำมันที่ทอดอาหารซ้ำซาก ทำให้เกิดอนุมูลอิสระ และสารก่อมะเร็ง		

ตอนที่ 4.2 ทักษะเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพจะช่วยให้สุขภาพดี					
2. อาหารเพื่อสุขภาพควรรับประทานเมื่อตอนเจ็บป่วย *					
3. อาหารรสจัด เช่น หวานจัด เค็มจัด เผ็ดจัด ไม่มีผลดีต่อสุขภาพ					
4. การรับประทานอาหารหมักดองช่วยลดความอ้วน *					
5. การรับประทานผักสดและผลไม้เป็นประจำช่วยให้สุขภาพดี					
6. การดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวานเป็นประจำ เช่น น้ำอัดลม ช่วยให้ร่างกายสดชื่น สุขภาพแข็งแรง *					
7. การรับประทานอาหารหวานจัดเป็นประจำเสี่ยงเป็นเบาหวาน					
8. การทำอาหารให้อร่อยต้องใส่ ผงปรุงรส หรือ ผงชูรส *					
9. เครื่องปรุงรส หรือ ผงชูรส ใส่ในอาหารได้อย่างไม่จำกัด ไม่มีผลเสียต่อสุขภาพ *					

ตอนที่ 4.3 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

- ปฏิบัติเป็นประจำ** หมายถึง ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาปฏิบัติพฤติกรรมนั้น 5- 7 วันต่อสัปดาห์
- ปฏิบัติบ่อยครั้ง** หมายถึง ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาปฏิบัติพฤติกรรมนั้น 3-4 วันต่อสัปดาห์
- ปฏิบัตินานๆครั้ง** หมายถึง ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาปฏิบัติพฤติกรรมนั้น 1-2 วันต่อสัปดาห์
- ปฏิบัติเล็กน้อย** หมายถึง ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาปฏิบัติพฤติกรรมนั้น น้อยกว่าสัปดาห์ละ 1 ครั้ง
- ไม่เคยปฏิบัติเลย** หมายถึง ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลย

พฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร	พฤติกรรมที่ปฏิบัติ				
	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	นานๆ ครั้ง	เล็กน้อย	ไม่เคย ปฏิบัติ
1. ท่านรับประทานอาหารรสเค็ม เช่น ปลาเค็ม ไข่เค็มหรือเติมน้ำปลาในอาหารเพื่อให้มีรสเค็มขึ้น *					
2. ท่านรับประทานอาหารที่ไขมันสูงและอาหารทอด เช่น หมูสามชั้น หนังไก่ ไก่ทอด กุ้งทอด *					
3. ท่านรับประทานอาหารมีรสหวานหรือเติมน้ำตาลในอาหาร *					
4. ท่านรับประทานอาหารประเภทแป้ง เช่น ขนมปัง บะหมี่สำเร็จรูป *					

พฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร	พฤติกรรมที่ปฏิบัติ				
	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	นานๆ ครั้ง	เล็กน้อย	ไม่เคยปฏิบัติ
5. ท่านรับประทานผักและผลไม้ วันละไม่น้อยกว่า 500 กรัม (5 ทัพพี)					
6. ท่านรับประทานธัญพืช เช่น ถั่วชนิดต่างๆ ลูกเดือย					
7. ท่านเติมน้ำปลา ซีอิ๊ว หลังจากใส่เครื่องปรุงรสในอาหารสำเร็จรูป *					
8. ท่านประกอบอาหารรับประทานเองที่บ้าน					
9. ท่านใส่ผงชูรสหรือผงปรุงแต่งรสอาหาร ในอาหารที่ท่านทำ *					
10. ท่านใช้พืชผักที่มีในชุมชนในการประกอบอาหาร					
11. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับอาหารในชุมชน เช่น การให้ความรู้ การอบรมทำอาหาร					
12. ท่านเข้าร่วมกลุ่มหรือชมรมเกี่ยวกับอาหารในชุมชน เช่น ชมรมอาหาร กลุ่มอาหารต่างๆ					

ส่วนที่ 5 ศักยภาพชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่ส่งเสริมชุมชนสุขภาวะ

คำชี้แจง ผู้นำชุมชน หมายถึง ผู้นำในชุมชนของท่านทั้งที่เป็นทางการหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐและผู้นำที่ไม่เป็นทางการ

