



การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมเครือข่ายชุมชน

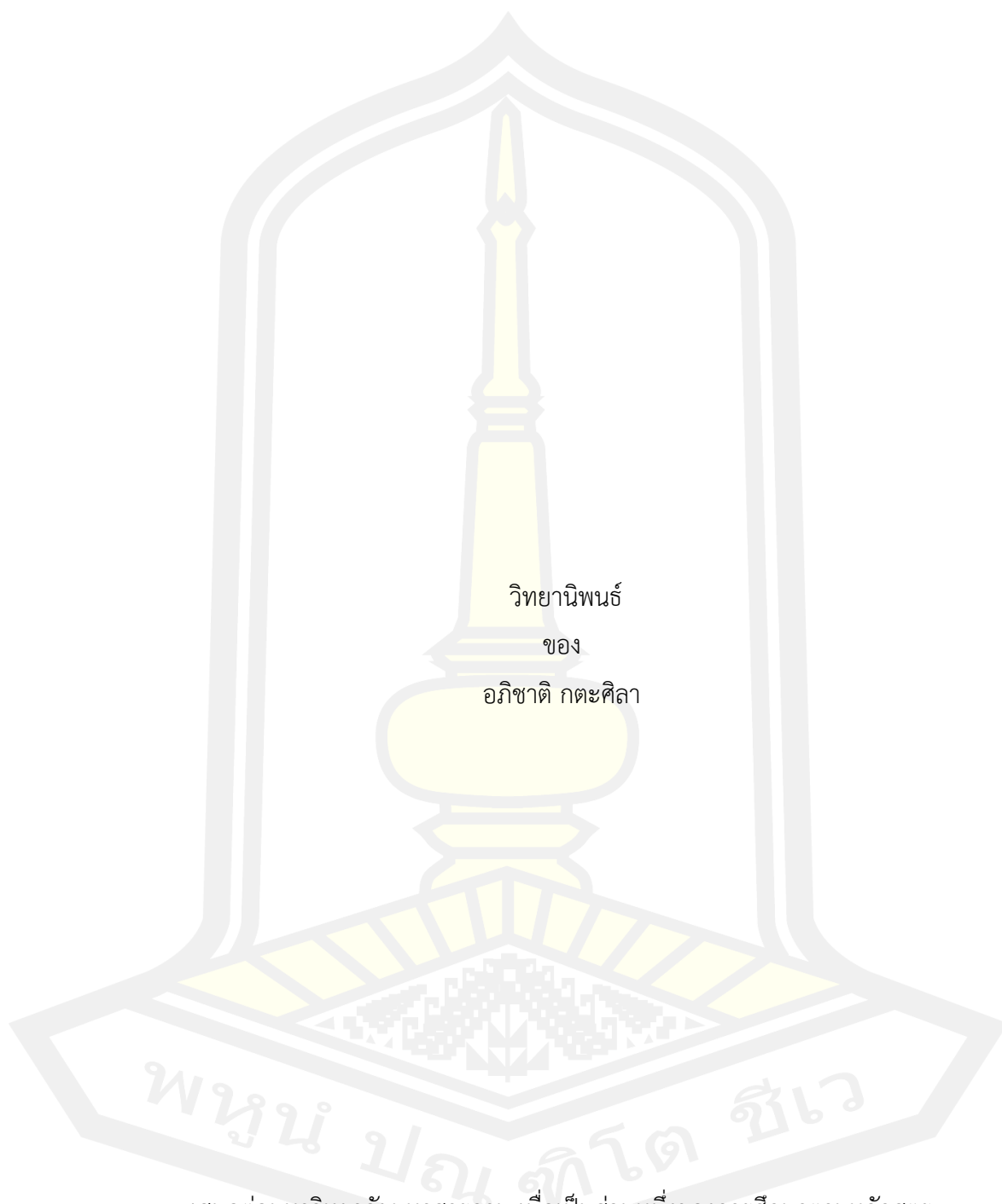
วิทยานิพนธ์
ของ
อภิชาติ กตะศิลา

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

กันยายน 2565

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมเครือข่ายชุมชน



เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

กันยายน 2565

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

The Development of Self-Care Model in Elderly for Enhancing Quality of Life by
Community Participation

Apichart Katasila

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Doctor of Public Health (Doctor of Public Health)

September 2022

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนายอภิชาติ กตะศิลา แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. จุฬารัตน์ โสตะ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รศ. ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต)

.....กรรมการ

(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)

.....กรรมการ

(ผศ. ดร. เขมิกา สมบัติโยธา)

.....กรรมการ

(อ. ดร. สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญา สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต ของมหาวิทยาลัย
มหาสารคาม

.....
(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

.....
(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมเครือข่ายชุมชน		
ผู้วิจัย	อภิชาติ กตะศิลา		
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต	สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2565

บทคัดย่อ

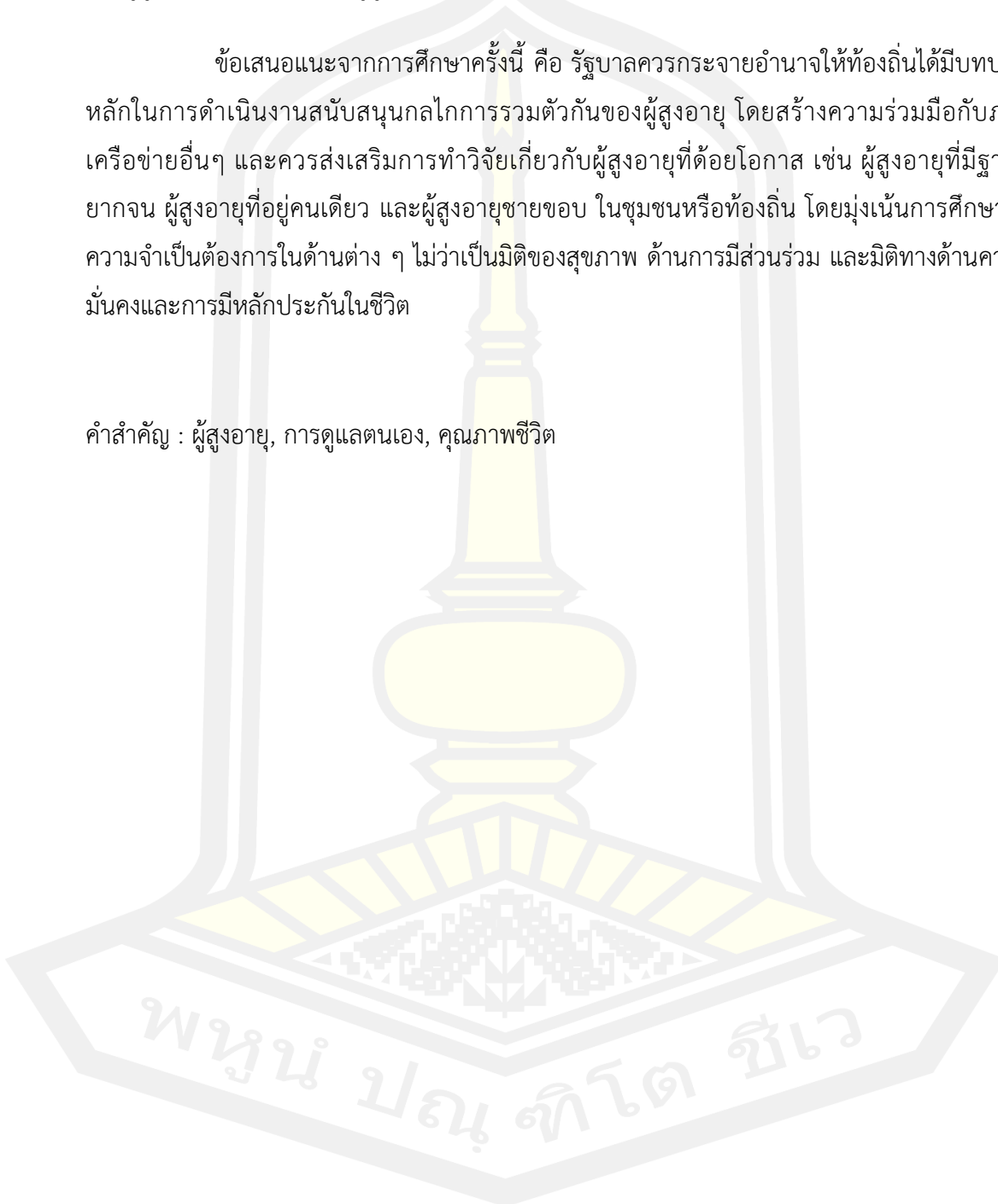
การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Methods) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร และเพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุโรงพยาบาลมหาชนะชัย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตอำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร กลุ่มเป้าหมายที่ใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ ผู้สูงอายุ จำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเป็นแบบวัดความรู้ ทักษะคิด การดูแลตนเอง และแบบประเมินคุณภาพชีวิต เครื่องมือที่ใช้ทดลองเป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน logistic regression และ t-test

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลทางบวกต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี ได้แก่ รายได้ การศึกษา และคุณภาพชีวิต การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร พบว่า มีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ 1) ผู้สูงอายุ 2) เครือข่ายชุมชน และ 3) กระบวนการสมัชชา ทั้ง 3 องค์ประกอบเชื่อมโยงประสานกันตามหลัก QUALITY Model ที่สร้างขึ้น มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเพิ่มองค์ความรู้เรื่องการดูแลตนเองและเพิ่มความร่วมมือของกลุ่มเครือข่ายชุมชน เพื่อสนับสนุนและสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมให้กับผู้สูงอายุได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น หลังจากใช้รูปแบบที่สร้างขึ้นพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตัวเอง ทักษะคิดต่อการดูแลตนเอง และการดูแลตนเอง มากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ($p=0.002$, $p<0.001$ และ $p=0.031$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่ากลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม ($p=0.005$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การประยุกต์

แนวคิดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ เพื่อการวางนโยบายและการดำเนินงานไปพร้อมกัน โดยเน้นความไม่เป็นทางการและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในทุกขั้นตอน จะช่วยพัฒนาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้ คือ รัฐบาลควรกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นได้มีบทบาทหลักในการดำเนินงานสนับสนุนกลไกการรวมตัวกันของผู้สูงอายุ โดยสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายอื่นๆ และควรส่งเสริมการทำวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาส เช่น ผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว และผู้สูงอายุชายขอบ ในชุมชนหรือท้องถิ่น โดยมุ่งเน้นการศึกษาถึงความจำเป็นต้องการในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นมิติของสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม และมิติทางด้านความมั่นคงและการมีหลักประกันในชีวิต

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, การดูแลตนเอง, คุณภาพชีวิต



TITLE	The Development of Self-Care Model in Elderly for Enhancing Quality of Life by Community Participation		
AUTHOR	Apichart Katasila		
ADVISORS	Associate Professor Vorapoj Promasatayaprot , Ph.D.		
DEGREE	Doctor of Public Health	MAJOR	Doctor of Public Health
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2022

ABSTRACT

This research was a mixed method aimed to development of self-care model in elderly for enhancing quality of life by community participation among elderly people in Mahachanachai district Yasothon province, and to study the results of the outcomes the developed model. There were participants for developed model including responsible for elderly care from the Mahachanachai hospital, District Public Health Office and Tumbol Health Promoting Hospital in the area of Mahachanachai District Public Health, Yasothon province. Participant for test the outcomes were 64 elderly people divided into 2 groups experimental and control groups. The instruments used for data collection were knowledge, attitude, self - care questionnaires and quality of Life assessment. The developed model was used as the instruments form proving elderly self - care. Qualitative data were analyzed using content analysis and quantitative data were used for frequency, percentage, mean, standard deviation, logistic regression and t-test.

The results revealed that factors that positively affected the development of self-care model in elderly for enhancing quality of life were income, education and quality of life. The development of self-care model in elderly for enhancing quality of life by community participation among elderly people in Mahachanachai district Yasothon province comprise of three vital components: 1) Individual 2) Community and 3) Health assembly process. All three aspects needed to link together according to the principle the developed QUALITY Model aims to achieve the goal of enhancing

quality of life in elderly people by increasing the knowledge of self-care and increasing the cooperation of community network groups to support and create an environment for the elderly. The results after using the implement, the experimental group had more knowledge self-care, attitudes towards aging and self-care quality of life level than before the experiment ($p=0.002$, $p<0.001$ and $p=0.031$, respectively) with statistical significance. and found that the experimental group had a significantly better quality of life than the control group ($p=0.005$). The key successful factor was the application of the health assembly process for policy making and Implementation of the policy go hand-in-hand. By emphasizing the unconventional and the participation of all sectors in the process. It will help improve the self-care of the elderly and will result in the elderly having a good and sustainable quality of life.

The suggestion of this research was that the government should decentralized the locality to a key role in supporting the mechanisms of the elderly gathering. by collaborating with other organizations and should promoted research on the disadvantaged elderly, such as poor elderly, elderly living alone and marginalized elderly in the community or local district by focusing on the study of the needs in various dimension, whether it is the dimension of health participation and the dimension of security and having an assurance in life

Keyword : Elderly, Self-care, Quality of life

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยสำหรับนิสิตระดับบัณฑิตศึกษา งบประมาณรายได้ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 จากกองส่งเสริมการวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ผู้วิจัยจึงขอขอบคุณมา ณ ที่นี้

ขอขอบคุณความอนุเคราะห์จาก รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ที่คอยแนะนำสั่งสอนชี้แนะแนวทาง และการปรับปรุงแก้ไขผลงาน สละเวลาทุ่มเททั้งแรงกายแรงใจเคียงเคียงเคียงเพื่อให้งานวิจัยที่มีคุณภาพและสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี นิสิตรู้สึกสำนึกในพระคุณเสมอมาและซาบซึ้งใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่งและขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณผู้บริหาร คณาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ ที่อบรมสั่งสอน สร้างความพร้อมให้นิสิตมีคุณสมบัติของผู้จะเป็นดุษฎีบัณฑิต

ขอขอบคุณผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งที่ให้ความอนุเคราะห์พื้นที่และกลุ่มตัวอย่าง และช่วยเหลือประสานงาน อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลในทุกๆ ระยะของการวิจัย ขอขอบคุณพี่ๆ อสม.ทุกแห่งที่พาลงพื้นที่เก็บข้อมูลและเยี่ยมบ้าน และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณคุณแม่ฉนวนฉวี กตะศิลาและคุณพ่อรังสรรค์ กตะศิลา ที่อบรมเลี้ยงดูมาจนโตและสนับสนุนการทำงานทุกอย่างของลูก ขอขอบคุณ ทพญ.โสภิตา กตะศิลา ภรรยาที่คอยช่วยเหลืออยู่เป็นเพื่อนตอนทำงาน และให้ของขวัญชิ้นพิเศษคือลูกชาย เป็นกำลังใจที่สำคัญที่ทำให้ผมมีความพยายามที่จะทำหลาย ๆ สิ่งให้สำเร็จ และขอบคุณแม่สนอง ย่านงูเหลื่อม ที่คอยทำอาหารอร่อยๆ ให้กับทีมงานวิจัย

ขอขอบคุณเพื่อน พี่ น้อง นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิตที่เป็นกำลังใจและสนับสนุนการศึกษาวิจัยด้วยดีเสมอมาจนประสบความสำเร็จ

คุณค่าและประโยชน์ที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ขอมอบเป็นประโยชน์และคุณูปการสำหรับทุกท่านและขอมอบเป็นเครื่องบูชาพระคุณบิดา มารดา ครู อาจารย์ ที่อบรมสั่งสอนให้ผู้วิจัยเป็นคนดี

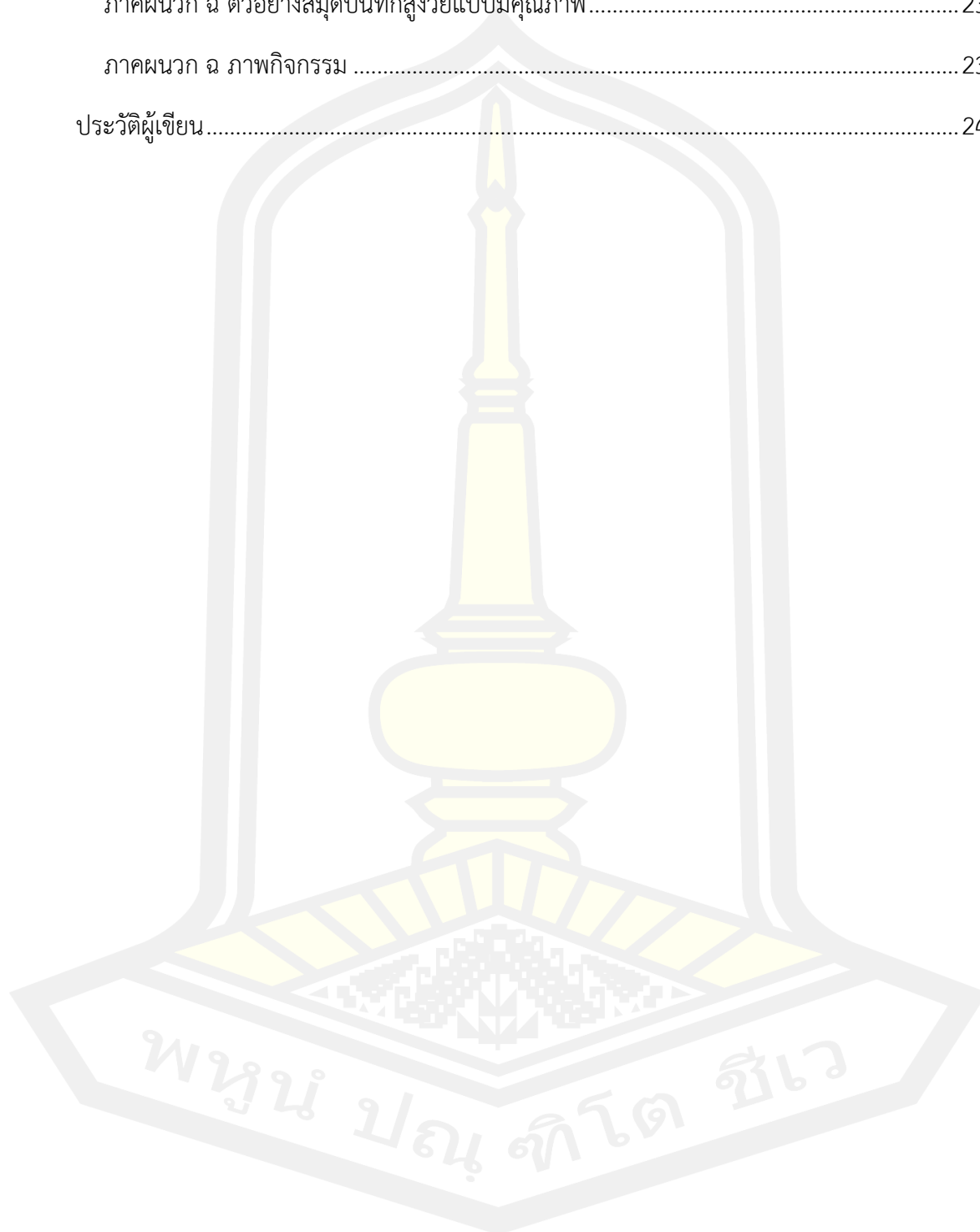
อภิชาติ กตะศิลา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฌ
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพประกอบ.....	ท
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ภูมิหลัง.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	5
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
1.4 ขอบเขตการวิจัย	5
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะในการวิจัย	7
บทที่ 2 ปรัชญาเอกสารข้อมูล	9
2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	10
2.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ	24
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต	34
2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ	44
2.5 แนวคิดการวิจัยแบบผสมผสาน	46
2.6 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน	63
2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	85
2.8 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	96

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	97
3.1 รูปแบบการวิจัย	97
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	97
3.3 พื้นที่ในการวิจัย.....	103
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	104
3.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	110
3.6 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล	111
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัย และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	116
3.8 จริยธรรมการวิจัย.....	117
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	118
4.1 ผลการศึกษาวิจัยระยะที่ 1 สถานการณ์และบริบทเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ.....	118
4.2 ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ผลของการใช้รูปแบบการดูแลตนเองของ ผู้สูงอายุ และปัจจัยแห่งความสำเร็จต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ	140
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	162
5.1 สรุปผลการวิจัย	162
5.2 อภิปรายผล.....	167
5.3 ข้อเสนอแนะ	169
บรรณานุกรม.....	171
ภาคผนวก.....	180
ภาคผนวก ก เอกสารรับรองการวิจัย	181
ภาคผนวก ข หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย.....	183
ภาคผนวก ค หนังสือขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการ วิจัย	188
ภาคผนวก ง เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บข้อมูล	194

ภาคผนวก จ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกที่ใช้ในการวิจัย	226
ภาคผนวก ฉ ตัวอย่างสมุดบันทึกสัปดาห์แบบมีคุณภาพ	233
ภาคผนวก ช ภาพกิจกรรม	238
ประวัติผู้เขียน	243



สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 เปรียบเทียบสัดส่วนประชากรโลก (อายุ 60 ปีขึ้นไป) พ.ศ. 2560.....	14
ตาราง 2 แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุของประชากรไทย	15
ตาราง 3 การแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต แยกออกเป็นองค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้	43
ตาราง 4 เปรียบเทียบแนวคิดของเหตุผลในการเลือกใช้ชีวิตวัยเกษียณ.....	50
ตาราง 5 จำนวนประชากรผู้สูงอายุ จำแนกตามการแบ่งกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิ	100
ตาราง 6 เกณฑ์การประเมินทัศนคติต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ	105
ตาราง 7 เกณฑ์การประเมินการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ	106
ตาราง 8 การแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต แยกออกเป็นองค์ประกอบต่าง ๆ	108
ตาราง 9 คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลฟ้าหยาด ประกอบไปด้วย 3 ภาคส่วน.....	114
ตาราง 10 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุ (n = 369).....	121
ตาราง 11 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการสูงอายุ (n = 369).....	124
ตาราง 12 จำนวน ร้อยละของความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ (n = 369).....	125
ตาราง 13 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยคะแนนและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับทัศนคติต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านสุขภาพร่างกาย (n = 369).....	127
ตาราง 14 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ (n = 369)	128
ตาราง 15 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยคะแนนและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านสุขภาพร่างกาย (n = 369)	130
ตาราง 16 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง (n = 369)	131

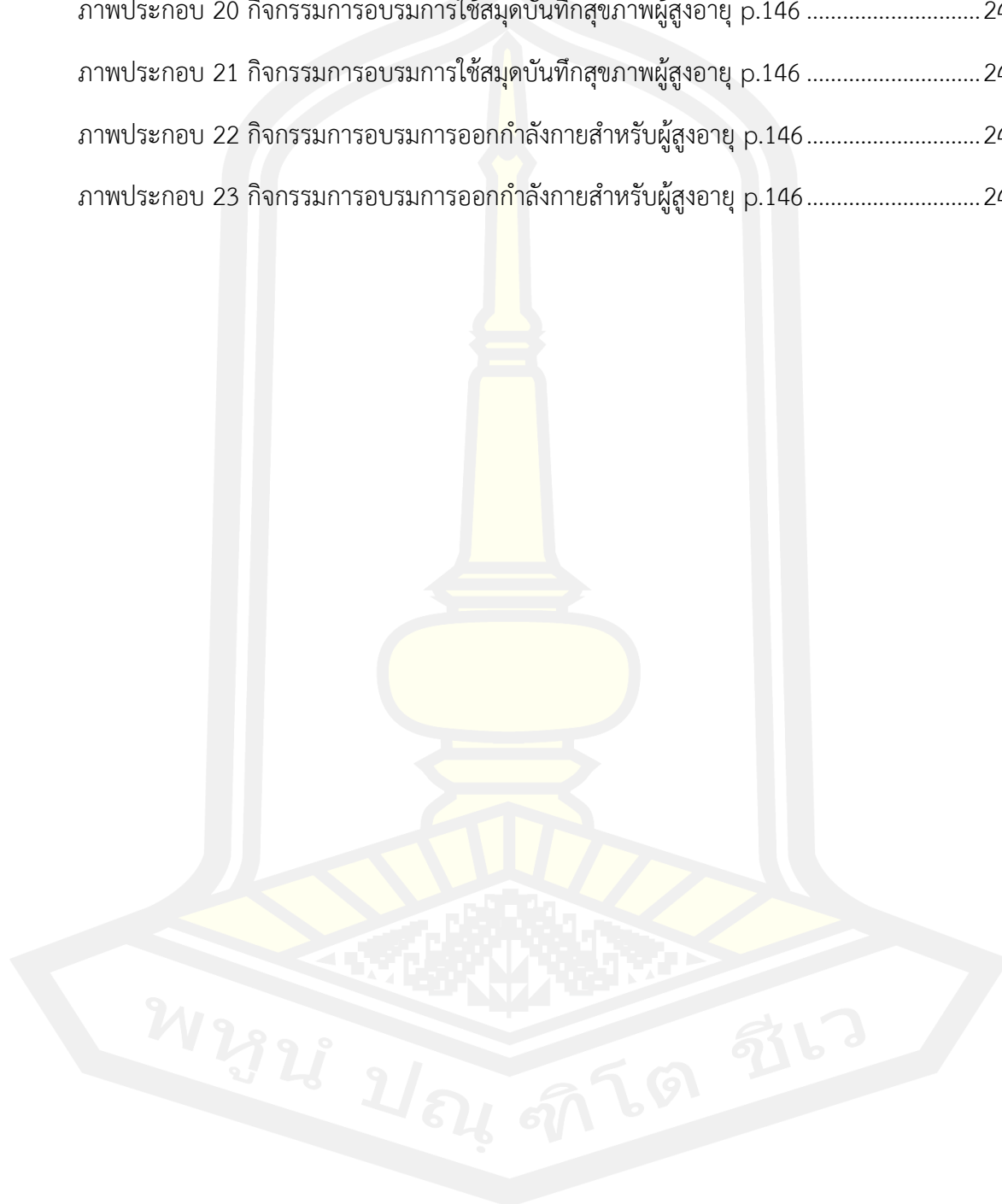
ตาราง 17 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามระดับการรับรู้ของ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (n =369).....	133
ตาราง 18 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง (n=369).....	133
ตาราง 19 แสดงความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียวระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของ ผู้สูงอายุ อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร (n=369).....	136
ตาราง 20 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอมหา ชนะชัย จังหวัดยโสธร ด้วยวิธี Binary Logistic Regression	139
ตาราง 21 แผนกิจกรรม ระยะเวลา การเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์และการประเมินผลของรูปแบบการดูแล ตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน.....	146
ตาราง 22 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของเครือข่ายสมัชชาสุขภาพจำแนก ตามลักษณะทางประชากร (n=56).....	147
ตาราง 23 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังดำเนินการพัฒนาสมัชชาสุขภาพในการ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวจำแนกตามระดับการมีส่วนร่วม (n=56)	148
ตาราง 24 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังดำเนินการพัฒนาสมัชชาสุขภาพ ในการ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวจำแนกตามระดับการมีส่วนร่วม (n=56)	148
ตาราง 25 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร (n = 40) .	149
ตาราง 26 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร (n = 40) .	149
ตาราง 27 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร (n = 40) .	150
ตาราง 28 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามระดับคุณภาพชีวิต (n=40)	150
ตาราง 29 ผลที่เกิดจากการจัดสมัชชาสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ของชุมชนตำบล ฟ้าหยาด อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร	151
ตาราง 30 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง (n = 32) และกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 32)	156

สารบัญภาพประกอบ

หน้า

ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดการมีพัฒนาพลังของผู้สูงอายุ (องค์การอนามัยโลก, 2545).....	28
ภาพประกอบ 2 ปัจจัยกำหนดและปัจจัยตัดขวางที่มีผลต่อภาวะพัฒนาพลัง (องค์การอนามัยโลก, 2545)	30
ภาพประกอบ 3 กรอบแนวคิดดัชนีพัฒนาพลังของคณะกรรมการธิการด้านเศรษฐกิจเพื่อยุโรปของ องค์การสหประชาชาติ (UNECE, 2013).....	31
ภาพประกอบ 4 กรอบแนวคิดพัฒนาพลังของบราซิล (ILC-Brazil, 2015).....	32
ภาพประกอบ 5 กรอบแนวคิดดัชนีพัฒนาพลังผู้สูงอายุไทย	33
ภาพประกอบ 6 แสดงขั้นตอนการสร้างรูปแบบสร้างความสัมพันธ์.....	44
ภาพประกอบ 7 วงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart.....	56
ภาพประกอบ 8 กระบวนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Stringer	58
ภาพประกอบ 9 กระบวนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Coghlan & Brannick	59
ภาพประกอบ 10 สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา (ประเวศ วะสี, 2547)	67
ภาพประกอบ 11 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	96
ภาพประกอบ 12 การออกแบบกระบวนการสมัชชาสุขภาพ.....	142
ภาพประกอบ 13 สรุปวงจรปฏิบัติการรูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดย การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน วงรอบที่ 1	155
ภาพประกอบ 14 สรุปวงจรปฏิบัติการรูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดย การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน วงรอบที่ 2	157
ภาพประกอบ 15 สรุปขั้นตอนของรูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตำบลฟ้าหยาด อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร ที่พัฒนาขึ้น.....	161
ภาพประกอบ 16 การจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ (แบบไม่เป็นทางการ) p.141.....	239
ภาพประกอบ 17 การกำหนดประเด็นเชิงนโยบาย p.141	239

ภาพประกอบ 18 กิจกรรมการอบรมให้ความรู้ผู้สูงอายุ p.146.....	240
ภาพประกอบ 19 กิจกรรมการอบรมให้ความรู้ผู้สูงอายุ p.146.....	240
ภาพประกอบ 20 กิจกรรมการอบรมการใช้สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ p.146	241
ภาพประกอบ 21 กิจกรรมการอบรมการใช้สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ p.146	241
ภาพประกอบ 22 กิจกรรมการอบรมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ p.146	242
ภาพประกอบ 23 กิจกรรมการอบรมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ p.146	242



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ภูมิหลัง

ประชากรรวมทุกกลุ่มอายุของโลกกำลังเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่ช้าลง ในขณะที่ประชากรสูงอายุกลับเพิ่มขึ้น กล่าวคือประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้เพิ่มขึ้นจาก 611 ล้านคน ในปี 2550 เป็น 962 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2050 คิดเป็นร้อยละ 13.0 ของประชากรโลก (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) ประชากรในภูมิภาคอาเซียนก็กำลังมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นกัน (United Nation, 2015) โดยสิงคโปร์เป็นประเทศที่เข้าสู่ระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่เร็วกว่าประเทศอื่น ๆ ตามมาด้วยประเทศไทย ประเทศบรูไน และประเทศเวียดนาม ตามลำดับ เมื่อประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นในขณะที่สัดส่วนคนวัยทำงานลดลง จะส่งผลให้อัตราการพึ่งพิงวัยสูงอายุในอาเซียนสูงขึ้น หมายความว่าผู้ที่อยู่ในวัยแรงงานต้องรับภาระเลี้ยงดูผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และพบว่าช่วงปี 2523 ถึงปี 2593 ทุกประเทศมีอัตราการพึ่งพิงวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2559)

สังคมไทยกำลังเผชิญปัญหาการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรครั้งสำคัญ คือ การก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย (Aging Society) โดยสัดส่วนของจำนวนประชากรในวัยเด็กและวัยทำงานลดลง (ปราโมทย์ ประสาทกุล และปัทมา วาพัฒน์, 2555) จากการศึกษาขนาดและแนวโน้มของประชากรสูงอายุ จากสำมะโนประชากรประเทศไทย ระหว่างปี 2503 จนถึงปี 2543 พบว่า ในปี 2503 ประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีเพียงร้อยละ 4.9 ของประชากรทั้งประเทศ สัดส่วนผู้สูงอายุเริ่มเพิ่มสูงขึ้นด้วยอัตราที่เร็วขึ้นระหว่างช่วงปี 2523 ถึงปี 2543 โดยเพิ่มจากร้อยละ 6.3 เป็นร้อยละ 9.5 (สำนักงานพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2556) และในปี 2560 ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 11 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17.0 ของประชากรทั้งหมด 65.5 ล้านคน ประเทศไทยกำลังมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว คาดประมาณว่าอีกไม่เกิน 4 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงขึ้นถึงร้อยละ 20.0 ประเทศไทยจึงนับว่าได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้วและจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในอีกไม่กี่ปีข้างหน้า (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560)

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรดังที่กล่าวมานั้น ทำให้ผลกระทบที่เกิดขึ้นไม่ได้จำกัดขอบเขตอยู่เพียงผลกระทบด้านประชากรเท่านั้น แต่การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้ยังส่งผลกระทบต่อด้านอื่น ๆ เป็นลูกโซ่ต่อเนื่องกัน เช่น ผลกระทบด้านชีวิตความเป็นอยู่และการปรับตัว เมื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ รวมไปถึงผลกระทบด้านสุขภาพ (ปราโมทย์ ประสาท

กุล และคณะ, 2558) โดยเฉพาะความเจ็บป่วยที่เกิดจากโรคเรื้อรัง มักจะส่งผลกระทบต่อมิติการช่วยเหลือตนเอง (functional status) และมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน (สุภาดา คำสุชาติ, 2560) กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับภาคีเครือข่ายและผู้ทรงคุณวุฒิ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) ได้ดำเนินการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เพื่อจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง โดยในปี พ.ศ.2558 พบว่า มีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมประมาณร้อยละ 79.0 และมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง จำเป็นต้องสนับสนุนบริการด้านสุขภาพและด้านสังคมประมาณร้อยละ 21.0 (World Health Organization, 2011)

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุนำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพ ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง โดยจะพบมากยิ่งขึ้นและมีความรุนแรงมากขึ้นเมื่ออายุเพิ่มสูงขึ้น (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2555) และจากการทบทวนเอกสารวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสภาพปัญหาผู้สูงอายุในสังคมไทย พบว่า ขาดการพัฒนาคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดี แม้ว่าผู้สูงอายุจะมีถิ่นที่อยู่ที่แตกต่างกันตามสภาพพื้นที่ชุมชนเมืองและชุมชนชนบท ก็จะมีปัญหาด้านคุณภาพชีวิตคล้ายคลึงกับปัญหาในระดับประเทศ กล่าวคือส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย ร้อยละ 83.20 มีปัญหาสุขภาพจิตจากการวิตกกังวลในเรื่องต่างๆ ร้อยละ 68.50 และยังพบว่าเจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น โรคเกี่ยวกับกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันสูง และระดับไขมันในเลือดสูงกว่าปกติ ซึ่งเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย (อรรณพ ใจสำราญและคณะ, 2553)

นอกจากปัญหาด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่กล่าวมาแล้ว ยังมีปัจจัยต่างๆ อีกมาก ที่ก่อให้เกิดปัญหาด้านต่างๆ เช่น ปัญหาด้านสังคม ที่ต้องการการยอมรับในสังคมจากวัยอื่นๆ และปัญหาการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ระบุว่า มีผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งให้อยู่โดดเดี่ยวมีจำนวนถึง 459,159 คน คิดเป็นร้อยละ 7.1 ของผู้สูงอายุทั่วประเทศ ที่เหลือ 1.14 ล้านคน มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ คือ ตกอยู่ในภาวะยากจน ไม่มีหลักประกันรายได้ ไม่มีสวัสดิการรองรับและมีแนวโน้มจะถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียวมากขึ้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553)

อีกทั้งการศึกษาวิจัยในผู้สูงอายุในช่วงที่ผ่านมามีค่อนข้างมาก แต่การใช้ประโยชน์จากงานวิจัยยังไม่สามารถนำไปใช้ได้เต็มที่ องค์ความรู้ที่เกิดจากผลการวิจัยที่ผ่านมากระจัดกระจาย ไม่ชัดเจนและไม่สอดคล้องกับบริบทของปัญหา (Thanakwang K, Kespichayawattana J, Jitpanya, & C., 2010) ไม่สามารถนำมาแก้ปัญหาในบริบทที่แตกต่างกันได้ การดูแลผู้สูงอายุให้ได้ผลดีนั้นต้องมีระบบการดูแลสุขภาพที่มีการจัดองค์การอย่างดี เชื่อมโยงกับทรัพยากรที่หาได้จาก

ชุมชน มีผู้นำ แรงจูงใจ/สิ่งตอบแทน และทรัพยากรในการช่วยเหลือให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (Jiamjarasrangsi W., 2007)

ปัจจุบันรัฐบาลได้กำหนดให้การเตรียมความพร้อมสังคมไทยสู่สังคมผู้สูงอายุ เป็นยุทธศาสตร์หนึ่งในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และมีการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ซึ่งได้กล่าวถึงวิสัยทัศน์ด้านผู้สูงอายุว่า ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคมและสมควรให้คงคุณค่าไว้ให้นานที่สุด (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2552) สอดคล้องกับแนวคิดเชิงนโยบายพหุพลัง (Active Ageing) ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2002) ที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อพัฒนาให้ผู้สูงอายุพึ่งตนเองได้ มีศักยภาพ และเป็นผู้ที่ยังสามารถทำประโยชน์แก่ตนเอง ครอบครัวและสังคมได้

แนวคิดสภาวะพหุพลังขององค์การอนามัยโลกนั้นประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ สุขภาพ (Health) การมีส่วนร่วม (Participation) และความมั่นคงปลอดภัย (Security) หรือเรียกว่า สามเสาหลัก จากการศึกษาค้นคว้าพบว่า แนวคิดสภาวะพหุพลัง มีการให้ความหมายและคำอธิบายในแนวคิดดังกล่าวแตกต่างกันไปตามบริบทของวัฒนธรรมและสังคม เมื่อพิจารณาสามเสาหลักของแนวคิดสภาวะพหุพลังจะพบว่า เสาหลักด้านสุขภาพมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในวัยผู้สูงอายุ ด้วยเหตุผลที่ว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีช่วยเหลือตนเองได้ จะช่วยให้ภาระการพึ่งพิงในสังคมของผู้สูงอายุลดลง รวมถึงลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล

ดังนั้นเรื่องของสุขภาพจึงมีความสำคัญเป็นอันดับแรก เมื่อเปรียบเทียบกับอีกสองเสาหลักภายใต้บริบทของผู้สูงอายุสังคมไทยเนื่องจากสุขภาพเป็นพื้นฐานในการนำไปสู่การมีส่วนร่วม และความมั่นคงปลอดภัย (มาสริน ศุกลักษ์ และกรัณธรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์, 2560) และจากการการปฏิรูประบบสุขภาพในหลายส่วนอย่างกว้างขวาง ส่งผลให้กรอบความคิดเรื่องสุขภาพปรับจากกระบวนทัศน์ที่ว่าด้วยโรคมาสู่กระบวนทัศน์ที่ว่าด้วยสภาวะมากยิ่งขึ้น ดังจะเห็นได้จากกระแสการสร้างเสริมสุขภาพและพัฒนาการของการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย ในช่วงกว่าทศวรรษที่ผ่านมา แม้ว่าการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจะเป็นยุทธศาสตร์หนึ่งที่สำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพ แต่ก็เป็นเรื่องใหม่ที่คนไทยไม่คุ้นเคย (อำพล จินดาวัฒนะ, 2552)

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่ประชาชนและสังคมต้องมีเครื่องมือการทำงานเพื่อการพัฒนาสุขภาพในครอบครัวและชุมชนผู้สูงอายุอย่างองค์รวมและทุกมิติ เพื่อเป็นต้นแบบในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้มีความมั่นคง ปลอดภัย สอดคล้องตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุและชุมชน (มยุรี พิทักษ์ศิลป์ และคณะ, 2559)

จากข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ของกลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยมีจำนวนผู้สูงอายุตั้งแต่ปี

2555 ถึงปี 2561 เท่ากับ 70,031, 70,263, 73,990, 75,121, 75,843, 79,221 และ 84,309 คิดเป็นร้อยละ 12.4, 13.0, 13.7, 13.9, 14.0, 14.7 และ 15.6 ตามลำดับ แบ่งเป็นผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) จำนวน 48,568 คน คิดเป็นร้อยละ 57.7 ผู้สูงอายุตอนกลาง (70-79 ปี) จำนวน 25,873 คน คิดเป็นร้อยละ 30.7 และผู้สูงอายุตอนปลาย (80 ปีขึ้นไป) จำนวน 9,868 คน คิดเป็นร้อยละ 11.7 และจากการสำรวจประชากรสูงอายุอำเภอมาหาชนะชัย พบว่า ประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี เช่นเดียวกัน โดยมีจำนวนผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2558-2561 เท่ากับ 8,520 8,706 8,994 และ 9,247 คิดเป็นร้อยละ 16.22 16.65 17.20 และ 17.76 จะเห็นได้ว่าอำเภอมาหาชนะชัยมีจำนวนร้อยละของประชากรสูงอายุมากกว่าจำนวนร้อยละของประชากรสูงอายุเฉลี่ยทั่วประเทศ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการเตรียมความพร้อมในหลาย ๆ ด้าน เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา เช่น ปัญหาภาวะพึ่งพิงและการดูแลสุขภาพ ปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว รวมไปถึงปัญหาภาวะจิตใจแปรปรวน อีกทั้งยังพบว่ามีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จำนวน 147 คน คิดเป็นร้อยละ 1.6 และมีผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคเรื้อรังจำนวน 3,335 คน คิดเป็นร้อยละ 38.5 โดยโรคที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมา คือ โรคเบาหวาน โรคปอด โรคหัวใจ และโรคไต ตามลำดับ ทำให้การดูแลสุขภาพเกิดความซับซ้อนและต้องมียาใช้จ่ายมากกว่าประชากรกลุ่มอื่น ๆ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร, 2561)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาสถานการณ์และบริบทเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยเครือข่ายชุมชน เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ อำเภอมาหาชนะชัย จังหวัดยโสธร โดยใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในการดำเนินงานขับเคลื่อนนโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ ในการสร้างรูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยเครือข่ายชุมชน เพื่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและศึกษาผลของการการใช้รูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยเครือข่ายชุมชน เพื่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอมาหาชนะชัย จังหวัดยโสธร โดยทำการศึกษาในกลุ่มสูงอายุ ในเขตพื้นที่อำเภอมาหาชนะชัย จังหวัดยโสธร ผลที่ได้จากการวิจัยจะช่วยให้ผู้สูงอายุและผู้ปฏิบัติงานสามารถนำไปเป็นแนวปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลและชุมชนในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

1.2 คำถามการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของ เครือข่ายชุมชน อำเภอมาหาชะชัย จังหวัดยะลา ที่เหมาะสมเป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป:

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของ เครือข่ายชุมชน อำเภอมาหาชะชัย จังหวัดยะลา

วัตถุประสงค์เฉพาะ:

- 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์และบริบทเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน
- 3) เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน
- 4) เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน
- 5) เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน

1.4 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน อำเภอมาหาชะชัย จังหวัดยะลา โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Method Research) ระหว่างระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้สรุปขอบเขตการวิจัยไว้ดังนี้

1.4.1 ขอบเขตด้านประชากร ได้แก่

1) ประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีรายชื่อในเขตพื้นที่อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร ทั้งหมดจำนวน 9,247 คน (ข้อมูลจากโรงพยาบาลมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร, 2560)

2) ผู้ดูแลที่เป็นบุคคลที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุและมีบทบาทในการดูแลเกี่ยวกับการพาผู้สูงอายุมาพบแพทย์ หรือการจัดเตรียมอาหารและยา (กรณีมีโรคประจำตัว) หรือดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุเป็นหลักหรือใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุดในครอบครัว ๆ ละ 1 คน ทั้งหมดจำนวน 9,247 คน

3) เจ้าหน้าที่ที่มีหน้าที่เกี่ยวกับการดำเนินงานด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ในอำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโรงพยาบาลมหาชนะชัย จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 16 คน และผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุสำนักงานสาธารณสุขอำเภอมหาชนะชัย จำนวน 1 คน

4) เครือข่ายชุมชน อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร ประกอบด้วย นายกเทศมนตรีตำบลฟ้าหยาด จำนวน 1 คน นายกองค้การบริหารส่วนตำบล จำนวน 1 คน ผู้นำชุมชน/ผู้ใหญ่บ้าน 3 คน กรรมการหมู่บ้าน 5 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 10 คน และแกนนำสุขภาพชุมชน/ตัวแทนคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ 10 คน

1.4.2 ขอบเขตด้านเนื้อหา การวิจัยนี้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร โดยมีเนื้อหาในประเด็นสถานการณ์การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ บริบทเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ นโยบายที่เกี่ยวข้องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และการพัฒนา รูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชน แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วม โดยกระบวนการสมัชชา และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

1.4.3 ขอบเขตด้านพื้นที่ ได้แก่ เขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร

1.4.4 ขอบเขตด้านระยะเวลา ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ มิถุนายน พ.ศ. 2562 ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2564

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้คำศัพท์เฉพาะบางคำที่จำเป็นต่อการศึกษา เพื่อให้การใช้ภาษามีความชัดเจนและรัดกุม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงกำหนดนิยามศัพท์เฉพาะในการวิจัยดังนี้

1) รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ดูแลอาจเป็นบุคลากรวิชาชีพทางด้านสุขภาพ/สวัสดิการสังคมอื่น ๆ หรือประชาชนทั่วไป ทั้งครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน ด้วยการจัดการและปฏิบัติต่อผู้สูงอายุให้สามารถดูแลตนเองหรือประกอบกิจวัตรประจำวันได้ และอยู่ในสังคมได้โดยมีคุณภาพชีวิตดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยคำนึงถึงศักยภาพของผู้สูงอายุในตำบลฟ้าหยาด อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร เป็นสำคัญ

2) ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีรายชื่อในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลมหาชนะชัย อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร ซึ่งสามารถให้ข้อมูลการวิจัยโดยตอบแบบสอบถามหรือสัมภาษณ์หรือร่วมกิจกรรมประชุมกลุ่มสำหรับเก็บข้อมูลวิจัยได้

3) ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุและมีบทบาทในการดูแลเกี่ยวกับการพาผู้สูงอายุมาพบแพทย์ หรือการจัดเตรียมอาหารและยา (กรณีมีโรคประจำตัว) หรือดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุเป็นหลักหรือใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุดในครอบครัว

4) เจ้าหน้าที่ที่มีหน้าที่เกี่ยวกับดำเนินงานด้านสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง บุคลากรเจ้าหน้าที่ ทั้งภาครัฐและเอกชนที่มีความเกี่ยวข้องกับพื้นที่ตำบลฟ้าหยาด อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร

5) คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หมายถึง ลักษณะของการดำรงชีวิต ทางบวกของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลฟ้าหยาด อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

5.1 ด้านสุขภาพกาย คือ การรับรู้สภาพทางร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน มี 7 ตัวชี้วัดได้แก่ 1) ความเจ็บปวดและความไม่สบาย 2) กำลังวังชาและความเหนื่อยล้า 3) การนอนหลับพักผ่อน 4) การเคลื่อนไหว 5) การดำเนินชีวิตประจำวัน 6) การใช้ยาหรือการรักษา 7) ความสามารถในการทำงาน

5.2 ด้านจิตใจ คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง มี 6 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) ความรู้สึกในด้านดี 2) การคิดการเรียนรู้ ความจำและสมาธิ 3) การนับถือตนเอง 4) ภาพลักษณ์และรูปร่าง 5) ความรู้สึกในทางที่ไม่ดี 6) จิตวิญญาณ ศาสนา และความเชื่อส่วนบุคคล

5.3 ด้านสัมพันธภาพในสังคม คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ที่ตนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมถึงการรับรู้ในอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์ มี 3 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) สัมพันธภาพในสังคม 2) การช่วยเหลือสนับสนุนในสังคม 3) กิจกรรมทางเพศ

5.4 ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ที่ตนเองมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัย มีความมั่นคงในชีวิต มีที่อยู่อาศัยที่เอื้อต่อสุขภาพ การรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดีปราศจากมลพิษต่าง ๆ มี 8 ตัวชี้วัดได้แก่ 1) ความปลอดภัยทางด้านร่างกายและความมั่นคงในชีวิต 2) สภาพแวดล้อมของบ้าน 3) แหล่งการเงิน 4) การดูแลสุขภาพและบริการในสังคม 5) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารและทักษะใหม่ ๆ 6) การมีส่วนร่วมมีโอกาสพักผ่อนหย่อนใจและมีเวลาว่าง 7) สภาพแวดล้อม 8) การคมนาคม

6) การมีส่วนร่วม หมายถึง การมีส่วนร่วมของแต่ละภาคส่วนชุมชนตามแนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ประกอบด้วย ภาคประชาชน ภาควิชาการ และภาคการเมือง ในการร่วมคิดและร่วมดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลฟ้าหยาด อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร ในทุกขั้นตอน ทั้งด้านการวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุของปัญหา การตัดสินใจ การวางแผน การดำเนินงาน การรับประโยชน์ และการติดตามและประเมินผลรูปแบบการดูแลสุขภาพตนเอง

7) เครือข่ายชุมชน หมายถึง หน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาชนในเขตอำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร ประกอบด้วย โรงพยาบาลมหาชนะชัย เทศบาลผู้นำชุมชน/ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้สูงอายุและแกนนำสุขภาพชุมชน

8) กระบวนการสมัชชา หมายถึง กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของภาคประชาชน ภาควิชาการ และภาคการเมือง อย่างสมานฉันท์ โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างกลไกการจัดสมัชชาสุขภาพ 2) จัดกลุ่มเครือข่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 3) การออกแบบกระบวนการสมัชชาสุขภาพ 4) การสรุปบทเรียนเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 5) การสื่อสารในสังคมตลอดกระบวนการ และ 6) การบริหารจัดการที่เป็นระบบในชุมชนตำบลฟ้าหยาด อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร



บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยเครือข่ายชุมชน เพื่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้เนื้อหาครอบคลุมกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลจากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- 2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
 - 2.1.1 ความหมายและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
 - 2.1.2 สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย
 - 2.1.3 สภาพปัญหาและการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ
 - 2.1.4 นโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ
- 2.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
 - 2.3.1 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้สูงอายุ
 - 2.3.2 แนวคิดพหุพลัง (Active Aging)
- 2.3 แนวคิดคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
- 2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
 - 2.4.1 แนวคิดการพัฒนารูปแบบ
 - 2.4.3 Action Research
 - 2.4.4 Survey Research
- 2.5 แนวคิดการวิจัยแบบผสมผสาน
- 2.6 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม
 - 2.6.1 แนวคิดเครือข่ายชุมชน
 - 2.6.2 แนวคิดกระบวนการสร้างสมัชชาสุขภาพ
- 2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 2.7.1 งานวิจัยในประเทศ
 - 2.7.2 งานวิจัยในต่างประเทศ
- 2.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

2.1.1 ความหมายและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

2.1.1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

ปัจจุบันสหประชาชาติ (United Nations) ยังไม่มีนิยามที่แน่นอนว่าอายุเท่าไรจึงจะเรียกว่าเป็นผู้สูงอายุ (Older/Elderly person) แต่สหประชาชาติใช้อายุ 60 ปีขึ้นไป ในการนำเสนอสถิติข้อมูล และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่ใช้อายุ 65 ปีขึ้นไป เป็นเกณฑ์ในการเรียก ผู้สูงอายุ

สำหรับประเทศไทยกำหนดนิยามผู้สูงอายุไว้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 3 ผู้สูงอายุ หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย (รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย, 2560) โดยแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุได้ 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) เป็นช่วงที่ยังมีพลังช่วยเหลือตนเองได้ ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) เริ่มมีอาการเจ็บป่วย ร่างกายเริ่มอ่อนแอ มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง และผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) เจ็บป่วยบ่อยขึ้น อวัยวะเสื่อมสภาพ อาจมีภาวะทุพพลภาพ (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2556)

องค์การอนามัยโลกยังไม่มี การให้นิยามผู้สูงอายุ โดยมีเหตุผลว่าประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกมีการนิยามผู้สูงอายุต่างกันทั้งนิยามตามอายุเกิดตามสังคม (social) วัฒนธรรม (culture) และสภาพร่างกาย (functional markers) เช่น ในประเทศที่เจริญแล้วมักจัดผู้สูงอายุนับจากอายุ 65 ปีขึ้นไปหรือบางประเทศอาจนิยามผู้สูงอายุตามอายุกำหนดให้เกษียณงาน (อายุ 50 ปี หรือ 60 ปี หรือ 65 ปี) (World Health Organization, 2000)

เกณฑ์ที่กำหนดว่าใครคือคนชรา คือ อายุ ซึ่งวัดโดยจำนวนปีที่ได้มีชีวิตอยู่มาการจำแนกขึ้นอยู่กับแต่ละสังคมและเวลาที่อ้างอิง ในสังคมที่มีลักษณะสังคมสมัยใหม่ (Modernized) ก็จะกำหนดอายุที่จะจำแนกว่าเป็นคนชราไว้สูง ส่วนสังคมล้าหลังหรือดั้งเดิมก็จะกำหนดอายุจำแนกเป็นคนชราไว้ต่ำ เช่น ประเทศไทย คนชรา คือ คนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในประเทศสหรัฐอเมริกา คือ ผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป

จากการศึกษาของศรีทัตทิมา (รัตนโกศล) พานิชพันธ์ (ศรีทัตทิมา รัตนโกศล พานิชพันธ์, 2550) ได้แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ โดยจัดตามลักษณะที่แตกต่างกัน ตามปฏิทินอายุถึง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (The Young Elderly) มีอายุต่ำกว่า 74 ปี กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (The Middle Age Elderly) มีอายุ 75-84 ปี และกลุ่มผู้สูงอายุวัยท้าย (The Old Elderly) มีอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป

ยูริคและคนอื่น ๆ (Yuriek, et al., 1980) เสนอการแบ่งอายุของผู้สูงอายุตามสถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติ (national Institute of aging) ประเทศสหรัฐอเมริกาเป็น 2 กลุ่มคือ 1) ผู้สูงอายุวัยต้น (young-old) มีอายุ 60-74 ปี 2) ผู้สูงอายุวัยปลาย (old-old) มีอายุ 75 ปีขึ้นไป

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่กับครอบครัวในอำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร ประกอบด้วยผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีพึ่งตนเองได้ เป็นผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือจากครอบครัวในการใช้ชีวิตประจำวัน และเป็นผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลจากครอบครัวและชุมชน

2.1.1.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุสามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ คือ ทฤษฎีทางชีววิทยา ทฤษฎีทางจิตวิทยา และทฤษฎีในสังคมวิทยา มีรายละเอียดดังนี้

1. ทฤษฎีทางชีววิทยา ประกอบด้วย 9 ทฤษฎี ดังนี้

1.1 ทฤษฎีว่าด้วยคอลลาเจน (Collagen Theory) เชื่อว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ สารที่เป็นส่วนประกอบของคอลลาเจนและไฟบรัสโปรตีนจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและเกิดการจับตัวกันมากทำให้เส้นใยหดสั้นเข้าปรากฏรอยย่นมากขึ้นถ้าอยู่ตรงข้อต่อจะมองเห็นปุ่มกระดูกขัดเจนซึ่งการ จับตัวของเส้นใยจะมีมากในช่วงอายุ 30-35 ปี บริเวณที่มีการจับตัวได้แก่ ผิวหนัง กระดูก กล้ามเนื้อ หลอดเลือดและหัวใจ

1.2 ทฤษฎีว่าด้วยภูมิคุ้มกัน (Immunological Theory) เชื่อว่าเมื่อมีอายุมากขึ้นร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกันตามปกติลดลง พร้อม ๆ กับสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตัวเองมากขึ้นทำให้ร่างกายต่อสู้กับเชื้อโรคได้ไม่ดี เจ็บป่วยง่าย และภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตัวเองจะไปทำลายเซลล์ต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะเข้าไปทำลายเซลล์ที่เจริญเต็มที่แล้วไม่มีการแบ่งตัวใหม่ เช่น เซลล์สมอง เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้หัวใจวายได้ง่าย

1.3 ทฤษฎีว่าด้วยยีน (Genetic Theory) เชื่อว่าการสูงอายุนั้น เป็นลักษณะที่เกิดตามกรรมพันธุ์ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอวัยวะบางส่วนในร่างกาย คล้ายคลึงกับหลายช่วงคน เมื่อมีอายุมากขึ้น เช่น ลักษณะศีรษะล้าน ผมหงอกเร็ว

1.4 ทฤษฎีว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงและความผิดพลาดของเซลล์ร่างกาย (Somatic Mutation and Error Theories) ทฤษฎีแรกกล่าวถึง ภาวะการแบ่งตัวผิดปกติ (Mutation) ทำให้เกิดการสูงอายุเร็วขึ้น เช่น การได้รับรังสีเล็กน้อยเป็นประจำ หรือได้รับขนาดสูงทันทีจะมีผลทำให้เซลล์ชีวิตสั้นลง สำหรับทฤษฎีความผิดพลาด เชื่อว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลง โครงสร้าง DNA และถูกส่งต่อไปยัง RNA เป็นเอนไซม์ที่เพ่งสังเคราะห์ใหม่ เอนไซม์ที่ผิดปกติจะผลิตสารภายในเซลล์ จะมีผลต่อกระบวนการเผาผลาญอาจเสื่อมหรือสูญเสียสมรรถภาพถ้าจำนวน RNA ลดลงมากจะมีผลทำให้เสียชีวิต

1.5 ทฤษฎีว่าด้วยการเสื่อมและถดถอย (Wear and Tear Theory) ทฤษฎีนี้เปรียบสิ่งมีชีวิตทั้งหลายเหมือนเครื่องจักร เชื่อว่าหลังใช้งานเสร็จแล้วมีการสึกหรอแต่มีสิ่งมีชีวิตเช่น ผิวหนัง เยื่อบุทางเดินอาหาร เม็ดเลือดแดง มีการสร้างเซลล์ใหม่มาทดแทนเซลล์เก่าที่หายไปอย่าง

ต่อเนื่อง เป็นการชะลอความเสื่อมและถดถอยแต่ในระบบเซลล์อื่น ๆ ส่วนเซลล์ประสาทและเซลล์กล้ามเนื้อจะไม่มี การเพิ่มเซลล์ใหม่ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุการเสริมสร้างจะต่างกับพวกแรกเสริมสร้างเซลล์ภายในทำให้ด้อยประสิทธิภาพ ชะลอความเสื่อมและถดถอยได้น้อยกว่า จะเห็นได้ว่าหน้าที่ของร่างกายทั้งโครงสร้าง มีการใช้ตลอดเวลาทำให้เกิดการเสื่อมและหมดอายุ ถ้ามีการใช้มาก มีผลทำให้เกิดการเสื่อมเร็วขึ้น

1.6 ทฤษฎีว่าด้วยการดูดซึมบกพร่อง (Deprivation Theory) เมื่อคนมีอายุมากขึ้น จะมีการเปลี่ยนแปลงขึ้น เนื่องจากความเสื่อมที่เกิดขึ้นที่ผนังเซลล์ของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายเป็นผลทำให้การดูดซึมหรือการส่งผ่านออกซิเจนและสารอาหารต่าง ๆ ในเลือดไปสู่อวัยวะต่าง ๆ ได้รับออกซิเจน สารอาหารไม่เพียงพออวัยวะจึงเสื่อมลง

1.7 ทฤษฎีว่าด้วยการสะสม (Accumulation Theory) กล่าวว่าในน้ำเหลืองของคนหรือสัตว์ที่สูงอายุ พบว่า มีการสะสมของสารบางอย่างซึ่งมีผลทำให้หยุดการเจริญเติบโตของเซลล์และสารนี้จะไม่พบในน้ำเหลืองของคนหรือสัตว์ที่มีอายุน้อยสารที่สะสมนี้มีผลแทรกแซงขบวนการเผาผลาญของเซลล์ ทำให้ประสิทธิภาพของการซึมผ่านของผนังเซลล์ลดลง ในที่สุดจะทำให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เริ่มเสื่อมลงและเสียไปในที่สุด

1.8 ทฤษฎีว่าด้วยสารอนุมูลอิสระที่เกิดจากการเผาผลาญ (Free radical Theory) กล่าวถึงการให้ออกซิเจนของเซลล์และการเผาผลาญพวกโปรตีน คาร์โบไฮเดรตและอื่น ๆ ทำให้เกิดอนุมูลอิสระ อันทำลายผนังเซลล์ให้เสื่อมสลายลงสารนี้ถูกเร่งให้เกิดมากขึ้นโดยการฉายรังสี แต่มีสารที่ป้องกันไม่ให้เกิดอนุมูลอิสระ ได้แก่วิตามินอี โดยไปลดการเผาผลาญ วิตามินเอ วิตามินซี และ ไนอาซินยังช่วยจับสารอนุมูลอิสระอีกด้วย

1.9 ทฤษฎีความเครียดและการปรับตัว (Stress Adaptation Theory) กล่าวว่าความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันมีผลทำให้เซลล์ตายได้ บุคคลต้องเผชิญความเครียดบ่อย ๆ จะทำให้บุคคลนั้นอย่างเข้าสู่วัยสูงอายุเร็ว

2. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychoanalytic Theory) ประกอบด้วย 2 ทฤษฎี ดังนี้

2.1 ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory) กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุขหรือความทุกข์ขึ้นอยู่กับภูมิหลัง และการพัฒนาจิตของผู้นั้น ถ้าผู้สูงอายุเติบโตด้วยความมั่นคงอบอุ่น มีความรักแบบถ้อยทีถ้อยอาศัย เห็นความสำคัญของคนอื่น ทำงานร่วมกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดีมักจะเป็นผู้สูงอายุค่อนข้างจะมีความสุข สามารถอยู่ร่วมกับลูกหลานและผู้อื่นได้โดยไม่เดือดร้อนในทางกลับกัน ถ้าผู้สูงอายุเกิดมาอยู่ร่วมกับใครไม่เป็น ไม่อยากช่วยเหลือผู้อื่น จิตใจคับแคบผู้สูงอายุมักจะเป็นผู้ไม่ค่อยมีความสุข

2.2 ทฤษฎีความปราดเปรื่อง (Intelligence Theory) เชื่อว่าผู้สูงอายุที่ยังปราดเปรื่องและคงความเป็นปราชญ์อยู่ได้เพราะเป็นผู้ที่มีความสนใจในเรื่องต่าง ๆ อยู่เสมอ มีการค้นคว้าและพยายามที่จะเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา ผู้ที่มีลักษณะเช่นนี้ต้องเป็นผู้มีสุขภาพดี มีฐานะ เศรษฐกิจดีพอเป็นเครื่องเกื้อหนุน

3. ทฤษฎีสังคมวิทยา ประกอบด้วย 5 ทฤษฎี ดังนี้

3.1 ทฤษฎีบทบาท (Role Theory) มีแนวคิดว่าการปรับตัวการเป็นผู้สูงอายุ อาจเกี่ยวกับทฤษฎีบทบาท คือ บุคคลนั้นจะรับบทบาทในสังคมที่ต่างกันไปตามตลอดชีวิต เช่นบทบาท การเป็นพ่อ แม่ สามี ภรรยา ความเป็นคนถูกกำหนดโดยบทบาทหน้าที่ที่ตนกำลังรับผิดชอบบุคคลจะอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขได้ ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ตนกำลังเป็นอยู่ได้เหมาะสมเพียงใด โดยอายุจะเป็นองค์ประกอบในการกำหนดบทบาทของแต่ละคนในช่วงชีวิตที่ผ่านมา

3.2 ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมอยู่เสมอ ๆ จะมีบุคลิกภาพที่กระฉับกระเฉง มีภารกิจอย่างสม่ำเสมอทำให้มีความพึงพอใจในชีวิต ปรับตัวได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่ปราศจากกิจกรรม มีภาพพจน์ในด้านบวก ชอบเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ เป็นการทดแทนบทบาทที่เสียไปจากการที่ต้องเป็นหม้าย การเกษียณอายุจากการปฏิบัติงาน ซึ่งผู้สูงอายุจะมีความสุขได้ควรมีบทบาทหรือกิจกรรมในสังคมตามสมควร เช่น มีงานอดิเรก การเป็นสมาชิกกลุ่ม กิจกรรม สมาคม ชมรม

3.3 ทฤษฎีการแยกตนเอง (Disengagement Theory) เชื่อว่าการที่ผู้สูงอายุไม่เกี่ยวข้องกับบทบาทในสังคม เป็นเพราะการถอนสถานภาพบทบาทของตนเอง ตามปกติผู้สูงอายุจะลดกิจกรรมลงในขณะที่ปรับตนเองให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงตามปกติของกระบวนการผู้สูงอายุ

3.4 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) ผู้สูงอายุจะแสวงหาบทบาทในสังคมให้มาทดแทนในสังคมเก่าที่สูญเสียไป ยังคงปรับตนเองให้เข้ากับภาพแวดล้อมใหม่อย่างต่อเนื่องอยู่เสมอ

3.5 ทฤษฎีระดับชั้นอายุ (Age Stratification Theory) อายุเป็นหลักเกณฑ์สากลที่จะกำหนดบทบาท สิทธิ หน้าที่ ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงไปตามชั้นอายุ จากอายุหนึ่งไปสู่อีกอายุหนึ่ง จากแนวคิด ทฤษฎีดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านสุขภาพ มีลักษณะที่เสื่อมถอยตามสภาพ และต้องการความช่วยเหลือการยอมรับ จากบุคคลในครอบครัว สังคม และชุมชน ดังนั้นสังคมควรให้ความช่วยเหลืออุปการะเพื่อให้ผู้สูงอายุมีชีวิตมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ศึกษา จึงได้นำ แนวคิดนี้มากำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างให้สอดคล้องกับแนวคิดและทฤษฎี เพื่อจะได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในอนาคตได้

2.1.2 สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย

ในศตวรรษนี้การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก ทุกวันนี้ประชากรเกือบทุกประเทศในโลกกำลังมีอายุสูงขึ้น อันเป็นผลมาจากการที่อัตราเกิดของประเทศต่างๆ ได้ลดต่ำลง ในขณะที่ผู้คนมีอายุยืนยาวขึ้น ในปี 2560 นี้ ในจำนวนประชากรโลกทั้งหมด 7,550 ล้านคน จะเป็นประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 12.7 ซึ่งเรียกได้ว่า โลกของเราได้กลายเป็นสังคมสูงวัยแล้ว อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาการสูงวัยแยกตามทวีป ผู้สูงอายุสูงสุด คือ ทวีปยุโรป มีร้อยละของผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 24.7 รองลงมา คือ ทวีปอเมริกาเหนือ มีผู้สูงอายุร้อยละ 21.7 ส่วนประเทศในทวีปแอฟริกา มีอัตราผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 5.5 เท่านั้น เรียกได้ว่ายุโรปและอเมริกาเหนือเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์แล้ว

ตาราง 1 เปรียบเทียบสัดส่วนประชากรโลก (อายุ 60 ปีขึ้นไป) พ.ศ. 2560

ภูมิภาค	ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ)
■ โลก	12.7
■ ยุโรป	24.7
■ อเมริกาเหนือ	21.7
■ เอเชีย	12.2
■ ประเทศไทย	17.1

ข้อมูลในตาราง 1 สรุปได้ว่า ประชากรไทยมีประชากรสูงอายุมากขึ้น ระดับการสูงอายุ (เมื่อวัดโดยอัตราส่วนร้อยละของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ต่อประชากรทั้งหมด) ของประชากรไทย (ร้อยละ 17.1) สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประชากรทั่วโลก (ร้อยละ 12.7) สูงกว่าของทวีปเอเชีย (ร้อยละ 12.2) มาก และกำลังจะเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์แล้ว (ร้อยละ 20.0)

ในรอบครึ่งศตวรรษที่ผ่านมา ประชากรไทยมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว การเกิดที่ลดต่ำลงอย่างรวดเร็ว และอายุของคนไทยที่ยืนยาวขึ้นทำให้โครงสร้างอายุของประชากรไทยได้เปลี่ยนผ่านจากที่เคยเป็นประชากรเยาว์วัยกลายเป็นประชากรสูงวัย ในอดีตเมื่อ 50 ปีก่อน สำนวนประชากรปี 2513 แสดงให้เห็นว่า ประเทศไทยขณะนั้นเป็นสังคมเยาว์วัยที่มีประชากรเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี มากถึงร้อยละ 45.0 และมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพียงร้อยละ 5.0 ของประชากรทั้งหมดเท่านั้น

ตาราง 2 แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุของประชากรไทย

พ.ศ. อายุ(ปี)	2513		2533		2560	
	จำนวน (ล้านคน)	ร้อยละ	จำนวน (ล้านคน)	ร้อยละ	จำนวน (ล้านคน)	ร้อยละ
0-14	15.5	45.1	15.9	29.2	11.6	17.5
15-59	17.2	50.0	34.6	63.4	43.2	65.4
≥60	1.7	4.9	4.0	7.4	11.3	17.1
รวม	34.4	100.0	54.5	100.0	65.5	100.0

ในช่วงเวลา 40 ปีที่ผ่านมา ผู้หญิงไทยมีลูกกันน้อยลงอย่างมาก อัตราเจริญพันธุ์รวมหรือจำนวนบุตรเฉลี่ยที่ผู้หญิงคนหนึ่งจะมีตลอดวัยของการมีบุตรของตน ได้ลดลงจากบุตรเฉลี่ยมากกว่า 5 คน เมื่อ 40 ปีก่อนเหลือเพียง 1.6 คน ในปัจจุบันอัตราเกิดซึ่งเคยสูงกว่า 40 ต่อประชากร 1,000 คน ลดลงเหลือเพียงประมาณ 12 ในปี 2556 นี้ ในขณะที่อายุของคนไทยได้ยืนยาวขึ้นอย่างมาก จากที่เคยมีอายุคาดเฉลี่ยตั้งแต่แรกเกิดไม่ถึง 60 ปี เมื่อ 40 ปีก่อน ก็ยืนยาวขึ้นถึง 75 ปี ในปัจจุบัน

โดยสรุปคือ โครงสร้างอายุของประชากรที่เปลี่ยนไปในลักษณะที่มีอายุสูงขึ้นเช่นนี้ เท่ากับเป็นการเปลี่ยนโครงสร้างของสังคมไทยโดยรวม ขณะนี้สภาพสังคมไทยกำลังสูงวัยขึ้นอย่างต่อเนื่อง การสูงวัยของประชากรย่อมมีผลกระทบต่อประเทศ เช่น ด้านเศรษฐกิจและสังคม คือ ทั้งรัฐและครอบครัวจะมีค่าใช้จ่ายในเรื่องสวัสดิการและสุขภาพอนามัยเพิ่มสูงขึ้นอย่างมหาศาล เนื่องจากการสูงวัยของประชากรไทยเป็นไปอย่างรวดเร็วมากดังที่ได้กล่าวมาแล้ว

2.1.3 สภาพปัญหาและการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

บุคคลเมื่ออายุสูงขึ้นจะเกิดการเปลี่ยนแปลง 3 ส่วนคือ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ทางด้านจิตใจ และทางด้านสังคม (สุชา จันทน์เอม, 2548) ซึ่งมีผลทำให้อย่างระบบต่าง ๆ ของร่างกายทำงานลดลงและล้มเหลวได้ง่าย อาจเป็นผลมาจากความผิดปกติ ความสึกหรอ การเสื่อมและตายของเซลล์ การเพิ่มขึ้นของสารอนุมูลอิสระ การเกาะยึด และยึดหยุ่นของเซลล์กล้ามเนื้อ ระบบภายในร่างกายผู้สูงอายุพบการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญเห็นได้ชัด คือ (สุรกุล เจนอบรม, 2534)

- 1) ระบบต่อมไร้ท่อ การทำงานของต่อมไทรอยด์ พาราไทรอยด์ลดลง ตับอ่อนจะสร้างอินซูลินน้อยลง ฮอร์โมนเพศหญิงหรือฮอร์โมนเพศชายจะลดลง เกิดอาการหงุดหงิด ตกใจง่ายในสตรี
- 2) ระบบผิวหนัง จะบาง ไขมันใต้ผิวหนังน้อยลง ผิวหนังบางแห้งขาดน้ำขาดความยืดหยุ่น เกิดแผลกดทับได้ง่าย ต่อมเหงื่อทำงานลดลงการระบายความร้อนไม่ดี การรับความรู้สึกต่ออุณหภูมิและการสัมผัสอ่อนลดลง

3) ระบบหัวใจและหลอดเลือด ความยืดหยุ่นหดตัวลดลง อัตราการเต้นของหัวใจลดลงกล้ามเนื้อหัวใจมีความไวต่อสิ่งเร้าลดลง เกิดการอุดตันของหลอดเลือดได้ง่าย 4) ระบบประสาท ขนาดของเซลล์สมองลดลง ความเร็วในการส่งสัญญาณประสาทลดลง ความจำเสื่อม ความสัมพันธ์ทางความคิดไม่สัมพันธ์กับเวลา ระบบการคิดสับสนและมีความเครียด 5) ระบบประสาทสัมผัส การมองเห็นเปลี่ยนไป การมองเห็นกว้างได้ลดลงการรับรู้ความรู้สึก แยกแยะได้ช้าลง สายตายาว หูตึง ต่อม้ำลายทำงานลดลง การรับกลิ่นจากจมูกลดลง 6) ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก กล้ามเนื้อจะลีบเล็กลง ความแข็งแรง กำลัง และการหดตัวลดลงทรงอกขยายน้อย การควบคุมกล้ามเนื้อหดรูดลดลง กระดูกเปราะบาง กระดูกสันหลังโก่ง การเคลื่อนไหวและการทรงตัวไม่มั่นคง 7) ระบบทางเดินหายใจ ปอดขยายหรือหดตัวได้น้อย ปอดมีอากาศตกค้างมากขึ้น การทำงานของกล้ามเนื้อในการหายใจไม่ดี 8) ระบบทางเดินอาหาร การขบเคี้ยวอาหาร ลำบากเพิ่มขึ้นต่อมน้ำลายเสื่อม ต่อมรับรสเสื่อม อาหารจะอยู่ในกระเพาะอาหารนานขึ้น ทดรั้ดตัวช้า และ 9) กล้ามเนื้อมีแรงเบ่งน้อย มีผลต่อการขับถ่ายท้องผูกได้ง่าย และมีโรคแทรก 10) ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ ไตเล็กลง อัตราการกรองของเสียลดลง กระเพาะ ความจุของกระเพาะปัสสาวะได้น้อยลงกล้ามเนื้อหดรูดอ่อนกำลัง กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เพศชายต่อมลูกหมากจะโต ในเพศหญิงมดลูกปีกมดลูกกว้างจะฝ่อ เนื้อเยื่อบริเวณช่องอวัยวะสืบพันธุ์จะหนาแห้งมีความยืดหยุ่นน้อยลง

ปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (ศรีนยา สุริยะฉาย, 2552) คือ 1) ข้อบกพร่องในการติดต่อสื่อสาร 2) มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม 3) การปรับตัวต่อภาวะเครียดลดลง 4) เรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ได้ช้า 5) การพักผ่อนไม่เพียงพอ แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป 6) มีภาวะทุพโภชนาการ 7) เสี่ยงสมดุลเคลื่อนไ้ในร่างกายได้ง่าย 8) มีความผิดปกติในการขับถ่ายเนื่องจากการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง กลั้นอุจจาระได้ไม่ดี 9) เกิดแผลได้ง่ายและหายช้า 10) กระดูกหักง่ายและหายช้าเซลล์กระดูกลดลง และ 11) ติดเชื้อได้ง่าย เพราะระบบภูมิคุ้มกันของลดลง

รายงานผลการศึกษาของ ศรีนยา สุริยะฉาย (2552) พบว่า ผู้สูงอายุจะมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วย 1) มะเร็งและเนื้องอกเนื่องจากการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันเปลี่ยนแปลง 2) ความดันโลหิตสูงเนื่องจากหลอดเลือดแข็งความต้านทานภายในหลอดเลือดส่วนปลายสูงขึ้น 3) ต้อกระจก เพราะการเสื่อมสภาพของจอตา 4) เบาหวานเนื่องจากการทำงานของตับอ่อนลดลง 5) ถูกลงโป่งพองเนื่องจากความยืดหยุ่นและจำนวนถุงลมปอดลดลง 6) ปอดบวมเนื่องจากการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันลดลง 7) ข้ออักเสบเนื่องจากข้อเสื่อมน้ำไขข้อลดลง 8) โลหิตจางเนื่องจากจำนวนเม็ดเลือดแดงและฮีโมโกลบินลดลง 9) สมองเสื่อมเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสมองและระบบประสาท 10) การตอบสนองต่อยาในกระแสเลือดนานและเกิดพิษได้ง่าย และ 11) เกิดอุบัติเหตุได้ง่ายเนื่องจากอวัยวะรับรู้สัมผัสลดลง หูตึง ตามัว การทรงตัวไม่ดีและกล้ามเนื้ออ่อนแรง

จากรายงานผลการศึกษาของ นริสา วงศ์พนารักษ์ (2556) พบว่าการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมของผู้สูงอายุ เริ่มตั้งแต่ภาระหน้าที่และบทบาทในสังคมของผู้สูงอายุจะลดลง เนื่องจากกฎเกณฑ์ในสังคม หรือสภาพร่างกาย ที่ขาดความคล่องตัวในระบบการคิด การกระทำ การติดต่อ สื่อสารกับบุคคลอื่นลดลง ทำให้ห่างจากสังคม คนส่วนใหญ่มักมองว่าผู้สูงอายุมีความสามารถในการ ทำงานลดลงจึงไม่เห็นความสำคัญในตัวผู้สูงอายุ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะลดบทบาทความสำคัญลง ถอยตัวออกจากสังคมเกิดการมองข้ามจากสังคม ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมหรือมีส่วนร่วมในกิจกรรมน้อย จะมีความรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองลดลง และการสูญเสียบทบาทจากที่เคยเป็นผู้นำครอบครัว เปลี่ยนเป็นผู้อาศัยจากสมาชิกของครอบครัวแทน ทำให้ความมั่นใจในตนเองลดลง อันมาจากการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงไป และเมื่อสมรรถนะในตนเองลดลงทำให้รู้สึกไม่มั่นคง ตามไม่ทันสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปคนส่วนใหญ่จึง ให้ความสำคัญลดลง เพราะมองว่าสุขภาพไม่ค่อยแข็งแรง

กรณีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของผู้สูงอายุ พิกุลทอง อันแปลง (2554) ได้รายงานถึงสภาพทางจิตใจของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและสังคม ที่เกิดจากภายในตัวผู้สูงอายุเอง ที่ส่วนใหญ่จะมีการพัฒนาจิตใจตัวเองไปในทางที่ดีงามมากขึ้น สามารถควบคุมจิตใจได้ดีขึ้น มีความสุขุมเยือกเย็นเพิ่มขึ้น สำหรับผู้สูงอายุบางคนที่ไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ จะมีลักษณะการรับรู้แบบยึดติดกับความคิดและเหตุผลของตนเอง รับรู้สิ่งใหม่ ๆ ได้ยากมีการแสดงออกทางอารมณ์แบบท้อแท้และน้อยใจ กล่าวโทษสังคมว่าให้ความสำคัญกับตนเองน้อยลง อารมณ์มักไม่มั่นคง รู้สึกหวั่นไหวและหงุดหงิดง่าย ส่วนการยอมรับตนเอง พบว่า ผู้สูงอายุที่ยอมรับว่า การมีอายุมากขึ้น คือ การเข้าใกล้ความตายและความสิ้นสุดทำให้มุ่งสร้างชีวิต บางคนชอบอยู่คนเดียวทำให้รู้สึกอิสระ และได้ใช้ชีวิตที่ตนเองชอบก่อนตาย และจะสนใจสิ่งแวดล้อมเฉพาะที่คุ้นเคยไม่ชอบสิ่งแปลกใหม่ ความมุงหวังในชีวิตจึงลดลง การที่ต้องเผชิญกับปัญหาทางเศรษฐกิจ เสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคม เผชิญกับการสูญเสีย การถอยหนีจากสังคม ทำให้มีความว้าเหว่ โดดเดี่ยวและแยกตัวออกจากสังคม โดยการเปลี่ยนแปลงในทุกมิติ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม รวมถึงเทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งสิ้น สรุปได้ว่า ปัญหาของผู้สูงอายุนั้นเป็นปัญหาที่สืบเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยผู้สูงอายุ คือ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ซึ่งประกอบด้วยปัญหาต่าง ๆ คือ ปัญหาเรื่องสุขภาพอนามัยเกิดจากความเสื่อมโทรมของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ทำให้สุขภาพอ่อนแอ เกิดการเจ็บป่วยและเป็นโรคต่าง ๆ ได้ง่าย ซึ่งมีผลต่อสุขภาพจิตและอารมณ์ของผู้สูงอายุการที่สูญเสียคนที่ใกล้ชิดสูญเสียสมรรถภาพในสังคมและการทำงาน ก่อให้เกิดปัญหาเรื่องการปรับตัว ปัญหาทางด้านครอบครัว ปัญหาในสังคม และปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นเหล่านี้มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งทางตรงและทางอ้อมทั้งสิ้น

ดังนั้น จะเห็นว่าการที่มีประชากรวัยผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว และผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะเสื่อมถอยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ นอกจากจะก่อให้เกิดผลกระทบต่าง ๆ ทั้งแก่ตัวผู้สูงอายุเองแล้ว การเกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพส่งผลกระทบต่อประเทศในด้านการรักษาพยาบาลด้วย การเพิ่มขึ้นของประชากรวัยผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งโดยเฉพาะทางด้านสาธารณสุข

2.1.4 นโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

2.1.4.1 แผนปฏิบัติการระหว่างประเทศมาดริดว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ (The Madrid International Plan of Action on Ageing)

องค์การสหประชาชาติ (United Nations) ได้จัดให้มีการจัดการประชุมสมัชชาระดับโลกว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ ครั้งที่ 2 (the 2nd world Assembly on Ageing) ณ กรุงมาดริด ประเทศสเปน ในปี พ.ศ. 2545 ผลจากการประชุมคราวนั้นได้ก่อให้เกิดพันธกรณีระหว่างประเทศในเรื่องของผู้สูงอายุที่เรียกว่า แผนปฏิบัติการระหว่างประเทศมาดริดว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ (The Madrid International Plan of Action on Ageing) ที่ได้กำหนดเป้าหมายหลักของการพัฒนาผู้สูงอายุใน 3 ประเด็นต่อไปนี้ คือ 1) ผู้สูงอายุกับการพัฒนา (Older persons and development) 2) สุขวัยอย่างสุขภาพดีและมีสุขภาวะ (Advancing health and well-being in to old age) 3) การสร้างเชื่อมั่นใจว่าจะมีสภาพแวดล้อมที่เกื้อหนุนและเหมาะสม (Ensuring enabling and supportive environment) ซึ่งเป็นพันธกรณีที่ประเทศภาคีองค์การสหประชาชาติจะต้องร่วมยึดถือเป็นเป้าหมายการดำเนินงานผู้สูงอายุ และร่วมกันกำหนดทิศทางกลยุทธ์ของการพัฒนาเพื่อบรรลุเป้าหมายดังกล่าวร่วมกันประเด็นท้าทายในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย

1) การสร้างหลักประกันด้านรายได้เพื่อวัยสูงอายุ การเตรียมความพร้อมเพื่อความมั่นคงในวัยสูงอายุ ด้วยการส่งเสริมระบบการออมแห่งชาติให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายที่อยู่ในวัยทำงานและยังไม่มีหลักประกันด้านรายได้ใด ๆ จากรัฐให้มีบำนาญเพื่อการใช้จ่ายในวัยสูงอายุ

2) การส่งเสริมและขยายโอกาสในการทำงานของผู้สูงอายุ โดยการส่งเสริมให้ความสามารถและประสบการณ์ของผู้สูงอายุ มาเป็นส่วนหนึ่งของภาคการผลิต ภาคบริการภาควิชาการ การให้คำแนะนำปรึกษา ตลอดจนงานอาสาสมัครและการถ่ายทอดภูมิปัญญา อีกทั้งยังเป็นแนวปฏิบัติที่สามารถลดปัญหาการขาดแคลนแรงงานทั้งในปัจจุบันและในอนาคตของประเทศไทยได้

3) การสร้างและพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การสร้างและพัฒนาระบบเพื่อจัดบริการรองรับความต้องการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยมุ่งเน้นที่จะสร้างและพัฒนากลไกต่าง ๆ ที่มีอยู่ทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติ ทั้งในเขตเมืองและในระดับท้องถิ่น โดยเฉพาะด้านบุคลากรและผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ร่วมกันทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ ทั้งบุคลากรวิชาชีพและอาสาสมัคร ด้วยการให้บริการแก่ผู้สูงอายุในชุมชน โดยเฉพาะบริการด้านการดูแลและการ

ฟื้นฟูสุขภาพให้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดเตียงและมีข้อจำกัดในเรื่องการเคลื่อนไหว นอกจากนี้ยังมีการเร่งขยายการฝึกอบรมบุคลากรเพื่อพัฒนาความรู้และพัฒนาทักษะเฉพาะด้านการดูแลผู้สูงอายุ

4) การจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมและปลอดภัย ในที่สาธารณะสำหรับผู้สูงอายุ โดยมุ่งสร้างความรู้ ความเข้าใจและความตระหนักแก่สาธารณชนและหน่วยงานทุกภาคส่วน ในเรื่องการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย เพื่อคนทุกวัยให้สามารถใช้ประโยชน์ร่วมกัน

5) การเสริมสร้างขีดความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลด้านคุณภาพชีวิตอย่างครอบคลุมทุกด้าน จึงจำเป็นต้องมีการเสริมสร้างขีดความสามารถของบุคลากรเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน โดยการสนับสนุนทรัพยากรการสนับสนุนความรู้ การนิเทศงาน หรือการฝึกอบรมเพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ผู้สูงอายุและองค์ความรู้ด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพื่อให้บุคลากรและผู้ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้สามารถพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุได้อย่างมืออาชีพ

2.1.4.2 นโยบายรัฐบาล

คณะรัฐมนตรีโดยนายกรัฐมนตรี (พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา) ได้แถลงนโยบายต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ เมื่อวันที่ 12 กันยายน 2557 ได้กำหนดนโยบายการบริหารราชการแผ่นดิน 11 ด้าน ประกอบด้วย 1) การปกป้องและเชิดชูสถาบันพระมหากษัตริย์ 2) การรักษาความมั่นคงของรัฐและการต่างประเทศ 3) การลดความเหลื่อมล้ำของสังคมและการสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐ 4) การศึกษาและการเรียนรู้ การทะนุบำรุงศาสนา ศิลปะและวัฒนธรรม 5) การยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุข และสุขภาพของประชาชน 6) การเพิ่มศักยภาพทางเศรษฐกิจของประเทศ 7) การส่งเสริมบทบาทและการใช้โอกาสในประชาคมอาเซียน 8) การพัฒนาและส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี การวิจัยและพัฒนา และนวัตกรรม 9) การรักษาความมั่นคงของฐานทรัพยากร และการสร้างสมดุลระหว่างการอนุรักษ์กับการใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืน 10) การส่งเสริมการบริหารราชการแผ่นดินที่มีธรรมาภิบาลและการป้องกันปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบในภาครัฐ และ 11) การปรับปรุงกฎหมายและกระบวนการยุติธรรมนโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ คือ นโยบายด้านที่ 3 การลดความเหลื่อมล้ำของสังคมและการสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐ ดังนี้ข้อที่ 3 ในระยะต่อไป จะพัฒนาระบบการคุ้มครองในสังคม ระบบการออมและระบบสวัสดิการชุมชนให้มีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืนมากยิ่งขึ้น รวมทั้งการดูแลให้มีระบบการกู้ยืมที่เป็นธรรมและการสงเคราะห์ผู้ยากไร้ตามอัตภาพ พัฒนาศักยภาพ คุ้มครองและพิทักษ์สิทธิจัดสวัสดิการช่วยเหลือและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ ผู้สูงอายุ สตรี และเด็กข้อที่ 4 เตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการมีงานหรือกิจกรรมที่เหมาะสม

เพื่อสร้างสรรค์และไม่ก่อภาระต่อสังคมในอนาคต โดยจัดเตรียมระบบการดูแล ในบ้าน สถานพักฟื้น และโรงพยาบาล ที่เป็นการร่วมมือของภาครัฐ ภาคเอกชนชุมชน และครอบครัว รวมทั้งพัฒนาระบบการเงินการคลังสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ

2.1.4.3 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552

เป็นแผนยุทธศาสตร์หลักในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในช่วง พ.ศ.2545-2564 ซึ่งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ได้เห็นชอบแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฯ ที่ได้รับการปรับปรุงครั้งที่ 1 และมอบหมายให้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์นำเสนอคณะรัฐมนตรีและให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ปรากฏในแผนดำเนินการตามมาตรการที่กำหนด ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้มีมติอนุมัติ เมื่อวันที่ 27 เมษายน 2553 โดยแผนดังกล่าวได้ให้ความสำคัญต่อวงจรชีวิตและความสำคัญของทุกคนในสังคมที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ สรุปสาระสำคัญดังนี้

- วิสัยทัศน์ : ผู้สูงวัยเป็นหลักชัยของสังคม

- ประเด็น : ผู้สูงอายุไม่ใช่บุคคลด้อยโอกาสหรือเป็นภาระต่อสังคม แต่สามารถมีส่วนร่วม เป็นพลังพัฒนาสังคม จึงควรได้รับการส่งเสริมและเกื้อกูลจากครอบครัว ชุมชน และรัฐให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีให้นานที่สุด

- ประเด็นสำคัญ

1) ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี คือ (1) มีสุขภาพที่ดีทั้งกายและจิต (2) ครอบครัวมีสุข สังคมเอื้ออาทร อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ปลอดภัย (3) มีหลักประกันที่มั่นคงได้รับสวัสดิการและการบริการที่เหมาะสม (4) อยู่อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้เป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจและมีส่วนร่วมในครอบครัว ชุมชน และสังคม และ (5) มีโอกาสเข้าถึงข้อมูลและข่าวสารอย่างต่อเนื่อง

2) ครอบครัวและชุมชนเป็นสถาบันหลักที่มีความเข้มแข็ง สามารถให้การเกื้อหนุนแก่ผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ

3) ระบบสวัสดิการและบริการจะต้องสามารถรองรับผู้สูงอายุให้สามารถดำรงอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีคุณภาพและมีมาตรฐาน

4) ทุกภาคส่วนจะต้องมีส่วนร่วมในระบบสวัสดิการและบริการให้แก่ผู้สูงอายุ โดยมีการกำกับดูแลเพื่อการคุ้มครองผู้สูงอายุในฐานะผู้บริโภค

5) ต้องมีการดำเนินการที่เหมาะสมเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุที่ทุกข์ยากและต้องการการเกื้อกูลให้ดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างดีและต่อเนื่อง

- ยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย 5 ประเด็นยุทธศาสตร์ ดังนี้

1) ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย ๓ มาตรการ ได้แก่ (1) มาตรการหลักประกันด้านรายได้เพื่อวัยสูงอายุ (2) มาตรการการให้การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต และ (3) มาตรการการปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

2) ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุประกอบด้วย 6 มาตรการ ได้แก่ (1) มาตรการส่งเสริมสุขภาพป้องกันการเจ็บป่วย และดูแลตนเองเบื้องต้น (2) มาตรการส่งเสริมการรวมกลุ่มและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ (3) มาตรการส่งเสริมด้านการทำงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ (4) มาตรการสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (5) มาตรการส่งเสริมสนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้และสามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อ และ (6) มาตรการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

3) ยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองในสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 มาตรการ ได้แก่ (1) มาตรการคุ้มครองด้านรายได้ (2) มาตรการหลักประกันด้านสุขภาพ (3) มาตรการด้านครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง และ (4) มาตรการระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน

4) ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับชาติ และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 มาตรการ ได้แก่ (1) มาตรการการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับชาติและ (2) มาตรการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

5) ยุทธศาสตร์ที่ 5 ยุทธศาสตร์ด้านการประมวล พัฒนา และเผยแพร่องค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุและการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติประกอบด้วย 3 มาตรการ ได้แก่ (1) มาตรการสนับสนุนและส่งเสริมการวิจัย และพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุสำหรับการกำหนดนโยบาย และการพัฒนาการบริการหรือการดำเนินการที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ (2) มาตรการดำเนินการให้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติที่มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง และ (3) มาตรการพัฒนาระบบข้อมูลทางด้านผู้สูงอายุให้ถูกต้องและทันสมัยโดยมีระบบฐานข้อมูลที่สำคัญด้านผู้สูงอายุที่ง่ายต่อการเข้าถึงและสืบค้น

2.1.4.4 ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 – 2580)

เพื่อให้ประเทศไทยสามารถยกระดับการพัฒนาให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง โดยเป้าหมายการพัฒนาประเทศข้างต้น จึงจำเป็นต้องกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศระยะยาว จำนวน 6 ยุทธศาสตร์ โดยมียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุ จำนวน 2 ยุทธศาสตร์ ได้แก่

1) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ มีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญเพื่อพัฒนาคนในทุกมิติและในทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี เก่ง และมีคุณภาพ โดยคนไทยมีความพร้อมทั้งกาย ใจ สติปัญญา มีพัฒนาการที่รอบด้านและมีสุขภาวะที่ดีในทุกช่วงวัย มีจิตสาธารณะ รับผิดชอบต่อสังคมและผู้อื่น มัธยัสถ์ อดออม โอบอ้อมอารี มีวินัย รักษาศีลธรรม และเป็นพลเมืองดีของชาติ มีหลักคิดที่ถูกต้อง มีทักษะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21 มีทักษะสื่อสารภาษาอังกฤษและภาษาที่สาม และอนุรักษ์ภาษาท้องถิ่น มีนิสัยรักการเรียนรู้และการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตสู่การเป็นคนไทยที่มีทักษะสูงเป็นนวัตกรรม นวัตกรรม ผู้ประกอบการ เกษตรกรยุคใหม่และอื่น ๆ โดยมีสัมมาชีฟตามความถนัดของตนเอง

2) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคในสังคม มีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญที่ให้ความสำคัญการดึงเอาพลังของภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาคเอกชน ประชาสังคม ชุมชน ท้องถิ่น มาร่วมขับเคลื่อน โดยการสนับสนุนการรวมตัวของประชาชนในการร่วมคิด ร่วมทำ เพื่อส่วนรวม การกระจายอำนาจและความรับผิดชอบต่อสู่กลไกบริหารราชการแผ่นดินในระดับท้องถิ่น การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการตนเอง และการเตรียมความพร้อมของประชากรไทยทั้งในมิติสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคมและสภาพแวดล้อมให้เป็นประชากรที่มีคุณภาพสามารถพึ่งตนเองและทำประโยชน์แก่ครอบครัวชุมชน และสังคมให้นานที่สุด โดยรัฐให้หลักประกันการเข้าถึงบริการแลสวัสดิการที่มีคุณภาพอย่างเป็นธรรมและทั่วถึง

2.1.4.5 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564)

หลักการพัฒนาประเทศที่สำคัญในระยะแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 ยึดหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง การพัฒนาที่ยั่งยืนและคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา ที่ต่อเนื่องจาก 2 แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 - 11 และยึดหลักการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจที่ลดความเหลื่อมล้ำและขับเคลื่อนการเจริญเติบโตจากการเพิ่มผลิตภาพการผลิตบนฐานการใช้ภูมิปัญญาและนวัตกรรม ยุทธศาสตร์ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 ซึ่งมียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับงานด้านผู้สูงอายุ จำนวน 3 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

1) การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์แนวทางการพัฒนาสำคัญประกอบด้วย (1) ปรับเปลี่ยนค่านิยมคนไทยให้มีคุณธรรม จริยธรรม มีวินัย จิตสาธารณะ และพฤติกรรมที่พึงประสงค์ (2) พัฒนาศักยภาพคนให้มีทักษะ ความรู้ และความสามารถในการดำรงชีวิต

อย่างมีคุณค่า (3) ยกระดับคุณภาพการศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต (4) ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ และให้ทุกภาคส่วนคำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพ (5) เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการระบบสุขภาพ ภาครัฐและปรับระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ (6) พัฒนาระบบการดูแลและสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับสังคมสูงวัย และ (7) ผลักดันให้สถาบันในสังคมมีส่วนร่วมพัฒนาประเทศอย่างเข้มแข็ง

2) ยุทธศาสตร์การสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในสังคมแนวทางการพัฒนาสำคัญ ประกอบด้วย (1) การเพิ่มโอกาสให้กับกลุ่มเปราะบาง ประชากรร้อยละ 40 ที่มีรายได้ต่ำสุดสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพของรัฐและมีอาชีพ (2) การกระจายการให้บริการภาครัฐทั้งด้านการศึกษา สาธารณสุข และสวัสดิการที่มีคุณภาพให้ครอบคลุมและทั่วถึง (3) เสริมสร้างศักยภาพชุมชน การพัฒนาเศรษฐกิจชุมชนและการสร้างความเข้มแข็งการเงินฐานราก ตามหลัก 13 ประัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง เพื่อให้ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้ มีสิทธิในการจัดการทุนที่ดินและทรัพยากรภายในชุมชน

3) ยุทธศาสตร์การพัฒนานวัตกรรม เทคโนโลยี วิจัย และนวัตกรรมแนวทางการพัฒนาสำคัญ ประกอบด้วย (1) เร่งส่งเสริมการลงทุนวิจัยและพัฒนาและผลักดันสู่การใช้ประโยชน์ในเชิงพาณิชย์และเชิงสังคม (2) พัฒนาผู้ประกอบการให้เป็นผู้ประกอบการทางเทคโนโลยี และ (3) พัฒนาสภาวะแวดล้อมของการพัฒนานวัตกรรม เทคโนโลยี วิจัย และนวัตกรรมด้านบุคลากรวิจัย

ดังนั้น จะเห็นว่าประเทศไทยและทั่วโลกต่างให้ความสำคัญในเรื่องของการมีผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วและเร่งเตรียมความพร้อมในเรื่องสังคมผู้สูงอายุ โดยกำหนดเป็นแผนนโยบายและยุทธศาสตร์ต่างๆ เช่น แผนปฏิบัติการระหว่างประเทศมาดริดว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ (The Madrid International Plan of Action on Ageing) แผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติ และแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี โดยงานวิจัยนี้ได้นำเอาประเด็นท้าทายในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย (1) การสร้างหลักประกันด้านรายได้เพื่อวัยสูงอายุ การเตรียมความพร้อมเพื่อความมั่นคงในวัยสูงอายุ (2) การส่งเสริมและขยายโอกาสในการทำงานของผู้สูงอายุ (3) การสร้างและพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (4) การจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมและปลอดภัย และ (5) การเสริมสร้างขีดความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลด้านคุณภาพชีวิตอย่างครอบคลุมทุกด้าน มาเป็นแนวทางในสร้างรูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในตำบลฟ้าหยาด อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร เพื่อให้เกิดการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

2.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

2.2.1 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้สูงอายุ

2.2.1.1 ความหมายและวิธีการวัดพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

Harris and Guten (1986) ได้ให้ความหมาย พฤติกรรมสุขภาพในลักษณะของ พฤติกรรมการปกป้องสุขภาพ (Health-protection behavior) ว่าเป็นพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้น โดยความสมัครใจ เป็นกิจกรรมที่ปัจเจกบุคคลปฏิบัติ ไม่ว่าบุคคลนั้น ๆ จะรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองว่าเป็นอย่างไร หรืออยู่ในสภาวะใด โดยมีจุดมุ่งหมายของการกระทำพฤติกรรม เพื่อการปกป้อง ส่งเสริม หรือคงไว้ซึ่งภาวะ ดังต่อไปนี้

1) การปฏิบัติเพื่อสุขภาพ (Health Practices) ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพื่อรักษาสุขภาพโดยทั่ว ๆ ไป

2) การปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย (Safety Practices) ได้แก่ การปฏิบัติเพื่อ ป้องกันอุบัติเหตุและลดความรุนแรงจากการบาดเจ็บ

3) การปฏิบัติเพื่อป้องกันปัญหาทางด้านสุขภาพ (Preventive HealthCare) ได้แก่ การตรวจร่างกายประจำปี การตรวจสุขภาพฟัน เป็นต้น

4) การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายจากสิ่งแวดล้อม (Environmental Hazard Avoidance) ได้แก่ การหลีกเลี่ยงการอยู่ในสภาพที่มีมลพิษ การหลีกเลี่ยงอาชญากรรม

5) การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงสารที่มีอันตรายต่อสุขภาพ (Harmful Substance Avoidance) ได้แก่ การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มสุรา เป็นต้น

Ottawa Charter for Health Promotion (1986) กล่าวถึง การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้ประชาชนมีความสามารถควบคุม และสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง ให้ดีขึ้น

Pender (1996) ได้ระบุว่า พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคล กระทำ เพื่อมุ่งยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีโดยรวม หรือมุ่งให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีสุขภาพดี ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรคนั้นมุ่งระวังไม่ให้เกิดโรคหรือปัญหาใดปัญหาหนึ่งเกิดขึ้น

Gochman (1988) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพว่า เป็น คุณสมบัติหรือลักษณะต่าง ๆ ของบุคคล ซึ่งได้แก่ ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยมการรับรู้ และองค์ประกอบอื่น ๆ ซึ่งได้แก่ ความรู้ บุคลิกภาพส่วนบุคคล รวมทั้งภาวะความรู้สึกอารมณ์ลักษณะ อุปนิสัย พฤติกรรมการแสดงออก การปฏิบัติและนิสัยที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการคงไว้ ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี การฟื้นฟูสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ

Egger Spark and Lawson (1990) กล่าวว่า การสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการป้องกันที่เคลื่อนไหวซึ่งมีองค์ประกอบด้านการศึกษา รวมถึงเทคนิคการเปลี่ยนแปลงปัจเจกบุคคล กลุ่ม และการใช้อิทธิพลในสังคมสิ่งแวดล้อมในสังคม เพื่อดำเนินการสร้างกลยุทธ์ทางสุขภาพที่ดี

Palank (1991) ได้ให้ความหมายว่า เป็นพฤติกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเองทุกกลุ่มอายุเพื่อคงไว้หรือเริ่มระดับความผาสุก (Wellbeing) ภาวะสุขภาพและความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง โดยพฤติกรรมการป้องกัน จะช่วยลดโอกาสการเกิดโรค ส่วนพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพจะช่วยยกระดับภาวะสุขภาพให้ดีขึ้น พฤติกรรมดังกล่าว ได้แก่ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การพักผ่อน การมีโภชนาการที่เพียงพอ การมีกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อลดความเครียด

Green and Kreuter (1991) กล่าวว่า การสร้างเสริมสุขภาพ คือ ผลรวมของการสนับสนุนทางด้านการศึกษาและสภาพแวดล้อม เพื่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติและเงื่อนไขของการดำรงชีวิตที่มีสถานะที่สมบูรณ์

Murray and Zentner (1993) กล่าวว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลเชื่อว่าถ้าปฏิบัติแล้ว ตนเองจะต้องมีสุขภาพดีและได้ลงมือกระทำ มีการดำเนินกิจกรรมหรือมีพฤติกรรมสำคัญ อันประกอบไปด้วยกิจกรรมซึ่งจะช่วยยกระดับของบุคคลให้ดีขึ้น เกิดศักยภาพที่สูงสุดของบุคคล

Kemm and Close (1995) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การกระทำกิจกรรมใด ๆ ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันเพื่อภาวะเจ็บป่วยและการเกิดโรค และทำให้บุคคลในสังคมหรือชุมชนนั้นมีสุขภาพที่ดีเพิ่มขึ้น

Pender (1996: 34) ให้ความหมายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพว่า เป็นกิจกรรมที่บุคคลหรือกลุ่มคนกระทำ เพื่อช่วยเพิ่มระดับความผาสุกและการบรรลุเป้าหมายในชีวิตของบุคคล ชุมชน และสังคม ซึ่งเน้นถึงความพยายามในการกระทำเพื่อให้มีสุขภาพดีขึ้น

Karl and Cobb (1996) ให้ความหมายไว้ว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลที่เชื่อว่าตัวเองมีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรค หรือค้นหาโรคก่อนที่จะมีอาการของโรค และได้จำแนกพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 3 ประเภท ดังต่อไปนี้ คือ

1) พฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ (Preventive and Protective Behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลที่เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพดี และไม่เคยมีอาการเจ็บป่วยมาก่อน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพ การส่งเสริมภาวะสุขภาพ การป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิได้แก่การไปรับภูมิคุ้มกัน การตรวจทางพันธุกรรม และการสืบค้นหาโรครวมทั้งการป้องกันอุบัติเหตุ เช่น การรัดเข็มขัดนิรภัย การสวมใส่หมวกกันน็อก การปฏิบัติตามกฎจราจรและการป้องกันอุบัติเหตุขณะทำงาน เป็นต้น

2) พฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบาย (Illness Behavior) หมายถึง กิจกรรมใด ๆ ที่บุคคลปฏิบัติเมื่อรู้สึกไม่สบาย หรือเริ่มไม่แน่ใจในภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งอาจเป็นทางด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์และสังคม ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติภารกิจประจำวันได้ตามปกติและก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา เพื่อประเมินสภาพความเจ็บป่วยของตนเอง และการหายจากอาการเจ็บป่วยบุคคลนั้นจะแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น ขอคำปรึกษา ความคิดเห็น และคำแนะนำจากญาติพี่น้องเพื่อนหรือเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ

3) พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Sick-role Behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลเมื่อเกิดความเจ็บป่วยโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้อาการต่าง ๆ ดีขึ้นซึ่งบุคคลจะแสดงพฤติกรรมโดยการให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษา รวมทั้งการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสภาพของร่างกาย

Walker Sechrist and Pender (1987) กล่าวร่วมกันว่า วิธีการดำเนินชีวิต (Life Style) และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีความหมายเหมือนกัน โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นการกระทำทางบวกของชีวิตมีผลโดยตรงการคงไว้หรือเพิ่มระดับความผาสุกของบุคคล

อุไรวรรณ ชัยมินทร์ (2550) ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพหมายถึง การแสดงออกหรือการกระทำใด ๆ ของบุคคล ที่มีการกระทำอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องในขณะที่ไม่เป็นโรค โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการเกิดโรค ป้องกันการดำเนินของโรค และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเพื่อให้สุขภาพแข็งแรงจากการเอกสารและงานวิจัยในส่วนนี้ ผู้วิจัยสรุปได้ว่า พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การที่บุคคลลงมือปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ด้วยความสมัครใจ มีความเชื่อและมุ่งหวังว่าจะก่อให้เกิดสุขภาวะที่ดีแก่ตนเอง ลดภาวะการเจ็บป่วย การมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม อันจะก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในระยะยาว และมีการดำรงชีวิตอย่างมีความสุข

2.2.1.2 วิธีการวัดพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมของบุคคลมีทั้งพฤติกรรมภายใน และพฤติกรรมภายนอก การศึกษาพฤติกรรมสามารถทำได้หลายวิธี ถ้าเป็นพฤติกรรมภายนอกที่บุคคลแสดงออกมาให้บุคคลอื่นเห็นได้ ต้องใช้ทางอ้อม คือ การสัมภาษณ์ การทดสอบด้วยแบบทดสอบ ซึ่งเครื่องมือที่ใช้วัดพฤติกรรมอาจทำได้โดยการสร้างแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ หรือการทดลอง ดังนี้ (สมจิตต์ สุพรรณทัศน์, 2534)

การศึกษาพฤติกรรมโดยตรง ทำได้โดย

1) การศึกษาพฤติกรรมโดยสังเกตแบบให้ผู้ถูกสังเกตรู้ตัว เช่น ครูสังเกตพฤติกรรมของนักเรียนในห้องเรียน

2) การสังเกตแบบธรรมชาติ คือ การที่ผู้สังเกตพฤติกรรมไม่ได้กระทำตนเป็นที่รบกวนของบุคคลที่ถูกสังเกต และผู้สังเกตไม่ทราบว่าถูกสังเกตพฤติกรรม การสังเกตแบบนี้จะทำให้ได้พฤติกรรมที่แท้จริงมาก แต่การสังเกตแบบนี้อาจจะต้องใช้ระยะเวลานานมาก และอาจต้องสังเกตเป็นระยะติดต่อกันเป็นจำนวนหลายครั้ง

การศึกษาพฤติกรรมทางอ้อม ทำได้โดย

1) การสัมภาษณ์ เป็นวิธีที่ผู้ศึกษาต้องการซักถามข้อมูลจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลซึ่งทำได้โดยการซักถามกันโดยตรง ซึ่งการสัมภาษณ์เพื่อต้องการทราบพฤติกรรมของบุคคลแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ การสัมภาษณ์โดยตรง ทำได้โดยผู้สัมภาษณ์ซักถามผู้ถูกสัมภาษณ์เป็นเรื่อง ๆ ตามที่ได้ตั้งจุดหมายไว้ อีกประเภท คือ การสัมภาษณ์จะพูดคุยไปเรื่อย ๆ โดยจะสอดแทรกเรื่องที่จะสัมภาษณ์เมื่อมีโอกาส ซึ่งผู้ตอบจะไม่รู้ตัวว่าเป็นสิ่งที่ผู้สัมภาษณ์เจาะจงที่จะศึกษาพฤติกรรมการสัมภาษณ์ ทำให้ได้ข้อมูลมากมาย แต่ก็มีข้อจำกัด คือ บางเรื่องผู้ถูกสัมภาษณ์ไม่ต้องการเปิดเผย

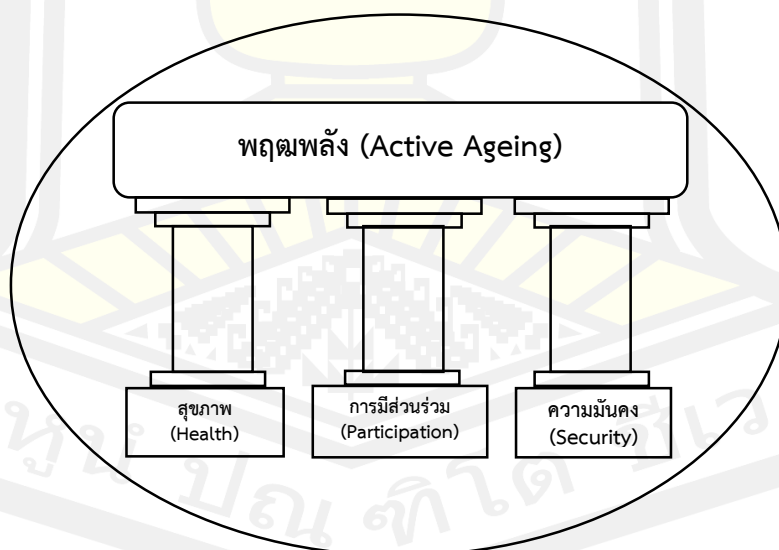
2) การใช้แบบสอบถาม เป็นวิธีการที่เหมาะสม สำหรับการศึกษาพฤติกรรมของบุคคลเป็นจำนวนมาก และเป็นผู้อ่านออกเขียนได้ หรือสอบถามกับบุคคลที่อยู่ห่างไกลหรืออยู่กระจัดกระจาย นอกจากนี้ยังสามารถถามพฤติกรรมในอดีต หรือต้องการทราบแนวโน้มพฤติกรรมในอนาคตได้ ข้อดีอีกประการหนึ่งคือ ผู้ถูกศึกษาสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ปกปิดหรือพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ไม่ยอมแสดงให้บุคคลอื่นทราบ

3) การทดลอง เป็นการศึกษาพฤติกรรมโดยผู้ถูกศึกษาจะอยู่ในสภาพการควบคุมตามที่ผู้ศึกษาต้องการ โดยสภาพแท้จริงแล้วการควบคุมจะทำได้ในห้องทดลอง แต่ในชุมชนการศึกษาพฤติกรรมของชุมชนโดยตัวแปรต่าง ๆ คงเป็นไปได้น้อยมาก การทดลองในห้องทดลองจะให้ข้อมูลที่มีขีดจำกัด ซึ่งบางครั้งอาจนำไปใช้ในสภาพความเป็นจริงได้ไม่เสมอไป แต่วิธีนี้มีประโยชน์มากในการศึกษาพฤติกรรมของบุคคลโดยใช้บุคคลแต่ละคนทำบันทึกพฤติกรรมของตนเอง โดยอาจบันทึกประจำวัน หรือศึกษาพฤติกรรมแต่ละประเภท เช่น พฤติกรรมการกินพฤติกรรมทางสุขภาพ พฤติกรรมทางสิ่งแวดล้อม เป็นต้นจากที่ได้กล่าวมา พอสรุปได้ว่าพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลมีทั้งพฤติกรรมภายใน และพฤติกรรมภายนอก ในการศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพครั้งนี้สามารถทำได้หลายวิธีถ้าเป็นการศึกษาพฤติกรรมภายนอกที่บุคคลแสดงออกมาให้บุคคลอื่นเห็นได้ต้องใช้วิธีทางอ้อม คือ การสัมภาษณ์ การทดสอบด้วยแบบทดสอบ ซึ่งเครื่องมือวัดที่ใช้วัดพฤติกรรมอาจทำได้โดยการสร้างแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์หรือใช้วิธีทดลอง

กล่าวโดยสรุป พฤติกรรม หมายถึง ปฏิบัติการ หรือการกระทำของมนุษย์เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่แสดงออกมาทั้งภายในและภายนอกร่างกาย ซึ่งบุคคลสามารถเห็นได้ รู้ได้ในการศึกษาครั้งนี้พฤติกรรม คือ การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเอง ให้ความสำคัญทั้งร่างกายและจิตใจ แบ่งออกเป็น พฤติกรรมภายใน และพฤติกรรมภายนอก ซึ่งมีองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ประกอบด้วย สังคม บุคคลรอบข้าง สิ่งแวดล้อม ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี รวมทั้งสภาพจิตใจของบุคคลนั้น ๆ ที่สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีต่อไป

2.2.2 แนวคิดพหุพลัง (Active Aging)

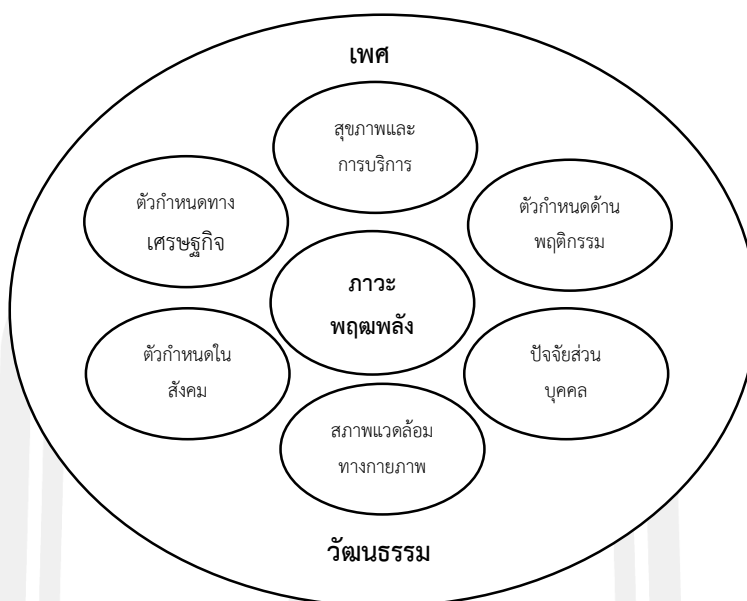
องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้นำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับ Active Aging ว่าเป็นแนวคิดที่แสดงถึงภาวะสุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุและเป็นเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั่วโลก โดยคาดว่าภาวะพหุพลังจะเป็นหนทางที่จะยกระดับคุณภาพในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งแนวคิดดังกล่าวได้นำเสนอแก่ประเทศต่าง ๆ เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาผู้สูงอายุให้มีสุขภาพกาย สุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสุขในการดำเนินชีวิตตลอดจนมีศักยภาพในการพึ่งพาตนเองเท่าที่ผู้สูงอายุจะทำได้โดยภาวะพหุพลังจะประกอบไปด้วย 3 เสาหลัก ได้แก่ 1) การมีสุขภาพที่ดี (Health) 2) การมีส่วนร่วม (Participation) และ 3) การมีหลักประกันและความมั่นคง (Security)



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดการมีพหุพลังของผู้สูงอายุ (องค์การอนามัยโลก, 2545)

นอกจากนี้การมีภาวะพดพลงตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ยังเป็นผลมาจาก ปัจจัยกำหนด (Determinant) และปัจจัยตัดขวาง (Cross-cutting Determinants) ต่าง ๆ ทั้งจาก ตัวผู้สูงอายุและสภาวะแวดล้อมในสังคม โดยปัจจัยกำหนดที่ส่งผลต่อภาวะพดพลง ประกอบด้วย ปัจจัยกำหนดด้านสุขภาพและระบบบริการในสังคม (Determinants Related to Health and Social Service Systems) เช่น การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การรักษาโรค การดูแลใน ระยะยาว การให้บริการด้านสุขภาพจิต ปัจจัยกำหนดทางพฤติกรรม (Behavioral Determinants) เช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา กิจกรรมทางกายการบริโภคอาหาร สุขภาพช่องปาก ปัจจัย กำหนดที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคล (Determinants Related to Personal Factors) เช่น ปัจจัย ด้านชีววิทยาและกรรมพันธุ์ ภาวะทางจิต ปัจจัยกำหนดที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมทางกายภาพ (Determinants Related to the Physical Environment) เช่น สภาพแวดล้อมที่สะอาด ที่อยู่อาศัย ที่ปลอดภัย การล้มหรือได้รับบาดเจ็บ ปัจจัยกำหนดที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมในสังคม (Determinants Related to the Social Environment) เช่น การสนับสนุนในสังคม ความรุนแรง และการละเมิดสิทธิ การศึกษาและการเรียนรู้ และปัจจัยกำหนดทางเศรษฐกิจ (Economic Determinants) เช่น หลักประกันด้านรายได้ การมีหลักประกันในสังคม การมีงานทำ

ปัจจัยตัดขวาง (Cross-cutting Determinants) ประกอบด้วย เพศ (Gender) และ วัฒนธรรม (Culture) เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยอื่นๆ กล่าวคือ เพศเป็นตัวกำหนด สถานภาพในสังคมที่สำคัญซึ่งความแตกต่างทางเพศมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในบางสังคมผู้หญิงมี สถานภาพในสังคมต่ำกว่าผู้ชายส่งผลต่อการทำงาน การศึกษา การบริโภค และการเข้าถึงบริการด้าน สุขภาพ ในอีกด้านหนึ่งผู้หญิงมีบทบาทสำคัญในการดูแลครอบครัว แต่บางคนต้องละทิ้งงานเพื่อดูแล ลูกและพ่อแม่ที่สูงอายุในครอบครัว ทำให้ขาดโอกาสในการสร้างรายได้ ส่วนผู้ชายจะมีพฤติกรรมการ ใช้ชีวิตที่เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บและเสียชีวิตมากกว่าผู้หญิงหลายประการ เช่น การทำงานที่เสี่ยง อันตราย พฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา ยาเสพติด ในขณะที่วัฒนธรรมจะเป็นตัวกำหนดกว้างๆ ว่าสังคมมองและปฏิบัติต่อผู้สูงอายุอย่างไร เนื่องจากในแต่ละพื้นที่มีทัศนคติและวัฒนธรรมในการ ปฏิบัติที่ส่งผลต่อความเป็นอยู่และสุขภาพของผู้สูงอายุแตกต่างกัน การศึกษาในครั้งนี้จึงอาจกล่าวได้ ว่า ภูมิภาคเปรียบเทียบเสมือนตัวแทนของความแตกต่างด้านวัฒนธรรม ในขณะที่การศึกษาปัจจัยทางเพศ จะใช้วิธีการเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับพดพลงระหว่างเพศหญิงและชาย



ภาพประกอบ 2 ปัจจัยกำหนดและปัจจัยตัดขวางที่มีผลต่อภาวะพลพัฒพลัง (องค์การอนามัยโลก, 2545)

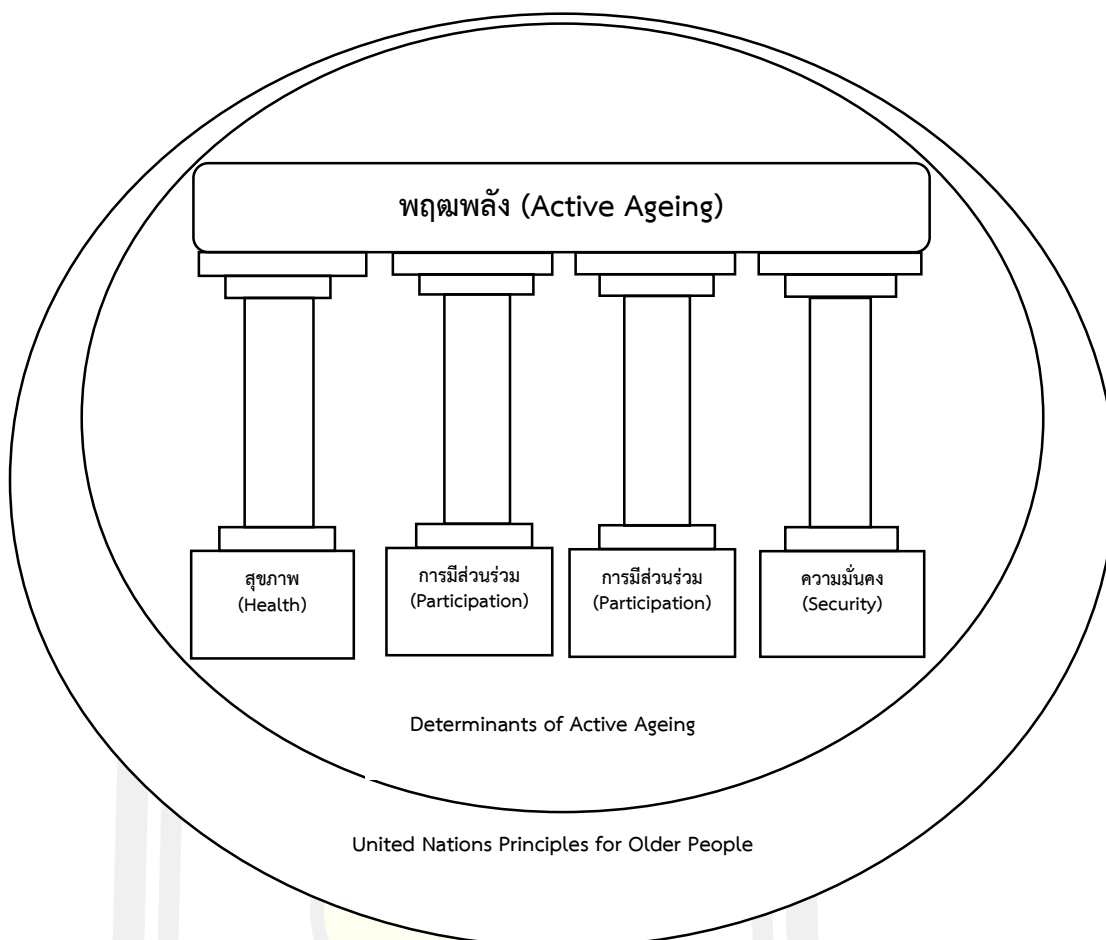
United Nations Economic Commission for Europe: UNECE (2013) หรือคณะกรรมการด้านเศรษฐกิจเพื่อยุโรปขององค์การสหประชาชาติ ได้จัดทำดัชนีพลพัฒพลังโดยนำแนวคิด Active Ageing ขององค์การอนามัยโลกมาปรับใช้ เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกลุ่มประเทศสหภาพยุโรป 26 ประเทศ โดย UNECE ได้แบ่งลักษณะของผู้สูงอายุที่มีพลพัฒพลังไว้ 4 ด้าน (22 ตัวชี้วัด) คือ การมีงานทำมีส่วนร่วมในสังคม การพึ่งพิงและความมั่นคงในชีวิต ความสามารถ และสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมการมีพลพัฒพลัง โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจต่าง ๆ เช่น สำรวจภาวะการทำงาน สำรวจประชากรผู้สูงอายุ สำรวจการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน เป็นต้น ดังภาพประกอบ 3

พหุบัน ปณ จิต ชีเว



ภาพประกอบ 3 กรอบแนวคิดดัชนีพัฒนาพลังของคณะกรรมการด้านเศรษฐกิจเพื่อยุโรปขององค์การสหประชาชาติ (UNECE, 2013)

International Longevity Centre Brazil: ILC-Brazil (2015) ได้นำกรอบแนวคิดพัฒนาพลังขององค์การอนามัยโลกมาปรับเพิ่มองค์ประกอบด้านการเรียนรู้ตลอดชีวิตเข้ามาในกรอบแนวคิด โดยในการพัฒนาภาวะพัฒนาพลังในสังคมของบราซิล จะให้ความสำคัญกับการเข้าถึงการศึกษาและการฝึกอบรมของผู้สูงอายุมารวมถึงการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและการเรียนรู้ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศทั้งจากการเรียนรู้จากภายนอกและภายในครอบครัว ดังภาพประกอบ 4



ภาพประกอบ 4 กรอบแนวคิดพหุผลพลังของบราซิล (ILC-Brazil, 2015)

ระวี สัจจโสภณ (2556) ได้ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาผู้สูงอายุ โดยใช้มิติของการศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิตเป็นแนวทางเพื่อให้เกิดการพัฒนาภาวะพหุผลพลังในผู้สูงอายุ การศึกษาใช้วิธีการค้นคว้าและสังเคราะห์เอกสาร พบว่า สามารถพัฒนาภาวะพหุผลพลังในผู้สูงอายุได้ 4 แนวทาง คือ 1) แนวคิดการศึกษาตลอดชีวิต 2) แนวคิดพัฒนาวิทยาด้านการศึกษา 3) แนวคิดการพัฒนาเมืองแห่งการเรียนรู้ 4) แนวคิดการพัฒนาเมืองสำหรับผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราพร เกศพิชญวัฒนา (2549) และเพ็ญแข ประจวบปัจฉิก (2550) ที่ชี้ชัดว่ากรอบแนวคิดที่จะนำผู้สูงอายุไปสู่ภาวะพหุผลพลังคือการส่งเสริมการศึกษาหรือการเรียนรู้ตลอดชีวิต เพื่อสนองความต้องการการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุ อันเป็นกลไกในการสร้างสังคมผู้สูงอายุที่มีภาวะพหุผลพลัง (Active Ageing Society) ซึ่งหากผู้สูงอายุมีระดับการศึกษาที่ต่ำและขาดการเรียนรู้ตลอดชีวิตจะมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพ การเสียชีวิต รวมถึงอัตราการจ้างงาน

วิไลพร วงศ์คินี และคณะ (2556) ได้ศึกษาระดับพัฒนาผลและปัจจัยที่มีผลต่อการมีพัฒนาผลของผู้สูงอายุเขตเมือง ในจังหวัดเชียงใหม่ เป็นการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีข้อความเกี่ยวกับพัฒนาผลของผู้สูงอายุ ความรู้เกี่ยวกับการสูงอายุ ทักษะต่อการสูงอายุ และการสนับสนุนในสังคม และวิเคราะห์ด้วยเทคนิคการถดถอยพหุคูณ สำหรับการวัดภาวะพัฒนาผลได้แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม และด้านความมั่นคง ซึ่งผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพัฒนาผลในแต่ละด้านอยู่ในระดับสูง

จากการศึกษาตัวชี้วัดที่นำมาสร้างดัชนีพัฒนาผลจากเอกสาร งานวิจัย ทั้งในและต่างประเทศ พบว่า การสร้างดัชนีพัฒนาผลมีองค์ประกอบของตัวชี้วัดที่แตกต่างกัน แต่ยังคงยึดกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลกเป็นแนวทางในการศึกษาภาวะพัฒนาผลของผู้สูงอายุ ดังนั้น กรอบแนวคิดในการสร้างดัชนีพัฒนาผลของผู้สูงอายุครั้งนี้จึงใช้ตัวชี้วัดต่าง ๆ ที่ได้ทำการศึกษาและคำนึงถึงการมีอยู่ของข้อมูล ซึ่งมีการจัดองค์ประกอบของตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับการศึกษาจากแหล่งอ้างอิงต่าง ๆ และมีแหล่งข้อมูลที่สามารถนำมาสร้างดัชนีพัฒนาผลได้ ดังภาพประกอบ 5



ภาพประกอบ 5 กรอบแนวคิดดัชนีพัฒนาผลผู้สูงอายุไทย

สรุปได้ว่า การพัฒนาภาวะพลพลังผู้สูงอายุไทย (Active Ageing) ให้เป็นผู้สูงอายุที่มี ภาวะสุขภาพที่ดี สามารถมีความสุขในชีวิตดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม มีภาวะสุขภาพกาย สุขภาพจิตที่ดี มีความตระหนักในคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสามารถในการสังคมและเศรษฐกิจ มีความสามารถควบคุมตนเองและมีความพึงพอใจในชีวิต รวมทั้งการมีศักยภาพที่พึ่งพาตนเองเท่าที่ ผู้สูงอายุจะทำได้และใช้ความสามารถช่วยเหลือตนเอง ครอบครัว บุคคลอื่นและสังคม ประกอบไป ด้วย 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ 1) สุขภาพ (Health) 2) การมีส่วนร่วมในสังคม (Participation) ได้อย่าง ต่อเนื่อง 3) ความมั่นคง (Security) ภายใต้กระบวนการที่มีเงื่อนไข 4 ประการดังนี้ 1) ตระหนักและ รับที่จะทำ (Realization and Made Commitment) 2) พึ่งพาตนเอง (Self – reliance) 3) ทุกคน ทำและทำเพื่อทุกคน (Everyone does and Does for everyone) 4) ทำอย่างต่อเนื่อง (Do Continuously) ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าแนวคิดพลพลังขององค์การอนามัยโลกเหมาะสมนำมาเป็นหลักใน การศึกษาสถานการณ์และบริบทของผู้สูงอายุในอำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร หากบุคคลเหล่านั้น มีการพัฒนาภาวะพลพลังแล้วนั้น จะทำให้พวกเขาเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพที่ดี มีความตระหนัก ในคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสามารถในการสังคมและเศรษฐกิจ มีความสามารถควบคุมตนเองและมีความ พึงพอใจในชีวิตรวม ทั้งการมีศักยภาพที่พึ่งพาตนเองเท่าที่ผู้สูงอายุจะทำได้และใช้ความสามารถ ช่วยเหลือตนเอง ครอบครัว บุคคลอื่นและสังคมได้อีกด้วย ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการพัฒนาภาวะพลพลัง นี้ มาประกอบในการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วม ของเครือข่ายชุมชน อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

2.3.1 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นเครื่องชี้วัดความเจริญก้าวหน้าของมิติทางด้านประชากรสังคม สุขภาพจิตวิญญาณสิ่งแวดล้อมและองค์ประกอบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ที่ดีของมนุษย์ (Well-being) เป็นเป้าหมายที่สำคัญของการพัฒนาประชากรของประเทศต่าง ๆ ในปัจจุบันซึ่งมีการ ตีความหมายและการให้คุณค่า (Value judgement) แตกต่างกันไปตามคุณค่าของแต่ละสังคมจึงมี การให้ความหมายหรือนิยามของคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันไป

2.3.1.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

ปัจจุบันคำว่าคุณภาพชีวิต เป็นคำที่ถูกกล่าวถึงบ่อยครั้ง และคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นสิ่ง ที่ทุกคนปรารถนา และมีผู้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตที่คล้ายคลึงและแตกต่างกันไปตามทัศนะ ของแต่ละบุคคล ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1997) ได้ให้ความหมายของ คุณภาพชีวิตไว้ว่าคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลภายใต้บริบททางวัฒนธรรมและคุณค่าที่คนผู้นั้น อาศัยอยู่ซึ่งมีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมายความคาดหวังมาตรฐานและสิ่งที่เกี่ยวข้องของบุคคลผู้นั้น เป็นมโนทัศน์หลายมิติที่ประสานการรับรู้ของบุคคลใน ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านสภาวะจิตใจ ระดับ ความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ในสังคม ด้านความเชื่อส่วนบุคคลและความสัมพันธ์กับ สิ่งแวดล้อม

ทิพย์วัลย์ เรื่องขจร (2554) ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า คุณภาพชีวิต คือ ความพึงพอใจของบุคคลที่เกิดจากการที่ได้รับการตอบสนองต่อสิ่งที่เป็นประโยชน์ ตามความต้องการของ ร่างกาย และจิตใจ และการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสภาวะแวดล้อม ด้านเศรษฐกิจ และสังคมอย่าง เพียงพอ จนก่อให้เกิดการมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (ทิพย์วัลย์ เรื่องขจร, 2554) กำหนดนิยามของคุณภาพชีวิตว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับการดำรงชีวิตของมนุษย์ที่เป็นผลรวม ทั้งในเชิงกายวิสัย และอัตตวิสัย ในช่วงเวลาหนึ่ง โดยมนุษย์จะมีคุณภาพชีวิตระดับใดนั้น สามารถ เปรียบเทียบกับค่ามาตรฐาน หรือเปรียบเทียบกับช่วงเวลาในอดีตที่ใช้เป็นฐานในการเปรียบเทียบ

สรุป คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจในชีวิต การมีความสุข การรับรู้ สถานะของบุคคลในการดำเนินชีวิตในสังคม โดยสัมพันธ์กับเป้าหมายและสภาพแวดล้อมของบุคคล ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และบริบทของสังคมของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม ตามวิถีชีวิตของแต่ละบุคคลซึ่งมีความแตกต่างกันตามกาลเวลาที่เปลี่ยนไป

2.3.1.2 องค์ประกอบคุณภาพชีวิต

การที่บุคคลจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นต้องขึ้นอยู่กับองค์ประกอบมากมาย ซึ่งแต่ละ องค์ประกอบจะมีความสำคัญมากน้อยแตกต่างกันไป ตามแต่ละทัศนะของแต่ละบุคคลหรือสังคมได้มี ผู้กำหนดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้

1. ฟลานาแกน (Flanagan, 1978) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่า เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ซึ่งจำแนกได้ 5 องค์ประกอบดังนี้

1.1 มีความสุขสบายทางด้านร่างกายและวัตถุ ทางด้านร่างกายได้แก่การมี สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ทางด้านวัตถุได้แก่ การมีอาหารดี มีบ้านที่น่าอยู่ มี เครื่องอำนวยความสะดวก

1.2 มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เช่น ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บิดามารดา ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูงและบุคคลอื่น นอกจากนี้การมีบุตรและการเลี้ยงดูบุตร ถือเป็นความสัมพันธ์ด้าน นี้ด้วย

1.3 มีกิจกรรมในสังคมและชุมชน การได้มีการสนับสนุนและช่วยเหลือบุคคลอื่น

1.4 มีการพัฒนาบุคลิกภาพและมีความสำเร็จสมบูรณ์ตามพัฒนาการ เช่น ทางสติปัญญา การเรียนรู้ สนใจการเรียนรู้และการเข้าใจตนเอง รู้จุดบกพร่องของตนเอง มีงานที่น่าสนใจทำ ได้รับผลตอบแทนที่ดี และการแสดงออกในทางสร้างสรรค์

1.5 มีสันทนาการ เช่น อ่านหนังสือ ฟังดนตรี ดูกีฬาและสิ่งบันเทิงอื่น ๆ และมีส่วนร่วมในสังคม

2. พาติลลา และแกรีนท์ (Padilla & Grant, 1985) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ควรประกอบไปด้วยความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน การรับรู้ความผาสุกด้านร่างกายและจิตใจ ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา รวมทั้งความรู้สึกต่อสังคมรอบตัวผู้สูงอายุ

3. ชาร์มา (Sharma, R.C., 1988) ได้แบ่งองค์ประกอบคุณภาพชีวิตออกเป็น 2 ด้านคือ

3.1 ด้านกายภาพ ได้แก่ อาหาร น้ำ ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม ฯลฯ

3.2 ด้านสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ การศึกษา การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข การมีงานทำ สภาพแวดล้อมในการทำงาน ฯลฯ

4. สตรอมเบอร์ก (Stromberg, 1984) ได้แสดงทัศนะในการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไว้ 3 ลักษณะ ดังนี้