ตอนที่ 5.1 บทบาทของผู้นำชุมชนในการส่งเสริมและพัฒนาชุมชนสุขภาวะ

บทบาทของผู้นำชุมชน	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ผู้นำชุมชนมีการส่งเสริมการจัดให้มีศูนย์หรือหน่วยงานเกี่ยวกับสุขภาวะ/สุขภาพของชุมชน					
2. ผู้นำชุมชนส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพชุมชนเช่น ชมรมสุขภาพ เป็นต้น					
3. ผู้นำชุมชนมีการสนับสนุนการแสวงหาเครือข่ายความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน					
4. ผู้นำชุมชนสนับสนุนให้มีการรวมกลุ่มกันเพื่อสอดส่องดูแลอาหาร สินค้า และสารเคมีที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของสมาชิกในชุมชนและสิ่งแวดล้อม					
5. ผู้นำชุมชนสนับสนุนให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะ/สุขภาพชุมชน เช่น ให้ความรู้ ตรวจสอบสุขภาพ จัดอบรม จัดงานต่างๆ					
8. ผู้นำชุมชนมีการจัดสรรทรัพยากรเช่น เงินทุนอย่างเพียงพอ					

บทบาทของผู้นำชุมชน	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
เพื่อการดูแลสุขภาพในชุมชน					
9. ชุมชนของท่านมีการสนับสนุนให้มีแกนนำสุขภาพด้านต่างๆ เช่น ด้านออกกำลังกาย ด้านอาหาร ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง					
10. ชุมชนของท่านมีการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ/สุขภาพชุมชนอย่างทั่วถึง					

ตอนที่ 5.2 การมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในการส่งเสริมและพัฒนาชุมชนสุขภาพ

การมีส่วนร่วมของคนในชุมชน	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. ท่านทราบข้อมูลเกี่ยวกับแผนชุมชนที่เกี่ยวกับสุขภาพหรือสุขภาพของคนในชุมชน					
2. ท่านมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนหรือนำเสนอความคิดเพื่อจัดทำแผนชุมชนที่เกี่ยวกับสุขภาพหรือสุขภาพของคนในชุมชน					
3. ท่านมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพหรือสุขภาพในชุมชน เช่น การให้ความรู้ การอบรม การตรวจสุขภาพ การออกกำลังกาย และ การทำอาหาร					
4. ท่านเป็นแกนนำหรือผู้นำกลุ่มในการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพหรือสุขภาพในชุมชน เช่น การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง การออกกำลังกาย และอาหาร					
5. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพหรือสุขภาพในชุมชน เช่น การให้ความรู้ การอบรม การตรวจสุขภาพ การออกกำลังกาย และ การทำอาหาร					
6. ท่านได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพหรือสุขภาพในชุมชน					

ตอนที่ 5.3 ข้อมูลเกี่ยวกับภาคีเครือข่ายเพื่อการพัฒนาชุมชนสุขภาวะ

1. ชุมชนของท่านมีเครือข่ายภายในชุมชนที่เกี่ยวกับสุขภาวะหรือสุขภาพ ด้านใดบ้าง

<input type="checkbox"/> เครือข่ายด้านออกกำลังกาย	<input type="checkbox"/> เครือข่ายด้านอาหาร
<input type="checkbox"/> เครือข่ายด้านการดูแลสุขภาพ	<input type="checkbox"/> เครือข่ายอื่นๆ โปรดระบุ.....
<input type="checkbox"/> ไม่ทราบข้อมูล	
2. จากข้อ 1 เครือข่ายภายในชุมชนที่เกี่ยวกับสุขภาวะหรือสุขภาพ ให้การสนับสนุนด้านใดบ้าง

<input type="checkbox"/> เงินทุน	<input type="checkbox"/> ทรัพยากรหรือสิ่งของอื่นที่ไม่ใช่เงิน
<input type="checkbox"/> ข่าวสาร ข้อมูล หรือความรู้	<input type="checkbox"/> บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่
<input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบข้อมูล
3. ชุมชนของท่านมีเครือข่ายภายนอกชุมชน เช่น สถาบันการศึกษา หน่วยงานราชการ หรือเอกชน ที่เกี่ยวกับสุขภาวะหรือสุขภาพ ด้านใดบ้าง