4.1 การประเมินเชิงวัตถุวิสัย โดยวัดเชิงปริมาณ ด้วยการวัดจากรายได้ ที่อยู่อาศัย กิจกรรม และความบริสุทธิ์ของอากาศ ซึ่งเป็นการประเมินผู้สูงอายุโดยผู้อื่น เช่น แพทย์หรือบุคลากรอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ

4.2 การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นเชิงปริมาณ ด้วยการสืบค้น ความต้องการ ความหมดหวัง ทัศนคติ และการรับรู้ของแต่ละคน ขึ้นอยู่กับค่านิยมของคุณภาพชีวิตของตนเองหรือประสบการณ์ในชีวิตของตนเอง เช่น ความพึงพอใจที่ตนเองได้รับ ซึ่งเป็นการประเมินของผู้สูงอายุเอง โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

4.3 การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นคุณภาพ เป็นการประเมินโดยตัวผู้รับบริการ โดยเป็นการบรรยายและการบอกถึงสภาพที่ผู้รับบริการเป็นอยู่

5. ชาน (Zhan, 1992) ได้กล่าวไว้ว่า คุณภาพชีวิตมีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ

5.1 ด้านความพึงพอใจในชีวิต เป็นการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงในสภาวะภายนอก ที่ได้รับอิทธิพลจากภูมิหลังของคน บุคลิกลักษณะ สิ่งแวดล้อมและสถานะทางสุขภาพ สิ่งที่คุณค่ารับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองครองอยู่ ซึ่งอยู่ระหว่างความต้องการ ความคาดหวัง ความใคร่ ความปรารถนาที่ตั้งไว้และความสำเร็จที่ได้รับ

5.2 ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นความเชื่อและความรู้สึกที่คน ๆ หนึ่งมีต่อตนเอง ความเชื่อความรู้สึกเหล่านี้มาจากการรับรู้โดยเฉพาะการรับรู้ปฏิกริยาของผู้คนที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของคน ๆ หนึ่งเกี่ยวกับตนเองในห้วงเวลาหนึ่ง

5.3 ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย เป็นเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยนอกจากจะประเมินอาการทางคลินิกแล้ว ยังประเมินในเรื่องการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล สิ่งที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับสังคมและยังต้องพิจารณาถึงอิทธิพลในสังคม สิ่งแวดล้อมและการเมืองด้วย

5.4 ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นการประเมินการประกอบอาชีพ การศึกษา และรายได้ ซึ่งถูกกำหนดเป็นมาตรฐานในสังคม

2.3.1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต

ระดับคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหรือองค์ประกอบคุณภาพชีวิตหลายประการ จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีผลต่อคุณภาพชีวิต ดังนี้

1. เพศ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เนื่องจาก เพศเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพของบุคคลในสังคม เป็นตัวบ่งบอกถึงค่านิยม คุณภาพ พลังอำนาจ และความสามารถของมนุษย์ในสังคม

2. อายุ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตเนื่องจาก อายุ เป็นเครื่องบ่งชี้ถึงวัยของแต่ละบุคคลผู้สูงอายุที่มีอายุมากความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ จะลดลงเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลง ตลอดจนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ตนเองต้องเป็นภาระกับผู้อื่นมากขึ้นรู้สึกไม่มีคุณค่า ส่งผลให้คุณภาพชีวิตไม่ดี

3. สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากคู่สมรสเป็นปัจจัยเสริมในสังคมอย่างหนึ่ง เป็นลักษณะที่บ่งบอกถึงการสนับสนุนในสังคมของบุคคล โดยเฉพาะผู้สูงอายุ และยังเป็นผู้ให้ความรัก ความอบอุ่น ความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ รู้สึกไม่เหงาหรือโดดเดี่ยว เมื่อมีปัญหา รู้สึกมีคนคอยให้คำปรึกษา ให้ความช่วยเหลือ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีความเชื่อมั่นในตนเอง และมีคุณค่า

4. ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล เนื่องจากการศึกษาเป็นปัจจัยที่ทำให้มนุษย์มีการพัฒนาความรู้ สติปัญญา และพัฒนาทักษะชีวิตในทางที่ดี

5. รายได้ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต เนื่องจากรายได้เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิต เป็นตัวบ่งบอกถึงสภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ช่วยให้ผู้สูงอายุมีโอกาสแสวงหาสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิต

6. ลักษณะครอบครัว และบทบาทในครอบครัว ครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความหมายสำหรับบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะผู้สูงอายุ เพราะครอบครัวเป็นแหล่งให้การสนับสนุนซึ่งกันและกันของคนในครอบครัว เช่น การให้กำลังใจ ความรักความเอาใจใส่ การให้ความเคารพนับถือและให้เกียรติกัน การให้ข้อมูลแลกเปลี่ยนข่าวสารต่าง ๆ รวมถึงให้การสนับสนุนด้านความคิดและการตัดสินใจ

7. การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากชมรมผู้สูงอายุเป็นตัวผลักดันให้ผู้สูงอายุมาพบปะกันตามที่ชมรมนัดหมาย และดำเนินกิจกรรมของชมรม นับเป็นหัวใจของชมรมผู้สูงอายุ เพราะกิจกรรมจะทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมได้พบปะสังสรรค์ ทำให้มีโอกาสได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสามารถนำไปปฏิบัติได้

8. การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาจเป็น บุตร หลาน ญาติ หรืออาสาสมัครผู้ดูแล ที่คอยดูแลเอาใจใส่ ให้คำแนะนำ ให้ความช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุในการใช้ชีวิตประจำวันตามความจำเป็น

กล่าวโดยสรุป จะเห็นได้ว่า มีปัจจัยหลายอย่างที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งทิศทางและความสัมพันธ์ของแต่ละปัจจัยจะแตกต่างกันออกไป ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในด้านปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัว การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในการหาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร

2.3.1.4 การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิต หรือวัดระดับคุณภาพชีวิตนั้นขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการศึกษาของแต่ละบุคคลดังต่อไปนี้

องค์การยูเนสโก (UNESCO, 1980) ได้ให้เกณฑ์การประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 2 ด้าน คือ

1. ด้านวัตถุวิสัย (Objective) เป็นการวัดโดยอาศัยข้อมูลทางด้านรูปธรรมที่วัดได้ เช่น ข้อมูลทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

2. ด้านจิตวิสัย (Subjective) เป็นการประเมินข้อมูลทางด้านจิตวิทยา ซึ่งอาจทำได้โดยการสอบถามความรู้สึก และเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1997) ได้กำหนดเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL-100) ประกอบด้วย 6 ด้านดังนี้

1. ด้านร่างกาย คือ การรับรู้ทางสภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ความรู้สึกสบาย ไม่มีความเจ็บปวดการรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงการนอนหลับและการพักผ่อน รวมถึงการรับรู้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

2. ด้านจิตใจ คือการรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำสมาธิและการตัดสินใจและความสามารถในการเรียนรู้เรื่องต่าง ๆ ของตน และการรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้าหรือความกังวล เป็นต้น

3. ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล คือ การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่จำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น

4. ด้านความสัมพันธ์ในสังคม คือ การรับรู้ถึงความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมถึงการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์

5. ด้านสิ่งแวดล้อม คือการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัย มีความมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดีปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน การบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการและมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

6. ด้านความเชื่อส่วนบุคคล คือ การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อมั่นต่าง ๆ ของตนที่มีต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต ความเชื่อมั่นอื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ และราณี พรมานะจิรังกุล (2540) ได้แปลและพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL- BREF- THAI, 1997) จากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตชุดย่อขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาอังกฤษ (WHOQOL- BREF, 1996) แบ่งเป็น 4 ด้านคือ

1. ด้านสุขภาพกาย (Physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดของร่างกายได้ การรับรู้ถึงผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้เรื่องการนอนหลับและการพักผ่อน ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ที่เป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ในความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน สามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณสมบัติต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น มี 7 ตัวชี้วัดได้แก่ 1) ความเจ็บปวดและความไม่สบาย 2) กำลังวังชาและความเหนื่อยล้า 3) การนอนหลับพักผ่อน 4) การเคลื่อนไหว 5) การดำเนินชีวิตประจำวัน 6) การใช้ยาหรือการรักษา 7) ความสามารถในการทำงาน

2. ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือการรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ และการตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่นการรับรู้ถึงเรื่องของความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิตและความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค รับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้า กังวล และสิ้นหวัง เป็นต้น มี 6 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) ความรู้สึกในด้านดี 2) การคิดการเรียนรู้ ความจำและสมาธิ 3) การนับถือตนเอง 4) ภาพลักษณ์และรูปร่าง 5) ความรู้สึกในทางที่ไม่ดี 6) จิตวิญญาณ ศาสนา และความเชื่อส่วนบุคคล

3. ด้านสัมพันธภาพในสังคม (Social relationships) คือการรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมถึงการรับรู้ในอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์มี 3 ตัวชี้วัดได้แก่ 1) สัมพันธภาพในสังคม 2) การช่วยเหลือสนับสนุนในสังคม 3) กิจกรรมทางเพศ

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัย มีความมั่นคงในชีวิต มีที่อยู่อาศัยที่เอื้อต่อสุขภาพ การรับรู้ว่าคุณอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดีปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน การบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการและมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้นมี 8 ตัวชี้วัดได้แก่ 1) ความปลอดภัยทางด้านร่างกายและความมั่นคงในชีวิต 2) สภาพแวดล้อมของบ้าน 3) แหล่งการเงิน 4) การดูแลสุขภาพและบริการในสังคม 5) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารและทักษะใหม่ๆ 6) การมีส่วนร่วม มีโอกาสพักผ่อนหย่อนใจและมีเวลาว่าง 7) สภาพแวดล้อม 8) การคมนาคม

2.3.1.5 เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้เครื่องชี้วัดขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BRES –THAI) ของนายแพทย์สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540: 2) เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในครั้งนี้ โดยเครื่องมือดังกล่าวได้พัฒนาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (The World Health Organization Quality of Life: WHOQOL) ภายใต้ กรอบแนวคิดของคำว่าคุณภาพชีวิต ซึ่งหมายถึงการประเมินค่าที่เป็นจิตนัย (Subjective) ซึ่งฝังแน่นอยู่กับบริบททางวัฒนธรรมและสภาพแวดล้อม เพราะว่า นิยามของ QOL จะเน้นไปที่การรับรู้ในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ตอบไม่ได้คาดหวังที่จะเป็นวิธีการที่จะวัดในรายละเอียดของอาการโรคหรือสภาพต่าง ๆ แต่ถือการประเมินผลของโรค และวิธีการรักษาที่มีต่อคุณภาพชีวิต

1. คุณสมบัติของเครื่องวัด เป็นเครื่องชี้วัดที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ โดยทำการเลือกคำถามมาเพียง 1 ข้อ จากแต่ละหมวดใน 24 หมวด และรวมกับหมวดที่เป็นคุณภาพชีวิต และสุขภาพทั่วไปรวมอีก 2 ข้อคำถาม หลังจากนั้นได้ทบทวนและปรับปรุงภาษาในเครื่องมือ WHOQOL – BREF โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาแล้วนำไปทดสอบความเข้าใจทางภาษากับคนที่มีพื้นฐานแตกต่างกัน นำมาปรับปรุงข้อที่เป็นปัญหาและทดสอบซ้ำ ทำเช่นนี้อยู่ 3 รอบ การศึกษาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.6515 โดยเทียบกับแบบวัด WHOQOL – 100 ข้อ ฉบับภาษาไทยที่องค์การอนามัยโลกยอมรับเป็นทางการ

2. วัดอุปสงค์ เป็นเครื่องมือชี้วัดการเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพชีวิต

3. วิธีใช้ เครื่องชี้วัดเป็นแบบวัดที่ผู้ตอบสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง ในผู้ที่มีอายุ 15-60 ปีไม่จำกัดเพศ ในกรณีที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ อาจใช้วิธี ให้บุคคลอื่นอ่านให้ฟังและผู้ตอบแบบประเมินเป็นผู้เลือกคำตอบด้วยตนเอง เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิดคือแบบ ภาวะวิสัย (Perceived Objective) และอัตวิสัย (Self-report Subjective) จะประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้

3.1 ด้านสุขภาพกาย (Physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดของร่างกายได้ การรับรู้ถึงผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้เรื่องการนอนหลับและการพักผ่อน ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ที่เป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน สามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องการพึ่งพาอาศัยต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น มี 7 ตัวชี้วัดได้แก่ 1) ความเจ็บปวดและความไม่สบาย 2) กำลังวังชาและความเหนื่อยล้า 3) การนอนหลับพักผ่อน 4) การเคลื่อนไหว 5) การดำเนินชีวิตประจำวัน 6) การใช้ยาหรือการรักษา 7) ความสามารถในการทำงาน

3.2 ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือการรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่นการรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ และการตัดสินใจและความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงเรื่องของความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิตและความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค รับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับเศร้า กังวล และสิ้นหวัง เป็นต้น มี 6 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) ความรู้สึกในด้านดี 2) การคิดการเรียนรู้ความจำและสมาธิ 3) การนับถือตนเอง 4) ภาพลักษณ์และรูปร่าง 5) ความรู้สึกในทางที่ไม่ดี 6) จิตวิญญาณ ศาสนา และความเชื่อส่วนบุคคล

3.3 ด้านสัมพันธภาพในสังคม (Social relationships) คือการรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมถึงการรับรู้ในอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์มี 3 ตัวชี้วัดได้แก่ 1) สัมพันธภาพในสังคม 2) การช่วยเหลือสนับสนุนในสังคม และ 3) กิจกรรมทางเพศ

3.4 ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าตนเองมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัย มีความมั่นคงในชีวิต มีที่อยู่อาศัยที่เอื้อต่อสุขภาพ การรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดีปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน การบริการทางสุขภาพและสังคม สงเคราะห์ การรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าได้มีกิจกรรมสันทนาการและมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น มี 8 ตัวชี้วัดได้แก่ 1) ความปลอดภัยทางด้านร่างกายและความมั่นคงในชีวิต 2) สภาพแวดล้อมของบ้าน 3) แหล่งการเงิน 4)การดูแลสุขภาพและบริการในสังคม 5) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารและทักษะใหม่ ๆ 6) การมีส่วนร่วม มีโอกาสพักผ่อนหย่อนใจและมีเวลาว่าง 7) สภาพแวดล้อม 8) การคมนาคม

4. การให้คะแนน การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL – 26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือข้อ 1, 5 และข้อ 12 แต่ละข้อเป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ

กลุ่มที่ 1 ข้อความทางลบ 3 ข้อ

กลุ่มที่ 2 ข้อความทางบวก 23 ข้อ

กลุ่มที่ 1 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้ กลุ่มที่ 2 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ตอบไม่เลย	1	ตอบ ไม่เลย	5
ตอบเล็กน้อย	2	ตอบ เล็กน้อย	4
ตอบปานกลาง	3	ตอบ ปานกลาง	3
ตอบมาก	4	ตอบ มาก	2
ตอบมากที่สุด	5	ตอบ มากที่สุด	1

5. การแปลผลคะแนน

คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนนตั้งแต่ 26 -130 คะแนน

โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

คะแนน 26 - 60	คะแนน	แสดงถึงการมีชีวิตที่ไม่ดี
คะแนน 61 - 95	คะแนน	แสดงถึงการมีชีวิตกลาง ๆ
คะแนน 96 - 130	คะแนน	แสดงถึงการมีชีวิตที่ดี

ตาราง 3 การแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต แยกออกเป็นองค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้

องค์ประกอบ	การมีสุขภาพชีวิตที่ไม่ดี	การมีสุขภาพชีวิตกลางๆ	การมีสุขภาพชีวิตที่ดี
1.ด้านสุขภาพกาย	7 - 16	17 -26	27 - 35
2.ด้านจิตใจ	6 -14	15 - 22	23 - 30
3.ด้านสัมพันธภาพในสังคม	3 - 7	8 - 11	12 - 15
4.ด้านสิ่งแวดล้อม	8 -18	19 -29	30 - 40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26-60	61-95	96-130

องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7

องค์ประกอบด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อ 8, 9, 10, 11, 12, 13

องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพในสังคม ได้แก่ ข้อ 14, 15, 16

องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ข้อ 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24

การนำเสนอผลจะต้องนำเสนอในรูปของคะแนนเฉลี่ยทั้งหมด และคะแนนของแต่ละองค์ประกอบด้วยเพื่อใช้เปรียบเทียบกับการศึกษาอื่น ๆ

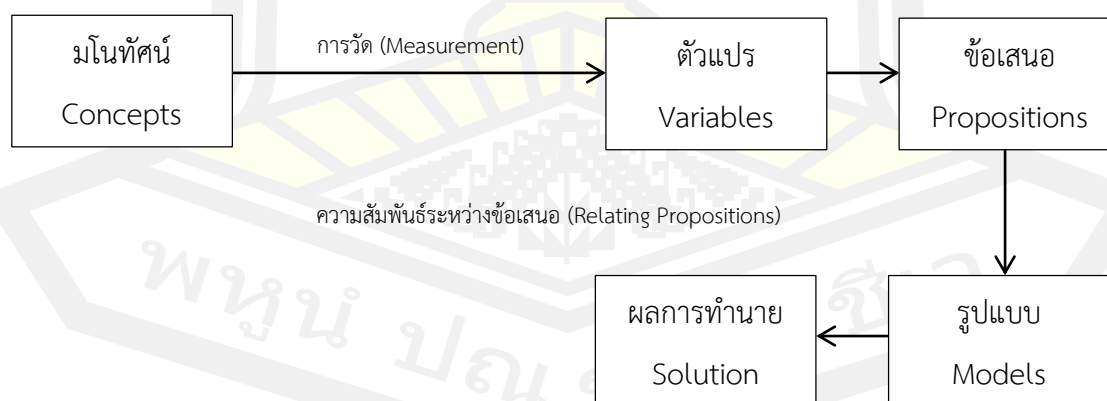
ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต ฉบับภาษาไทย (WHOQOL- BRES -THAI) ของนายแพทย์สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540) เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในตำบลฟ้าหยาด อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร โดยเครื่องมือดังกล่าวได้พัฒนาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (The World Health Organization Quality of Life: WHOQOL) ซึ่งมีข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived Objective) และอัตวิสัย (Self-report Subjective) จะประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ 1. ด้านสุขภาพกาย (Physical domain) 2. ด้านสุขภาพจิตใจ (Psychological domain) 3. ด้านสัมพันธภาพในสังคม (Social relationships) และ 4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ความหมายของรูปแบบ

รูปแบบเป็นสิ่งที่สร้างและพัฒนาขึ้นเป็นแนวทางในการทำงานอย่างใดอย่างหนึ่งมีนักวิชาการให้ความหมายไว้ดังนี้

การสร้างรูปแบบ คือ การกำหนดมโนทัศน์เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเป็นระบบ เพื่อชี้ให้เห็นชัดเจนว่ารูปแบบเสนออะไร เสนออย่างไร เพื่อให้ได้อะไร และสิ่งที่ได้นั้นอธิบายปรากฏการณ์อะไร และนำไปสู่ข้อค้นพบอะไรใหม่ๆ (Steiner, 1969; Keeve, 1988) ขั้นตอนการสร้างรูปแบบเขียนไว้ ดังภาพประกอบ 6



ภาพประกอบ 6 แสดงขั้นตอนการสร้างรูปแบบสร้างความสัมพันธ์

หลักการเพื่อเกี่ยวกับการสร้างรูปแบบไว้ 4 ประการ คือ

1) รูปแบบควรประกอบด้วยความสัมพันธ์อย่างมีโครงสร้างของตัวแปรมากกว่าความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงแบบธรรมดา การเชื่อมโยงแบบเส้นตรงแบบธรรมดาทั่วไป นั้นก็มีประโยชน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการศึกษาวิจัย ในช่วงต้นของการพัฒนารูปแบบ

2) รูปแบบควรใช้เป็นแนวทางในการพยากรณ์ผลที่จะเกิดขึ้นจากการใช้รูปแบบได้ สามารถตรวจสอบได้โดยการสังเกตและหาข้อสนับสนุนด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ได้

3) รูปแบบควรจะต้องระบุหรือชี้ให้เห็นถึงกลไกเชิงเหตุผลในเรื่องที่ศึกษา ดังนั้น นอกจาก จะเป็นเครื่องมือในการพยากรณ์ได้ควรใช้ในการอธิบายปรากฏการณ์ได้ด้วย

4) นอกจากคุณสมบัติต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้ว รูปแบบควรเป็นเครื่องมือในการสร้างมโนทัศน์ใหม่และการสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปรในลักษณะใหม่ ซึ่งเป็นการขยายองค์ความรู้ในเรื่องที่กำลังศึกษาด้วย

กล่าวโดยสรุป การสร้างและพัฒนารูปแบบนั้นไม่มีข้อกำหนดตายตัวแน่นอนว่าต้องทำแต่โดยทั่ว ๆ ไปจะเริ่มต้นจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องทำให้ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่จะทำการสร้างรูปแบบนั้น ๆ ให้ชัดเจน ทำให้ได้องค์ประกอบหรือตัวแปรต่าง ๆ หรือทำให้ทราบลักษณะความสัมพันธ์ขององค์ประกอบหรือตัวแปรของรูปแบบที่จะสร้างและพัฒนาแล้วสร้างรูปแบบตามหลักการที่กำหนดขึ้นและนำรูปแบบที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบหาคุณภาพของรูปแบบต่อไป

การวิจัยครั้งนี้จึงสรุปได้ว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน หมายถึง โครงสร้างแผนภาพจำลองที่ประกอบขึ้นด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ๆ ที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันในระหว่างองค์ประกอบ คือ 1) สถานการณ์และบริบทเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ 2) ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ 3) การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 4) ผลลัพธ์การใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 5) ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในอำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร

2.5 แนวคิดการวิจัยแบบผสมผสาน

2.5.1 การวิจัยแบบผสมผสาน

2.5.1.1 นิยามของการวิจัยผสมผสาน

ในยุคเริ่มต้นการให้คำนิยามของการวิจัยผสมวิธีมาจากผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมินผล โดย Greene, Caracelli, and Graham (1989) ได้กล่าวว่า การวิจัยผสมวิธีเป็นการรวมเกี่ยวกับของการวิจัยเชิงปริมาณอย่างน้อยหนึ่งประเภท (เช่น การเก็บข้อมูลที่เป็นตัวเลข) และการวิจัยเชิงคุณภาพอย่างน้อยหนึ่งประเภท (เช่นการเก็บข้อมูลที่เป็นตัวอักษร) ในกรณีซึ่งการวิจัยเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพวิธีการใดวิธีการหนึ่ง ไม่สามารถเชื่อมโยงไปยังกระบวนการทศน์ของการวิจัยที่ศึกษาอย่างชัดเจนได้ สืบปีต่อมาการให้นิยามเปลี่ยนจากการรวมวิธีการสองวิธีเข้าด้วยกัน เป็นการผสมผสานในทุกขั้นตอนของกระบวนการวิจัยทั้งแนวคิดหรือปรัชญาของการวิจัยและแปลผลตลอดจนการสรุปพาดพิง (inferences) จากผลการวิจัยที่ได้รับ Tashakkori and Teddlie (1998) ได้กล่าวว่า วิธีการผสมวิธีเป็นวิธีการรวมการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณเข้าด้วยกันในระเบียบวิธีของการวิจัย โดยระบุว่า การวิจัยผสมวิธีได้มาถึงจุดซึ่งแยกตัวออกมาจากการวิจัยแบบเดิม ๆ ทั้งในมุมมองคำศัพท์เฉพาะตัวและเทคนิคของการวิจัย (Tashakkori & Teddlie, 2003) โดย Johnson, Onwuegbuzie, and Turner (2007) ได้รวบรวมนิยามของการวิจัยดังกล่าวจากบทความทางวิชาการที่ตีพิมพ์ในวารสารต่าง ๆ จำนวน 17 บทความ จากการรวบรวมคำจำกัดความดังกล่าว พวกเขาจึงสรุปคำจำกัดความ ดังนี้ การวิจัยผสมวิธีเป็นการวิจัยประเภทที่นักวิจัยได้รวบรวมองค์ประกอบของการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเข้าด้วยกัน เช่น มุมมองของนักวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ การสรุปพาดพิงของผลที่ได้จากการวิจัย เพื่อให้การวิจัยสามารถให้ข้อค้นพบที่กว้างขวางและมีความลุ่มลึกมากขึ้นกว่าการวิจัยแบบใดแบบหนึ่งเพียงแบบเดียว (Johnson, et al., 2007) สำหรับตัวอย่างการดำเนินงานของการวิจัยที่แสดงว่าการวิจัยเรื่องนั้น ๆ เป็นการวิจัยผสมวิธีได้แสดงไว้ดังต่อไปนี้

- 1) นักวิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องมือเชิงปริมาณและเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มเพื่อตรวจสอบดูว่า ข้อมูลทั้งสองประเภทให้ผลที่เหมือนกันหรือไม่ เมื่อพิจารณาจากมุมมอง (Perspective) ที่แตกต่างกัน
- 2) นักวิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงทดลอง หลังจากนั้นจึงมีการศึกษาติดตามผล (Follow - up study) โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างบางคน เพื่อหาคำอธิบายของคะแนนที่ได้รับเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม
- 3) นักวิจัยใช้วิธีสัมภาษณ์และศึกษาจากเอกสารเพื่อสร้างแบบสำรวจ หลังจากนั้นจึงนำไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นเป้าหมายของการวิจัย

4) นักวิจัยใช้เครื่องมือเชิงปริมาณเพื่อประเมินผลกระทบของการจัดกระทำ (Treatment) ที่ส่งผลต่อตัวแปรตาม โดยก่อนการทดลองจะเริ่มขึ้นนักวิจัยได้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อพัฒนายุทธวิธีในการจับกลุ่มตัวอย่างให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยมากที่สุด

5) นักวิจัยพยายามศึกษาความเปลี่ยนแปลงของประเด็นปัญหาต่าง ๆ ที่เป็นภัยคุกคามต่อกลุ่มสตรีมากที่สุด โดยนักวิจัยได้ใช้เครื่องมือเก็บข้อมูลประเภทเชิงปริมาณและใช้การสนทนากลุ่ม (Focus group) เพื่อสำรวจความหมายของประเด็นปัญหาต่าง ๆ กรอบแนวคิดที่ได้รับนำไปสู่การแนวคิดใหม่ ๆ ของการเผชิญหน้ากับปัญหาดังกล่าวของกลุ่มสตรี ซึ่งนำไปสู่การมีมุมมองปัญหาดังกล่าวในแง่มุมต่าง ๆ ทั้งตัวประเด็นปัญหาเองการเก็บข้อมูล ตลอดจนแนวทางในการปฏิรูปปัญหาต่าง ๆ

6) นักวิจัยต้องการประเมินโครงการซึ่งกำลังจะดำเนินการในชุมชนแห่งหนึ่ง โดยขั้นตอนแรกของการวิจัยเป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเสียก่อน เพื่อประเมินว่าปัญหาของชุมชนมีอะไรบ้างที่ควรได้รับการแก้ไข ซึ่งนำมาสู่การออกแบบเครื่องมือเก็บข้อมูลเพื่อศึกษาผลกระทบดังกล่าว โดยใช้วิธีประเมินก่อนและหลังการดำเนินการโครงการ และผู้วิจัยใช้วิธีการศึกษาต่อเนื่อง (Follow-up study) โดยการสัมภาษณ์เพื่อติดตามว่าสาเหตุใดซึ่งทำให้โครงการประสบผลสำเร็จ (หรือไม่ประสบผลสำเร็จ) ซึ่งการวิจัยประเภทนี้มักใช้ในการติดตามประเมินผลระยะยาวมากกว่าการใช้วิธีอื่น ๆ จากตัวอย่างดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ผู้วิจัยใช้การเก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณภายใต้ความเชื่อมั่นว่าวิธีการวิจัยผสมวิธีเท่านั้นที่เหมาะสมกับการวิจัยดังกล่าว

2.5.1.2 จุดเด่นของการวิจัยผสมวิธี

Creswell and Plano Clark (2011) ได้กล่าวถึงจุดเด่นของการวิจัยผสมวิธีดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) การวิจัยผสมวิธี มีจุดเด่น คือ สามารถปิดจุดอ่อนของการวิจัยทั้งสองประเภทได้อย่างสมดุลกัน นักวิจัยบางคนกล่าวว่า การวิจัยเชิงปริมาณมีจุดอ่อนที่ไม่สามารถทำความเข้าใจกับปรากฏการณ์ในสังคมในบริบทที่แตกต่างกัน อันสืบเนื่องมาจากการไม่สนใจความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งในขณะที่การวิจัยเชิงคุณภาพสามารถแก้ไขปัญหานี้ได้ในทำนองเดียวกันการวิจัยเชิงคุณภาพก็ได้รับการวิพากษ์เช่นกันว่า ความคิดเห็นของบุคคลอาจได้รับผลกระทบด้านการวิเคราะห์ข้อมูลจากตัวนักวิจัยทำให้เกิดความลำเอียงได้ รวมทั้งข้อค้นพบที่ได้ก็ไม่สามารถนำไปสรุปพาดพิงไปยังกลุ่มบุคคลอื่นที่อยู่นอกเหนือจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants) ได้ ซึ่งการวิจัยเชิงปริมาณจะไม่มีปัญหาในข้อนี้ ดังนั้นการวิจัยผสมวิธีสามารถใช้การวิจัยประเภทหนึ่งมาแก้ไขปัญหของการวิจัยอีกประเภทหนึ่งได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์

2) การวิจัยผสมวิธี สามารถใช้ข้อมูลมากกว่าการวิจัยเพียงประเภทใดประเภทหนึ่งเพียงอย่างเดียว นั่นคือ นักวิจัยสามารถใช้เครื่องมือเก็บข้อมูลได้ทุกประเภท แทนที่จะจำกัดการใช้เครื่องมือเก็บข้อมูลที่สอดคล้องกับการวิจัยเพียงประเภทใดประเภทหนึ่งเพียงประเภทเดียวเท่านั้น

3) การวิจัยผสมวิธี ยังสามารถให้ผู้วิจัยสามารถตอบคำถามที่ไม่สามารถตอบได้ โดยการใช้การวิจัยประเภทใดประเภทหนึ่งเพียงประเภทเดียวได้ ยกตัวอย่างเช่น “ผู้ให้ข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ให้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่สอดคล้องกันหรือไม่” หรือ “นักวิจัยเชิงคุณภาพจะแปลความหมายของข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเชิงปริมาณอย่างไร” หรือ “การจัดกระทำที่ให้กับกลุ่มทดลองจะได้ข้อค้นพบที่เหมือนกันหรือไม่ถ้านำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างในอีกสถานที่อื่น ๆ” อาจกล่าวได้ว่า จากปัญหาดังกล่าวเป็นการยากที่จะตอบได้อย่างชัดเจนถ้าใช้การวิจัยเพียงประเภทเดียว

4) การวิจัยผสมวิธี จะช่วยให้นักวิจัยมีมุมมองต่อปรากฏการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างกว้างขวางขึ้นและมองในกระบวนการที่แตกต่างกันหลายรูปแบบ และช่วยให้นักวิจัยมีกระบวนการที่เหนือกระบวนการของการวิจัยทั้งสองระบบ เช่น แนวคิดตามทฤษฎีปฏิบัตินิยม (Pragmatism) เหล่านี้เป็นต้น

2.5.1.3 การออกแบบของการวิจัยผสมวิธี

การออกแบบการวิจัยผสมวิธีเป็นกระบวนการในด้านการเก็บรวบรวม วิเคราะห์ แปลผล และรายงานข้อมูลในรายงานการวิจัย การออกแบบเหล่านี้มีหลายรูปแบบ ซึ่งประกอบด้วย ขั้นตอนต่าง ๆ ที่แตกต่างกัน การออกแบบการวิจัย ช่วยให้นักวิจัยสามารถเลือกวิธีการที่เหมาะสม และกำหนดตรรกะที่สอดคล้องกับการแปลผลการวิจัยในตอนท้ายของการรายงาน เมื่อนักวิจัยได้กำหนดในขั้นแรกแล้วว่า การวิจัยผสมวิธีมีความเหมาะสมในประเด็นการวิจัยดังกล่าว ขั้นต่อไปคือการเลือกประเภทของการออกแบบการวิจัยที่สอดคล้องกับปัญหาการวิจัยของตนเองมากที่สุด สำหรับการออกแบบวิจัยหลัก ๆ แต่ละประเภทมีความแตกต่างกันมากมายทั้งในด้านประวัติ จุดมุ่งหมาย ข้อตกลงเบื้องต้น ปรัชญาของการวิจัย กระบวนการ จุดอ่อนและจุดแข็ง และความหลากหลาย ดังนั้น ความรู้ในด้านการออกแบบการวิจัยจะช่วยให้นักวิจัยสามารถเลือกการออกแบบที่เหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาการวิจัยของตนเอง

2.5.1.4 เกณฑ์ที่ใช้สำหรับการแบ่งประเภทการออกแบบการวิจัยผสมวิธี

ถึงแม้ว่าการออกแบบการวิจัยผสมวิธีแต่ละประเภทจะไม่เหมือนกันทั้งหมดแต่ก็มีเกณฑ์ที่คล้ายคลึงกันเป็นส่วนมาก เช่น การกำหนดเกณฑ์เป็นเวลาที่ใช้การวิจัยผสมได้แก่ การกำหนดแน่นอนตั้งแต่เริ่มการวิจัย (Fixed) หรือการตัดสินใจเลือกใช้การวิจัยผสมวิธีเมื่อการวิจัยดำเนินไปจนถึงระยะเวลาที่นักวิจัยไม่สามารถหาคำตอบที่ชัดเจนได้ ซึ่งเรียกว่า แบบกะทันหัน (Emergent) ดังนั้น การออกแบบของการวิจัยผสมวิธีจะต้องเลือกเกณฑ์ที่สอดคล้องกับปัญหาและจุดประสงค์ของการวิจัยมากที่สุด และระบุเหตุผลที่ชัดเจนในการเลือกใช้เกณฑ์ต่าง ๆ สำหรับการ

ออกแบบประเภทรูปนั้น ๆ อย่างไรก็ตาม นักวิจัยสามารถสามารถใช้เกณฑ์อื่น ๆ ในการกำหนดวิธีการออกแบบการวิจัยได้เช่นกัน นั่นคือ เลือกการออกแบบที่คิดว่าเหมาะสมที่สุดจากประเภทการออกแบบต่าง ๆ ที่มีการกำหนดไว้ก่อนแล้วทั้ง 6 ประเภทนั่นเอง

2.5.1.5 แนวทางหลักที่ใช้ในการพิจารณาเลือกการออกแบบการวิจัยผสมวิธี

1) เลือกการออกแบบการวิจัยที่สอดคล้องกับปัญหา จุดประสงค์หรือคำถามของการวิจัย ถึงแม้ว่าการออกแบบของการวิจัยผสมวิธีแต่ละประเภทจะแตกต่างกัน แต่ก็มีส่วนที่คล้ายคลึงกันเช่นกัน เนื่องจากโดยรวมแล้วแต่ละวิธีมักจะเริ่มต้นด้วยปัญหา จุดหรือคำถามของการวิจัยซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นในการกำหนดขั้นตอนหรือกระบวนการของการวิจัยทั้งหมด โดยคำถามของการวิจัยอาจมาได้จากหลายทาง เช่น จากเอกสารที่เกี่ยวข้อง หรือผลการวิจัยของการวิจัยอื่น ๆ ซึ่งไม่อาจหาข้ออธิบายได้ ดังนั้น คำถามของการวิจัยจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญที่สุดในการเลือกวิธีการวิจัยที่เหมาะสมสำหรับบางคำถามของการวิจัยอาจเกี่ยวข้องกับการวิจัยผสมวิธีโดยตรง เช่น นักวิจัยอาจพบว่า แหล่งข้อมูลเพียงแหล่งเดียวน่าจะไม่สามารถเพียงพอที่จะตอบคำถามนั้นได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์ได้ ผลการวิจัยไม่อาจอธิบายปรากฏการณ์ได้อย่างสมบูรณ์ หรือขั้นตอนหลักทางทฤษฎีต้องอยู่ในระดับที่ลุ่มลึกหรือระดับสูงกว่าเดิมกล่าวคือ จำเป็นต้องใช้ทั้งสองวิธีมารวมกัน หรือปัญหาการวิจัยจะต้องได้รับการศึกษาหลายขั้นตอน ทำให้การใช้การวิจัยวิธีเดียวไม่พอเพียงจำเป็นต้องใช้วิธีอื่น ๆ เพิ่มเติมด้วย

2) พยายามระบุเหตุผลที่ชัดเจนในการเลือกการวิจัยผสมวิธี กฎที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งในการเลือกการวิจัยผสมวิธีก็คือ ต้องทราบเหตุผลที่ชัดเจนว่าทำไมจึงต้องใช้ทั้งวิธีวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในการวิจัยเรื่องเดียวกัน โดยทั่วไปจะมีกรอบแนวคิดที่สำคัญในการเลือกวิธีดังกล่าว อยู่สองกรอบแนวคิดได้แก่ กรอบแนวคิดของ Greene, Caracelli, and Graham (1989) ซึ่งใช้เหตุผลด้านสามเสาเพื่อให้ครบถ้วนสมบูรณ์ การพัฒนา การริเริ่มให้เกิดประเด็นใหม่ ๆ หรือการขยายข้อค้นพบที่ได้ ซึ่งต่อมานักวิจัยคนอื่น ๆ ก็ได้เพิ่มเติมรายละเอียดอีกมากมาย อย่างไรก็ตาม Bryman (2006) ก็ได้ให้รายละเอียดด้านกรอบแนวคิดที่แตกต่างกันออกไปโดยใช้การปฏิบัติจริงเป็นฐาน ซึ่งรายละเอียดของกรอบแนวคิดทั้งสองประเภทได้แสดงรายละเอียดไว้แล้ว ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 เปรียบเทียบแนวคิดของเหตุผลในการเลือกใช้วิธีวิจัยผสมวิธี

Greene, Caracelli and Graham (1989)	Bryman (2006)
วิธีการสามเส้า เพื่อเป็นการหาความสอดคล้องของข้อค้นพบซึ่งมาจากการใช้วิธีต่าง ๆ กัน วิธีการเติมเต็มให้สมบูรณ์ เพื่อให้ข้อค้นพบมีคำอธิบายที่ครบถ้วนสมบูรณ์สามารถเติมเต็มข้อสงสัยของนักวิจัยได้อย่างครบถ้วน การพัฒนา ใช้ข้อค้นพบที่ได้จากวิธีหนึ่งมาเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวทางวิจัยของอีกวิธีหนึ่งเช่น การพัฒนาเครื่องมือเก็บข้อมูลหรือหาตัวอย่างเพิ่มเติมในอีกวิธีหนึ่ง การริเริ่ม เป็นการหาข้อโต้แย้ง กรอบแนวคิดใหม่ ๆ หรือสร้างแนวคำถามใหม่ ๆ โดยมีพื้นฐานมาจากข้อค้นพบที่ได้มาจากอีกวิธีหนึ่ง การขยายความ เป็นการขยายกรอบแนวคิดของวิจัยให้กว้างมากขึ้นกว่าเดิมโดยใช้องค์ประกอบที่มาจากวิธีวิจัยต่าง ๆ กัน	วิธีการสามเส้าหรือการเพิ่มความเที่ยงตรงให้มากขึ้น การมองแบบประเพณีนิยม คือ การวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพสามารถนำมารวมกันได้เพื่อเป็นการตรวจสอบความเที่ยงตรงของข้อค้นพบซึ่งกันและกัน การเสริมซึ่งกันและกัน เป็นการดึงจุดอ่อนและจุดแข็งแต่ละวิธีเพื่อนำมาปิดจุดอ่อนและเสริมจุดแข็งซึ่งกันและกัน ความครบถ้วนสมบูรณ์ เป็นการขยายขอบเขตหรือเพิ่มความกลุ่มลึกของข้อค้นพบที่ได้โดยใช้วิธีการทั้งสองประเภทร่วมกัน กระบวนการ การวิจัยเชิงปริมาณเน้นไปยังโครงสร้างในสังคมในขณะที่การวิจัยเชิงคุณภาพเน้นไปที่กระบวนการในสังคม การอธิบาย การวิจัยโดยวิธีหนึ่งมักช่วยอธิบายข้อค้นพบที่ได้จากอีกวิธีหนึ่ง ข้อค้นพบที่ไม่คาดคิด การวิจัยทั้งสองประเภทช่วยเสริมซึ่งกันและกันได้ในกรณีซึ่งมีข้อค้นพบที่ไม่คาดคิดมาก่อนซึ่งได้มาจากการวิจัยอีกประเภทหนึ่ง การพัฒนาเครื่องมือ การใช้การวิจัยเชิงคุณภาพในการสร้างแนวทางของเครื่องมือวัดเช่นแบบสอบถามหรือมาตราวัดประเมินค่าเพื่อนำไปสู่การพัฒนาเครื่องมือฉบับจริงซึ่งมีข้อความครอบคลุม ถ้ามได้ตรงประเด็นและเข้าใจง่าย ตลอดจนเป็นแนวทางในการกำหนดตัวเลือกที่เป็นไปได้ทั้งหมด

ตาราง 4 (ต่อ)

Greene, Caracelli and Graham (1989)	Bryman (2006)
	การเลือกตัวอย่าง วิธีการวิจัยทั้งสองประเภทมีแนวคิดในการเลือกตัวอย่างที่แตกต่างกัน
	ความน่าเชื่อถือ การใช้วิธีการทั้งสองประเภทร่วมกันจะช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อค้นพบให้มากขึ้น
	บริบท ในบางกรณีการรวมวิธีการทั้งสองประเภทเข้าด้วยกันโดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจในบริบทของกรณีศึกษาและใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณเพื่อนำข้อค้นพบสรุปพาดพิงไปยังกลุ่มอื่นที่ไม่ได้เป็นตัวอย่างของการวิจัยในช่วงแรก
	น่าสนใจมากขึ้น การวิจัยเชิงปริมาณมักให้ข้อค้นพบที่ดู “พื้น ๆ” ไม่น่าสนใจ แต่ถ้าเพิ่มเติมด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพจะทำให้ข้อค้นพบดูมีสีสันและน่าสนใจมากขึ้นข้อค้นพบสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้มากขึ้น ข้อค้นพบของการวิจัยทั้งสองประเภทจะให้ข้อเสนอแนะที่ชัดเจน
	ยืนยันและค้นพบ เป็นการนำข้อมูลเชิงคุณภาพมาสร้างสมมุติฐานและใช้วิธีการเชิงปริมาณในการทดสอบสมมุติฐานดังกล่าวในโครงการเล็ก ๆ หรือโครงการย่อย
	มุมมองที่หลากหลาย เป็นการรวมแนวคิดจากสองวิธีที่แตกต่างกัน หรืออาจพูดได้ว่า เป็นการรวบรวมมุมมองของนักวิจัยและผู้มีส่วนร่วมโดยใช้วิธีการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพตามลำดับ โดยศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรผ่านวิธีวิจัยเชิงปริมาณและค้นหาความหมายของข้อค้นพบจากผู้มีส่วนร่วมผ่านวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ

2.5.1.6 การออกแบบหลักของการวิจัยผสมวิธี

Creswell and Plano Clark (2011) ได้กำหนดการออกแบบหลักของการวิจัยผสมวิธีไว้หกแบบเพื่อให้ให้นักวิจัยได้เลือกการออกแบบที่จะช่วยให้งานวิจัยของตนมีความสมบูรณ์มากที่สุด โดยมีการวิจัยแบบพื้นฐานทั่วไปของการวิจัยผสมวิธีสี่แบบ ได้แก่ การออกแบบคู่ขนานเข้าหากัน (Convergent parallel design) การออกแบบต่อเนื่องเชิงอธิบาย (Explanatory sequential design) การออกแบบต่อเนื่องเชิงสำรวจ (Exploratory sequential design) และการออกแบบเชิงซ้อน (Embedded design) และมีการออกแบบอีกสองประเภทที่มีลักษณะเฉพาะตัวซึ่งเน้นการนำทฤษฎีที่มีอยู่แล้วมาประยุกต์ใช้มากกว่าการค้นหาคำตอบความรู้ใหม่ ๆ และนำองค์ประกอบของการออกแบบหลักหลาย ๆ ประเภทของการวิจัยผสมวิธีมารวมกัน ได้แก่ การออกแบบแปลงรูป (Transformative design) และการออกแบบหลายขั้นตอน (Multiphase design) โดยจะมีรายละเอียดของการวิจัยผสมวิธีแต่ละประเภท ดังต่อไปนี้

1) การออกแบบคู่ขนานเข้าหากัน (Parallel convergent design) Creswell and Plano Clark (2011) กล่าวว่า การออกแบบประเภทนี้เป็นการออกแบบที่เป็นที่รู้จักกันมากที่สุดของการวิจัยผสมวิธี โดยการออกแบบประเภทนี้ได้เริ่มเป็นที่รู้จักตั้งแต่ทศวรรษที่ 70 เป็นต้นมา (Jick, 1979) วิธีนี้มีลักษณะคล้ายการตรวจสอบแบบสามเส้า (triangular) คือ นำผลการศึกษาสองวิธีในหัวข้อเดียวกันมาเปรียบเทียบกับว่าสอดคล้องกันหรือไม่ ซึ่งนักวิจัยส่วนมากสับสนกับการตรวจสอบแบบสามเส้าของการวิจัยเชิงคุณภาพ อย่างไรก็ตามนักวิจัยใช้ชื่อต่าง ๆ กัน สำหรับการออกแบบประเภทนี้ตั้งแต่ปี 1970 เป็นต้นมา เช่น Simultaneous Triangulation (Morse, 1991), Parallel study (Tashakkori & Teddlie, 1998), Convergence model (Creswell, et al., 2003). แต่ไม่ว่าจะใช้ชื่อใดก็ตามนักวิจัยจะใช้วิธีเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพควบคู่กันไปด้วยกัน แล้วนำผลการวิเคราะห์จากการวิจัยทั้งสองประเภทมารวมในลักษณะผสมผสาน (merge) ให้เป็นการแปลผลร่วมกันในที่สุด