<input type="checkbox"/> เครือข่ายด้านออกกำลังกาย	<input type="checkbox"/> เครือข่ายด้านอาหาร
<input type="checkbox"/> เครือข่ายด้านการดูแลสุขภาพ	<input type="checkbox"/> เครือข่ายอื่นๆ โปรดระบุ.....
<input type="checkbox"/> ไม่ทราบข้อมูล	
4. จากข้อ 3 เครือข่ายภายนอกชุมชน ที่เกี่ยวกับสุขภาวะหรือสุขภาพ ให้การสนับสนุนด้านใดบ้าง

<input type="checkbox"/> เงินทุน	<input type="checkbox"/> ทรัพยากรหรือสิ่งของอื่นที่ไม่ใช่เงิน
<input type="checkbox"/> ข่าวสาร ข้อมูล หรือความรู้	<input type="checkbox"/> บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่
<input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบข้อมูล

ข้อมูลเกี่ยวกับภาคีเครือข่าย	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
5. ท่านมีส่วนร่วมในการนำเสนอความคิดในการจัดกิจกรรมร่วมกับเครือข่ายทุกครั้ง					
6. ท่านมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมร่วมกับเครือข่ายเป็นประจำ					
7. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมที่จัดร่วมกับเครือข่ายทุกครั้ง					
8. ท่านได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพที่เครือข่ายจัดขึ้น					

ส่วนที่ 6 ความต้องการของประชาชนเพื่อการพัฒนาเป็นชุมชนสุขภาวะ

ความต้องการเพื่อการพัฒนาเป็นชุมชนสุขภาวะ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. ท่านต้องการให้ชุมชนมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาวะหรือสุขภาพ					
2. ท่านต้องการให้ชุมชนมีการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาวะหรือสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย อาหาร การดูแลสุขภาพตนเอง					
3. ท่านต้องการให้ชุมชนมีแกนนำจัดกิจกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาวะหรือสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านอาหาร ด้านการดูแลสุขภาพส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยตนเอง					
4. ท่านต้องการให้ชุมชนมีกลุ่มหรือชมรมที่จัดกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาวะหรือสุขภาพ					
5. ท่านต้องการให้ชุมชนมีการให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาสุขภาวะหรือสุขภาพของคนในชุมชนอย่างทั่วถึง					
6. ท่านต้องการให้ชุมชนสนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาวะหรือสุขภาพ					
7. ท่านต้องการให้ชุมชนสนับสนุน วัสดุอุปกรณ์ วัสดุดิบ และสถานที่จัดกิจกรรม					
8. ท่านต้องการให้ชุมชนมีการดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาวะหรือสุขภาพอย่างต่อเนื่อง					
9. ท่านต้องการให้ชุมชนมีเครือข่ายภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชนเพื่อให้การสนับสนุนกิจกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพ					

ส่วนที่ 7 ปัญหาและข้อเสนอแนะเพื่อสร้างรูปแบบการจัดกิจกรรมชุมชนสุขภาวะ

7.1 ปัญหาหรืออุปสรรคการจัดกิจกรรมชุมชนสุขภาวะ ด้านการออกกำลังกาย ด้านอาหาร ด้านการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

.....
.....
.....
.....

7.2 ข้อเสนอแนะเพื่อสร้างรูปแบบการจัดกิจกรรมชุมชนสุขภาวะ ด้านการออกกำลังกาย อาหาร การดูแลสุขภาพตนเอง

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ภาคผนวก ง

ภาพถ่ายกิจกรรมโครงการชุมชนสุขภาวะบนพื้นฐานศักยภาพของชุมชน

และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย: กรณีศึกษาชุมชน

อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี







ประวัติคณะผู้วิจัย

หัวหน้าโครงการ

- ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นางสาว สุชาดา โทผล
ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Miss, Suchada Thophon

2. เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน 3100200132095

3. ตำแหน่งปัจจุบัน ผู้ช่วยศาสตราจารย์

4. หน่วยงาน

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

เลขที่ 295 ถนนราชสีมา เขตดุสิต กรุงเทพฯ 11000

โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-4239410

โทรศัพท์มือถือ 095-9564474

e-mail suthophon@yahoo.com

5. ประวัติการศึกษา

- วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาล) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา
- วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สรีรวิทยา) คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (ทุนการศึกษามหาวิทยาลัยมหิดล)
- ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (ชีววิทยา) คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (ทุนเสริมสร้างนักวิทยาศาสตร์รุ่นใหม่ สถาบันพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ)

6. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระบุสาขาวิชาการ

พิษวิทยา, พยาธิวิทยา

7. ผลงานวิจัยการที่ตีพิมพ์เผยแพร่

1) ศรีสุตา หาญภาคภูมิ, ภาณุกิจ กันหาจันทร์, **สุชาดา โทผล**, สุขุมภรณ์ กระจ่างสังข์, จักรวาล ชมภูศรี และ อภิวัฏ ธีวสิน (2560). ฤทธิ์การกำจัดลูกน้ำยุงและการไต่ยุงของสารสกัดหยาดและน้ำมันหอมระเหยจากสะบเสือต่อยุงลายบ้าน ยุงรำคาญ และยุงก้นปล่อง. วารสารวิจัย มสส. (สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี). ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 เดือน กันยายน – ธันวาคม พ.ศ. 2560 กรุงเทพมหานคร.

2) **สุชาดา โทผล**, ปิยาภรณ์ วรานุสันติกุล, นิวัฒน์ กังวาน รังสรรค์. (2558). ความเป็นพิษและการตายแบบอะพอพโทซิสของเซลล์มะเร็ง โดยสารสกัดหยาดจากสะบเสือ. วารสารวิจัย มสส. (สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี). ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2559. กรุงเทพมหานคร.

3) ปิยาภรณ์ วรานุสันติกุล, **สุชาดา โทผล**, เจษฎา แพนาค, นิวัฒน์ กังวานรังสรรค์, ศรีสุตา หาญภาคภูมิ. (2559). การศึกษาการต้านอนุมูลอิสระของสารสกัดหยาดจากสะบเสือ. วารสารวิจัย มสส. (สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี). ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม - สิงหาคม พ.ศ. 2559 กรุงเทพมหานคร.

4) Hanphakphoom, S., **Thophon, S.**, Waranusantigul, P., Kangwanrangsang, N., Krajangsang, S. (2016). Antimicrobial activity of Chromolaena odorata extracts against bacterial human skin infections. Modern Applied Science, 10, 159-172.

5) Panichakul T., **Thophon S.**, Kakhai C., Patumasut P., Somboon S., Sukasem C., Srichanrusami C. (2010). Surveillance and prevention of enterovirus spreading and hand-foot-mouth disease occurrence in young children. *J Public Health & Develop.* 8.

6) Panichakul T., **Thophon S.** Hand, foot and mouth disease in children. *J Public Health.* (2009). 39: 214-223.

7) **Suchada Thophon**, Prayad Pokethitiyook, Kashane Chalermwat, E . Suchart Upatham, Somphong Sahaphong . (2004). Ultrastructural alterations in liver and kidney of white seabass, *Lates calcarifer* in acute and subchronic cadmium exposure. *Environmental Toxicology.* 19 (1), 11-19.

8) **Thophon, S.**, Kruatrachue, M., Upatham, E.S., Pokethitiyook, P., Sahaphong, S., Jaritkhuan. (2003). Histopathological alterations of white seabass, *Lates calcarifer* in acute and subchronic cadmium exposure. *Environmental Pollution.* 2, 307-320.

9) Lohsiriwat, S., **Thophon, S** . (2000). Effects of Vegetable and Animal Protein Meals on Glomerular Filtration Rate. *The Nephrology Society of Thailand* . 6 (2), 217-223.

8. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ

8.1 ผู้อำนวยการแผนงานวิจัย :

1) แผนงานวิจัย การศึกษาฤทธิ์ทางชีวภาพของสารสกัดหยาบจากลำต้นและรากของต้นสาบเสือ (งบประมาณแผ่นดิน 2556)

2) แผนงานวิจัย ผลของฮอร์โมนพืช และสารคีเลตในการเพิ่มการเจริญเติบโต การสะสมโลหะหนัก และการเปลี่ยนแปลงภายในเซลล์ของต้นสาบเสือ [*Chromolaena odoratum* (L.) King & H.E. Robins] (ทุนสกอ. 2554)

8.2 หัวหน้าโครงการวิจัย

1)) ความเป็นพิษต่อเซลล์มะเร็งตับและลำไส้ใหญ่ของคน ฤทธิ์ต้านการอักเสบ และต้านอนุมูลอิสระ ของสารสกัดใบและรากจากนมสวรรค์ (*Clerodendrum paniculatum* L.) (งบประมาณแผ่นดิน 2559)