2) การออกแบบต่อเนื่องเชิงอธิบาย (Explanatory sequential design) นักวิจัยที่ใช้การออกแบบการวิจัยประเภทนี้ซึ่งเน้นการทำวิจัยแบบต่อเนื่องอาจใช้ชื่อการออกแบบที่แตกต่างกัน เช่น โมเดลต่อเนื่อง (Sequential model) (Tashakkori & Teddlie, 1998) ต่อเนื่องแบบสามเส้า (Sequential triangulation) (Morse, 1991) และการวิจัยซ้ำ (Greene, 2007) ซึ่งนักวิจัยบางคนเสนอว่า ควรกำหนดชื่อให้เฉพาะเจาะจงมากขึ้นว่า การออกแบบแต่ละประเภทควรชี้แนะให้ทราบว่า เริ่มต้นด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพหรือเชิงปริมาณ (Creswell, et al., 2003) เช่น กำหนดว่า ใช้คำว่า เชิงอธิบาย เมื่อเริ่มต้นด้วยการวิจัยเชิงปริมาณก่อน แล้วนำผลที่ได้ไปศึกษาอย่างเฉพาะเจาะจงยิ่งขึ้นด้วยวิธีการเชิงคุณภาพในขั้นตอนที่สอง เพื่อหาคำอธิบายประเด็นที่ค่อนข้างมีลักษณะเฉพาะเจาะจงหรือเพื่อความเข้าใจผลการวิจัยในขั้นตอนแรกกลุ่มลึกมากขึ้น

3) การออกแบบต่อเนื่องเชิงสำรวจ (Exploratory sequential design) การออกแบบประเภทนี้เป็นการศึกษาต่อเนื่องสองขั้นตอนเช่นกัน โดยนักวิจัยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพในขั้นตอนแรกเพื่อหาประเด็นการศึกษาที่ชัดเจนเสียก่อน หลังจากนั้นจึงใช้วิธีเชิงปริมาณในขั้นตอนที่สอง ในการออกแบบวิธีนี้บางครั้งนักวิจัยสร้างเครื่องมือในขั้นตอนที่เชื่อมต่อการวิจัยทั้งสองประเภท เช่น สร้างเครื่องมือจากผลการวิจัยเชิงคุณภาพในขั้นตอนแรกเพื่อนำไปใช้เก็บข้อมูลสำหรับการวิจัยเชิงปริมาณในขั้นตอนที่สอง ดังนั้นการออกแบบประเภทนี้บางครั้งจึงเรียกว่า การออกแบบพัฒนาเครื่องมือ (Instrument development design) (Creswell, Fetters, & Ivankova, 2004) หรือการออกแบบติดตามผลเชิงปริมาณ (Quantitative follow-up design) (Morgan, 1998)

4) การออกแบบเชิงซ้อน (Embedded Design) การออกแบบเชิงซ้อนเป็นการผสมเป็นการเชื่อมโยงการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งในเชิงคุณภาพหรือเชิงปริมาณแทรกเข้าไปภายในการออกแบบดั้งเดิมของการวิจัยเชิงปริมาณหรือคุณภาพ โดยการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลชุดที่สองอาจเกิดขึ้นก่อน, ระหว่าง หรือหลังการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยหลักก็ได้ ในการออกแบบเชิงซ้อนบางประเภท ข้อมูลบางชุดอาจใช้เป็นเพียงเพื่อสนับสนุนข้อมูลหลักของการวิจัยเท่านั้น เช่น ผู้วิจัยบางคนอาจนำการวิจัยเชิงคุณภาพเข้าไปซ้อนในการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อเป็นการสนับสนุนข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยเชิงปริมาณซึ่งเป็นการวิจัยหลักนั่นเอง (Creswell, Fetters, Plano Clark, & Morales, 2009) หรือในบางกรณี อาจมีการรวมการวิจัยทั้งสองประเภทเข้าด้วยกันแล้วจึงนำไปซ้อนใน

5) การออกแบบแปลงรูป (Transformative design) การออกแบบประเภทนี้เป็นการออกแบบที่นอกเหนือจากการออกแบบหลักทั้งสี่ประเภทที่กล่าวมาของการออกแบบผสมวิธี โดยเป็นการออกแบบที่ยึดแนวคิดเชิงทฤษฎีเป็นหลักและมักใช้ในการศึกษาความต้องการของชนกลุ่มน้อยหรือกลุ่มบุคคลที่มีลักษณะเฉพาะ ซึ่งจำเป็นต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎีเป็นฐานในการเก็บข้อมูลแสดงถึงความเปลี่ยนแปลงในสังคมที่เกิดขึ้นจากผลการวิจัยเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมในสังคมสำหรับบุคคลเหล่านั้น ซึ่งนักวิชาการบางกลุ่มได้แยกการวิจัยประเภทนี้ออกจากประเภทของการวิจัยทั่ว ๆ ไป เพราะการออกแบบการวิจัยจะมีลักษณะเฉพาะตัวเน้นจุดประสงค์ทางทฤษฎีเป็นหลักมากกว่าจะยึดระเบียบวิธีวิจัยเป็นหลักเหมือนการวิจัยทั่ว ๆ ไป (Teddlie & Tashakkori, 2009) อย่างไรก็ตาม นักวิชาการบางกลุ่มก็ได้นำการออกแบบประเภทนี้เข้ามาเป็นการวิจัยเชิงผสมประเภทหนึ่งเช่นกัน (Greene, 2007) กับ Mertens (2009) ซึ่งกล่าวว่า โดยมุมมองของการออกแบบประเภทนี้มุมมองเชิงทฤษฎี (Theoretical perspective) จะส่งผลต่อการวิจัยทุกขั้นตอน สะท้อนให้เห็นจากการตั้งชื่อของการออกแบบประเภทนี้ ว่าเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงการให้ความสำคัญไปยังมุมมองทางทฤษฎีอย่างชัดเจน และจะเห็นได้ว่าการวิจัยประเภทนี้มักมีรากฐานมาจากการให้ความสำคัญไปยังทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการกีดกันทางเพศเชื้อชาติหรือกลุ่มผู้ไร้ความสามารถเป็นหลัก ซึ่งทำให้การออกแบบประเภทนี้มีเอกลักษณ์เฉพาะตัวที่ทำให้แตกต่างจากการออกแบบประเภทอื่น ๆ และเกี่ยวข้องกันกับทฤษฎีในสังคมวิทยาอย่างชัดเจนมากกว่าการออกแบบประเภทอื่น ๆ

6) การออกแบบหลายขั้นตอน (Multiphase design) การออกแบบหลายขั้นตอนเป็นการออกแบบของการวิจัยผสมวิธีที่มีความสลับซับซ้อนเหนือการออกแบบที่ผ่านมาทั้งหมด ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อผู้วิจัยได้ศึกษาประเด็นปัญหาซึ่งจำเป็นต้องศึกษาวนเวียนไปมาระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพซึ่งสัมพันธ์กันตลอดเวลา โดยแนวทางการศึกษาจะสลับไปมาระหว่างการวิจัยทั้งสองประเภทโดยขึ้นกับผลการศึกษาที่ได้มาจากการวิจัยอีกประเภทหนึ่ง แต่โดยภาพรวมมีจุดประสงค์มุ่งไปยังปัญหาการวิจัยเดียวกันทั้งสิ้น การวิจัยประเภทนี้เริ่มต้นจากการออกแบบที่เรียกว่าเป็นออกแบบแซนด์วิช (Sandwich design) ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อผู้วิจัยใช้การออกแบบเชิงปริมาณและคุณภาพสลับกันไปมาสามขั้นตอน เช่นออกแบบเชิงคุณภาพก่อนแล้วตามด้วยเชิงปริมาณก่อนจบลงด้วยเชิงปริมาณอีกครั้งหนึ่ง (Sandelowski, 2003) ปัจจุบันการออกแบบหลายขั้นตอนเริ่มเป็นที่รู้จักกันมากขึ้นเช่น โครงการ NSF (National Science Foundation) ซึ่งเป็นการประเมินระดับชาติซึ่งประกอบด้วยการเก็บข้อมูลหลายขั้นตอนคล้ายกับการวิจัยหลายเรื่องในเวลาเดียวกันนั่นเอง

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชน เพื่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของผู้สูงอายุ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) ซึ่งมีลักษณะรูปแบบเทียบได้กับการออกแบบต่อเนื่องเชิงอธิบาย (Explanatory sequential design) โดยกำหนดว่า กระบวนการวิจัยจะเริ่มต้นด้วยการวิจัยเชิงปริมาณก่อน แล้วนำผลที่ได้ไปศึกษาอย่างเฉพาะเจาะจงยิ่งขึ้นด้วยวิธีการเชิงคุณภาพในขั้นตอนที่สอง เพื่อหาคำอธิบายประเด็นที่ค่อนข้างมีลักษณะเฉพาะเจาะจงหรือเพื่อความเข้าใจผลการวิจัยในขั้นตอนแรกที่ลุ่มลึกมากขึ้น

2.5.2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

2.5.2.1 ความหมาย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง การแสวงหาความรู้ภายใต้การดำเนินการของนักปฏิบัติที่กลายมาเป็นนักวิจัย หรือผู้ซึ่งทำงานเป็นหุ้นส่วนกับนักวิจัย เพื่อตรวจสอบประเด็นและปัญหาในสถานที่ทำงานของตนเอง เป็นการนำความคิดไปปฏิบัติผ่านกระบวนการที่เป็นวงจร ซึ่งแต่ละวงจะขึ้นกับวงก่อนหน้า การวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่ใช่วิธีการวิจัยบริสุทธิ์ แต่เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนา และนักวิจัยสามารถใช้วิธีการเก็บและรวบรวมข้อมูลได้หลากหลายวิธี การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นทั้งการวิจัยและการปฏิบัติการ (Holloway, 2010)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการวิจัยที่มีเป้าหมายที่จะแก้ปัญหา พัฒนากิจกรรมโดยการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง (Improving by changing) โดยบุคคลที่เผชิญกับปัญหานั้นๆ อยู่เอง เป็นรูปแบบของการทำความเข้าใจในการปรับปรุงสถานการณ์เฉพาะที่พบว่ามีความมีปัญหา เพื่อต้องการพัฒนาค้นหาหลักการ เหตุผลและวิธีการปฏิบัติงานเพื่อการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานนั้นๆ และขณะเดียวกันก็เป็นการพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานนั้น ๆ (ศิริพร จิรวรรณกุล, 2546)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการวิจัยที่เป็นการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงวิธีการปฏิบัติการอย่างเป็นระบบระเบียบ (Improve practice and systematically) และเป็นการศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานการณ์เฉพาะนั้น ๆ พร้อมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ได้มาซึ่งรูปแบบของการแก้ปัญหาและได้คำตอบในการแก้ปัญหาดังกล่าว (Streubert and Carpenter, 1999) ดังนั้นการวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงมีความแตกต่างไปจากการแก้ปัญหาประจำวันเพราะมีการใช้วิธีการศึกษาทางวิทยาศาสตร์ มีการศึกษาปัญหาอย่างเป็นระบบ และกระบวนการแก้ปัญหาก็ใช้หลักทฤษฎี เป็นการวิจัยที่มุ่งเน้นให้เกิดความร่วมมือกันในการที่จะทำให้คนเห็นปัญหา และวางเป้าหมายในการแก้ปัญหาไปด้วยกัน ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างนักวิจัยกับผู้รับบริการ เน้นให้เห็นความสำคัญของการเรียนรู้กันในกระบวนการวิจัย (นางพรรณ พิริยานุพงศ์, 2546)

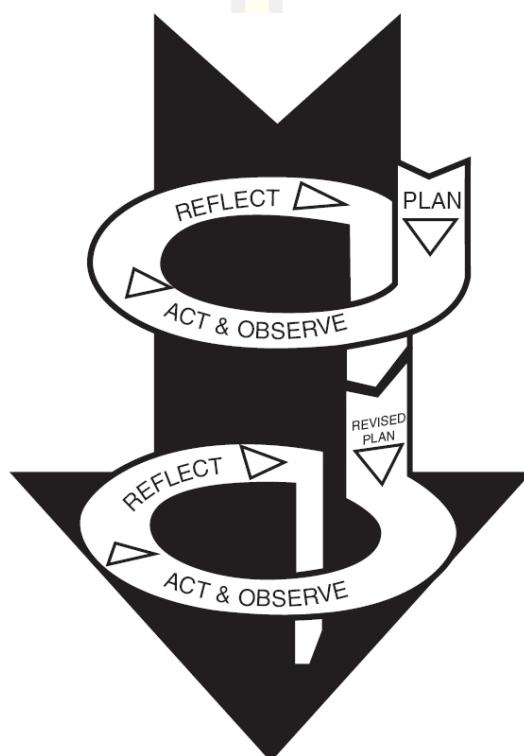
กล่าวโดยสรุปว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นกระบวนการวิจัยที่มีเป้าหมายที่จะแก้ปัญหา มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงโดยบุคลากรในระบบร่วมกับนักวิจัยเข้ามามีบทบาทในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบุคลากรในระบบในการพัฒนาตนเองและผู้อื่นให้เหมาะสมกับการดำเนินการ ไม่มีการแยกกลุ่มศึกษา กลุ่มทดลอง แต่เป็นการทดลองปฏิบัติในสถานการณ์ตามธรรมชาติ โดยวิเคราะห์สถานการณ์อย่างลึกซึ้งและเหมาะสม เน้นที่การสร้างการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นขั้นตอนและบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องตลอดกระบวนการวิจัย จนเกิดองค์ความรู้ต่าง ๆ ที่ได้จากกระบวนการวิจัย นามาประมวลเป็นแนวคิดหลักการและสร้างเป็นทฤษฎีได้

2.5.2.2 กระบวนการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

เนื่องจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการพัฒนามาจากฐานคติความเชื่อที่มุ่งเน้นบูรณาการเชื่อมโยงความรู้หรือทฤษฎีเชิงปฏิบัติการที่ได้จากการทำวิจัยกับการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นจริง ๆ ในสนามหรือสถานที่ปฏิบัติงานผสมผสานเข้าด้วยกัน โดยอาศัยการสะท้อนความคิดใคร่ครวญไปมาในเชิงวิพากษ์ผลการปฏิบัติงานที่ได้ลงมือกระทำไปตามแผนการที่วางไว้ว่า สามารถแก้ไขปัญหานั้นได้สำเร็จหรือไม่ อย่างไร รวมทั้งมีปัจจัยเกื้อหนุนและขัดขวางความสำเร็จในการแก้ปัญหานั้นบ้าง และจะต้องดำเนินการอย่างไร จึงจะทำให้เข้าสู่สภาวะการณ์ที่นำความสำเร็จนั้นมา ดังนั้นกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยที่มีลักษณะเป็นเกลียวเวียนหรือวงจรต่อเนื่องกันไป (spiral of steps)

กระบวนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart

กระบวนการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ประกอบด้วยกิจกรรมการวิจัยที่สำคัญ 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (planning) 2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (action) 3) สังเกตการณ์ (observation) และ 4) สะท้อนกลับ (reflection) กระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (re – planning) โดยดำเนินการเช่นนี้ต่อไปเรื่อยๆ เป็นดังแสดงรายละเอียดดังภาพประกอบ 7



ภาพประกอบ 7 วงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart

ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการวิจัยหลักที่หมุนเคลื่อนไปเป็นวัฏจักรของกระบวนการวิจัยดังกล่าว จึงเป็นเสมือนแหล่งที่ก่อให้เกิดความรู้เชิงปฏิบัติการและกลไกการนำความรู้ที่ได้รับไปใช้แก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ เป็นการดำเนินงานวิจัยที่ไม่แยกกิจกรรมการสืบค้นหาความรู้ ความจริงออกจากกิจกรรมการพัฒนา (องอาจ นัยพัฒน์, 2548) ซึ่งกิจกรรมการวิจัยหลักแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การวางแผน (Planning) เป็นการกำหนดแนวทางปฏิบัติการไว้ก่อนล่วงหน้าโดยอาศัยการคาดคะเนแนวโน้มของผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ประกอบกับการระลึกถึงเหตุการณ์หรือเรื่องราวในอดีตที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขตามประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมของผู้วางแผน ภายใต้การไตร่ตรองถึง

ปัจจัยสนับสนุนขัดขวางความสำเร็จในการแก้ไข ปัญหาการต่อต้าน รวมทั้งสภาพการณ์อื่น ๆ ที่แวดล้อมปัญหาอยู่ในเวลานั้น โดยทั่วไปการวางแผนจะต้องคำนึงถึงความยืดหยุ่น ทั้งนี้เพื่อจะสามารถปรับเปลี่ยนให้เข้ากับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอนาคต

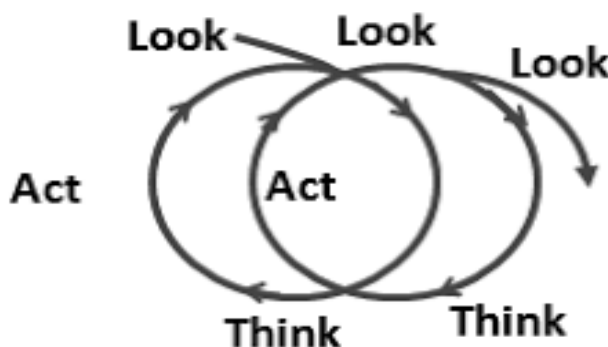
2. การปฏิบัติการ (Action) เป็นการลงมือดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้อย่างระมัดระวังและควบคุมการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามที่ระบุไว้ในแผน อย่างไรก็ตามในความเป็นจริงการปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้มีโอกาสแปรเปลี่ยนไปตามเงื่อนไขและข้อจำกัดของสภาพการณ์เวลานั้นได้ด้วยเหตุนี้แผนปฏิบัติการที่ดีจะต้องมีลักษณะเป็นเพียงแผนชั่วคราว ซึ่งเปิดช่องให้ผู้ปฏิบัติการสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามเงื่อนไขและปัจจัยที่เป็นอยู่ในขณะนั้น การปฏิบัติการที่ดีจะต้องดำเนินไปอย่างต่อเนื่องเป็นพลวัตรภายใต้การใช้ดุลยพินิจในการตัดสินใจ

3. การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการและผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานที่ได้ลงมือกระทำลงไป รวมทั้งสังเกตการณ์ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรคการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ ตลอดจนประเด็นปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างปฏิบัติตามแผนว่ามีสภาพหรือลักษณะเป็นอย่างไรการสังเกตการณ์ที่ดีจะต้องมีการวางแผนไว้ก่อนล่วงหน้าอย่างคร่าวๆ โดยจะต้องมีขอบเขตไม่แคบหรือจำกัดจนเกินไป เพื่อจะได้เป็นแนวทางสำหรับการสะท้อนกลับกระบวนการและผลการปฏิบัติที่จะเกิดขึ้นตามมา

4. การสะท้อนกลับ (Reflection) เป็นการให้ข้อมูลถึงการกระทำตามที่บันทึกข้อมูลไว้จากการสังเกตในเชิงวิพากษ์กระบวนการและผลการปฏิบัติงานตามแผนที่วางแผนที่ตลอดจนการวิเคราะห์เกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรคการพัฒนา รวมทั้งประเด็นปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่ การสะท้อนกลับโดยอาศัยกระบวนการกลุ่มในลักษณะวิพากษ์วิจารณ์ หรือประเมินผลการปฏิบัติงานระหว่างบุคคลที่มีส่วนร่วมในการวิจัย เป็นวิธีการปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานตามแนวทางดั้งเดิมไปเป็นการปฏิบัติงานตามวิธีการใหม่ ซึ่งใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการทบทวนและปรับปรุงวางแผนปฏิบัติการในวงจรกระบวนการวิจัยในรอบหรือเกลียวต่อไป

กระบวนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Stringer

Stringer (1999) ได้แบ่งกระบวนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการออกเป็น 3 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) การพินิจพิจารณา (มอง) 2) การคิดวิเคราะห์ (คิด) และ 3) การปฏิบัติการ (ปฏิบัติ) ซึ่งเป็นไปตามภาพประกอบ 8



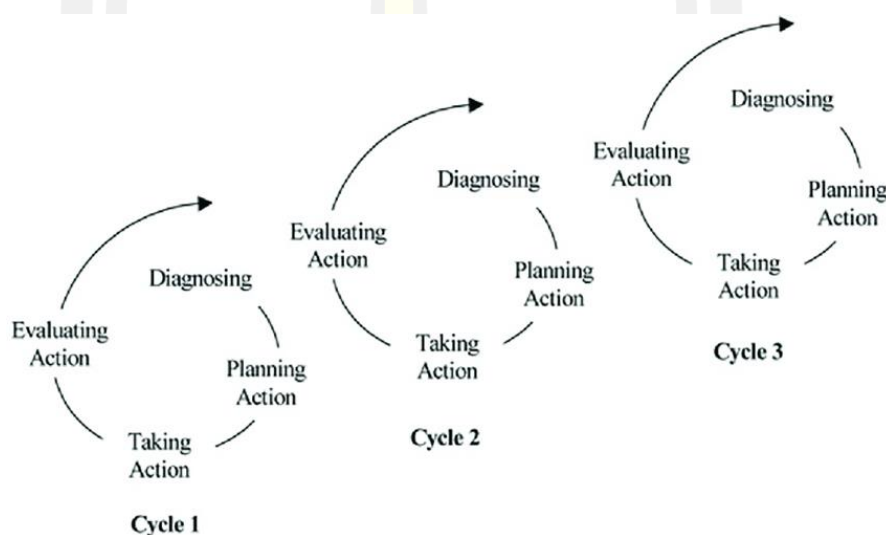
ภาพประกอบ 8 กระบวนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Stringer

กิจกรรมหลักทั้ง 3 ขั้นตอนนี้ เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นวัฏจักรซ้ำกันหลายรอบ (Recycling Set of Activities) การดำเนินกิจกรรมการวิจัยในขั้นตอนแรกมีจุดมุ่งหมายสำคัญเพื่อช่วยให้บุคคลทุกฝ่ายที่มีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยได้เข้าใจสภาพปัญหา ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรคการปรับปรุงแก้ไขปัญหาและบริบทอื่นๆ ที่แวดล้อมปัญหาที่ต้องการแก้ไขอย่างถ่องแท้และชัดเจน เพื่อที่จะได้คิดหาหนทางที่จะนำไปสู่การบรรลุจุดมุ่งหมายดังกล่าวนี้ นักวิจัยที่เป็นบุคคลภายนอกจะเป็นผู้คอยให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการทำวิจัย บุคคลภายในองค์กรหรือชุมชนทำหน้าที่นิยามปัญหาที่เกิดขึ้น ตลอดจนพรรณนารายละเอียดเกี่ยวกับบริบทแวดล้อมองค์กรหรือชุมชนและสถานการณ์เงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับปัญหา นอกจากนี้ยังร่วมมือกันเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและบริบทแวดล้อม โดยใช้วิธีการสังเกตการณ์ สัมภาษณ์ หรือการศึกษาเอกสาร ส่วนการดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 2 ได้แก่ การตีความและวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้เก็บรวบรวมมาได้จากขั้นตอนแรก โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างความชัดเจนและขยายความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขมากยิ่งขึ้น รวมทั้งการกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับลำดับขั้นตอนการปฏิบัติงานในขั้นตอนที่ 3 ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อลงมือปฏิบัติการแก้ไขปัญหาให้สำเร็จลุล่วงไปตามที่ได้คิดวิเคราะห์ไว้โดยมีการประเมินผลการปฏิบัติงานเป็นกลยุทธ์สำคัญ เพื่อการระบุ

ความสำเร็จของการแก้ไขปัญหาว่าอยู่ในระดับใด มีประเด็นใดบ้างที่จะต้องทำการแก้ไขในวงจรรอบต่อไป

กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Coghlan & Brannick

ตามแนวคิดของ Coghlan & Brannick (2001) ได้แบ่งกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นขั้นตอนเบื้องต้น 1 ขั้นตอน คือ การทำความเข้าใจบริบทของปัญหาที่ต้องการแก้ไขและการกำหนดจุดมุ่งหมายการปฏิบัติการ และมีขั้นตอนหลัก 4 ขั้นตอนได้แก่ 1) การวินิจฉัย (diagnosing) 2) การวางแผนปฏิบัติการ (planning) 3) การลงมือปฏิบัติการ (taking action) 4) การประเมินผลการปฏิบัติการ (evaluation action) ซึ่งกระบวนการวิจัยเป็นไปดังภาพประกอบ 9



ภาพประกอบ 9 กระบวนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Coghlan & Brannick

กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก เริ่มต้นจากการวินิจฉัยสถานการณ์ของปัญหาที่จำเป็นต้องแก้ไข รวมทั้งการระบุนกรอบแนวคิดทฤษฎีและหลักการพื้นฐานสำหรับใช้รองรับการปฏิบัติงาน จากนั้นจึงทำการวางแผนปฏิบัติการตามจุดมุ่งหมายของการแก้ปัญหาหรือโครงการพัฒนาที่กำหนดไว้ โดยอาศัยข้อมูลจากผลการวินิจฉัยในขั้นตอนแรกและความร่วมมือร่วมใจของบุคลากรฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประเมิน แล้วจึงลงมือปฏิบัติการตามแผนการที่วางไว้ทีละขั้นตอน เสร็จแล้วจึงทำการประเมินผลการปฏิบัติงานทั้งที่เกิดขึ้นโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ เพื่อตรวจสอบดูความถูกต้องและความเหมาะสมของการวินิจฉัยและการปฏิบัติการตามแผน สารสนเทศที่ได้จากการประเมินผลในขั้นตอนนี้จะนำไปสู่การดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการในวงจรรอบต่อไป

สรุปผู้วิจัยได้นำเอาแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart ประกอบด้วยกิจกรรมการวิจัยที่สำคัญ 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การวางแผนเพื่อไปสู่การ

เปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (planning) 2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (action) 3) สังเกตการณ์ (observation) และ 4) สะท้อนกลับ (reflection) กระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (re – planning) มีเป้าหมายที่จะแก้ปัญหา มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลง โดยบุคลากรในระบบร่วมกับนักวิจัยเข้ามามีบทบาทในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบุคลากรในระบบในการพัฒนาตนเองและผู้อื่นให้เหมาะสมกับการดำเนินการ ไม่มีการแยกกลุ่มศึกษา กลุ่มทดลอง แต่เป็นการทดลองปฏิบัติในสถานการณ์ตามธรรมชาติ โดยวิเคราะห์สถานการณ์อย่างลึกซึ้งและเหมาะสม เน้นที่การสร้างการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นขั้นตอนและบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องตลอดกระบวนการวิจัย จนเกิดองค์ความรู้ต่าง ๆ ที่ได้จากกระบวนการวิจัย นำมาประมวลเป็นแนวคิด หลักการและสร้างเป็นทฤษฎีได้ การดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการในปัจจุบันมีการนำมาใช้อย่างแพร่หลาย เพื่อการปรับปรุง พัฒนา เสริมศักยภาพบุคคลและองค์กร รวมทั้งการสร้างความรู้ที่สนับสนุนการปฏิบัติ ที่สามารถปฏิบัติจริงได้ กระบวนการวิจัยให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของผู้ให้ข้อมูล หรือผู้ร่วมวิจัย หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตลอดกระบวนการวิจัย ทั้งนี้มีพื้นฐานความเชื่อเกี่ยวกับการให้คุณค่ากับความรู้และประสบการณ์ชีวิตของผู้ร่วมวิจัยหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง การมีส่วนร่วมและศักยภาพที่ได้รับการปลดปล่อยให้เกิดความอิสระ (Emancipation) ของผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถตระหนักถึงปัญหา วิเคราะห์หาแนวทางในการแก้ไข ร่วมกันลงมือปฏิบัติ และประเมินผลจากการสะท้อนคิด อันนำไปสู่การวางแผนการดำเนินการ เพื่อปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น และให้ได้มาซึ่งความรู้ใหม่ หรือกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นของผู้ร่วมวิจัยหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในการที่จะพัฒนาองค์กร ชุมชนของตนให้ดียิ่งขึ้น

2.5.3 การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research)

2.5.3.1 ความหมาย

การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เป็นวิธีค้นหาความรู้และความจริง โดยเน้นที่ข้อมูลเชิงตัวเลขมีการออกแบบวิธีการวิจัย โดยมีการควบคุมตัวแปรที่ศึกษา จัดเตรียมเครื่องมือรวบรวมข้อมูลที่มีคุณภาพทั้งความเที่ยงและความตรงที่สามารถวัดได้ ใช้วิธีการทางสถิติในการวิเคราะห์และประมวลผลข้อสรุปที่ได้จากการวิจัยให้เกิดความคลาดเคลื่อน (Error) น้อยที่สุด

2.5.3.2 วัตถุประสงค์ในการวิจัย

เป็นการให้คำอธิบายปรากฏการณ์ทางวิทยาศาสตร์ โดยใช้แนวที่เรียกว่า ปฏิฐานนิยม (Positivism) การอธิบายปรากฏการณ์เป็นการนำเสนอเชิงตัวเลข ทางสถิติ เช่น ร้อยละ ของประชากร ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความสัมพันธ์ของความพึงพอใจ

2.5.3.3 ลักษณะของข้อมูลที่ได้

เป็นการศึกษาสภาพทั่วไปของสังคม มีการกำหนดตัวแปรต่าง ๆ ในการเก็บข้อมูลเป็นตัวเลข อาจได้มาจากแหล่งข้อมูลปฐมภูมิหรือทุติยภูมิ การนำเสนอจะเป็นข้อมูลเชิงปริมาณและแปรผลจากค่าสถิติที่ใช้วัด

2.5.3.4 วิธีการเก็บข้อมูล

เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสำรวจ เน้นการเก็บข้อมูลจากคนจำนวนมาก เพื่อทำการวิเคราะห์และทดสอบทฤษฎีหรือสร้างทฤษฎีและให้ความหมายในเชิงวิชาการมากกว่าการศึกษาแง่มุมของชุมชนการตั้งสมมติฐานและการทดสอบสมมติฐาน ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเชิงปริมาณจะมีการทดสอบทฤษฎีด้วยวิธีการแบบอุปนัย (Deductive) แนวปฏิฐานนิยมเป็นหลัก

2.5.3.5 การทดสอบความตรง (Validity) และความเที่ยง (Reliability)

เป็นการเก็บข้อมูลในงานวิจัยเชิงปริมาณส่วนใหญ่มาจากแบบสอบถาม ดังนั้นการวัดเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ต้องมีความเป็นปรนัยสูง กล่าวคือ ทุกคนเมื่ออ่านหรือใช้เครื่องมือแล้วจะเข้าใจความหมายได้ตรงกันเสมอ ไม่ว่าจะอ่านเวลาใดก็ตาม รวมทั้งการแปลผลออกมาเป็นคะแนนต้องมีเกณฑ์ที่แน่นอน ไม่ว่าใครจะเป็นผู้แปลผลต้องมีค่าคะแนนที่ตรงกันเสมอ ความตรงในงานวิจัยเชิงปริมาณควรประกอบด้วย

1. การวัดความตรงตามเนื้อหา เครื่องมือที่ใช้ต้องสามารถวัดได้ตามเนื้อหาที่ต้องการจะวัด ควรมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ศึกษา
2. ความตรงเชิงสัมพันธ์กับเกณฑ์ เป็นการหาความตรงของเครื่องมือโดยการหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนที่ได้จากการนำเครื่องมือกับเกณฑ์มาตรฐานไปทดลองใช้ ประกอบด้วย ความตรงตามสภาพการณ์และความตรงเชิงพยากรณ์
3. การวัดความตรงตามโครงสร้าง เป็นลักษณะของเครื่องมือที่มีรูปแบบหรือโครงสร้างตามทฤษฎีที่ควรจะเป็นในการวัด ส่วนใหญ่ใช้กับเครื่องมือที่มีลักษณะเป็นแบบวัดทางจิตวิทยา หรือแบบวัดที่มีหลายมิติระยะเวลา โดยส่วนใหญ่จะใช้เวลาในการวิจัยน้อยกว่าการวิจัยเชิงปริมาณ เนื่องจากเมื่อได้ข้อมูลจากการวิจัย นักวิจัยสามารถวิเคราะห์ได้จากการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เช่น SPSS ในการแปลผลข้อมูลเบื้องต้น ทำให้สามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้เร็วกว่าการวิจัยเชิงคุณภาพ

2.5.3.6 ขั้นตอนการวิจัยเชิงปริมาณ ประกอบด้วย

1. การเลือกหัวข้อเรื่องที่จะทำการวิจัย (Research a Topic) ผู้วิจัยจะต้องตัดสินใจก่อนว่าจะวิจัยเรื่องอะไร แล้วกำหนดเป็นหัวเรื่องที่วิจัย
2. การกำหนดปัญหาในการวิจัย (Formulating the Research Problem) เป็นการตั้งปัญหาในเรื่องที่ต้องการวิจัยเพื่อหาคำตอบ หรือเป็นการแจกแจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยต้องกำหนดขอบเขตของปัญหาให้ชัดเจน และเป็นปัญหาที่สามารถหาคำตอบได้

3. การสำรวจวรรณกรรม (Extensive Literature Survey) เป็นการทบทวนเอกสารต่าง ๆ แนวคิดทางทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับหัวเรื่องที่ต้องการศึกษา เพื่อหาแนวคิดทางทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย และสำรวจให้แน่ใจว่าไม่วิจัยซ้ำกับผู้อื่น ซึ่งการวิจัยควรเน้นการเสริมสร้างให้เกิดความรู้ใหม่

4. การตั้งสมมติฐานการวิจัย (Formulating Hypothesis) เป็นการคาดคะเนคำตอบของปัญหาในการวิจัย หรือคาดคะเนความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ ที่จะศึกษาไว้ล่วงหน้าแล้วจึงหาข้อมูลมาพิสูจน์

5. การออกแบบการวิจัย (Research Design) เป็นการวางแผนกำหนดวิธีการในการดำเนินการในขั้นตอนต่าง ๆ เพื่อให้ได้มาซึ่งคำตอบของปัญหาในการวิจัย เช่นการเก็บข้อมูล การเลือกเครื่องมือในการวิเคราะห์ข้อมูล ระยะเวลาที่ต้องใช้ในการวิจัย บุคลากรและงบประมาณที่ใช้

6. การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection) เป็นการวางแผนว่าจะเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างไร จะใช้ข้อมูลปฐมภูมิ หรือทุติยภูมิ และถ้าเป็นข้อมูลทุติยภูมิควรจะเก็บอย่างไร การสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลถ้าเป็นข้อมูลทุติยภูมิจะใช้ข้อมูลจากแหล่งใด

7. การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis) ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จะนำมาตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลก่อน จึงทำการประเมินผลและวิเคราะห์ผลที่ได้และพิสูจน์กับสมมติฐานที่ตั้งไว้

8. การเขียนรายงานผลการวิจัยและจัดพิมพ์เผยแพร่ (Research Report) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการวิจัย ผู้วิจัยจะต้องเขียนรายงาน เพื่อให้ผู้อื่นทราบถึงกิจกรรมที่ดำเนินในขั้นตอนต่าง ๆ และสิ่งที่ค้นพบจากการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยจะต้องเขียนรายงานตามรูปแบบของการเขียนรายงานการวิจัย และเขียนด้วยความซื่อสัตย์ในสิ่งที่ค้นพบการวิจัยเชิงปริมาณมีพื้นฐานแบบปรัชญาแบบปฏิฐานนิยม (Positivism) ดังนั้น การค้นหาความจริงด้วยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพจะเน้นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตามสภาพการณ์ที่เป็นธรรมชาติ อาศัยวิธีการพรรณนาเป็นสำคัญ การค้นหาความจริงด้วยวิธีการวิจัยเชิงปริมาณต้องอาศัยกระบวนการหรือวิธีการทางวิทยาศาสตร์ที่อยู่บนรากฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์

ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ดังนี้ (1) การวิจัยเชิงปริมาณเป็นเรื่องของการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอย่างน้อย 2 ตัวเพื่อตรวจสอบสมมติฐาน (2) การวิจัยเชิงปริมาณไม่สนใจบริบทรอบ ๆ ว่าเป็นอย่างไร เนื่องจากในการวิจัยสามารถควบคุมตัวแปรได้หมด (3) การวิจัยเชิงปริมาณลักษณะข้อมูลที่ได้จะเป็นตัวเลขหรือสถิติ สามารถแจกแจงได้ (4) การวิจัยเชิงปริมาณเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเป็นหลัก ใช้ระยะเวลาไม่นานไม่ต้องทำความรู้จักหรือสร้างความคุ้นเคยสนิทสนมก่อน เมื่อตอบแบบสอบถามให้เสร็จเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยก็จากไป และแบบสอบถามอาจมีข้อจำกัดเช่น ถ้าทำวิจัยในสังคมที่มีผู้ไม่รู้หนังสือหรือมีการศึกษาต่ำ จะไม่สามารถตอบได้ (5) การวิจัยเชิงปริมาณ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยอาศัยคณิตศาสตร์หรือสถิติขั้นสูงด้วยการป้อนข้อมูลลงในเครื่องคอมพิวเตอร์ซึ่งในปัจจุบันมักจะนิยมใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เช่น SPSS ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าวิจัยได้ใช้การวิจัยเชิงปริมาณเพื่อค้นหาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในอำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร

2.6 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน

เพื่อที่จะได้ให้เป็นแนวทางในการพิจารณาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้ทำการศึกษาจึงขอเสนอแนวคิดที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ แนวคิดเครือข่ายชุมชนและแนวคิดเกี่ยวกับสมัชชาสุขภาพ ในการกำหนดนโยบาย หาวิธีแก้ไขปัญหาของชุมชน การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม และการมีส่วนร่วมในการติดตามผล เพื่อผลประโยชน์ของประชาชนเอง ซึ่งมีเนื้อหาดังต่อไปนี้

2.6.1 แนวคิดเครือข่ายชุมชน

เครือข่ายชุมชน หมายถึง กลุ่มของความสัมพันธ์ที่บุคคลกลุ่มหนึ่งมีต่อกันและกัน ลักษณะของความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นสามารถนำไปใช้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลเหล่านั้นได้ หรืออีกความหมายหนึ่งคือ ชุดของการเชื่อมโยงซึ่งกันและกันระหว่างบุคคล ที่ก่อให้เกิดสายใยผูกพันของครอบครัว เพื่อน และคนรู้จักในช่วงชีวิตของคน เครือข่ายสังคมอาจเปรียบได้กับภาพของจุดต่าง ๆ ที่มีการเชื่อมโยงกันด้วยเส้นตรงหลาย ๆ เส้นจุด คือ บุคคล และเส้นตรง คือ สายสัมพันธ์ บุคคลแต่ละคนจึงเป็นเสมือนจุดศูนย์กลางที่มีสายสัมพันธ์กับจุดหรือบุคคลอื่นที่มีสายสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ต่อไปอีกที่บุคคลตรงจุดศูนย์กลางไม่รู้จัก เครือข่ายเป็นรูปแบบความสัมพันธ์ในสังคมอย่างหนึ่งที่แตกต่างไปจากกลุ่ม โดยที่กลุ่มจะมีขอบเขตที่ชัดเจน รู้ว่าใครเป็นสมาชิก ใครไม่ใช่สมาชิก มีความเป็นรูปธรรมมองเห็นได้ มีโครงสร้างในสังคมในระดับหนึ่ง แต่เครือข่ายเป็นรูปแบบความสัมพันธ์ในสังคมที่ไม่มีขอบเขต การเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกเครือข่ายอาจจะมองเห็นและมองไม่เห็นเป็นรูปธรรมก็ได้ สาระของการเชื่อมโยงระหว่างกันที่จะช่วยให้มองเห็นรูปธรรมของเครือข่ายมี 3 ลักษณะคือ เครือข่ายการแลกเปลี่ยน เครือข่ายการติดต่อสื่อสาร และเครือข่ายความสัมพันธ์ในการอยู่ร่วมกัน เครือข่ายไม่มีโครงสร้างที่แน่นอนตายตัว อาจมีการออกแบบโครงสร้างขึ้นมาทำหน้าที่สานความสัมพันธ์ระหว่างคน/กลุ่มองค์กรให้ต่อเนื่อง แต่ในเครือข่ายไม่มีใครบังคับให้ใครทำอะไรได้ แต่ละคน/กลุ่มองค์กรต่างก็เป็นศูนย์กลางของเครือข่ายได้พอ ๆ กัน ดังนั้น รูปแบบความสัมพันธ์ในสังคมของเครือข่ายจึงมีความซับซ้อนกว่ากลุ่ม/องค์กรมากนัก ความสัมพันธ์ในสังคมระหว่างกันและกันของบุคคลต่าง ๆ ที่อยู่เครือข่ายสังคมนั้น เป็น ความสัมพันธ์ในทุก ๆ ด้านที่บุคคลทั้งหมดในเครือข่ายสังคมมีต่อกัน ทั้งระบบเศรษฐกิจ การแต่งงาน เครือญาติ การเมือง และอื่น ๆ ส่วน

พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ในสังคมขึ้นได้แก่การไปมาหาสู่ การเยี่ยมเยียน การปรึกษาหารือ การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เครือข่ายสังคมของบุคคลหนึ่ง ๆ จึงเปรียบเสมือนสิ่งแวดล้อมในสังคมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ ขณะเดียวกันบุคคลนั้น ๆ ก็เปรียบเสมือนส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อมในสังคมของบุคคลอื่น ๆ ในเครือข่ายสังคม ซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของผู้อื่นด้วยเช่นกัน

ความสัมพันธ์ในสังคมที่บุคคลมีต่อกันและกันภายในเครือข่าย เมื่อเริ่มจากบุคคลที่เป็นจุดศูนย์กลาง ก็จะขยายวงกว้างออกไปได้หลายปริมาณตามขั้นตอนของวงจรชีวิต สถานภาพและบทบาทของบุคคลผู้นั้น เกิดเป็นเครือข่ายรวมและเครือข่ายย่อย เครือข่ายย่อยก็คือความสัมพันธ์ส่วนหนึ่งในหลาย ๆ ส่วนของเครือข่ายรวม ตั้งอยู่บนพื้นฐานความสัมพันธ์ทางด้านเศรษฐกิจ เครือญาติ การเมือง หรือระบบย่อยอื่น ๆ ของสังคม เครือข่ายรวมเปรียบเสมือนระบบสังคมใหญ่ และเครือข่ายย่อยเปรียบเสมือนระบบสังคมย่อย ในการค้นหาหรือแม้แต่ส่งเสริมพัฒนาเครือข่ายเราอาจเริ่มจากเครือข่ายย่อยได้ โครงสร้างของเครือข่ายที่ซับซ้อนขึ้นไปอีก เราเรียกว่า โครงข่าย (NET) โครงข่ายประกอบด้วย เครือข่ายหลายเครือข่าย (networks) การทำงานของเครือข่ายต่าง ๆ ในโครงข่ายหนึ่งหรือหลายโครงข่าย เป็นการทำงานแบบจัดการตนเอง จัดระเบียบกันเอง เครือข่ายในโครงข่ายจะสลับซับซ้อนเพียงใด มีกี่ประเภท และสัมพันธ์กันอย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับความเป็นมาของสังคมแต่ละแห่ง ซึ่งโครงข่ายมีทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ที่รัฐยอมรับ มีสถานภาพตามกฎหมายและที่อยู่นอกกฎหมาย ภายในโครงข่ายมีแนวความคิดสำคัญที่ใช้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในสังคมนั้นระหว่างหน่วยและเครือข่ายที่อยู่ในโครงข่ายนั้น แนวความคิดดังกล่าวคือ แนวความคิดที่ว่าด้วยอำนาจและศูนย์กลาง (Power and centrality) คนที่มีตำแหน่งเป็นศูนย์กลางเป็นตำแหน่งที่มีเอกสิทธิ์เหนือคนที่ยอมลดชั้นในวงนั้น คนศูนย์กลางนี้ เราเรียกว่า hub ซึ่งสามารถหวังได้ว่าจะต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษกับเรื่องของอำนาจ งานวิจัยจำนวนมากได้ข้อสรุปว่า คนศูนย์กลางได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้มีอำนาจ ทั้งในองค์กรและในเครือข่ายที่ไม่เป็นทางการ อีกทั้งยังพบอีกว่า ความสัมพันธ์ไม่เป็นไปอย่างตรงไปตรงมาและไม่เป็นความสัมพันธ์ที่เท่าเทียมกันด้วย และแม้ว่าเรื่องของคนศูนย์กลางเป็นคุณลักษณะทางโครงสร้างที่สำคัญ แต่ก็เป็นเรื่องลาบปากที่จะค้นหาคุณสมบัติให้ชัดเจน

คนศูนย์กลางในเครือข่ายดำเนินการบางอย่างที่ไม่เท่าเทียมในการจัดแบ่งชั้นในสังคม Linton Freeman (1979) จำแนกรูปแบบของคนศูนย์กลางออกเป็น 3 รูปแบบ