2) ฤทธิ์ต้านมาลาเรีย ต้านแบคทีเรีย และความเป็นพิษต่อเซลล์ของสารสกัดจากพืชนมสวรรค์ (*Clerodendrum paniculatum* Linn.) (งบประมาณแผ่นดิน 2557)

3) การศึกษาความเป็นพิษและการตายแบบ apoptosis ของเซลล์มะเร็ง โดยสารสกัดหยาบจากลำต้นและรากของต้นสาบเสือ (งบประมาณแผ่นดิน 2556)

4) ผลของ แคดเมียมต่อการเปลี่ยนแปลงภายในเซลล์ของต้นสาบเสือ [*Chromolaena odoratum* (L.) King & H.E. Robins] (ทุนวิจัยมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต 2555)

5) ผลของฮอร์โมนพืช IAA สารคีเลต EDDS และสารโลหะหนักแคดเมียม ต่อการเปลี่ยนแปลงภายในเซลล์ของต้นสาบเสือ [*Chromolaena odoratum* (L.) King & H.E. Robins] (ทุนวิจัยสกอ. 2554)

8.3 ผู้ร่วมวิจัย :

- 1) การผลิตเอนไซม์ย่อยสลาย PLLA โดยเชื้อ *Actinomadura keratinolytica* T16-1 ด้วยการหมักแบบแห้ง (งบประมาณแผ่นดิน 2560)
- 2) ศึกษาการใช้สารปรับปรุงดินเพื่อเพิ่มการผลิตมวลชีวภาพและลดการดูดซับตะกั่วของพืชเศรษฐกิจ (ข้าวโพดและทานตะวัน) ที่ปลูกบนดินปนเปื้อนตะกั่ว (งบประมาณแผ่นดิน 2559)
- 3) ฤทธิ์การกำจัดลูกน้ำและการไล่ของสารสกัดหยาบและน้ำมันหอมระเหยจากสาบเสือต่ออยู่ในประเทศไทย (งบประมาณแผ่นดิน 2558)
- 4) การศึกษาการต้านอนุมูลอิสระของสารสกัดหยาบจากลำต้นและรากของต้นสาบเสือ (งบประมาณแผ่นดิน 2556)
- 5) การศึกษาการต้านเชื้อจุลินทรีย์ของสารสกัดหยาบจากลำต้นและรากของต้นสาบเสือ (งบประมาณแผ่นดิน 2556)
- 6) การศึกษาการต้านเชื้อมาลาเรียของสารสกัดหยาบจากลำต้นและรากของต้นสาบเสือ (งบประมาณแผ่นดิน 2556)
- 7) ผลของฮอร์โมนพืชในการเพิ่มการเจริญเติบโตและการดูดซับโลหะหนักของต้นสาบเสือ [*Chromolaena odoratum* (L.) King & H.E. Robins] (ทุนวิจัยสกอ. 2554)
- 8) ผลของสารคีเลตต่อการเจริญเติบโตและการสะสมโลหะหนักของต้นสาบเสือ [*Chromolaena odoratum* (L.) King & H.E. Robins] (ทุนวิจัยสกอ. 2554)
- 9) ผลของโครงสร้างระบบนาโนและสารเติมที่มีต่อกลไกการตรวจวัดแก๊สเอทิลีนในหัววัดแก๊สแบบสารกึ่งตัวนำทินออกไซด์ (งบประมาณแผ่นดิน 2551)
- 10) การพัฒนาอุปกรณ์รับรู้แก๊สเอทิลีนจากสารเชิงประกอบระดับนาโนทั้งสแตนออกไซด์ทินออกไซด์ (งบประมาณแผ่นดิน 2550)