1. ระดับของการเป็นศูนย์กลาง (Degree Centrality) การวัดความเป็นศูนย์กลางของ"บุคคล" สามารถวัดได้จากจำนวนของการติดต่อกับคนอื่น คนที่เป็นศูนย์กลางจะมีการติดต่ออย่างแข็งขันกับสมาชิกคนอื่น ๆ ในเครือข่าย ในขณะที่คนที่อยู่ขอบ ๆ เครือข่ายจะไม่มีติดต่อกับคนอื่นบ่อยครั้งนัก การวัดสามารถวัดจากการติดต่อทั้งทางอ้อมผ่านคนที่เป็นสื่อ และการติดต่อโดยตรง

2. ความใกล้ชิดของการเป็นศูนย์กลาง (Closeness centrality) วัดจากผลรวมของระยะทางระหว่างคนศูนย์กลางกับคนที่ติดต่อกับทั้งหมด การวิจัยของนักวิชาการหลายท่านชี้ว่าความใกล้ชิดของบุคคลที่มีต่อคนอื่นที่เพิ่มขึ้น ทำให้เขาสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร อารมณ์ เกียรติ อิทธิพล และมีสถานภาพในสังคมที่สูงขึ้น

3. การคั่นกลางของคนที่เป็นศูนย์กลาง (Between's centrality) การคั่นกลางแสดงถึงความสำคัญของคนศูนย์กลาง ยังมีศักยภาพในการเป็นคนกลางได้มากเท่าไร ก็สามารถควบคุมการ flow ของการติดต่อสื่อสารและความเป็นอิสระของคนในเครือข่ายที่จะติดต่อสื่อสารกับคนอื่น ๆ ได้มากเท่านั้น

กล่าวโดยสรุป เครือข่ายในสังคม หมายถึง กลุ่มของความสัมพันธ์ที่บุคคลกลุ่มหนึ่งมีต่อกันและกัน ในด้านการร่วมเป็นสมาชิก การมีจุดมุ่งหมายเดียวกัน การมีหน้าที่ร่วมกัน การมีส่วนร่วม และมีการแลกเปลี่ยนกัน การมีความสัมพันธ์และการสื่อสารร่วมกันของบุคคลกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง

ในการวิจัยนี้ ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีเครือข่ายในสังคม (Social Network Theory) และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมากำหนดกิจกรรมโปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมสำหรับกลุ่มชุมชนและสังคม ในการศึกษาวิจัยนี้ได้แก่ ผู้นำชุมชน นักสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยเน้นการจัดกิจกรรมในเรื่องเครือข่ายในสังคมซึ่งมีความสัมพันธ์กับกลุ่มองค์กร เช่น การแลกเปลี่ยนทรัพยากร การช่วยเหลือ และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ

2.6.2 แนวคิดเกี่ยวกับสมัชชาสุขภาพ

2.6.2.1 ความหมายของสมัชชาสุขภาพ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ให้ความหมาย “สมัชชาสุขภาพ” หมายถึง กระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง ได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วม และกำหนดให้สมัชชาสุขภาพมี 3 รูปแบบ ดังนี้

1) สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ หมายถึง กระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและมีส่วนร่วมโดยการใช้อาณาบริเวณที่แสดงขอบเขตเป็นตัวตั้งในการดำเนินการ

2) สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น หมายถึง กระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและมีส่วนร่วม โดยการประเด็นสาธารณะเป็นตัวตั้งในการดำเนินการ

3) สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนและหน่วยงานของรัฐได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาพที่ดีของประชาชนในระดับชาติ โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

2.6.2.2 ความเป็นมาของสมัชชาสุขภาพ

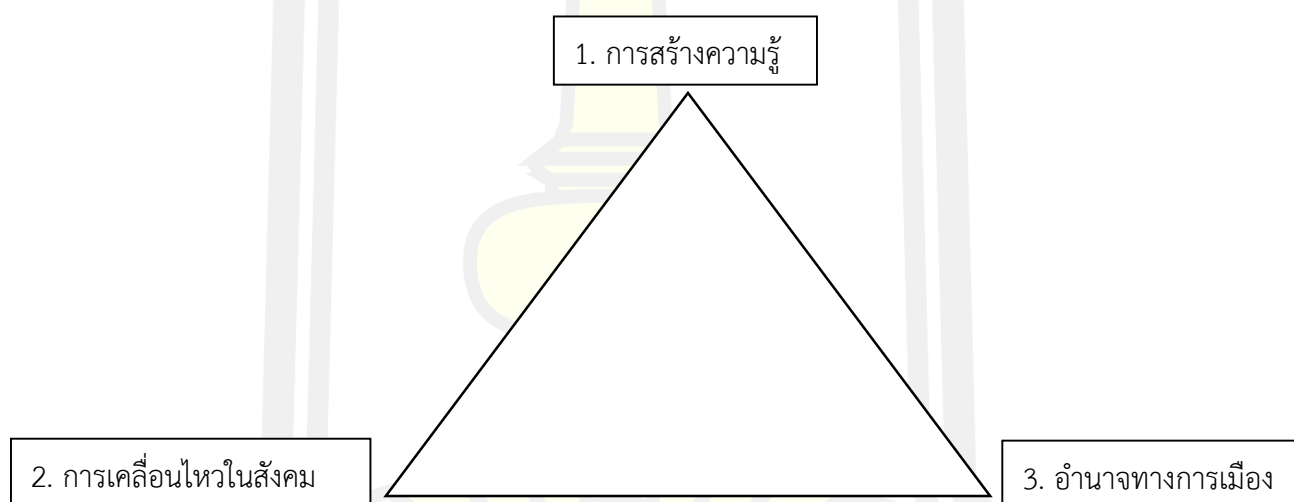
สมัชชาสุขภาพ เริ่มต้นในประเทศไทยเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2531 แต่ยังไม่ได้เรียกชื่อว่าสมัชชาสุขภาพ เมื่อคณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติได้ร่วมกับหลายหน่วยงานจัดเวที “สมัชชาสาธารณสุขแห่งชาติ” ขึ้นและมีการเสนอแนวคิดในการจัดตั้ง “สภาสาธารณสุข” ขึ้นเพื่อเป็นองค์กรประสานระหว่างสาขาและกระทรวงต่าง ๆ มาร่วมกันในการทำงานพัฒนาสุขภาพ แต่ยังไม่ประสบความสำเร็จ จนกระทั่งระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2543 คณะรัฐมนตรีได้มอบหมายให้สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส.) ภายใต้คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพ (คปรส.) จัดการประสานงานกับทุกภาคส่วนของสังคม จัดทำ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ ซึ่งภารกิจของ สปรส. ได้ก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของประชาคมร่วมกับภาครัฐและภาคเอกชน จนทำให้เกิดแนวคิดการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (Participatory Healthy Public Policy: PHPP) หรือที่เรียกว่า “สมัชชาสุขภาพ” ขึ้น เมื่อพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ผ่านความเห็นชอบของสภาผู้แทนราษฎร และผ่านออกมาเป็นกฎหมายในปี พ.ศ. 2550 พรบ.สุขภาพแห่งชาติได้กำหนดให้มีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ทำหน้าที่หลักในการให้ข้อเสนอแนะต่อรัฐบาลเกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้าน สุขภาพ และมีสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เป็นองค์กรเลขา ทั้งนี้ยังกำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น รวมทั้งจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง

2.6.2.3 หลักการสำคัญและคุณลักษณะของสมัชชาสุขภาพที่พึงประสงค์

1) หลักการสำคัญของสมัชชาสุขภาพ

หลักการสำคัญที่เป็นพื้นฐานของสมัชชาสุขภาพเพื่อให้เป็นเครื่องมือในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วยหลักการสำคัญ 3 ประการ (1) สมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการของการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่เน้นการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในสังคมในการร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารความรู้ต่าง ๆ ร่วมกัน ถกแถลงปรึกษาหารือเพื่อกำหนดทิศทางแนวนโยบาย ร่วมดำเนินการ ร่วม ติดตามร่วมปรับปรุงแก้ไข และร่วมพัฒนาอย่างต่อเนื่องจนทุกฝ่ายในสังคมรู้สึกว่าเป็นเจ้าของนโยบายสาธารณะนั้นร่วมกัน (2) สมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการของประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (3) สมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการทำงานด้วยยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาซึ่งใช้ในการขับเคลื่อนเพื่อแก้ปัญหาที่ยากและซับซ้อน

โดยพึ่งพาพลัง 3 ส่วน ที่เชื่อมโยงกัน คือ พลังทางปัญญา พลังในสังคมและพลังแห่งอำนาจรัฐหรืออำนาจทางการเมือง ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเวศ วะสี (2547) ได้ให้หลักการ “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” สำหรับใช้เปลี่ยนแปลงสิ่งที่ยาก จะต้องดำเนินการ 3 เรื่องไปพร้อม ๆ กัน คือ การสร้างความรู้ การนำความรู้ไปเคลื่อนไหวสังคม และเชื่อมโยงความรู้และการเคลื่อนไหวสังคมกับการดำเนินการทางการเมืองเพื่อ เคลื่อนในเชิงระบบเชิงกติกาสังคม (กฎหมาย) หรือ เชิงโครงสร้าง ในสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขานั้นมุมบนสุด ซึ่งสำคัญที่สุด และเป็นพลังหลัก แต่ดำเนินการยากที่สุด คือ การสร้างความรู้ “ภูเขา” หมายถึง สิ่งยากที่ดูเหมือนเขยื้อนไม่ได้ สามารถจัดการให้เขยื้อนได้โดยโครงสร้างสามเหลี่ยม หรือ สามมุมเชื่อมกันดังรูป ข้างล่าง ดังนั้น สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ก็หมายถึงการจัดการความรู้เพื่อเคลื่อนสิ่งยาก โดยการจัดการให้มีการสร้างความรู้และจัดการให้มีการเรียนรู้ร่วมกัน ที่เรียกว่า “การเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติ” ในการนี้ต้องมี “หน่วยจัดการความรู้ที่เป็นอิสระ” ที่จัดกระบวนการเรียนรู้ดังกล่าวข้างต้นที่ไม่มีผลประโยชน์แอบแฝงของใคร นอกจาก ผลประโยชน์ของส่วนรวมเท่านั้นซึ่งสามมุม ดังภาพประกอบ 10



ภาพประกอบ 10 สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา (ประเวศ วะสี, 2547)

มุมที่ 1 การสร้างความรู้ ด้วยการวิจัยเพื่อหาความรู้ในการแก้ปัญหาสังคมที่ต้องการการวิจัย มี 3 รูปแบบใหญ่ ๆ ได้แก่

- 1) การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ได้แก่ การศึกษาปัญหาเชิงบรรยายจากข้อมูลที่ได้มา นำมาประมวลเป็นข้อมูลทางสถิติ เพื่อเข้าใจปัญหาได้มากขึ้น
- 2) การวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytic Research) ได้แก่ การนำข้อมูลเชิงสถิติ จาก การวิจัยเชิงพรรณนา ข้อ (1) มาวิเคราะห์ หาเหตุ-หาผลเพื่อนำมาใช้แก้ปัญหานั้น และ

3) การวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) ได้แก่ การนำเหตุผล จาก การวิจัยเชิงวิเคราะห์ข้อ (2) มาทำการทดลอง ว่าเป็นไปตามที่วิเคราะห์ หรือไม่ ผลที่ได้จะนำมาใช้ ดำเนินการ ซึ่งต้องดำเนินการตามวงจรคุณภาพของเดมมิงส์ (PDCA: P-Plan, D-Do, C-Check, A-Act)

มูมที่ 2 การเคลื่อนไหวในสังคม หมายถึง การที่สังคมเข้ามาร่วมเรียนรู้ ร่วมบอก ความต้องการ นี่คือการจัดการเรียนรู้ ซึ่งต้องแปรความรู้ในมูมที่ 1 ให้อยู่ในรูปที่สังคมจะเข้าใจได้ง่าย เข้าร่วมได้ เรียกว่าความรู้เพิ่มอำนาจให้สาธารณะ (Empowerment) ถ้าปราศจากความรู้ที่ถูกต้อง สังคมจะเคลื่อนไปได้ยาก ไม่มีพลัง หรือเคลื่อนแล้วเพี้ยนไปทางอื่น โดยมีการรวมตัวกันของผู้มีความรู้ ตามมูมที่ 1 ของสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขานั้น ขึ้นเป็นกลุ่มคน โดยมีผู้นำกลุ่มที่มีความสามารถนำความรู้ นั้นให้ออกมาเป็นการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมได้

มูมที่ 3 อำนาจอธิปไตย หรือ อำนาจทางการเมือง เป็นองค์ประกอบที่ขาดไม่ได้ เพราะ เป็นผู้ใช้อำนาจอธิปไตย บริหารการใช้ทรัพยากรของรัฐ และเป็นผู้ออกกฎหมายมาบังคับใช้ให้เป็นไปตาม ความรู้นั้น ๆ สามเหลี่ยมทั้ง 3 มูม จะต้องประกอบกัน ไม่อ่อนมูมใดมูมหนึ่ง แม้มีนักการเมืองที่ดีเป็น มูมที่ 3 แต่ปราศจากมูมที่ 1 และมูมที่ 2 ก็ไม่สามารถแก้ปัญหายาก ๆ ได้รูปแบบของ “สามเหลี่ยม เขยื้อนภูเขา” สามารถนำไปใช้ในปัญหาเรื่อง และ ระดับต่าง ๆ ได้ไม่ว่าระดับประเทศ ระดับภูมิภาค ระดับหน่วยงาน ระดับครอบครัว และ ระดับส่วนบุคคล

2) สมัชชาสุขภาพที่พึงประสงค์มีหลักการและคุณลักษณะที่สำคัญ 6 ประการ คือ

(1) กลไกจัดการเป็นกลไกพหุภาคี สมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดยใช้พลังจากการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ซึ่งอาจจะจัดกลุ่มเป็น 3 ภาคส่วนสำคัญ คือ ภาคประชาชน (ชุมชน ประชาสังคม รวมถึง ภาคเอกชน สื่อสารมวลชน) ภาครัฐ (ทั้งหน่วยงานส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และภาคการเมืองทั้งระดับชาติและท้องถิ่น) และ ภาควิชาการ (วิชาชีพ รวมถึง ผู้รู้ ประชาชนที่อยู่ในชุมชน) หัวใจสำคัญคือการเชื่อมประสานผู้คนในภาคส่วนต่าง ๆ ให้ มารวมพลังทำงานร่วมกัน จึงจำเป็นต้องมีกลไกที่ทำหน้าที่ออกแบบ วางแผน ประสานและการ ดำเนินงานที่มีความรู้และเข้าใจในกระบวนการนโยบายสาธารณะ กลไกดังกล่าวอาจจะเป็นรูปแบบ ของคณะทำงานคณะกรรมการหรือมีการรวมตัวกันเป็นทีมงานทั้งที่เป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ ก็ได้ แต่ควรจะมีองค์ประกอบครบทั้ง 3 ภาคส่วน

(2) มีการจัดกระบวนการอย่างเป็นระบบ กระบวนสมัชชาสุขภาพไม่ใช่เป็นเพียง การจัดเวทีวิชาการหรือเวทีสาธารณะทั่ว ๆ ไป แต่เป็นกระบวนการจัดการที่เป็นระบบ ที่มีขั้นตอน ตั้งแต่การกำหนดประเด็นเชิงนโยบาย กำหนดทางเลือก การตัดสินใจทางนโยบาย การนำนโยบายไปสู่ การปฏิบัติรวมถึงการติดตามประเมิน กระบวนการทุกขั้นตอนเน้นการจัดการข้อมูลความรู้ เน้นการ จัดการกลุ่มเพื่อการทำงานแบบมีส่วนร่วม เน้นการจัดการที่สมานฉันท์เพื่อหาฉันทามติร่วมกัน

(3) ใช้ฐานความรู้ผสมผสานเข้ากับฐานด้านจิตใจ สมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ ซึ่งหมายถึงการใช้ข้อมูล วิชาการและความรู้ หรืออาจเรียกว่า “ปัญญา” เป็นฐานในการพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน ไม่ได้ใช้อารมณ์ความรู้สึกเป็นที่ตั้ง นอกจากนั้นยังเป็นกระบวนการที่ไม่รังเกียจเด็ดฉันท์กันไม่มีการแบ่งพรรคแบ่งพวก ยึดความสมานฉันท์ หรืออาจเรียกว่า “ความรักสมัครสมาน” เป็นกรอบในการพูดคุยแลกเปลี่ยนกันด้วย ฉะนั้น สมัชชาสุขภาพจึงต้องมีความประณีตในการออกแบบและจัดการเพราะ เป็นกระบวนการที่ใช้ความรัก ใช้ปัญญา ใช้ความรู้ ใช้ความสมานฉันท์ เป็นฐานในการทำงาน

(4) ทุกฝ่ายที่เข้ามาร่วมกันเป็นไปอย่างเคียงบ่าเคียงไหล่กัน สมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Democracy) ที่หมายถึงเป็นกระบวนการของประชาชน เพื่อประชาชนและโดยประชาชน ที่คำนึงถึงความเท่าเทียมกันของทุกภาคส่วนที่เข้าร่วมกันทำงานและทำงานกันอย่างเคียงไหล่เคียงบ่า โดยมุ่งไปที่เป้าหมายในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

(5) มีประเด็นชัดเจน เป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่าสมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ฉะนั้นในการทำงานจึงจำเป็นต้องมีประเด็นเชิงนโยบายที่ชัดเจน ซึ่งไม่จำเป็นต้องประเด็นที่ใหญ่ก็ได้ ควรเริ่มจากประเด็นเล็ก ๆ และใกล้ตัว โดยประเด็นเชิงนโยบายที่เกิดขึ้นต้องมีกระบวนการค้นหาร่วมกัน และนำไปพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายโดยอาศัยข้อมูล วิชาการและองค์ความรู้รองรับร่วมกัน

(6) มีโอกาสผลักดันไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมในหลายช่องทาง ผลสำเร็จของการจัดสมัชชาสุขภาพไม่ได้จบลงที่การมีมติหรือข้อเสนอเชิงนโยบายเท่านั้น แต่ต้องมีกระบวนการขับเคลื่อนและผลักดันมติหรือข้อเสนอเชิงนโยบายนั้นไปสู่การปฏิบัติ และถือเป็นหน้าที่ร่วมกันของทุกฝ่ายที่จะนำมติหรือข้อเสนอเชิงนโยบายนั้นไปทำงานตามบทบาทหน้าที่ตน โดยไม่ปล่อยให้ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดเป็นผู้ดำเนินการแต่เพียงลำพัง

2.6.2.3 แนวทางการดำเนินงานสมัชชาสุขภาพ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 40 การจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น หรือสนับสนุนให้ประชาชนรวมตัวกันเพื่อจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) กำหนดในกรณีสมัชชาสุขภาพตามวรรคหนึ่ง มีข้อเสนอให้หน่วยงานของรัฐนำไปปฏิบัติหรือนำไปพิจารณาประกอบในการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ให้เสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) เพื่อดำเนินการให้บรรลุผลตามควรแก่กรณีต่อไปการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น สามารถขอรับสนับสนุนการจัดจากสำนักงาน

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) หรือรวมตัวกันเพื่อจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นเองก็ได้ ทั้งนี้ ผู้ที่ขอรับสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นจากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ควรดำเนินการให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) กำหนดดังนี้

1. กลไกการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

การจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ควรมีการออกแบบกลไกการจัดเป็นกลไกพหุภาคีที่มีองค์ประกอบครบทั้ง 3 ภาคส่วน ตามยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ทั้งภาคประชาสังคม ภาควิชาการ และภาคราชการ โดยตั้งเป็นคณะทำงานจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ หรือเฉพาะประเด็น และมีฝ่ายเลขานุการที่คอยสนับสนุนการดำเนินงาน รวมทั้งมีการกำหนดแนวทางหรือวิธีการทำงานร่วมกัน โดยมีประเด็นที่ควรพิจารณา ดังนี้

1.1 คณะทำงานจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

1.1.1 รูปแบบคณะทำงานจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ คณะทำงานจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น สามารถดำเนินการได้ 2 รูปแบบ คือ

รูปแบบที่ 1 การจัดตั้งอย่างเป็นทางการ ในรูปของคณะกรรมการคณะกรรมการ หรือคณะทำงานก็ได้ตามความเหมาะสม โดยมีคำสั่งแต่งตั้งที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งเป็นที่นิยมในการดำเนินงาน เพราะบุคคลที่เข้าร่วมเป็นกรรมการ อนุกรรมการหรือผู้ทำงานสามารถใช้เป็นเอกสารอ้างอิงกับหน่วยงานต้นสังกัดได้ ในการออกคำสั่งแต่งตั้ง ผู้ที่จะเป็นผู้ลงนามแต่งตั้งอาจดำเนินการได้หลายกรณี เช่น กรณีที่ 1 แต่งตั้งโดยผู้ว่าราชการจังหวัดหรือผู้ได้รับมอบหมาย ซึ่งการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ในระดับจังหวัดจะใช้กรณีนี้เป็นส่วนใหญ่ เช่น ที่จังหวัดสมุทรปราการนครศรีธรรมราช พิจิตร แพร่ และเชียงราย ที่มีการออกคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดเพื่อทำหน้าที่จัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพจังหวัดในปี 2552 เป็นต้น กรณีที่ 2 แต่งตั้งโดย เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งสามารถแต่งตั้งได้ทั้งกลไกการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น เช่นคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดตราดและนครศรีธรรมราช ในปี 2551 เป็นต้น กรณีที่ 3 แต่งตั้งโดย ประธานคณะกรรมการที่จัดตั้งโดยคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เช่น ในปี 2552 มีการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยเรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก ในงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ กรณีที่ 4 แต่งตั้งโดยผู้บริหารหน่วยงานของรัฐ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับ

รูปแบบที่ 2 การจัดตั้งแบบไม่เป็นทางการ เป็นการรวมตัวเป็นทีมทำงานแบบหลวม ๆ เพื่อมาทำงานร่วมกันโดยไม่มีคำสั่งแต่งตั้ง ซึ่งสามารถดำเนินการได้ทั้งสมัชชา

สุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น เช่น จังหวัดตรังและจังหวัดเลยมีการรวมตัวของกลุ่มบุคคลจากภาคส่วนต่าง ๆ เป็นคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพในปี 2552 เป็นต้น หรือกรณีที่มีการรวมตัวของบุคคลที่มีความสนใจในเรื่องเดียวกันมาทำงานร่วมกัน เช่น ในเรื่องการจัดการลุ่มน้ำซึ่งมีกลุ่มบุคคลจากองค์กร หน่วยงานและเครือข่ายภาคีต่าง ๆ ที่หลากหลายมารวมตัวกันเป็นกลไกการจัดการสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยเรื่องการจัดการลุ่มน้ำ เป็นต้น กลไกแบบนี้จะมีการจัดสรรบทบาทให้แต่ละคนตามที่ได้มีการตกลงหรือปรึกษาหารือกันทั้งนี้ ภายใต้คณะกรรมการหรือคณะทำงานทั้ง 2 รูปแบบข้างต้นอาจจะมีการจัดให้มีคณะทำงานย่อย ๆ รับผิดชอบงานในแต่ละด้านอีกก็ได้ เช่น ทีมงานวิชาการ ทีมดำเนินการประชุม ทีมสื่อสารสาธารณะ ทีมติดตามและประเมินผล เป็นต้น

1.1.2 องค์ประกอบของคณะกรรมการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ คณะกรรมการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ควรมีการกำหนดองค์ประกอบเป็นแบบพหุภาคีที่สมดุลระหว่างภาคการเมืองหรือหน่วยงานของรัฐ ภาควิชาชีพหรือวิชาการ และภาคประชาสังคมหรือภาคประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม เช่น คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัดสมุทรปราการ ปี 2552 มีองค์ประกอบจากกลุ่มเครือข่ายเชิงพื้นที่ 5 คน จากกลุ่มเครือข่ายภาคประชาชนและเอกชน 7 คน จากกลุ่มเครือข่ายวิชาชีพและวิชาการ 6 คน และจากกลุ่มเครือข่ายภาคราชการและภาคการเมือง 7 คน เป็นต้นทั้งนี้ อาจมีการแต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์หรือเกี่ยวข้องเป็นที่ปรึกษาของคณะกรรมการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพเพิ่มเติมก็ได้นอกจากนั้น เพื่อให้การทำงานร่วมกันของคณะทำงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ควรจัดให้มีกระบวนการสร้างความรู้ความเข้าใจในเรื่องสมัชชาสุขภาพและเรื่องอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ในระยะเริ่มต้นของการทำงาน รวมทั้งจัดให้มีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างสม่ำเสมอระหว่างกันก็จะทำให้กลไกนี้เป็นกลไกที่มีศักยภาพในการทำงานต่อไปได้

1.1.3 บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ คณะกรรมการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ควรมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจน ซึ่งบทบาทที่สำคัญของกลไกนี้ ได้แก่

- 1) วางแผนการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น
- 2) อำนวยการ ติดตาม และกำกับการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นให้เรียบร้อย
- 3) เชื่อมประสานระหว่างกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น กับสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเพื่อเกื้อกูลการทำงานระหว่างกันให้เกิดประโยชน์สูงสุด
- 4) แต่งตั้งกลไย่อย ๆ เพื่อดำเนินการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องตามความจำเป็น

1.1.4 วาระของคณะทำงานจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ เพื่อให้การดำเนินงานสมัชชาสุขภาพเกิดการพัฒนาและสร้างการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง ไม่ถูกมองเป็นของผู้ใดผู้หนึ่ง คณะทำงานจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพจึงควรมีการสับเปลี่ยนหมุนเวียนกัน โดยควรมีวาระในการทำงาน ประมาณ 1 – 2 ปี เพื่อมิให้เกิดการผูกขาดอยู่ที่กลุ่มบุคคลใดบุคคลหนึ่ง

1.2 ฝ่ายเลขานุการ

ฝ่ายเลขานุการนับเป็นกลไกที่มีบทบาทสำคัญต่อการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ เพราะเป็นผู้ทำหน้าที่สนับสนุนการทำงานของคณะทำงานจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพมีประเด็นที่ควรพิจารณา คือ

1.2.1 องค์ประกอบของฝ่ายเลขานุการฝ่ายเลขานุการ ควรประกอบด้วยกลุ่มบุคคลที่มีความรู้และเข้าใจในเรื่องของกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ซึ่งจากฝ่ายเลขานุการ ควรประกอบด้วยคณะบุคคลที่สามารถทำงานในบทบาทหลัก 6 ประการ คือ

1) บทบาทของผู้ทำงานด้านยุทธศาสตร์ ควรเป็นบุคคลที่มีประสบการณ์ในการคาดการณ์ในอนาคตบนฐานของบริบทปัจจุบัน สามารถกำหนดยุทธศาสตร์และกลวิธีในการขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมได้อย่างเป็นระบบ

2) บทบาทของผู้ทำงานด้านวิชาการ เป็นบุคคลที่มีความรู้หรือเชี่ยวชาญในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี เพื่อทำหน้าที่ในการพัฒนาวิชาการเพื่อเป็นฐานในการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย

3) บทบาทของผู้ทำงานด้านการขับเคลื่อน เป็นบุคคลที่มีทักษะในการเคลื่อนไหวสังคม จะทำหน้าที่เป็นแกนนำสำคัญในการปฏิบัติการต่าง ๆ ในพื้นที่ ในเชิงร่วมคิดติดตามผลักดันแบบกักตุนในประเด็นนโยบายสาธารณะที่เกิดขึ้น

4) บทบาทของผู้ทำงานด้านการสื่อสารสาธารณะ เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจกับประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในช่องทางรูปแบบที่เหมาะสม

5) บทบาทของผู้ทำงานด้านการประสานจัดการ เป็นบุคคลที่เก่งและเชี่ยวชาญในเชิงการประสานงานกับกลุ่มบุคคล องค์กร เครือข่ายต่าง ๆ และทำหน้าที่บริหารจัดการด้านต่าง ๆ ซึ่งเปรียบเสมือนแม่บ้านที่เป็นหน่วยสนับสนุนการดำเนินงานนั่นเอง

6) บทบาทของผู้ทำงานด้านกระบวนการนโยบายสาธารณะ เป็นบุคคลที่มีความรู้และเข้าใจในเรื่องกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเป็นอย่างดี

1.2.2 บทบาทหน้าที่ของฝ่ายเลขานุการ

- 1) ประสานสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรด้านกระบวนการสมัชชาสุขภาพ
- 2) ประสานเพื่อเสนอขอรับการสนับสนุนการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ
- 3) ประสานการผลักดันนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพสู่การปฏิบัติเป็นรูปธรรม
- 4) ประสานงานกับองค์กร หน่วยงานและเครือข่ายภาคีที่เกี่ยวข้องกับประเด็นเชิงนโยบายที่รับผิดชอบเพื่อหาความคิดเห็นร่วมในการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเข้าสู่การพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและนำมติที่เกิดขึ้นมาผลักดันสู่การปฏิบัติ
- 5) ประสานงานอื่น ๆ กับองค์กร หน่วยงานและภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เพื่อการทำงานร่วมกัน
- 6) พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและระบบการบริหารจัดการ
- 7) อื่น ๆ

1.3 แนวทางหรือหลักเกณฑ์การจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

ในการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ คณะทำงานควรมีการกำหนดวิธีการทำงานร่วมกัน ทั้งการวางแผนการดำเนินงาน และการจัดทำแนวทางการดำเนินงานกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือประเด็น เช่น สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ว่าด้วย แผนยุทธศาสตร์ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการจัดทำแผนทางการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นฯ ขึ้นเพื่อให้คณะทำงานได้เข้าใจกระบวนการตรงกัน และนำไปสู่ผลสำเร็จของการจัดสมัชชาสุขภาพในที่สุด

2. การจัดกลุ่มเครือข่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

การจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพเป็นการเปิดกว้างให้ทุกภาคส่วนได้เข้ามามีส่วนร่วมอย่างเคียงบ่าเคียงไหล่ ฉะนั้น การจัดกลุ่มเครือข่ายของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจึงเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องดำเนินการให้ครอบคลุมและครบถ้วนทุกภาคส่วน โดยมีประเด็นพิจารณา ดังนี้

2.1 ขั้นตอนการจัดกลุ่มเครือข่าย มีขั้นตอนที่สำคัญ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder Analysis) เพื่อให้เห็นภาพรวมของกลุ่มคน องค์กร เครือข่ายภาคีที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ซึ่งควรใช้กรอบการวิเคราะห์ตามยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา คือครอบคลุมทั้งภาคประชาชนและเอกชน ภาควิชาการและวิชาชีพ และภาคราชการและการเมืองโดยอาจแบ่งประเภทของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้ 2 มิติ คือ

ก. มิติเชิงพื้นที่ เป็นการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยใช้เขตพื้นที่เป็นกรอบในการวิเคราะห์ โดยยึดกรอบการวิเคราะห์ตามยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา เช่น หากเป็นการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำหรับการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ในระดับจังหวัดอาจใช้พื้นที่ระดับอำเภอ หรือระดับตำบล เป็นกรอบในการวิเคราะห์ แต่หากเป็นการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระดับเล็กลงไป เป็นระดับอำเภอ หรือระดับตำบล ก็อาจใช้พื้นที่หมู่บ้าน หรือชุมชน เป็นกรอบในการวิเคราะห์ก็ได้ ในทำนองเดียวกันหากเป็นการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับประเด็นสำหรับการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น อาจจะใช้พื้นที่ของจังหวัดทั้ง 76 จังหวัด เป็นกรอบในการวิเคราะห์ แต่หากเป็นประเด็นเชิงนโยบายในระดับที่เล็กลงไป เช่น ระดับภาค หรือระดับเขต ก็อาจใช้พื้นที่ระดับจังหวัด หรือพื้นที่ระดับอำเภอที่อยู่ในภาคหรือเขตนั้นเป็นกรอบในการวิเคราะห์ก็ได้

ข. มิติเชิงองค์กร หน่วยงานและเครือข่าย จำแนกเป็น

1) ภาคประชาชนและเอกชน ได้แก่ มูลนิธิ สมาคม สถาบันที่จัดตั้งขึ้นเพื่อประโยชน์สาธารณะไม่หวังผลกำไร และรวมไปถึงเครือข่ายภาคีที่รวมตัวกันแบบไม่เป็นทางการ เช่น สภาหอเมืองของเครือข่ายหอพื้นบ้านในภาคเหนือ เครือข่ายแรงงานนอกระบบ เป็นต้น

2) ภาควิชาชีพและวิชาการ ได้แก่ สมาชิวิชาชีพตามที่กฎหมายกำหนด อาทิ แพทยสภา สภาการพยาบาล ทันตแพทยสภา สำหรับภาควิชาการ ได้แก่ สถาบันการศึกษา เช่น มหาวิทยาลัยทั้งของรัฐบาลและเอกชน โรงเรียน และรวมไปถึงผู้ทรงคุณวุฒิสาขาต่าง ๆ ที่เป็นที่ยอมรับโดยอาจเรียกชื่อเป็นอย่างอื่น เช่น ปราชญ์ชาวบ้าน เป็นต้น

3) ภาคราชการหรือการเมือง ได้แก่ หน่วยงานราชการส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น และรวมไปถึง

4) องค์กรมหาชน องค์กรอิสระ และสาขาพรรคการเมือง ด้วย

ขั้นตอนที่ 2 การจัดเป็นกลุ่มเครือข่าย เมื่อได้รายชื่อของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งมิติเชิงพื้นที่และมิติเชิงองค์กร หน่วยงานและเครือข่ายภาคีแล้วควรนำมาจัดเป็นกลุ่มเครือข่าย เช่นในจังหวัดสมุทรปราการ มีการจัดกลุ่มเครือข่ายของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำแนกเป็น 58 กลุ่มเครือข่าย ประกอบด้วย 1) กลุ่มเครือข่ายตามมิติเชิงพื้นที่ จำนวน 6 กลุ่มเครือข่าย โดยยึดพื้นที่ระดับอำเภอเป็นหนึ่งกลุ่มเครือข่าย 2) กลุ่มเครือข่ายจากภาคประชาชนและเอกชน จำนวน 20 กลุ่มเครือข่าย 3) กลุ่มเครือข่ายจากภาควิชาชีพและวิชาการ จำนวน 6 กลุ่มเครือข่าย และ 4) กลุ่มเครือข่ายจากภาคราชการและการเมือง จำนวน 26 กลุ่มเครือข่าย เป็นต้น

2.2 บทบาทหน้าที่ของกลุ่มเครือข่าย

เหตุผลสำคัญที่ต้องมีการจัดกลุ่มเครือข่ายของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ก็เพื่อให้เกิดการทำงานในรูปของเครือข่าย มีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำไปสู่ความเข้มแข็งของกลุ่ม

เครือข่ายในกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม นอกจากนั้นกลุ่มเครือข่ายควรมีบทบาทในกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ดังนี้

- 1) คัดเลือกประเด็นเชิงนโยบายที่เกิดจากการตกลงร่วมกันของสมาชิกในกลุ่มเครือข่ายตน เพื่อเสนอเป็นประเด็นเชิงนโยบายต่อกลไกการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพพิจารณากำหนดเป็นระเบียบวาระการประชุมสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น
- 2) เข้าร่วมพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับภารกิจของกลุ่มเครือข่ายตน
- 3) จัดกระบวนการรับฟังความคิดเห็นร่วมของสมาชิกภายในกลุ่มเครือข่ายตนต่อร่างข้อเสนอเชิงนโยบายที่ถูกกำหนดเป็นระเบียบวาระการประชุมสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น
- 4) คัดเลือกตัวแทนกลุ่มเครือข่ายตนเพื่อเข้าร่วมประชุมสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นที่จัดขึ้น และเป็นตัวแทนกลุ่มเครือข่ายตนในการสะท้อนความคิดเห็นต่อร่างข้อเสนอเชิงนโยบายที่ถูกกำหนดเป็นระเบียบวาระการประชุมสมัชชาสุขภาพในแต่ละครั้ง
- 5) ร่วมขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้ง
- 6) เป็นเจ้าภาพหลักในการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นไปสู่การปฏิบัติ สำหรับข้อเสนอเชิงนโยบายที่กลุ่มเครือข่ายตนเป็นผู้เสนอ
- 7) ติดตามและรายงานผลการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นต่อกลไกการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ เพื่อให้เห็นความเคลื่อนไหวและเกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันทั้งในและนอกกลุ่มเครือข่ายตน

3. การออกแบบกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

กระบวนการสมัชชาสุขภาพ ประกอบไปด้วย 5 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การกำหนดประเด็นและการพัฒนาประเด็นเชิงนโยบาย 2) การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย 3) การแสวงหาฉันทามติร่วมกันต่อข้อเสนอเชิงนโยบาย 4) การขับเคลื่อนข้อเสนอสู่การปฏิบัติ 5) การติดตามและประเมินผล โดยมีรายละเอียดแต่ละขั้นตอน ดังนี้

3.1 การกำหนดประเด็นและการพัฒนาประเด็นเชิงนโยบาย ที่ควรพิจารณา คือ

3.1.1 ที่มาของประเด็น อาจมาจาก

- 1) สถานการณ์ปัญหาของพื้นที่หรือประเด็น ซึ่งสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลจาก

ก) ข้อมูลทางวิชาการ ผลงานวิจัย หรือการรวบรวมวิเคราะห์สังเคราะห์ ข้อมูลวิชาการเหล่านี้สามารถนำมาใช้เป็นกรอบในการกำหนดประเด็นเชิงนโยบายได้

เช่นกัน เช่น จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมทางเพศของประเทศไทย โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2551) สำรวจเมื่อปี 2549 พบว่า “ร้อยละ 80 ของวัยรุ่นเพศชาย อายุ 18 - 24 ปี และร้อยละ 63 ของวัยรุ่นเพศหญิง อายุ 18 - 24 ปี เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว” สามารถนำข้อมูลเหล่านี้ไปเป็นประเด็นเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของวัยรุ่นไทย เป็นต้น

ข) ข่าวสารที่นำเสนอทางสื่อสาธารณะ ในแต่ละวันจะมีการนำเสนอข่าวสารต่าง ๆ ผ่านทางสื่อสาธารณะมากมายไม่ว่าจะเป็น โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ อินเทอร์เน็ต หรือสิ่งพิมพ์รูปแบบอื่น ๆ ซึ่งข่าวสารเหล่านี้ก็สามารถนำไปใช้เป็นประเด็นเชิงนโยบายได้ เช่น ข่าวการเกิดไฟไหม้ส่งท้ายปีเก่าต้อนรับปีใหม่ 2552 ที่ซานติก้าผับ ก็สามารถนำมาใช้เป็นประเด็นเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่องการจัดการความปลอดภัยในสถานบันเทิง เป็นต้น

2) สิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นในพื้นที่ การเลือกประเด็นจากเรื่องดี ๆ สิ่งดี ๆ กิจกรรมดี ๆ ที่เกิดขึ้นในพื้นที่เป็นการเลือกประเด็นในเชิงบวก ที่เกิดมาจากความสำเร็จที่เป็นรูปธรรมในพื้นที่นำมาขยายผลให้มากยิ่งขึ้น ผ่านการเคลื่อนไหวในเชิงนโยบายของกลุ่มองค์กรเครือข่ายการหยิบประเด็นในลักษณะนี้ อาจต้องพิจารณาในมิติของบริบทต่าง ๆ ในแต่ละพื้นที่ ที่สำคัญต้องเข้าใจว่า การหยิบประเด็นเหล่านี้ต้องอาศัยความเข้าใจในเชิงหลักการแนวคิด และแนวปฏิบัติ ซึ่งจะต้องนำไปประยุกต์ใช้ในการเคลื่อนไหวได้อย่างเหมาะสม

3) ความสนใจร่วมของของสังคม หมายถึง ประเด็นเชิงนโยบายนั้นอาจมาจากคนสนใจร่วมของคนในพื้นที่ ชุมชนหรือสังคมนั้น เช่น ความสนใจในการจัดสวัสดิการชุมชน หรือการนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงไปปรับใช้ในการดำเนินชีวิต เป็นต้น

4) นโยบายของรัฐ ในการบริหารบ้านเมืองจะมีคณะรัฐมนตรีเป็นกลไกบริหารบ้านเมือง ซึ่งก่อนจะมีการทำงานคณะรัฐมนตรีจะมีการแถลงนโยบายต่อรัฐสภา ข้อแถลงเหล่านั้นสามารถนำไปเป็นประเด็นเชิงนโยบายในการพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายได้ นอกจากข้อแถลงของคณะรัฐมนตรีแล้ว ยังมีนโยบายในระดับกระทรวง กรม หรือหน่วยงานของรัฐอื่น ๆ อีก ซึ่งก็สามารถนำไปเป็นประเด็นนโยบายได้เช่นเดียวกัน

5) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ซึ่งได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้วตั้งแต่วันที่ 2 ธันวาคม 2552 ประกอบด้วย 12 หมวด 111 ข้อ โดยแต่ละข้อสามารถนำไปใช้ในการกำหนดเป็นประเด็นเชิงนโยบายเพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมได้ เช่น การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่องมาตรการภาษีเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ซึ่งเป็นการดำเนินการตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.