ผู้ร่วมวิจัย

- ชื่อ สกุล นายสมศักดิ์ เจริญพูล
Somsak Charoenpul
- เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน 3100200132095
- ตำแหน่งปัจจุบัน ผู้ช่วยศาสตราจารย์
- หน่วยงาน หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์
มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
- การศึกษา
วุฒิการศึกษา สาขาวิชา สถานศึกษา
ปริญญาโท ร.ป.ม. (การบริหารทรัพยากรมนุษย์) สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
ปริญญาตรี วท.บ. (เกษตรศาสตร์) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ประสบการณ์ในการทำงาน ผลงานวิจัย ที่ปรึกษา และงานอื่นๆ
 - บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อการพัฒนารูปแบบการจัดสวัสดิการของผู้สูงอายุ ทุนสนับสนุนการวิจัยจากงบประมาณแผ่นดินประจำปี พ.ศ. 2557
 - การศึกษารูปแบบการประเมินองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยประชาชนมีส่วนร่วมในการประเมิน กรณีศึกษาจังหวัดชลบุรี ทุนสนับสนุนการวิจัยจากงบประมาณแผ่นดินประจำปี พ.ศ. 2556
 - ที่ปรึกษาโครงการติดตามประเมินผลการใช้จ่ายเงินสนับสนุนจากกองทุนเพื่อการพัฒนาพรรคการเมือง ประจำปีงบประมาณ 2555 และ 2556 ของสำนักงานคณะกรรมการการเลือกตั้ง
 - ที่ปรึกษาโครงการศึกษาพัฒนาองค์กรและนวัตกรรมการสร้างวัฒนธรรมและค่านิยมที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2555
 - การพัฒนาทุนมนุษย์ของวิสาหกิจชุมชนในนิคมเศรษฐกิจพอเพียง เขตปฏิรูปที่ดิน ทุนสนับสนุนการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา ปีงบประมาณ 2555
 - การศึกษาและพัฒนารูปแบบการจัดการธุรกิจชุมชนของนิคมเศรษฐกิจพอเพียง ทุนสนับสนุนการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ประจำปี พ.ศ. 2553
 - งานวิจัยเชิงสำรวจ TRIANGLE Baseline Survey Employment and Working Condition of Migrant Workers in Thailand ของ International Labor Organization (ILO) ทุนสนับสนุนการวิจัยจาก United Nations (UN) ปีงบประมาณ 2553

ผู้ร่วมวิจัย

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นางสาวจันทรวงศ์ ทรวงเดช
ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Miss Chantarakan Songdach
2. เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน : 1200100136750
3. ตำแหน่งปัจจุบัน :
พนักงานมหาวิทยาลัย สายวิชาการ (อาจารย์) หลักสูตรคหกรรมศาสตร์ โรงเรียนการเรือน มหาวิทยาลัยสวนดุสิต วิทยาเขต สุพรรณบุรี
4. หน่วยงาน
หลักสูตรคหกรรมศาสตร์ โรงเรียนการเรือน มหาวิทยาลัยสวนดุสิต วิทยาเขต สุพรรณบุรี เลขที่ 57 หมู่ 2 ถนนสุพรรณบุรี-ป่าโมก ตำบลโคกโคเฒ่า อำเภอเมือง จ.สุพรรณบุรี 72000 หมายเลขโทรศัพท์ 086-979-5997 e-mail : csongdach@gmail.com
6. ประวัติการศึกษา
 - วิทยาศาสตร์บัณฑิต (คหกรรมศาสตร์) มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
 - วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (คหกรรมศาสตร์) มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระบุสาขาวิชาการ อาหารและโภชนาการ พัฒนาผลิตภัณฑ์อาหาร เคมีอาหาร
7. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ
 - 7.1 หัวหน้าโครงการวิจัย : ชื่อโครงการวิจัย
 - 1) Texture and Color Characteristics of Crispy Healthy Snack Produced from Shiitake, Straw and Indian Oyster Mushrooms (2011)
 - 2) Effect of Modified Atmosphere Packaging on Storage Stability of Crispy Mushroom Sheet (2012)
 - 3) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ในตำบลดอนมะสังข์ อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี (งบประมาณแผ่นดิน 2558)
 - 4) การพัฒนาตำรับอาหารเพื่อสุขภาพจากพืชสมุนไพรท้องถิ่น จังหวัดสุพรรณบุรี : กรณีศึกษาชุมชนบ้านห้วยหินดำ ตำบลวังยาว อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี (สกอ. 2559)
 - 7.2 ผู้ร่วมโครงการวิจัย: ชื่อโครงการวิจัย
 - 1) การส่งเสริมการบริโภคผัก ผลไม้เพื่อสุขภาพ โรงเรียนศรีรักรักษ์ราษฎร์บำรุง หมู่ที่ 6 ตำบลบางแตนอำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี (2558)
 - 2) การพัฒนาผลิตภัณฑ์นมถั่วเหลืองผสมแก่นตะวัน (งบบำรุงการศึกษา 2558)

ผู้ร่วมวิจัย

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นางสาวณัฐธิดา กิจเนตร
ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Miss Nattida Kijnate
2. หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน 1160100160619
3. ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์ประจำหลักสูตรครุศาสตร (สุพรรณบุรี)
4. หน่วยงาน
หน่วยงาน หลักสูตรครุศาสตร โรงเรียนการเรือน มหาวิทยาลัยสวนดุสิต วิทยาเขต
สุพรรณบุรี ที่อยู่ 57 หมู่ 2 ถนนสุพรรณบุรี-ป่าโมก ตำบลโคกโคเตา อำเภอเมือง จ.สุพรรณบุรี
72000 หมายเลขโทรศัพท์ 089-087-7851 e-mail : nattinatti19@gmail.com
5. ประวัติการศึกษา
วิทยาศาสตรบัณฑิต (คหกรรมศาสตร์) มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (คหกรรมศาสตร์) มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
6. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ (อาจจะแตกต่างจากวุฒิการศึกษา) โพรตระบุสาขาวิชาการ
พัฒนาผลิตภัณฑ์ สิ่งทอและเครื่องนุ่งห่ม
7. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ
ผลงานวิจัย 7.1
7.1 หัวหน้าโครงการวิจัย : ชื่อโครงการวิจัย
การพัฒนาผลิตภัณฑ์นมถั่วเหลืองผสมแก่นตะวัน (งบบำรุงการศึกษา 2558)
7.2 ผู้ร่วมโครงการวิจัย: ชื่อโครงการวิจัย
พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร และภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ในตำบลดอนมะสังข์
อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี (งบประมาณแผ่นดิน 2558)
การพัฒนาตำรับอาหารเพื่อสุขภาพจากพืชสมุนไพรท้องถิ่น จังหวัดสุพรรณบุรี :
กรณีศึกษาชุมชนบ้านห้วยหินดำ ตำบลวังยาว อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี (สกอ. 2559)
การส่งเสริมการบริโภคผัก ผลไม้เพื่อสุขภาพ โรงเรียนศรีรัศมิ์ราษฎร์บำรุง หมู่ที่ 6
ตำบลบางแตนอำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี (2558)

ผู้ร่วมวิจัย

1. ชื่อผู้วิจัย (ภาษาไทย) นางสาวเมธินี น้อยสุด
(ภาษาอังกฤษ) Miss. Maytinee Nuysud
2. เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน 19399 90002827
3. ตำแหน่งปัจจุบัน เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป
4. หน่วยงาน
สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
โทรศัพท์ 02-244-5283
5. ประวัติการศึกษา
 - ปริญญาตรี นท.บ. (วิชาการประชาสัมพันธ์) มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต
 - ปริญญาโท นท.ม. (นิเทศศาสตรสารสนเทศ) มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต
6. สาขาวิชาที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา)
การวิจัยทางด้านสังคมศาสตร์
7. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
 - 7.1 งานวิจัยที่อยู่ระหว่างดำเนินการ
 - 1) ชุมชนสุขภาวะบนพื้นฐานศักยภาพของชุมชน และการมีส่วนร่วมของภาคี
เครือข่าย : กรณีศึกษาชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี (งบประมาณแผ่นดิน 2559)
 - 2) รูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุ บนพื้นฐานศักยภาพของชุมชน :
กรณีศึกษาชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี (งบประมาณแผ่นดิน 2560)
 - 7.2 งานวิจัยที่ทำสำเร็จและเผยแพร่แล้ว:
 - รูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการพัฒนาการเรียนการสอนสำหรับ
นักเรียนโรงเรียนประถมสาธิตละอออุทิศ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต ปี พ.ศ. 2555
 - การสังเคราะห์ดัชนีพินธ์ วิทยานิพนธ์และภาคินพธ์ ปีการศึกษา 2548 –
2552 มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต ปี พ.ศ.2554
 - การพิจารณาศึกษาการละเมิดสิทธิมนุษยชนและสิทธิเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญ
กรณีศึกษาการสลายการชุมนุมทางการเมืองวันที่ 7 ตุลาคม 2551, คณะกรรมการสิทธิมนุษยชน
สิทธิเสรีภาพและการคุ้มครองผู้บริโภค วุฒิสภา
 - รายงานการพิจารณาศึกษาการละเมิดสิทธิมนุษยชนและสิทธิเสรีภาพตาม
รัฐธรรมนูญ ของคณะกรรมการสิทธิมนุษยชน สิทธิเสรีภาพและการคุ้มครองผู้บริโภค วุฒิสภา กรณี
นายเศรษฐา เจียมกิจวัฒนา ถูกผู้ชุมนุมกลุ่มคนรักเชียงใหม่ 51 กลุ่มรุมทำร้ายจนเสียชีวิต ในพื้นที่
จังหวัดเชียงใหม่
 - 7.3 ผลงานทางวิชาการที่ตีพิมพ์เผยแพร่
 - เอกอนงค์ ศรีสำอางค์, กุลธิดา ภูซัง, เมธินี น้อยสุด (2558). รูปแบบการมีส่วนร่วม
ของผู้ปกครองในการพัฒนาการเรียนการสอนสำหรับนักเรียนโรงเรียนประถมสาธิตละอออุทิศ
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยสวนดุสิต ปีที่ 11, 2558.