2552 ข้อ 40 ที่บัญญัติไว้ว่า ให้รัฐนำมาตรการทางภาษีมาใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ เช่น ภาษีสิ่งแวดล้อม ภาษีการนำเข้าวัตถุหรือของเสียอันตราย เป็นต้น

6) มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ข้อเสนอเชิงนโยบายที่ผ่านฉันทามติจากสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ในแต่ละเรื่องยังมีข้อเสนอเชิงนโยบายย่อย ๆ อีกหลายข้อ และข้อเสนอเชิงนโยบายเหล่านั้นสามารถนำมากำหนดเป็นประเด็นเชิงนโยบายในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพได้อีก เช่น การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่องกองทุนสื่อสร้างสรรค์สำหรับเด็ก เยาวชนและครอบครัว ซึ่งเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายในข้อ 1.1 ของมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปี 2551 มติ 1.9 ที่ระบุไว้ว่า ให้หน่วยงานของรัฐ รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรวิชาการ องค์กรวิชาชีพ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคมในทุกภาคส่วนทุกระดับพิจารณาผลักดันกองทุนในการผลิตสื่อสร้างสรรค์สำหรับเด็ก เยาวชนและครอบครัว เป็นต้น

3.1.2 เกณฑ์ในการคัดเลือกประเด็นเชิงนโยบาย

จากรายละเอียดเรื่องที่มาของประเด็นเชิงนโยบายข้างต้น จะพบว่ามีประเด็นที่สามารถนำไปเป็นประเด็นเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายได้อย่างมากมาย แต่ก็เชื่อว่า จะสามารถนำทุกประเด็นไปกำหนดเป็นประเด็นเชิงนโยบายได้ ฉะนั้น จึงควรมีการกำหนดเกณฑ์ที่เหมาะสมในการคัดเลือกประเด็นเชิงนโยบาย ซึ่งต่อไปนี้เป็นตัวอย่างของเกณฑ์ที่สามารถนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น เช่น

1) เกณฑ์ความสำคัญ โดยอาจดูจาก (1) ความสอดคล้องกับสถานการณ์หรือวิกฤตการณ์ของพื้นที่หรือของสังคม (2) การมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพ (3) การมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กันทั้งในระดับพื้นที่และชาติ (4) มีความซับซ้อน ต้องร่วมกันแก้ปัญหาโดยหลายภาคส่วนที่ไม่สามารถแก้ปัญหาด้วยองค์กรเดียว และ (5) มีความสัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวในระดับโลก

2) เกณฑ์ความรุนแรง โดยอาจดูจาก ฤๅ1) จำนวนผู้ได้รับผลกระทบ (2) เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ (3) เป็นภาระโรคที่สำคัญ (4) เป็นพฤติกรรมหรือปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ และ (5) มีความรุนแรงในมิติอื่น

3) เกณฑ์ความสนใจของสาธารณะ โดยอาจดูจาก (1) จำนวนองค์กรหน่วยงานและเครือข่ายภาคีที่เสนอประเด็น และ (2) สอดคล้องกับกระแสที่นำเสนอผ่านทางสื่อสารสาธารณะ

4) เกณฑ์ความเป็นไปได้ในการผลักดันเชิงนโยบายหรือผลต่อเนื่องให้เกิดแนวปฏิบัติที่ดี โดยอาจดูจาก (1) ความพร้อมทางวิชาการ (2) ความเป็นไปได้ในการประสานให้เกิดส่วนร่วมเพื่อให้ประเด็นนั้นเกิดความสำเร็จ และ (3) การมีองค์กรเจ้าภาพในการขับเคลื่อนและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

3.1.3 การได้มาซึ่งประเด็นเชิงนโยบาย อาจจำแนกได้ 2 วิธี คือ

1) กำหนดขึ้นโดยกลไกการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ โดยใช้กระบวนการปรึกษาหารือกันระหว่างองค์ประกอบของกลไกตามเกณฑ์การคัดเลือกประเด็นเชิงนโยบายที่กำหนดขึ้น เช่น ในปี 2552 คณะกรรมการจัดงานวันผู้สูงอายุ ได้กำหนดประเด็นในการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุในประเด็น “การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว” ในปี 2553 คณะกรรมการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ จัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วย แผนยุทธศาสตร์ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติในปี 2551 คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัดนครศรีธรรมราช กำหนดประเด็นในสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ รวม 3 ประเด็น คือ เรื่อง เกษตรและอาหาร การจัดการทรัพยากรชายฝั่งโดยชุมชน และอาสาสมัครสร้างสุขชุมชน เป็นต้น

2) กำหนดโดยการมีส่วนร่วมจากกลุ่มเครือข่าย โดยการแจ้งเวียนไปยังองค์กรหน่วยงานและเครือข่ายภาคีที่เกี่ยวข้องให้เสนอประเด็นเชิงนโยบายเข้ามา เช่น ในปี 2552 คณะอนุกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยเรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ได้แจ้งให้หน่วยงานภาคีเครือข่ายเสนอประเด็นเชิงนโยบายในการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยเรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ในงานมหกรรมสมุนไพรรักษาชาติ ครั้งที่ 6 ปรากฏว่ามีองค์กรภาคีเสนอประเด็นเชิงนโยบายมาทั้งสิ้น 28 องค์กร มีกลุ่มประเด็นทั้งหมด 5 ประเด็น คือ 1) การพัฒนายาไทยและสมุนไพรรักษาชาติ 2) การส่งเสริมและพัฒนาระบบบริการการแพทย์พื้นบ้าน 3) การจัดตั้งโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยต้นแบบ 4) การพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ 5) การคุ้มครองผู้บริโภคด้านการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็นต้น

3.2 การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย

หลักการสำคัญของการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายก็คือ การใช้ข้อมูลทางวิชาการเป็นพื้นฐานในการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย ซึ่งจะทำให้ข้อเสนอเชิงนโยบายมีความเป็นเหตุเป็นผล และมีความเป็นไปได้ในการนำไปสู่การปฏิบัติ ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ สังเคราะห์และประมวลเป็นร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย ถือเป็นกระบวนการทำงานที่สำคัญที่ต้องอาศัยนักวิชาการที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมในการจัดทำโดยอาศัยข้อมูลทางวิชาการจากแหล่งต่าง ๆ เช่น ผลการศึกษาวิจัย การสำรวจ การระดมสมอง เป็นต้นเพื่อใช้เป็นข้อมูลนำเข้า (Input) ที่สำคัญของกระบวนการสมัชชาสุขภาพที่จะนำไปสู่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสมาชิกสมัชชาสุขภาพ โดยร่างข้อเสนอเชิงนโยบายที่ผ่านการวิเคราะห์ สังเคราะห์และประมวลผลแล้ว ควรมีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ

1) ข้อมูลพื้นฐาน ซึ่งประกอบด้วย สถานการณ์ของปัญหาในพื้นที่หรือของประเด็นนั้น และแนวนโยบายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งในรูปของกฎหมาย ระเบียบ มติคณะรัฐมนตรี

แผนยุทธศาสตร์ เป็นต้น ทั้งในการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย ซึ่งเอกสารฉบับนี้อาจเรียกว่า “เอกสารหลัก” หรืออาจเรียกเป็นอย่างอื่นตามที่กลไกการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพกำหนด

2) ร่างมติ เป็นเอกสารที่สรุปทางเลือกต่าง ๆ อันนำไปสู่การแก้ไขปัญหาหรือเป้าหมายที่ต้องการ โดยควรมีการระบุว่าจะร่างมติในแต่ละข้อจะเรียกร้องให้องค์กร หน่วยงานหรือกลุ่มเครือข่ายใดเป็นเจ้าภาพในการนำไปสู่การปฏิบัติ เอกสารชุดนี้อาจเรียกว่า “เอกสารร่างมติหรือข้อเสนอเชิงนโยบาย” หรืออาจเรียกเป็นอย่างอื่นตามที่กลไกการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพกำหนด

3) ภาคนวกร (ถ้ามี) เป็นเอกสารที่เสนอข้อมูลเพิ่มเติมจากเอกสารนำเสนอข้อมูลพื้นฐานและเอกสารร่างมติ เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบในการพิจารณาของสมาชิกสมัชชาสุขภาพ เอกสารชุดนี้อาจเรียกว่า “เอกสารภาคนวกร” หรืออาจเรียกเป็นอย่างอื่นตามที่กลไกการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพกำหนดขั้นตอนที่ 2 การรับฟังความเห็นจากกลุ่มเครือข่าย เมื่อได้เอกสารร่างข้อเสนอเชิงนโยบายแล้ว กลไกการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ควรจัดให้กระบวนการรับฟังความคิดเห็นจากกลุ่มเครือข่ายที่จัดทำไว้ ซึ่งรูปแบบการจัดอาจดำเนินการได้หลายรูปแบบ เช่น จัดส่งเอกสารไปให้กลุ่มเครือข่ายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันเอง หรืออาจจะมีการจัดสมัชชาสุขภาพย่อย เพื่อให้การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายมีความครอบคลุมมีความชัดเจน มีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง และมีทางเลือกต่าง ๆ ที่หลากหลายมากขึ้น ก็ได้ขั้นตอนที่ 3 การปรับปรุงร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย หลังจากได้จัดกระบวนการรับฟังความคิดเห็นจากสมาชิกกลุ่มเครือข่ายสมัชชาสุขภาพแล้ว กลไกการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพควรนำความคิดเห็นต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นมาปรับปรุงร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย และใช้เป็นเอกสารนำเข้าในการประชุมสมัชชาสุขภาพเพื่อแสวงหาฉันทามติดต่อข้อเสนอเชิงนโยบายร่วมกันในลำดับถัดไป

3.3 การแสวงหาฉันทามติดต่อร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย

เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในวันประชุมสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น มีวัตถุประสงค์เพื่อแสวงหาฉันทามติร่วมกันของสมาชิกสมัชชาสุขภาพที่มาจากกลุ่มเครือข่ายของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่จัดทำขึ้นในการประชุมสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นควรมีการพิจารณาและดำเนินการในเรื่องดังต่อไปนี้

3.3.1 ผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

1) สมาชิกสมัชชาสุขภาพ หมายถึง ผู้เข้าร่วมประชุมตามจำนวนที่คณะทำงานจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพกำหนด ซึ่งมาจากตัวแทนของกลุ่มเครือข่ายที่จัดทำไว้ ทั้งนี้ อาจจัดให้มีการลงทะเบียนไว้ล่วงหน้าก็ได้

2) ผู้สังเกตการณ์ หมายถึง ผู้ที่คณะทำงานจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพเชิญหรืออนุญาตให้เข้าร่วมประชุม ซึ่งอาจจะเป็นผู้ที่ไม่ได้เป็นผู้แทนกลุ่มเครือข่ายที่จัดทำไว้หรืออาจจะเป็นสมาชิกของกลุ่มเครือข่ายที่เกินจำนวนที่กำหนด ทั้งนี้ อาจจัดให้มีการลงทะเบียนล่วงหน้าก่อนหรือไม่ก็ได้

3) ผู้ทรงคุณวุฒิ หมายถึง ผู้ที่คณะทำงานจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพเชิญเข้าร่วมประชุมเป็นกรณีพิเศษ ซึ่งอาจเป็นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถในประเด็นที่บรรจุไว้ในระเบียบวาระการประชุม

3.3.2 การกำหนดบทบาทของผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพ กล่าวคือ เมื่อมีการกำหนดประเภทของผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแล้ว ต้องมีการกำหนดบทบาทของผู้เข้าร่วมประชุมแต่ละกลุ่มให้ชัดเจนได้ด้วย อาทิ บทบาทในการเสนอความคิดเห็นจะทำให้เฉพาะสมาชิกสมัชชาสุขภาพเท่านั้น โดยผู้สังเกตการณ์ไม่มีสิทธิเสนอความคิดเห็น เป็นต้น

3.3.3 การกำหนดระเบียบวาระการประชุม ในการประชุมสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นเพื่อแสวงหาฉันทามติร่วมกัน ต้องมีการกำหนดระเบียบวาระการประชุมที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถเข้าร่วมประชุมตามระเบียบวาระได้อย่างไม่สับสน ตัวอย่างการกำหนดระเบียบวาระการประชุมสมัชชาสุขภาพของจังหวัดสกลนคร ในปี 2551

3.3.4 การดำเนินการประชุม ในการประชุมสมัชชาสุขภาพเพื่อแสวงหาฉันทามติร่วมกัน อาจจัดวิธีการประชุม ได้ใน 2 รูปแบบ คือรูปแบบที่ 1 การประชุมสมัชชาสุขภาพอย่างเป็นทางการ เป็นการดำเนินการประชุมที่มีความเป็นระบบและมีกติกาการประชุมที่ชัดเจน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) การบริหารการประชุม ควรมีการตั้งกรรมการ ซึ่งประกอบด้วยผู้ทำหน้าที่ประธานและรองประธานการประชุม มีฝ่ายเลขานุการและผู้ช่วยเลขานุการ ทำหน้าที่ดำเนินการประชุม

2) ทีมวิชาการ ทำหน้าที่ในการให้ข้อมูลกับที่ประชุม และปรับเอกสารร่างข้อเสนอเชิงนโยบายตามมติที่ประชุม

3) ทีมกระบวนการ ทำหน้าที่บริหารจัดการประชุมให้เป็นไปอย่างราบรื่น การจัดลำดับคิวผู้เสนอ และการอำนวยความสะดวกๆ ในห้องประชุม

4) กติกาการประชุม ในการประชุมเพื่อหาฉันทามติร่วมกันของสมาชิกสมัชชาสุขภาพ จะมีการกำหนดกติกาหรือข้อตกลงร่วมกันเพื่อให้การประชุมมีความเป็นระบบและมีส่วนร่วมจากกลุ่มเครือข่ายอย่างทั่วถึง เช่น สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ว่าด้วย แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ มีการกำหนดกติกา ดังนี้ “ผู้ที่ขอแสดงความคิดเห็นจะต้องเสนอในนามผู้แทนกลุ่มเท่านั้น และจะต้องมีกลุ่มเครือข่ายอื่น ๆ รับรองอย่างน้อย 5 กลุ่ม หากมีผู้คัดค้าน ประธานจะเรียกให้ผู้คัดค้าน และหรือผู้สนับสนุนให้ความเห็นตามกรณี และหากการพิจารณาร่างมติในระเบียบวาระใดที่สมาชิกมีความเห็นแตกต่างกันมากและไม่สามารถหาข้อยุติได้ อาจมีการจัดตั้งคณะทำงานพิจารณาร่างมติเฉพาะระเบียบวาระขึ้น เพื่อไปดำเนินการพิจารณาในห้องประชุมย่อยต่างหาก โดยนำเสนอผลการประชุมต่อสมาชิกสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นทั้งหมดอีกครั้งหนึ่ง ตามระยะเวลาที่คณะกรรมการดำเนินการประชุมกำหนด”

5) วิธีการประชุม อาจเริ่มด้วยการมีผู้นำเสนอร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย โดยเฉพาะร่างมติ ต่อที่ประชุมสมัชชาสุขภาพ โดยเรียงลำดับระเบียบวาระตามกำหนดการและเปิด

โอกาสให้สมาชิกสมัชชาสุขภาพที่มาจากกลุ่มเครือข่ายที่ประสงค์จะแสดงความคิดเห็นแสดงเจตจำนง เพื่อแสดงความคิดเห็น และควรกำหนดระยะเวลาการนำเสนอที่แน่นอนเพื่อให้การนำเสนอมีความ กระชับ ไม่เยิ่นเย้อ เช่น ต้องเสนอความเห็นภายใน 3 นาที เป็นต้น นอกจากนั้นควรมีการกำชับให้มีการแสดงความเห็นในนามกลุ่มเครือข่ายตามลำดับด้วย และเมื่อได้นำเสนอความเห็นต่อที่ประชุมแล้ว ควรขอความกรุณาให้จัดส่งเอกสารความเห็นซึ่งพิมพ์หรือเขียนด้วยลายมือให้กับฝ่ายเลขานุการ เพื่อ ประโยชน์ในการจัดทำบันทึกความเห็นและรายงานการประชุมต่อไป

6) การรับรองร่างมติสมัชชาสุขภาพ เป็นกระบวนการภายหลังจากที่ ผู้เข้าร่วมประชุมได้นำเสนอความคิดเห็นจากกลุ่มเครือข่ายตนแล้ว และทีมวิชาการได้มีการปรับ เอกสารให้เป็นไปตามมติของที่ประชุมแล้ว จะจัดให้มีการรับรองร่างมติสมัชชาสุขภาพในช่วงท้ายสุด โดยยึดความเป็นฉันทามติที่ไม่มีการโต้แย้งแล้ว ซึ่งหากมีการโต้แย้งควรจัดให้มีการตกลงนอกห้อง ประชุมระหว่างสมาชิกสมัชชาสุขภาพที่มีความคิดเห็นที่แตกต่างกันก่อนรูปแบบที่ 2 การประชุม สมัชชาสุขภาพแบบไม่เป็นทางการ การจัดสมัชชาสุขภาพในลักษณะนี้จะไม่นับเรื่องความเป็นทางการ มากนัก อาจมีกติกาหรือข้อตกลงที่เน้นความเป็นธรรมชาติเพื่อสร้างกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้ ได้มากที่สุด

1) การบริหารการประชุม การประชุมในลักษณะนี้โดยส่วนใหญ่ คณะทำงานจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพเป็นผู้ดำเนินการเองตลอดกระบวนการ หรืออาจมีการเชิญ วิทยากรกระบวนการมาช่วยดำเนินการในบางช่วง

2) ทีมวิชาการ คณะทำงานจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพเป็นผู้ ดำเนินการเองเช่นกัน หรืออาจมีการมอบหมายผู้ที่มีความสามารถตามความเหมาะสม

3) ทีมกระบวนการ คณะทำงานจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพเป็น ผู้ทำหน้าที่บริหารจัดการประชุมให้เป็นไปอย่างราบรื่น และการอำนวยความสะดวกๆ ในห้องประชุม

4) กติกาการประชุม ในการประชุมเพื่อหาฉันทามติร่วมกันของสมาชิก สมัชชาสุขภาพในลักษณะนี้จะไม่มีการกำหนดกติกาที่เคร่งครัดนัก โดยเฉพาะเวลาของการนำเสนอ ความเห็นกล่าวคือ มีการเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความเห็นอย่างกว้างขวาง ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการ เรียนรู้มากที่สุด

5) วิธีการการประชุม อาจใช้วิธีการประชุมในห้องใหญ่ที่ละประเด็น หรือการแยกประชุมในกลุ่มย่อยตามประเด็นต่าง ๆ เพื่อหาข้อสรุปร่วมกัน ตัวอย่างเช่น สมัชชา สุขภาพจังหวัดสงขลา ปี 2551 ที่ใช้เวทีสมัชชาสุขภาพเป็นเวทีแห่งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และรับรอง ข้อเสนอเชิงนโยบายร่วมกัน จนเกิดเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่ององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการ จัดการสุขภาพ หรือที่ชาวสงขลาเรียกกันว่า “คำประกาศสมิหลา” เป็นต้น

6) การรับรองร่างมติสมัชชาสุขภาพ เป็นกระบวนการภายหลังจากที่ผู้เข้าร่วมประชุมได้นำเสนอความคิดเห็นจากกลุ่มเครือข่ายแล้ว หลังจากนั้นจึงจะจัดให้มีการรับรองร่างมติสมัชชาสุขภาพในช่วงท้ายสุดโดยยึดความเป็นฉันทามติที่ไม่มีการโต้แย้งแล้วนั้นคือ การจัดสมัชชาสุขภาพทั้งแบบที่เป็นทางการและแบบไม่เป็นทางการผลที่ได้จะเป็นเช่นเดียวกัน คือ การได้มาซึ่งฉันทามติต่อข้อเสนอเชิงนโยบายของสมาชิกสมัชชาสุขภาพ

3.4 การขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบายสู่การปฏิบัติ

ขั้นตอนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่ทำนายต่อการดำเนินงานซึ่งอาจจะนำไปสู่ความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการทำงานตามกระบวนการสมัชชาสุขภาพได้ ฉะนั้น ขั้นตอนการขับเคลื่อนมติจากสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือเฉพาะประเด็นไปสู่การปฏิบัติ มีประเด็นพิจารณา ดังนี้

3.4.1 หลักการทำงาน การขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพไปสู่การปฏิบัติเป็นเรื่องของความสามารถที่จะผลักดันให้การทำงานของกลไกที่สำคัญทั้งมวลสามารถบรรลุผลตามนโยบายที่ได้ตั้งเป้าหมายเอาไว้ จำเป็นต้องอาศัยทั้งศาสตร์และศิลป์ในการทำงานควบคู่ไปกับการสร้างการมีส่วนร่วมกับทุกภาคส่วน จึงควรกำหนดหลักการสำคัญในการทำงานเอาไว้ 4 ประการ คือ

1) มุ่งผลักดันสู่การปฏิบัติ (Action) อย่างมียุทธศาสตร์ เนื่องจากแต่ละมติมีเนื้อหาและผู้เกี่ยวข้องที่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงต้องทำงานอย่างมียุทธศาสตร์ที่สอดคล้องกับเนื้อหาและองค์กร หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในแต่ละมติ

2) คำนึงถึง “การมีส่วนร่วมอย่างสมานฉันท์” และการเชื่อมประสานที่ดีโดยยึดหลักการตามยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ที่คำนึงถึงการมีส่วนร่วมทั้งภาควิชาการ ภาครัฐและการเมือง รวมทั้งภาคประชาสังคมและประชาชน

3) มีการบริหารจัดการอย่างมีศิลปะ (SMART Management)

4) มีกระบวนการสนับสนุน ติดตามผลที่เหมาะสม

3.4.2 ช่องทางการขับเคลื่อน ในการขับเคลื่อนมติจากสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือประเด็น มีช่องทางในการขับเคลื่อน ได้หลายช่องทาง ดังนี้

1) เสนอคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ในกรณีที่มติสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือเฉพาะประเด็นนั้นมีข้อเสนอให้หน่วยงานของรัฐนำไปปฏิบัติหรือนำไปพิจารณาประกอบในการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพก็สามารถจัดทำเรื่องถึงสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) เพื่อพิจารณาดำเนินการให้บรรลุผลตามควรแก่กรณีต่อไป ซึ่งเป็นการดำเนินการตามบทบัญญัติตามมาตรา 40 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

2) การประสานการทำงานกับองค์กร หน่วยงานและเครือข่ายภาคีที่เกี่ยวข้องกับข้อเสนอเชิงนโยบายที่เป็นมติจากสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือเฉพาะประเด็น

3) ทำงานร่วมกับองค์กร หน่วยงาน หรือเครือข่ายภาคีที่เป็นผู้พัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเข้าสู่การพิจารณาของสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือเฉพาะประเด็น รวมทั้งหน่วยงาน องค์กรที่มีพันธกิจตามมติสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือเฉพาะประเด็นโดยตรง

4) ทำงานด้วยกระบวนการพิเศษ โดยเฉพาะมติสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือเฉพาะประเด็นที่ยังไม่มีองค์กรหรือหน่วยงานใดเป็นเจ้าภาพที่ชัดเจน หรือมติสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือเฉพาะประเด็นที่มีความเกี่ยวข้องกับงานของหน่วยงาน องค์กรหรือภาคีเครือข่ายที่หลากหลาย กิจกรรมที่ดำเนินการ เช่น การจัดเวทีภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับมติสมัชชาสุขภาพในแต่ละเรื่องเพื่อร่วมกันกำหนดแนวทางการทำงานร่วมกันและมอบหมายงานกันรับผิดชอบ ซึ่งมีการดำเนินในหลายรูปแบบ อาทิ การตั้งกลไกขับเคลื่อน ติดตามและรายงานผลการดำเนินงานเป็นการเฉพาะ การรวมตัวกันทำงานแบบเครือข่าย เป็นต้น

5) เชื่อมประสานกับกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ หรือเฉพาะประเด็น และกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ในกรณีที่ข้อเสนอเชิงนโยบายนั้นมีความต้องการขยายไปเป็นนโยบายระดับชาติและต้องการความคิดเห็นร่วมจากองค์กร หน่วยงานและเครือข่ายภาคีนอกเหนือจากสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือเฉพาะประเด็น

6) การทำงานผ่านช่องทางสาธารณะ เพื่อสร้างการรับรู้และความเข้าใจของสาธารณะ โดยหวังให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือเฉพาะประเด็น และทำหน้าที่ติดตามการทำงานขององค์กรหรือหน่วยงานที่มีพันธกิจที่สอดคล้องกับมติสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือเฉพาะประเด็นนั้น ๆ ด้วย ช่องทางที่สามารถดำเนินการได้ เช่น การจัดแถลงข่าว การนำเสนอผ่านเวทีสาธารณะ การประสานความร่วมมือกับสื่อทีวี วิทู หนังสือนิตยสาร เป็นต้น

3.5 การติดตามและประเมินผล

การจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ควรมีการติดตามประเมินผลนโยบายโดยอาจใช้สมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการในการติดตามและประเมินผลการนำมติสมัชชาสุขภาพในปีก่อนๆ มานำเสนอในเวทีสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นได้ โดยอาจจัดเป็นระเบียบวาระแยกออกจากระเบียบวาระเพื่อการหาฉันทมติต่อข้อเสนอเชิงนโยบาย หรืออาจจัดเป็นสมัชชาสุขภาพเพื่อการติดตามและประเมินผลด้วยก็ได้ โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการจัดสมัชชาสุขภาพเพื่อการหาฉันทมติไปใช้ได้

4. การสรุปบทเรียนเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

การจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือเฉพาะประเด็น ควรมีการสรุปบทเรียนเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง ทั้งด้านการจัดการความรู้และการประเมินผล

4.1 การจัดการความรู้ (Knowledge Management: KM) เช่น

4.1.1 การเรียนรู้จากเพื่อน หรือ Peer Assist: PA เป็นการเรียนรู้ร่วมกันของคณะทำงานสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือเฉพาะประเด็นและผู้ปรึกษาจากภายนอก ซึ่งในการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ หลายจังหวัดได้ให้ความสำคัญกับกระบวนการนี้ เช่น การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมสร้างศักยภาพคณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดปัตตานี สมัชชาสุขภาพจังหวัดตรัง และสมัชชาสุขภาพจังหวัดสุโขทัย เป็นต้น

4.1.2 การเรียนรู้หลังการปฏิบัติงาน หรือ After Action Review: AAR เป็นการเรียนรู้ระหว่างการปฏิบัติงานโครงการ หลังจากเสร็จกิจกรรมเป็นครั้ง ๆ ไป

4.1.3 การเรียนรู้หลังการดำเนินงาน หรือ Retrospect เป็นการสรุปบทเรียนหลังจากการดำเนินกิจกรรมโครงการเสร็จแล้ว และการวางแผนการดำเนินงานในปีต่อไป

4.1.4 การถอดบทเรียนแบบเรื่องเล่า หรือ Story Telling เป็นการสกัดความรู้ต่าง ๆ มาเป็นเรื่องเล่า เช่น หนังสือก๊วยอย่างและทางเดินเล่ม 1 และ 2 ซึ่งเป็นรวมเรื่องเล่าสมัชชาสุขภาพของเครือข่ายสมัชชาสุขภาพ เป็นต้น

5. การสื่อสารในสังคมตลอดกระบวนการ

การจัดสมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม จึงจำเป็นต้องมีการสื่อสารกับสังคม โดยจัดให้มีการสื่อสารสาธารณะด้วยรูปแบบและช่องทางต่าง ๆ ที่เหมาะสมทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการจัดสมัชชาสุขภาพเพื่อเปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายในสังคมร่วมรับรู้และมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสมด้วย เพราะฉะนั้นในการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือเฉพาะประเด็นควรมีการสื่อสารในสังคมผ่านช่องทางต่าง ๆ ในทุกขั้นตอนของการจัด ผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น วิทยุชุมชน หนังสือพิมพ์ เว็บไซต์ เป็นต้น

6. การบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ

การจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ควรมีการบริหารจัดการที่เป็นระบบ โปร่งใส ตรวจสอบได้ ตามหลักการบริหารจัดการที่ดีหรือตามหลักธรรมาภิบาล (Good Governance) ตลอดกระบวนการ และควรมีการบริหารโครงการให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

จากการศึกษางานวิจัย พบว่า รูปแบบของสมัชชาสุขภาพมีความแตกต่างกันทั้งขึ้นอยู่กับบริบทและเงื่อนไขต่าง ๆ ของพื้นที่ (สุรศักดิ์ บุญเทียน, 2555) แต่กระบวนการสมัชชาสุขภาพที่ทำให้ชุมชนตอบรับและเข้าใจ สามารถพัฒนาให้เกิดนโยบายสาธารณะอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนชุมชนสามารถจัดการตนเอง ทำให้ชุมชนสามารถกำหนดวิสัยทัศน์ของชุมชนเกิดชุมชนเข้มแข็งและเป็นตัวอย่างการเรียนรู้ให้ชุมชนใกล้เคียง (นฤมล อเนกวิทย์ และคณะ, 2552) และพบว่าชุมชนที่มีความเข้มแข็งของชุมชนและการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกระบวนการสมัชชาสุขภาพและการ

สนับสนุนจากภายนอกชุมชนมีผลโดยตรงต่อการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพของแต่ละพื้นที่ (อัญชิรญา จันทรปิฎก, 2555)

สรุปในการวิจัยครั้งนี้ จะประยุกต์ใช้สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ซึ่งจะมี 6 ขั้นตอนสำคัญ ได้แก่ 1) การจัดตั้งกลไกการจัดกระบวนการสมัชชา 2) จัดกลุ่มเครือข่ายสมัชชาสุขภาพโดยวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย แต่งตั้งคณะกรรมการเครือข่าย จัดกลุ่มเครือข่าย 3) การออกแบบกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการ สัมภาษณ์ สังเกต จัดเวทีสมัชชาสุขภาพระดับ 4) การสรุปบทเรียนเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยใช้แบบสัมภาษณ์เครือข่ายสมัชชาสุขภาพ 5) การสื่อสารในสังคมตลอดกระบวนการโดยดำเนินการไปพร้อมกันตั้งแต่ขั้นตอนที่ 1- 6 เพื่อให้ทราบความก้าวหน้าของการดำเนินงาน 6) เป็นการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบโดยดำเนินการไปพร้อมกันตั้งแต่ขั้นตอนแรกจนถึงขั้นตอนสุดท้าย โดยจะดำเนินการในพื้นที่ตำบลฟ้าหยาด อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.7.1 งานวิจัยในประเทศ

มยุรีวรรณ ไกรโรจน์ (2552) ศึกษาแนวทางการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ บ้านทุ่งคำ อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย โดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม พบว่า ด้านการวางแผนชุมชนมีส่วนร่วมน้อย ส่วนด้านการดำเนินการและรับผลประโยชน์มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง แนวทางในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเป็นหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ด้านการวางแผนต้องมีการสร้างเครือข่ายแกนนำสุขภาพให้ครบทุกครัวเรือน มีการจัดระบบประสานงานเครือข่าย มีการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย การมีส่วนร่วมในการเสนอข้อคิดเห็น นำกิจกรรมที่ดำเนินการมาร่วมวิเคราะห์เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาใหม่หรือส่งเสริมให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน ด้านการดำเนินงานต้องมีการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชนเป็นผู้กำหนดรูปแบบและร่วมดำเนินกิจกรรม มีภาครัฐคอยให้คำแนะนำ สนับสนุนงบประมาณตามความจำเป็นและเหมาะสม มีการประชาสัมพันธ์อย่างทั่วถึงและส่งเสริมให้ชุมชนตระหนักร่วมกิจกรรมสร้างสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ศิรินุช ฉายแสง (2553) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดอำนาจเจริญพบว่ากลุ่มปัจจัยนำ ได้แก่ ความเชื่อความสามารถตนเองในการมีคุณภาพชีวิตที่ดี การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงที่จะมีคุณภาพชีวิตไม่ดี การรับรู้ถึงความรุนแรงที่จะมีคุณภาพชีวิตไม่ดีและการรับรู้ถึงอุปสรรคของการมีคุณภาพชีวิตดี กลุ่มปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การได้รับแรงสนับสนุนจากผู้นำชุมชนและชาวบ้าน และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระดับความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นการรับรู้ประโยชน์ของการมีคุณภาพชีวิตที่อยู่ในระดับดี

ทวีศักดิ์ เมฆอากาศ และภาณุวัฒน์ รักติวงศ์ (2554) ได้ศึกษา เรื่องการถอดบทเรียน กระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพ: กรณีศึกษาสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่จังหวัดในเขตภาคเหนือตอนล่าง โดยพบว่า กระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมไม่มีวิธีการหรือสูตรสำเร็จตายตัว และการนำรูปแบบของการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพของสมัชชาสุขภาพจังหวัดนนทบุรีไปทดลองขับเคลื่อนในการวิจัยครั้งนี้ ถือเป็นการนำนโยบายไปปฏิบัติในพื้นที่ตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ที่พบว่า แกนขับเคลื่อนสำคัญที่ทำให้สมัชชาสุขภาพสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมก็คือ แกนของภาคประชาสังคม

จุฑาทิพย์ ยอยจันทร์ศรี และคณะ (2555) ได้รายงานผลการศึกษาพบว่า โรคและปัญหาการเจ็บป่วยที่สำคัญในผู้สูงอายุคือโรคเรื้อรัง โดยผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง มักเจ็บป่วยหลายโรคในเวลาเดียวกัน ซึ่งจะเป็นการป่วยที่ซับซ้อนและรุนแรงเพิ่มขึ้นแบบต่อเนื่อง บุคคลกลุ่มนี้จึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพทางการแพทย์ การสาธารณสุข จิตวิทยา พัฒนาชุมชนและการสังคมสงเคราะห์ เข้าไปดูแลแก้ไขปัญหาสุขภาพ ทั้งทางร่างกาย ทางจิตใจ และความ เป็นอยู่ซึ่งภารกิจหลักในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ปัจจุบันจะตกเป็นภาระของ สมาชิกในครอบครัว ญาติชุมชน และหน่วยงานสาธารณสุขที่อยู่ใกล้ชิด (รพ.สต.) เป็นส่วนใหญ่

รัตนะ บัวสนธ์ (2555) ได้ศึกษาวิธีการวิจัยเชิงผสมผสานทางการศึกษา พบว่า วิธีการวิจัยเชิงผสมผสานทางการศึกษา เกิดขึ้นจากการนำเอาแนวคิดวิธีการวิจัยเชิงปริมาณและวิธีการเชิงคุณภาพมารวมกันศึกษาหาคำตอบเกี่ยวกับปรากฏการณ์ หรือตัวแปรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ทางการศึกษานั้น ๆ โดยหวังจะได้รับคำตอบที่เป็นความรู้ของปรากฏการณ์หรือตัวแปรดังกล่าว ทั้งภาพกว้างและภาพลึกหรือได้รับความรู้หลากหลายแง่มุมขึ้น ทั้งนี้การวิจัยเชิงผสมผสานทางการศึกษาสามารถที่จะเลือกใช้แบบแผนการวิจัย 4 แบบแผนหลัก ได้แก่ 1) แบบแผนสามเส้า 2) แบบแผนรองรับภายใน 3) แบบแผนเชิงอธิบาย และ 4) แบบแผนเชิงสำรวจบุกเบิก ซึ่งในแต่ละแบบแผนก็ยังแบ่งเป็นแบบแผนย่อย ๆ หลากหลายแบบอีกด้วย ซึ่งการเลือกใช้แบบแผนการวิจัยใด ๆ จำเป็นต้องคำนึงถึงการตอบปัญหาและวัตถุประสงค์การวิจัยเป็นหลัก

ศุภเจตน์ จันทรสาส์น (2555) ได้ศึกษาการปันผลทางประชากรจากการเข้าสู่สังคมสูงอายุ และระดับคุณภาพของผู้สูงอายุไทย โดยใช้ข้อมูลจากสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 โดยแบ่งลักษณะการมีคุณภาพออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 5 ตัวชี้วัด (การประเมินสุขภาพโดยตัวผู้สูงอายุ การมองเห็น การได้ยิน ความรู้สึกไม่มีคุณค่า และความรู้สึกไม่มีความสุข) ด้านการมีส่วนร่วมประกอบด้วย 4 ตัวชี้วัด (การมีส่วนร่วมในการทำงาน การให้ความเกื้อหนุนทางการเงินแก่บุตรในครัวเรือนการให้ความเกื้อหนุนทางการเงินแก่บุตรที่อยู่อื่น การเข้าร่วมทำกิจกรรมของชมรมหรือกลุ่ม) ด้านความมั่นคงประกอบด้วย 7 ตัวชี้วัด (ความเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย ลักษณะการอยู่อาศัย รายได้ ความเพียงพอของรายได้เงินออม หนี้สิน แหล่งรายได้ที่สำคัญ) ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุไทยยังมีระดับคุณภาพไม่สูงพอที่จะสร้างการเติบโตด้าน

เศรษฐกิจให้กับประเทศไทยในสังคมสูงวัยได้อย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนมากมีปัญหาด้านสุขภาพกายและความมั่นคงทางการเงินอยู่ในระดับที่ต่ำ

อัญชิรญา จันทรปิฎก (2555) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของสมาชิกสุขภาพ ในพื้นที่จังหวัดลาปูน ประกอบด้วย 10 ปัจจัย คือ ด้านความเข้มแข็งของชุมชน ด้านศักยภาพของประชาชนที่เข้าร่วมเวทีสาธารณะ ด้านรูปแบบการดำเนินงาน ด้านการสนับสนุนจากหน่วยงานและองค์กรภายนอก ด้านความร่วมมือของประชาชน ด้านลักษณะของชุมชน ด้านการดำเนินงานแบบบูรณาการในพื้นที่ ด้านความสนใจของผู้บริหารในเรื่องสุขภาพะ ด้านการติดต่อสื่อสารในชุมชนและผู้นำท้องถิ่นมีความเข้มแข็ง

เพ็ญแข ลากยั้ง เสกสรรค์ พวกอินแสง และกันยา บุญธรรม (2556) ที่ได้ทำการวิจัยเรื่องการประเมินกระบวนการนำมติสมาชิกสุขภาพแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติระยะที่ 2: กรณีศึกษา 6 มติ ที่พบว่า ปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อน คือ ศักยภาพและคุณภาพของแกนขับเคลื่อน และเครือข่ายภาคประชาสังคมในพื้นที่

กงพัฒน์ แกมณิล และพรทิพย์ คำพอ (2013) ศึกษาเรื่องการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ: บ้านโคกสะอาดหมู่ที่ 4 ตำบลหอคำ อำเภอบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ พบว่า การใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ระดับสูงและการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับดีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและนอกจากนั้นยังได้จัดทำโครงการเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ 6 โครงการโดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณและความร่วมมือจากชุมชนเป็นอย่างดีและผลการดำเนินงานส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้และการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง

เนตรดาว จิตโสภาคกุล (2557) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนสุขภาพของผู้สูงอายุ การมีและการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปใช้บริการได้อย่างสะดวก การได้แรงสนับสนุนในสังคมจากบุคคลใกล้ชิด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการส่งเสริมสุขภาพ การได้รับแรงสนับสนุนในสังคมจากบุคคลใกล้ชิด การได้รับแรงสนับสนุนในสังคมผ่านสื่อจากแหล่งต่าง ๆ และการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปใช้บริการได้สะดวก สามารถร่วมกันทนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 40.00

วริยา จันทรขำ และคณะ (2557) ศึกษาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเองกรณีศึกษา: องค์การบริหารส่วนตำบลท่างาม อำเภอมโนรมบุรี จังหวัดสิงห์บุรี โดยการใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า 1) ฐานคิด ทุนสังคม และศักยภาพการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อสร้างชุมชนจัดการตนเอง คือ การมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผลประโยชน์ แก้ไขปัญหา โดยใช้ภาคีเครือข่ายสร้างความมีจิตสาธารณะ เพื่อพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพ พัฒนาสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุข

ภาวะชุมชน จัดระบบบริการสุขภาพ จัดตั้งกองทุน/สวัสดิการ และนำใช้ข้อมูล มาพัฒนางานอย่างเป็นระบบ 2) รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเอง ใช้ระบบ ฐานข้อมูลตำบล บูรณาการทุนและศักยภาพในสังคมภายในและภายนอกพื้นที่ เน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิต สุขภาพความเป็นอยู่ และการพึ่งพาตนเอง ดูแลผู้ที่ จะเข้าสู่ผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุ โดยเน้น 4 มิติ คือ 1) การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long-term care) 2) การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ ด้าน การเรียนรู้สัมมาอาชีวะ 3) การเตรียมความพร้อมก่อนวัยสูงอายุ และ 4) การจัด สภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

จิณณฉินา พงษ์ดี และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ (2558) ศึกษาปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหมืองแบ่ง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ปัญหาด้านสุขภาพด้านร่างกายในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.22, SD 0.71) และรับรู้ความต้องการด้านสุขภาพในส่วน ของด้านจิตใจ อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.73, SD 0.68) นอกจากนี้ยังพบว่า อายุ และเพศ เป็น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ นอกจาก อายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยที่ เกี่ยวข้องกับความต้องการด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล (2558) ได้ศึกษาระดับพหุพลังของผู้สูงอายุไทย โดยนำ แนวคิดภาวะพหุพลังขององค์การอนามัยโลก 3 ด้าน คือ ด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วมในสังคม และด้านการมีหลักประกัน มาใช้ในการกำหนดกรอบแนวคิดของการวิจัย และทำการศึกษถึงปัจจัย กำหนดที่มีอิทธิพลต่อระดับพหุพลังของผู้สูงอายุไทย โดยกำหนดข้อปัจจัยและจัดตัวแปรภายใต้ ปัจจัยให้สอดคล้องและเหมาะสมโดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554 ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ระดับพหุพลังของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อควบคุม ปัจจัยอื่น ๆ โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยด้วยแบบจำลองโพรบิตเรียงลำดับ (Ordered-probit Model) พบว่า ปัจจัยกำหนดระดับพหุพลังของผู้สูงอายุไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ เขตที่อยู่อาศัย ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ต่อปี การทำงานการตรวจสุขภาพ การดูแล ประณินบัติ และการออกกำลังกาย โดยตัวแปรที่นำมาใช้ในการสร้างดัชนีพหุพลังประกอบด้วย ดัชนี ด้านสุขภาพ 6 ตัวชี้วัด (สุขภาพกาย สุขภาพจิต การมองเห็น การได้ยิน ข้อจำกัดในการทำกิจวัตร ประจำวัน และข้อจำกัดด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย) ดัชนีด้านการมีส่วนร่วม 2 ตัวชี้วัด (การเป็น สมาชิกกลุ่ม/ชมรม และการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรม) ดัชนีด้านความมั่นคง 3 ตัวชี้วัด (ความ เพียงพอของรายได้ ความเป็นเจ้าของบ้าน และลักษณะการอยู่อาศัย)

อาหามะ เจ๊ะโซ๊ะ (2558) ศึกษาการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในการ ดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลในจังหวัดปัตตานี กลุ่มตัวอย่างเป็นคณะกรรมการกองทุน หลักประกันสุขภาพตำบลที่ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ปี 2554 จำนวน 45 คน จาก 15 ตำบล พบว่า มีการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุน

หลักประกันสุขภาพตำบล จำนวน 4 ตำบล ลักษณะการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลมี 4 รูปแบบ คือ รูปแบบที่ 1 สามารถนำไปประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพทุกขั้นตอน 11 ขั้นตอน รูปแบบที่ 2 สามารถนำไปประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ 11 ขั้นตอน ยกเว้นการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ รูปแบบที่ 3 สามารถนำไปประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ 9 ขั้นตอน ยกเว้นการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพตำบล และรูปแบบที่ 4 สามารถนำไปประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ 9 ขั้นตอน

พิมลพรรณ ดีเมฆ และจารุณี จันธิยะ (2558) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ บ้านใหม่เสรีธรรม ตำบลเชียงทอง อำเภอวังเจ้า จังหวัดตาก พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.6 มีอายุในช่วง 60 - 71 ปี ร้อยละ 58.9 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.3 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 45.6 มีรายได้ต่อเดือน 600 - 3,734 บาท ร้อยละ 84.4 และ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 55.6 ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.0 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการตรวจสุขภาพประจำปี รองลงมา คือ ด้านการออกกำลังกาย และด้านการพักผ่อน ตามลำดับ

ปิยะ เทพปิยะวงศ์ (2015) ศึกษาเรื่องแนวพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวและความพึงพอใจกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลระยะยาว อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาวมีความพึงพอใจต่อการให้บริการของทีมหมอครอบครัวในระดับมากถึง 7 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลรักษา ร้อยละ 58.02 การสร้างเสริมสุขภาพ ร้อยละ 57.55 การดูแลและเป็นที่ยึดเวลาเจ็บป่วย ร้อยละ 57.02 การจัดทำข้อมูลสถานะสุขภาพประจำครอบครัว ร้อยละ 52.83 การสร้างเสริมพลังให้ประชาชนและครอบครัวเข้าใจสุขภาพตนเอง ร้อยละ 52.36 ด้านให้คำปรึกษาแนะนำ ร้อยละ 51.89

พิมพิสุทธิ์ บัวแก้ว และรติพร ถึงฝั่ง (2559) ศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยและอำนาจในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้วยตัวแปรคุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนในสังคมและการดูแลสุขภาพพบว่าภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนในสังคมและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยได้ร้อยละ 11.2 ตัวแปรที่สำคัญที่สุด คือ รายได้โดยพบว่าระดับรายได้เฉลี่ยต่อปีตั้งแต่ 50,000 บาทขึ้นไป สามารถทำนายภาวะสุขภาพผู้สูงอายุได้มากที่สุด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน เท่ากับ .174 รองลงมาคือการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน เท่ากับ .164 การศึกษานี้เสนอแนะว่าภาครัฐควรที่จะคงไว้ซึ่งนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการของผู้สูงอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่งเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและปรับปรุงช่องทางการเข้าถึงสิทธิดังกล่าวให้ครอบคลุมและทั่วถึง รวมทั้งส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว

กมล วิเศษงามปภณ์ และวิชรี ศรีทอง (2559) ศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในตำบลไผ่ท่าโพ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมในระดับเหมาะสมปานกลาง และพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การศึกษา สภาพสมรส การมีผู้ร่วมอาศัย การเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ ความพอเพียงของรายได้ ความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง และแรงสนับสนุนจากครอบครัว บุคลากรสาธารณสุขและชุมชน

ณัฐวดี พูลทอง (2559) ได้ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชน บ้านโนนสง่า ตำบลซาง อำเภอเซกา จังหวัดบึงกาฬ พบว่ากระบวนการดำเนินงานตามการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชนบ้านโนนสง่า ตำบลซาง อำเภอเซกา จังหวัดบึงกาฬ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาบริบทของพื้นที่ วิเคราะห์สภาพปัญหา 2) ประชุมเชิงปฏิบัติการ 3) ทำแผนปฏิบัติการ 4) ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ 5) นิเทศติดตาม 6) สรุป ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานและวางแผนในการแก้ไขปัญหา กระบวนการดังกล่าวนำไปสู่ความสำเร็จในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุอย่างมีระบบ ซึ่งปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานตามระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชน ที่สำคัญคือ ภาวศเครือข่าย โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขที่สามารถเป็นแกนนำในการดำเนินกิจกรรมเชิงรุกร่วมกับทีมและภาวศเครือข่ายในพื้นที่อย่างใกล้ชิดโดยมีกลไกการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง

ชิตชนก เชิงเชาว์ และคณะ (2559) ได้ศึกษาการวิจัยผสมวิธี – ใหม่เอี่ยมถอดตามหรือไม่ พบว่า การวิจัยผสมวิธีเป็นการนำการวิจัยประเพณีนิยม คือ การวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพมาผสมกัน โดยมีจุดประสงค์หลักเพื่อให้จุดเด่นของการวิจัยประเภทหนึ่งมาแก้ไขจุดอ่อนของการวิจัยอีกประเภทหนึ่ง มีการออกแบบของการวิจัยผสมวิธี แบ่งเป็น 6 ประเภท ขึ้นกับวิธีการนำการวิจัยทั้งสองประเภทมาผสมกัน ได้แก่ การออกแบบคู่ขนานเข้าหากัน การออกแบบต่อเนื่องเชิงอธิบาย การออกแบบต่อเนื่องเชิงสำรวจ การออกแบบเชิงซ้อน การออกแบบแปลงรูป และการออกแบบหลายขั้นตอน การวิจัยผสมวิธีมีลักษณะที่เป็นเอกลักษณ์ที่โดดเด่น พบได้ในสามขั้นตอนหลักของระเบียบวิธีวิจัย คือ ปัญหาของการวิจัย วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล แต่ปัญหาที่สำคัญในการวิจัยผสมวิธี คือ ผู้วิจัยต้องมีความรู้และประสบการณ์ของการวิจัยทั้งสองประเภท

ภัทราวดี มากมี (2559) ได้ศึกษาการออกแบบการวิจัยสำหรับการวิจัยแบบผสมวิธี พบว่า การออกแบบการวิจัยสำหรับการวิจัยแบบผสมวิธีมีลักษณะการผสมกันระหว่างการศึกษาเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ และได้แบ่งการวิจัยแบบผสมวิธีเป็น 2 แนวทาง ประกอบไปด้วย 1) แบบคู่เข้า-คู่ขนานและ 2) แบบสำรวจบุกเบิก-เป็นลำดับ ทั้งนี้การใช้การวิจัยแบบผสมวิธีนั้นกักวิจัยจำเป็นต้องทราบวัตถุประสงค์ ขั้นตอนกระบวนการ และรายละเอียดของระเบียบวิธีวิจัยที่เลือกใช้

อย่างถ่องแท้ โดยใช้การออกแบบการวิจัย 4 วิธี ได้แก่ 1) การให้น้ำหนัก 2) ช่วงเวลาในการดำเนินการวิจัย 3) ภาพรวมของทฤษฎีที่ใช้ และ 4) การผสมกันของการวิจัยแต่ละแบบ อย่างไรก็ตามข้อดีของการวิจัยแบบผสานวิธีนี้จะช่วยให้นักวิจัยได้คำตอบที่ก่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในประเด็นที่ศึกษาอย่างกว้างขวาง ลุ่มลึก สอดคล้องกับความเป็นจริงของศาสตร์ในสังคมหรือทางการศึกษามากกว่าที่ยึดมั่นเพียงเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพด้านใดด้านหนึ่ง