ผู้ร่วมวิจัย

1. ชื่อผู้วิจัย (ภาษาไทย) เรืออากาศเอกหญิงชุตินา ทองวชิระ
(ภาษาอังกฤษ) Flt.Lt.Chutima Thongwachira
2. หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน 3 5398 00028 23 4
3. ตำแหน่งปัจจุบัน : อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
4. หน่วยงานที่อยู่ที่ติดต่อได้พร้อมโทรศัพท์และโทรสาร
หน่วยงานหลัก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
204/3 ถนน สิรินคร เขต บางพลัด กรุงเทพฯ 10700
เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-423-9471 โทรสาร 02-423-9066
E-mail: ctchutima@gmail.com
5. ประวัติการศึกษา
 - 2538-2542 พยาบาลศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ1) วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ
 - 2551-2553 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
6. สาขาวิชาที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระบุสาขาวิชาการ
 - การพยาบาลผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ
 - การบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีบำบัด การจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ
7. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ
 - 7.1 ผู้บริหารแผนงานวิจัย
 - 7.2 งานวิจัยที่ทำเสร็จแล้ว : ชื่อแผนงานวิจัยและหรือโครงการวิจัย ปีที่พิมพ์ การเผยแพร่และสถานภาพในการทำวิจัย
 - ผลของการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ปี 2553 (วิทยานิพนธ์) ตีพิมพ์เผยแพร่ ในวารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2554; ปีที่ 12 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม)
 - 7.3 งานวิจัยที่กำลังทำ :
 - ความชุก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุและการพัฒนาคู่มือการให้ความรู้ : กรณีศึกษาชุมชนเขตบางพลัด ได้รับทุนอุดหนุนงานวิจัย บกศ. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต (อยู่ในขั้นตอนการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล ร้อยละ 60)
 - ผลของโปรแกรมในการให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ชุมชนวัดภคินีนาถ จังหวัดกรุงเทพมหานคร ได้รับทุนอุดหนุนงานวิจัย บกศ. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต (อยู่ในขั้นตอนการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล ร้อยละ 60)
 - ความหลากหลายทางชนิด การแพร่กระจาย ตัวอาศัย และสารซึ่งมีคุณสมบัติทางยาของเชื้อราสาเหตุโรคแมลงในสกุล Cordyceps (Clavicitaceae) ในอุทยานแห่งชาติดอยอินทนนท์ จังหวัดเชียงใหม่ ได้รับทุนอุดหนุนงานวิจัย วช ปี 58 (อยู่ในขั้นตอนการดำเนินงาน ร้อยละ 30)

- ภาวะสุขภาพ ความต้องการจำเป็น ความคาดหวัง และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร กรณีศึกษาผู้สูงอายุในชุมชนเขตบางพลัด ได้รับทุนอุดหนุนงานวิจัย วช ปี 58 (อยู่ในขั้นตอนการเก็บข้อมูล ร้อยละ 40)

ผู้ร่วมวิจัย

1. ชื่อผู้วิจัย (ภาษาไทย) นายสุทัศน์ ด้านตระกูล
2. เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน -
3. ตำแหน่งปัจจุบัน นายกเทศมนตรี เทศบาลตำบลท่าเสาดีจ
4. หน่วยงาน ที่อยู่ หมู่ 6 ต.สระแก้ว อ.เมืองจ.สุพรรณบุรี 72230
โทร 035-597-303 โทรสาร 035-597-607
อีเมล webmaster@thasadet.com
เว็บไซต์ <http://www.thasadet.com>