ประเสริฐ เล็กสรรเสริฐ (2560) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพของสมัชชาสุขภาพ จังหวัดนนทบุรี พบว่า รูปแบบการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพของสมัชชาสุขภาพที่เหมาะสมมีองค์ประกอบ 5 ด้าน คือ 1) ด้านความเข้มแข็งของผู้นำในชุมชนและความสนใจในเรื่องสุขภาพ 2) ด้านความเข้มแข็งของชุมชน 3) ด้านรูปแบบการดำเนินงาน 4) ด้านความร่วมมือของประชาชน 5) ด้านการดำเนินงานแบบบูรณาการในพื้นที่ รูปแบบมีองค์ประกอบ 8 ขั้นตอน และมี 12 กิจกรรมที่ต้องดำเนินการ

สุรศักดิ์ บุญเทียน (2560) ศึกษาการพัฒนาและการประเมินรูปแบบการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้วิธีวิทยาแบบผสมผสาน ครอบคลุมประชากรผู้มีส่วนได้เสียในประเด็นปัญหาสาธารณะที่เกิดขึ้น พบว่า การผลักดันมติสมัชชาสุขภาพจังหวัดกำแพงเพชรเข้าสู่กระบวนการตัดสินใจกำหนดนโยบายของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้นั้น จะต้องประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐาน 10 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ 1) แกนนำ 2) กลไกการทำงาน 3) เครือข่ายและผู้มีส่วนได้เสีย 4) การกำหนดประเด็นสาธารณะและรวบรวมข้อมูลความรู้ 5) การกำหนดทิศทางเป้าหมายเชิงนโยบาย 6) การออกแบบกระบวนการ 7) การผลักดันข้อเสนอเชิงนโยบาย 8) การพัฒนาศักยภาพ 9) การสื่อสารกับสังคม 10) การติดตามประเมินผล

วิไล ตาปะสี และคณะ (2560) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชนตำบลวังตะกู จังหวัดนครปฐม โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (participatory action research) พบว่า 1) ปัญหาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ ขาดความรู้ในการรับทราบยา มีความเชื่อ ในการใช้ยาไม่ถูกต้อง ญาติผู้ดูแลขาดความรู้ในการประกอบอาหารให้กับผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุ ไม่สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้สะดวก เนื่องจากไม่มีญาติพาไป 2) ความต้องการได้รับการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ การมีบริการการตรวจรักษาที่บ้าน การมีผู้ช่วยเหลือพาเข้าห้องน้ำ พาเดินไปตรวจที่โรงพยาบาล การได้รับความรู้เรื่องผลข้างเคียง ของยา การออกกำลังกาย การให้มีแพทย์ประจำรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และการมีองค์กรบริหารส่วนตำบลวังตะกูมาเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นและ ให้มีพระมาโปรดที่บ้าน

กุลิศรา ปิ่นทอง และคณะ (2561) ศึกษาสภาพการพัฒนาคูณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไขในการพัฒนาคูณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดสิงห์บุรี พบว่า 1) สภาพสังคมผู้สูงอายุในจังหวัดสิงห์บุรีได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ผู้สูงอายุบางส่วนยังคงต้องรับการดูแลจากครอบครัว มีรายได้ไม่แน่นอน จากอาชีพเกษตรกรรม มีหน้าที่ต้องดูแลบุตรหลาน มีภาระหนี้สิน ขาดการออม และการวางแผนการเงิน 2) ปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคูณภาพชีวิตด้านสังคมของผู้สูงอายุในจังหวัดสิงห์บุรี เกิดจากขาดการสนับสนุนของบุตรหลาน ความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง การเจ็บป่วยเรื้อรังจากโรคร้ายไข้เจ็บต่าง ๆ นอกจากนั้นในด้านเศรษฐกิจ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพที่แน่นอน รายได้จึงไม่มั่นคง มีหนี้สินผูกพันครอบครัว ไม่มีรายได้เสริมนอกจากเบี้ยยังชีพที่ได้รับจากรัฐ หน่วยงานภาครัฐและหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องยึดระเบียบกฎหมาย ข้อบังคับ การทำงานจึงแยกเป็นส่วนๆและมีความซ้ำซ้อน ขาดการบูรณาการ 3) กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ควรสนับสนุนแผนงานและงบประมาณอย่างชัดเจนแก่หน่วยงานที่รับผิดชอบระดับจังหวัด เพื่อจัดกิจกรรมรณรงค์และส่งเสริมชมชมผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกระดับ รณรงค์ส่งเสริมผู้สูงอายุเข้าศึกษาในโรงเรียนสำหรับผู้สูงอายุ โดยใช้หลัก บวร (บ้าน วัด โรงเรียน) การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สร้างรายได้ด้วยการส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่น หน่วยงานภาครัฐที่รับผิดชอบควรบูรณาการ การทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่น

2.7.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

Bowling and Browne, (1991) ศึกษากลุ่มผู้สูงอายุตอนปลาย ที่กรุงลอนดอน ประเทศอังกฤษ อายุ 85 ปี ขึ้นไป เพศชายมีสุขภาพที่ดีกว่าเพศหญิง โดยพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีความรู้สึกทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างยากลำบาก มีมากกว่าเพศชายถึง 3 เท่า อันเนื่องมาจากอายุมากขึ้น ทำให้ 3 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างจึงส่งผลให้ทำกิจกรรมประจำวันด้วยตนเองด้วยความลำบากและต้องได้รับการดูแล ผู้สูงอายุที่อาศัย เพียงลำพังต้องเผชิญกับปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ ในด้านร่างกายความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น

Layard (2005) ได้ทำการศึกษาองค์ประกอบที่มีผลต่อความสุขของผู้สูงอายุโดยพบว่า ปัจจัยเสรีภาพส่วนบุคคล ปัจจัยสังคมและเพื่อนฝูง ปัจจัยการได้มีส่วนร่วมในการทำประโยชน์ให้กับสังคม ปัจจัยด้านการเงินของผู้สูงอายุ และปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยพบว่าองค์ประกอบเหล่านี้เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสุขของผู้สูงอายุ

Tae, Wha Lee, Il Sun Ko and Kyung Ja Lee (2006) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของชุมชนสูงอายุในเกาหลี จำนวน 2,000 คน พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย การดื่ม

แอลกอฮอล์ในปริมาณพอประมาณ การตรวจวัดความดันโลหิต การวิเคราะห์การถดถอยของตัวแปร การรับรู้สถานะทางสุขภาพ การเจ็บป่วยเรื้อรัง กิจกรรมประจำวัน การออกกำลังกายและเพศ มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าความสัมพันธ์ (R^2) เท่ากับ .412

Chen et al. (2010) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของอายุของคนที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 356 คน ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพศชาย ได้แก่ อายุ การไม่เจ็บไข้ได้ป่วย การมีสถานะทางการเงินที่ดี การไม่ขัดแย้งกับผู้อื่น การมีลูกหลานเป็นเพื่อน และประสิทธิภาพของตนเอง ในขณะที่ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพศหญิง ได้แก่ การไม่เจ็บไข้ได้ป่วย การไม่ขัดแย้งกับผู้อื่น การมีบทบาทในสังคม การทำกิจกรรมส่วนตัว และกิจกรรมกลุ่ม

Thomopoulou et al. (2010) ได้ศึกษาและวิจัยเกี่ยวกับความแตกต่างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และความโดดเดี่ยวหรือความว้าเหวของผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความแตกต่างในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และเพื่อศึกษาความโดดเดี่ยวหรือความว้าเหวของผู้สูงอายุ จำแนกตามช่วงของอายุ โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตซึ่งแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจ และด้านครอบครัว ผลการศึกษพบว่า 1) ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย 120 คน และเป็นเพศหญิง 60 คน สามารถจำแนกเป็นช่วงอายุผู้สูงอายุได้เป็นอายุ 60-74 ปี จำนวน 100 คน และช่วงอายุตั้งแต่ 75 ปี ขึ้นไป จำนวน 80 คน สถานภาพสมรส จำนวน 118 คน หย่าร้าง 9 คน และเป็นม่าย 53 คน 2) ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพศชายสูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง 3) ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-74 ปี สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป 4) ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีสมรสสูงกว่าผู้สูงอายุที่หย่าร้าง แต่ผู้สูงอายุที่หย่าร้างมีระดับคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่เป็นสถานภาพเป็นม่าย 5) ระดับความโดดเดี่ยวหรือความว้าเหวของผู้สูงอายุเพศหญิงสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย 6) ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสซึ่งมีการติดต่อกับลูกหลานจะมีความโดดเดี่ยวหรือความว้าเหวน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหย่าร้างและผู้สูงอายุที่มีสถานภาพเป็นม่าย นอกจากนี้ยังพบอีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีสถานภาพเป็นม่ายจะมีเจ็บปวดทางจิตใจในเรื่องความโดดเดี่ยวหรือว้าเหวจากการสูญเสียคนที่รักอย่างเห็นได้ชัด

L. Rioux a, C. Werner (2011) ศึกษาความพึงพอใจในสถานที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเมืองฝรั่งเศส พบผลการศึกษาว่า ความพึงพอใจของผู้สูงอายุสอดคล้องกับการอยู่ดีมีสุข มีสถานะการเงินที่ดี การรับรู้เรื่องสุขภาพและความกระตือรือร้นของผู้สูงอายุ ประเด็นศึกษาเรื่องสุขภาพ

Maria and others (2011) ศึกษาความสำคัญของผลสำเร็จโดยรวมเพื่อความเข้าใจด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มความเข้าใจมุมมองปรากฏการณ์สุขภาพที่บ้าน โดยวิธีดำเนินการเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้สูงอายุจัดการความพร่องทางร่างกายเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิตประจำวัน 4 กระบวนการ ได้แก่ 1) บทบาทผู้อาศัยในครอบครัว 2) ความตระหนักถึงความ

อ่อนแอทางสภาวะจิตใจ สิ่งนี้เป็นที่ประจักษ์ว่าผู้สูงอายุมีความหมายในวิถีชีวิตทุกวันตลอดไป ผู้สูงอายุเข้าร่วมทำประโยชน์ ผู้สูงอายุมีความมั่นคงในชีวิต 3) มีความสะดวกสบายในชีวิต และ 4) จุดเปลี่ยนแปลงการต่อสู้ดิ้นรน และการเจรจาต่อรอง

International Longevity Centre Brazil: ILC-Brazil (2015) ได้นำกรอบแนวคิดพลวัตพลังขององค์การอนามัยโลกมาปรับเพิ่มองค์ประกอบด้านการเรียนรู้ตลอดชีวิตเข้ามาในกรอบแนวคิด โดยในการพัฒนาภาวะพลวัตพลังในสังคมของบราซิล จะให้ความสำคัญกับการเข้าถึงการศึกษาและการฝึกอบรมของผู้สูงอายุรวมถึงการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและการเรียนรู้ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ทั้งจากการเรียนรู้จากภายนอกและภายในครอบครัว

Nuno Couto et al. (2017) ศึกษาวิเคราะห์การรับรู้ของผู้สูงอายุชาวโปรตุเกสเป็น การศึกษาเกี่ยวกับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานทางจิตใจและความสุขของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยผู้สูงอายุ 309 คน (หญิง 242 คนชาย 67 คน) มีอายุอยู่ในช่วง 60-90 ปี ($M = 68.59$) พบผลการศึกษาว่าการรับรู้ความต้องการพื้นฐานทางจิตใจของผู้สูงอายุชาวโปรตุเกสเป็นตัวทำนายเชิงบวกเกี่ยวกับความสุขในผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่รับรู้ความสามารถในระดับสูงจะทำกิจกรรมทางกายมาก จึงสรุปได้ว่าผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางกายมากจะรับรู้ความสุขและควมมีชีวิตชีวาในวัยสูงอายุระดับสูง

Peter Alders (2019) พบว่าความต้องการสำหรับการดูแลสถาบันเสื่อมลงเช่นเดียวกับการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการสูงวัยในบ้านเดิมด้วยการได้รับการดูแลจากสถานพยาบาล สูงขึ้น (Nursing Home) โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาและร่างกาย

Huan-Ji Dong et al. (2020) ศึกษาปัจจัยที่กำหนดความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุที่ต้องทนทุกข์ทรมานจากอาการปวดเรื้อรังที่เกี่ยวกับสังคม พบผลการศึกษาว่าผู้สูงอายุที่มีอาการปวดเรื้อรังรายงานว่าความพึงพอใจในชีวิตและความพึงพอใจต่อสุขภาพร่างกายลดลงซึ่งการจัดการกับความเจ็บปวดในวัยชราจำเป็นต้องพิจารณาถึงโรคประจำตัวและอาการปวดอย่างรุนแรงเพื่อเพิ่มความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ

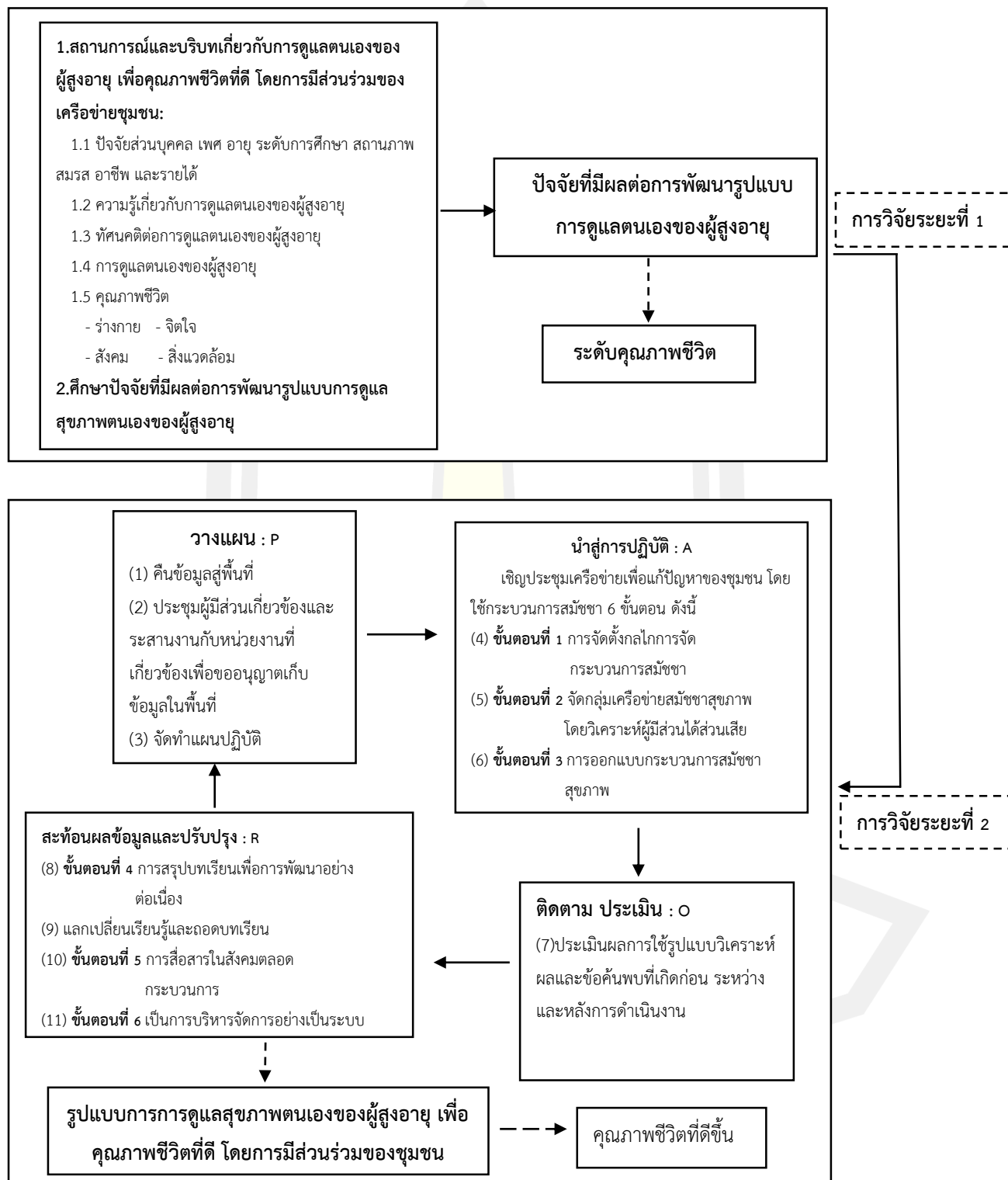
Mira Ahn, Hyun Joo Kwon and Jiyun Kang (2020) ศึกษาการรับรู้ถึงความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุที่ชราในบ้านเดิม (Aging in place) โดยผู้สูงอายุมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 328 คน พบผลการศึกษาว่า สามารถจัดแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้สูงอายุไม่เข้มงวด (Easygoing Town Keepers), 2) กลุ่มผู้สูงอายุผู้วิตกกังวลด้านการเงิน (Finance Cautious Worriers) และ 3) กลุ่มผู้สูงอายุผู้ประสบความสำเร็จ (Balanced Achievers) โดยกลุ่มผู้สูงอายุผู้ไม่เข้มงวด (Easygoing Town Keepers) ให้ความสำคัญกับความปลอดภัย ความมั่นคงและครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการสูงวัยในบ้านเดิมและผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีคะแนนความอยู่ดีมีสุขระดับปานกลาง กลุ่มผู้สูงอายุผู้วิตกกังวลด้านการเงิน (Finance Cautious Worriers) ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีรายได้ต่ำกว่าผู้สูงอายุกลุ่มผู้ประสบความสำเร็จ (Balanced Achievers) ในขณะที่ปัจจัยด้านบริการและการเงินเป็นปัจจัยสำคัญต่อการสูงวัยในบ้านเดิมและผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีคะแนนความอยู่ดีมีสุขระดับปานกลาง ผู้สูงอายุกลุ่มผู้ประสบความสำเร็จ (Balanced Achievers) ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่สำเร็จการศึกษา

มากกว่าระดับปริญญาตรี มีรายได้สูงและกลุ่มนี้เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ย่านชานเมือง ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีคะแนนความเป็นอยู่ที่ดีมากที่สุด

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กล่าวโดยสรุปว่าในปัจจุบันประชากรสูงอายุในประเทศไทยได้มีการเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว และผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะเสื่อมถอยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจและสังคม นอกจากจะก่อให้เกิดผลกระทบต่าง ๆ ทั้งแก่ตัวผู้สูงอายุเองแล้ว การเกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพส่งผลกระทบต่อประเทศในด้านการรักษาพยาบาลด้วย การเพิ่มขึ้นของประชากรวัยผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วนี้มีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะทางด้านสาธารณสุข ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะมีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ยั่งยืนและเหมาะสมกับบริบทของชุมชนนั้น คนในชุมชนต้องมีส่วนร่วมรับรู้ ร่วมคิดและต้องเป้าหมายออกแบบกิจกรรมการดำเนินงานและวัดผลด้วยตนเอง ผู้วิจัยเป็นบุคคลากรในพื้นที่และมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ได้รับรู้ถึงสภาพปัญหาในการดำเนินงาน จึงมองเห็นความสำคัญของการพัฒนาการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ โดยอาศัยความร่วมมือของนักวิจัยและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องร่วมสร้างกระบวนการให้เกิดองค์ความรู้ ทักษะคิด หรือการร่วมมือปฏิบัติ ซึ่งมีการส่งเสริมให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาทุกขั้นตอน และจากแนวคิดการสร้างสมัชชาสุขภาพ ซึ่งเน้นให้มีการกำหนดนโยบายที่มาจากชุมชนจะทำให้เกิดการจัดระบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่นั้น โดยในการศึกษานี้ จะทำความเข้าใจมุมมองความคาดหวังที่หลากหลายของผู้ที่เกี่ยวข้อง ทั้งมุมมองของผู้บริหาร ผู้ให้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนาระบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร ต่อไป ซึ่งนำมาสู่การกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

พหุบัน ปณ จิตโต ชีเว

2.8 กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดย การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Method Research) โดยผู้วิจัยกำหนดวิธีการดำเนินการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 รูปแบบการวิจัย

ใช้รูปแบบวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Method Research) โดยแบ่งการวิจัยเป็น 2 ระยะ คือ

1) การวิจัยระยะที่ 1 ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อ ศึกษาสถานการณ์และบริบทเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) ผสมผสานวิธี แบบคู่ขนานกับการใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เจาะลึกและใช้กระบวนการกลุ่ม

2) การวิจัยระยะที่ 2 ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ตามแนวคิด ของ Kemmis & McTaggart และใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ 6 ขั้นตอน ในการดำเนินงานวิจัย เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างระยะที่ 1

3.2.1.1 การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาสถานการณ์และบริบทเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน

ประชากร ได้แก่

1) ประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีรายชื่อในเขตพื้นที่อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร ทั้งหมดจำนวน 9,247 คน (ข้อมูลจากโรงพยาบาลมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร, 2560)

2) ผู้ดูแลที่เป็นบุคคลที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุและมีบทบาทในการดูแลเกี่ยวกับการพาผู้สูงอายุมาพบแพทย์ หรือการจัดเตรียมอาหารและยา(กรณีมีโรคประจำตัว) หรือดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุเป็นหลักหรือใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุดในครอบครัว ๑ ละ 1 คน ทั้งหมดจำนวน 9,247 คน (ข้อมูลจากโรงพยาบาลมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร, 2561)

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1) ประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีรายชื่อในเขตพื้นที่อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร ทั้งหมดจำนวน 369 คน

2) ผู้ดูแลที่เป็นบุคคลที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุและมีบทบาทในการดูแลเกี่ยวกับการพาผู้สูงอายุมาพบแพทย์ หรือการจัดเตรียมอาหารและยา(กรณีมีโรคประจำตัว) หรือดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุเป็นหลักหรือใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุดในครอบครัว ๑ ละ 1 คน ทั้งหมดจำนวน 369 คน

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่ที่มีหน้าที่เกี่ยวกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและเครือข่ายชุมชน อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร โดยมีรายละเอียดดังนี้

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรในกรณีที่ทราบจำนวนประชากร (Estimating the finite population proportion) และวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ (Stratified random sampling) โดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากร กรณีประชากรมีขนาดเล็ก (อรุณ จิรวินน์กุล, 2553, Ngamjarus C., Chongsuvivatwong V., 2014) ดังนี้

จากสูตร

$$n = \frac{Nx^2P(1-P)}{e^2(N-1)+x^2P(1-P)}$$

กำหนดให้ n = จำนวนขนาดตัวอย่างของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

N = จำนวนขนาดประชากร

x^2 = ค่าไคสแควที่ $df = 1$ และระดับความเชื่อมั่นที่ 95% มีค่าเท่ากับ 3.841

P = ค่าสัดส่วนของประชากร เท่ากับ 0.5

α = α - error โดยกำหนดค่าระดับความเชื่อมั่น 95%

เมื่อ $\alpha = 0.05$ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

$e =$ ค่าความแม่นยำของการประมาณ กำหนดเท่ากับ 0.05

แทนค่าในสูตร
$$n = \frac{Nx^2P(1-P)}{e^2(N-1)+x^2P(1-P)}$$

จะได้
$$n = \frac{3.841 \times 9,247 \times 0.5(1-0.5)}{0.05^2(9,247-1)+3.841 \times 0.5(1-0.5)}$$

$$n = 368.86 \text{ คน}$$

จากการคำนวณจะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 369 คน

การสุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Sampling) ในผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนด โดยมีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 แบ่งกลุ่มตามหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตพื้นที่ในอำเภอมาหาชะชัย จังหวัดยโสธร จำนวน 17 แห่ง และคำนวณสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบล โดยใช้สูตร คำนวณการเปรียบเทียบบัญญัติไตรยางศ์ ดังแสดงในตาราง 5

สูตรในการเปรียบเทียบบัญญัติไตรยางศ์ ดังนี้

$$\text{สูตร } n_i = \frac{n \times N_i}{N}$$

เมื่อ n_i = กลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N_i = จำนวนประชากรในแต่ละตำบล

N = จำนวนประชากรของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

ตาราง 5 จำนวนประชากรผู้สูงอายุ จำแนกตามการแบ่งกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิ

ลำดับ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	จำนวน (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
1.	ฟ้าหยาด	547	22
2.	เหมือด	209	9
3.	ดอนผึ้ง	476	19
4.	บากเรือ	470	19
5.	คุ้ม	578	23
6.	ลำโรง	523	21
7.	สงยาง	758	30
8.	หัวดอน	833	33
9.	หัวเมือง	931	37
10.	หัวดง	233	9
11.	พระเสาร์	517	21
12.	กุดพันเขียว	473	19
13.	ราชบุรี	485	19
14.	ชัยชนะ	693	28
15.	โพธิ์ศรี	687	27
16.	ดงจาง	322	13
17.	เหล่าใหญ่	512	20
รวมทั้งหมด		9,247	369

ขั้นตอนที่ 2 เลือกกลุ่มตัวอย่างที่ได้ในแต่ละตำบล ดังนี้

1) ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) (อรุณ จิรวัดนกุล, 2553) โดยสุ่มผู้สูงอายุที่มีรายชื่อตามทะเบียนบ้านในแต่ละตำบลและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม ถึง 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2562 ตามที่คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละแห่งจนครบจำนวน 369 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกประชากรเข้าร่วมการศึกษา (Inclusion criteria) ดังนี้

(1) ประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีรายชื่อในเขตพื้นที่อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร

(2) ผู้สูงอายุที่สามารถอ่านออกเขียนได้ สื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ

(3) ผู้สูงอายุที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ตามดัชนีบาร์ธเอล เอดีแอล (Barthel ADL index)

(4) สมัครงใจและยินดีให้ความร่วมมือในการเป็นกลุ่มตัวอย่าง

2) ผู้ดูแลหรือผู้ที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุ และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุเป็นหลัก โดยเลือกจากผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม จำนวน 369 คน กรณีที่ญาติผู้สูงอายุไม่ได้อยู่ด้วย ผู้วิจัยจะนัดหมายในการขอเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลในภายหลัง หรือกรณีที่กลุ่มผู้สูงอายุดูแลตนเองเป็นหลัก ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่จะเลือกตอบแบบสอบถามนี้จะเป็นผู้มีความใกล้ชิดที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุหรือเป็นบุคคลในครอบครัว

3.2.1.2 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อนำข้อมูลมาสนับสนุนข้อมูลเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างได้จากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์การคัดเข้าร่วมการศึกษาและเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา คือ

1) ตัวแทนประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีรายชื่อในเขตพื้นที่อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร จำนวน 5 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกประชากรเข้าร่วมการศึกษา (Inclusion criteria) ดังนี้

(1) ประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีรายชื่อในเขตพื้นที่อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร

(2) ผู้สูงอายุที่สามารถอ่านออกเขียนได้ สื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ

(3) ผู้สูงอายุที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ปกติดัชนีบาร์ธเอล เอดีแอล (Barthel ADL index)

(4) สมัครงใจและยินดีให้ความร่วมมือในการเป็นกลุ่มตัวอย่าง

2) ตัวแทนผู้ดูแลหรือผู้ที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุ และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุเป็นหลัก โดยเลือกจากผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม จำนวน 5 คน กรณีที่ญาติผู้สูงอายุไม่ได้อยู่ด้วย ผู้วิจัยจะนัดหมายในการขอเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลในภายหลัง หรือกรณีที่กลุ่มผู้สูงอายุดูแลตนเองเป็นหลัก ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่จะเลือกตอบแบบสอบถามนี้จะเป็นผู้มีความใกล้ชิดที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุหรือเป็นบุคคลในครอบครัว

3) เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ 2 คน ประกอบด้วย พยาบาล 1 คน และ นักวิชาการ 1 คน

3.2.2 ประชากรและกลุ่มเป้าหมายในระยะที่ 2

การสร้างและพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดย การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน (เลือกพื้นที่ผู้วิจัยจะกำหนดภายหลังจากได้ผลวิเคราะห์ข้อมูลใน ระยะที่ 1) โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

1) ผู้สูงอายุที่มีรายชื่อในทะเบียนประวัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขต พื้นที่ ปี พ.ศ. 2561 (จำนวนผู้เข้าร่วม ผู้วิจัยจะกำหนดภายหลังจากได้ผลวิเคราะห์ข้อมูลในระยะที่ 1) กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

- (1) ประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีรายชื่อในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ โรงพยาบาลมหาราชนะชัย จังหวัดยโสธร
- (2) เป็นผู้ที่มีคะแนนการประเมินคุณภาพชีวิตจากการเก็บข้อมูลใน ระยะแรก อยู่ในระดับต่ำ
- (3) ผู้สูงอายุสามารถอ่านออกเขียนได้ สื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ
- (4) ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ปกติโดยไม่มีข้อ ห้ามจากแพทย์ผู้รักษา
- (5) สม่ครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- (1) ผู้สูงอายุขอถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมการศึกษา
- (2) ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดทางด้านร่างกายหรือไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ หรือไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง
- (3) ผู้สูงอายุมีอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ มีความดันโลหิตขณะ พักมากกว่าหรือเท่ากับ 160/100 mmHg มีการเต้นของหัวใจผิดปกติที่ยังควบคุมไม่ได้ มีอาการ เจ็บหน้าอก
- (4) ผู้สูงอายุย้ายที่อยู่อาศัย
- (5) ผู้สูงอายุมีระยะเวลาการเข้าร่วมหรือการติดตามประเมินผลน้อยกว่าร้อยละ 90.0 ของระยะเวลาทั้งหมด

2) แกนนำสุขภาพชุมชน/ตัวแทนคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุและอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นตัวแทนจากพื้นที่ในเขตโรงพยาบาลมหาราชนะชัย จำนวน 10 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

- (1) เป็นผู้นำ อสม. ของหน่วยบริการในอำเภอมหาชนะชัย ไม่น้อยกว่า 6 เดือน
- (2) เป็นผู้ที่มีสม่ครใจและยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

(1) ขอลอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย

(2) ผู้สูงอายุย้ายที่อยู่อาศัย

4) ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 คน นายกเทศมนตรี 1 คน ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข 1 คน กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน 6 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล 1 คน รวม 9 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

(1) ปฏิบัติงานที่อำเภอมาหะชนะชัย จังหวัดยโสธร ไม่น้อยกว่า 6 เดือน

(2) เป็นผู้ที่มีสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

(1) ขอลอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย

(2) ย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน

5) ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน อำเภอมาหะชนะชัย จังหวัดยโสธร ได้แก่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล 5 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3 คน เจ้าหน้าที่พัฒนาชุมชน 2 คน และเจ้าหน้าที่กศน. 1 คน รวม 11 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

(1) รับผิดชอบงานผู้สูงอายุของอำเภอมาหะชนะชัย จังหวัดยโสธร

(2) รับผิดชอบงานผู้สูงอายุของอำเภอมาหะชนะชัย จังหวัดยโสธร ไม่น้อยกว่า 6 เดือน

(3) เป็นผู้ที่มีสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

(1) ขอลอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย

(2) ย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน

3.3 พื้นที่ในการวิจัย

เขตพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลมาหะชนะชัย อำเภอมาหะชนะชัย จังหวัดยโสธร

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนที่สร้างขึ้น โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

เครื่องมือชุดที่ 1

1. แบบสอบถามลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย บุคคลที่มีหน้าที่หลักในการดูแล โรคประจำตัวอื่น ความสามารถในการทำกิจกรรม

2. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย คำถาม 30 ข้อ คำถามเป็นแบบเลือกตอบถูก-ผิด โดยถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องผู้สูงอายุและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ใน 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านการมีส่วนร่วมและด้านความมั่นคง ซึ่งในแต่ละข้อ จะมีตัวเลือกที่ถูกเพียง 1 ตัวเลือก ถ้าตอบถูกต้อง ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน โดยคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 - 30 คะแนน ดังนี้

การแปลผลของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พิจารณาจากเกณฑ์ที่กำหนดของ bloom โดยแบ่งช่วงคะแนนออกเป็น 3 ระดับ (Bloom, 1967)

ระดับความรู้ดี	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80.0 ขึ้นไป (24 ข้อ ขึ้นไป)
ระดับความรู้ปานกลาง	ได้คะแนนระหว่างร้อยละ 60.0 – 79.9 (19 - 23 ข้อ)
ระดับความรู้ต่ำ	ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60.0 (น้อยกว่า 19 ข้อ)

3. แบบสอบถามทัศนคติต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยเกี่ยวข้อง เพื่อให้ครอบคลุมเนื้อหาสาระตามวัตถุประสงค์ สรุปหลักสำคัญทัศนคติที่จำเป็นเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ทัศนคติต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านร่างกาย 5 ข้อ ทัศนคติต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านจิตใจ 5 ข้อ ทัศนคติต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านการมีส่วนร่วมต่อสังคม 5 ข้อ และทัศนคติต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านความมั่นคงในชีวิต 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบแบบ 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน (ประคอง กรรณสูต, 2542) ดังนี้

1) ข้อคำถามเชิงลบ

ไม่เห็นด้วย	เท่ากับ	4	คะแนน
ไม่เห็นใจ	เท่ากับ	3	คะแนน
เห็นด้วย	เท่ากับ	2	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ	1	คะแนน

2) ข้อคำถามเชิงบวก

ไม่เห็นด้วย	เท่ากับ	1	คะแนน
ไม่เห็นใจ	เท่ากับ	2	คะแนน
เห็นด้วย	เท่ากับ	3	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ	4	คะแนน

เกณฑ์การประเมินทัศนคติต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุรายข้อและรวมทุกข้อ
ใช้การคำนวณทางสถิติแบบหาค่าเฉลี่ยเลขคณิตโดยการกำหนดช่วงของการวัด 3 ระดับ (Best, 1981)
ดังนี้

คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด
จำนวนระดับขั้น

ตาราง 6 เกณฑ์การประเมินทัศนคติต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ทัศนคติต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ	ช่วงคะแนน	ระดับทัศนคติการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ		
		ต่ำ	ปานกลาง	สูง
ทัศนคติโดยรวม	20 - 80	20.0 – 40.0	40.1 - 60	60.1 - 80
ทัศนคติด้านสุขภาพร่างกาย	5 - 20	5.0 – 10.0	10.1 - 15	15.1 - 20
ทัศนคติด้านสุขภาพจิตใจ	5 - 20	5.0 – 10.0	10.1 - 15	15.1 - 20
ทัศนคติด้านการมีส่วนร่วมในสังคม	5 - 20	5.0 – 10.0	10.1 - 15	15.1 - 20
ทัศนคติด้านความมั่นคงในชีวิต	5 - 20	5.0 – 10.0	10.1 - 15	15.1 - 20

4. แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามพลังของผู้สูงอายุของ สุปราณี แดงวงษ์ (2552) ที่สร้างขึ้นตามกรอบนโยบายพัฒนาพลังขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ โดยประเมินการดูแลตนเอง 4 ด้าน คือ 1) ด้านสุขภาพร่างกาย 5 ข้อ 2) ด้านสุขภาพจิตใจ 5 ข้อ 3) ด้านการมีส่วนร่วม 5 ข้อ และ 4) ด้านความมั่นคง 5 ข้อ แต่ละข้อให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์หรือสิ่งที่ได้กระทำที่ผ่านมาในช่วงวัยสูงอายุ ซึ่งสามารถเลือกตอบได้ 4 ระดับ ดังนี้

คะแนน 4	หมายถึง	ปฏิบัติสม่ำเสมอ
คะแนน 3	หมายถึง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง
คะแนน 2	หมายถึง	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง
คะแนน 1	หมายถึง	ไม่ปฏิบัติเลย

เกณฑ์การประเมินการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ รายข้อและรวมทุกข้อใช้การคำนวณทางสถิติแบบหาค่าเฉลี่ยเลขคณิตโดยการกำหนดช่วงของการวัด 3 ระดับ (Best, 1981) ดังนี้

คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด

จำนวนระดับขั้น

ตาราง 7 เกณฑ์การประเมินการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ	ช่วงคะแนน	ระดับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ		
		ต่ำ	ปานกลาง	สูง
การดูแลตนเองโดยรวม	20 - 80	20.0 – 40.0	40.1 - 60	60.1 - 80
การดูแลตนเองด้านสุขภาพร่างกาย	5 - 20	5.0 – 10.0	10.1 - 15	15.1 - 20
การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตใจ	5 - 20	5.0 – 10.0	10.1 - 15	15.1 - 20
การดูแลตนเองด้านการมีส่วนร่วมในสังคม	5 - 20	5.0 – 10.0	10.1 - 15	15.1 - 20
การดูแลตนเองด้านความมั่นคงในชีวิต	5 - 20	5.0 – 10.0	10.1 - 15	15.1 - 20

5. แบบประเมินคุณภาพชีวิต ฉบับภาษาไทย (WHOQOL- BRES -THAI) ของ นายแพทย์สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2540) โดยเครื่องมือดังกล่าวได้พัฒนาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (The World Health Organization Quality of Life:

WHOQOL) ซึ่งมีข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived Objective) และอัตวิสัย (Self-report Subjective) จะประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ 1. ด้านสุขภาพกาย (Physical domain) 2. ด้านจิตใจ (Psychological domain) 3. ด้านสัมพันธภาพในสังคม (Social relationships) และ 4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)

5.1 การให้คะแนน การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL – 26 ข้อ คำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือข้อ 1, 5 และ 12 แต่ละข้อเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ

กลุ่มที่ 1 ข้อความทางลบ 3 ข้อ

กลุ่มที่ 2 ข้อความทางบวก 23 ข้อ

กลุ่มที่ 1 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้ กลุ่มที่ 2 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ตอบไม่เลย	1	ตอบ ไม่เลย	5
ตอบเล็กน้อย	2	ตอบ เล็กน้อย	4
ตอบปานกลาง	3	ตอบ ปานกลาง	3
ตอบมาก	4	ตอบ มาก	2
ตอบมากที่สุด	5	ตอบ มากที่สุด	1

5.2 การแปลผลคะแนน

คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนนตั้งแต่ 26 -130 คะแนน

โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

คะแนน 26 - 60	คะแนน	คะแนนคุณภาพชีวิตระดับต่ำ
คะแนน 61 - 95	คะแนน	คะแนนคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง
คะแนน 96 - 130	คะแนน	คะแนนคุณภาพชีวิตระดับสูง

ตาราง 8 การแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต แยกออกเป็นองค์ประกอบต่าง ๆ

องค์ประกอบ	การรับรู้คุณภาพ ชีวิตระดับต่ำ	การรับรู้คุณภาพชีวิต ระดับปานกลาง	การรับรู้คุณภาพ ชีวิตระดับสูง
1.ด้านสุขภาพกาย	7.0 - 16.3	16.4 - 25.7	25.8 - 35.0
2.ด้านจิตใจ	6.0 - 14.0	14.1 - 22.0	22.1 - 30.0
3.ด้านสัมพันธภาพในสังคม	3.0 - 7.0	7.1 - 11.0	11.1 - 15.0
4.ด้านสิ่งแวดล้อม	8.0 - 18.6	18.7 - 29.3	29.4 - 40.0
- ด้านสุขภาพภาพรวม	2.0 - 4.0	4.1 - 7.0	7.1 - 10.0
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26.0 - 60.0	61.0 - 95.0	96.0 - 130.0

องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย

ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7

องค์ประกอบด้านจิตใจ

ได้แก่ ข้อ 8, 9, 10, 11, 12, 13

องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพในสังคม

ได้แก่ ข้อ 14, 15, 16

องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม

ได้แก่ ข้อ 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24

องค์ประกอบอื่น ๆ

ได้แก่ ข้อ 25, 26

การนำเสนอผลจะต้องนำเสนอในรูปของคะแนนเฉลี่ยทั้งหมด และคะแนนของแต่ละองค์ประกอบด้วยเพื่อใช้เปรียบเทียบกับการศึกษาอื่น ๆ

เครื่องมือชุดที่ 2

1. แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ คือ ระดับการมีส่วนร่วมมาก ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง และระดับการมีส่วนร่วมน้อย ดังนี้

เกณฑ์คะแนน

ตอบ น้อย ให้ 1 คะแนน

ตอบ ปานกลาง ให้ 2 คะแนน

ตอบ มาก ให้ 3 คะแนน

การแบ่งระดับการมีส่วนร่วม แบ่งได้ 3 ระดับ ใช้แบบอิงเกณฑ์โดยคิดคะแนนจาก (ค่าสูงสุด - ค่าต่ำสุด) / จำนวนขั้น (Best, 1981) โดยนำผลรวมคะแนนแต่ละตัวแปรหารด้วยจำนวนข้อของแต่ละตัวแปรคิดค่าคะแนนจาก

สูตร คะแนนสูงสุดของแบบสอบถาม – คะแนนต่ำสุดของแบบสอบถาม
จำนวนชั้นที่ต้องการ

$$\text{แทนค่า} = \frac{3 - 1}{3} = 0.66$$

การแปลผล

ระดับการมีส่วนร่วมมาก	หมายถึง	มีคะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.00
ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง	หมายถึง	มีคะแนนเฉลี่ย 1.67 - 2.33
ระดับการมีส่วนร่วมน้อย	หมายถึง	มีคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.66

2. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้มีส่วนร่วมและผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 คือ ระดับการมีส่วนร่วมมาก ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง และระดับการมีส่วนร่วมน้อย ดังนี้

เกณฑ์คะแนน

ตอบ	น้อย	ให้ 1 คะแนน
ตอบ	ปานกลาง	ให้ 2 คะแนน
ตอบ	มาก	ให้ 3 คะแนน

การแบ่งระดับการมีส่วนร่วม แบ่งได้ 3 ระดับ ใช้แบบอิงเกณฑ์โดยคิดคะแนนจาก (ค่าสูงสุด – ค่าต่ำสุด) / จำนวนชั้น (Best, 1981) โดยนำผลรวมคะแนนแต่ละตัวแปรหารด้วยจำนวนข้อของแต่ละตัวแปรคิดค่าคะแนนจาก

สูตร คะแนนสูงสุดของแบบสอบถาม – คะแนนต่ำสุดของแบบสอบถาม
จำนวนชั้นที่ต้องการ

$$\text{แทนค่า} = \frac{3 - 1}{3} = 0.66$$

การแปลผล

ระดับการมีส่วนร่วมมาก	หมายถึง	มีคะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.00
ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง	หมายถึง	มีคะแนนเฉลี่ย 1.67 - 2.33
ระดับการมีส่วนร่วมน้อย	หมายถึง	มีคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.66

แบบสัมภาษณ์

1. แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน สำหรับเก็บข้อมูลผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาชนะชัยและเจ้าหน้าที่ที่มีหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับงานผู้สูงอายุ โดยวิธีการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) ใช้สำหรับการเก็บข้อมูลสถานการณ์และบริบทเกี่ยวกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ที่ดำเนินการ

2. แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างเพื่อสัมภาษณ์เจาะลึกผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน

3.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย (1) ดร.ประเสริฐ ประสมรักษ ตำแหน่งหัวหน้าภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ (2) แพทย์หญิงธิดารัตน์ จิตรมาศ ตำแหน่งนายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร (3) นางชนิดา สัตตคุล ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร (4) นายรัศมี ธีแสน ตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักงานสาธารณสุข อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร (5) นายสุเทพ มุลกตุ ตำแหน่งผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลพาทายด อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร หลังจากผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ นำมาคำนวณค่า IOC (Index of Item-objective Congruence) กำหนดค่าการยอมรับเท่ากับ 0.5 ขึ้นไป (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2553) หากข้อคำถามมีค่าน้อยกว่า 0.5 ผู้วิจัยจะปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้สอดคล้องและครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการศึกษาตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน

2) การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่แก้ไขไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย หาค่าเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายใน (Internal consistency reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) กำหนดค่าการยอมรับรายชื่อ

เท่ากับ 0.2 ขึ้นไป และรวมทุกข้อเท่ากับ 0.7 ขึ้นไป (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2553) หากข้อคำถามมีค่าน้อยกว่าเกณฑ์การยอมรับผู้วิจัยจะปรึกษาผู้เชี่ยวชาญก่อนปรับปรุง แก้ไขหรือตัดข้อคำถามนั้น หากไม่สามารถปรับปรุงแก้ไขได้

3.6 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.6.1 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินงานวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 สถานการณ์และบริบทเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ดำเนินการการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องก่อน เพื่อให้ได้ประเด็นในการจัดทำแนวคำถามสำหรับการสร้างแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ เพื่อเป็นการเติมเต็มข้อมูล ตลอดจนเป็นการตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนและสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้

2) ศึกษาข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่เป็นข้อมูลทุติยภูมิ

3) การสังเคราะห์ข้อมูลการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดเป็นร่างสถานการณ์และบริบทเกี่ยวกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี

4) การเก็บข้อมูลภาคสนาม โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ แบบสอบถามสภาวะพลพลังของผู้สูงอายุ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สำหรับเก็บข้อมูลกับผู้สูงอายุ และใช้แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตพื้นที่อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร โดยวิธีการสัมภาษณ์เจาะลึก เพื่อเก็บข้อมูลสถานการณ์และบริบทเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผ่านมา

5) นำข้อมูลจากข้อ 4 มาวิเคราะห์ตัวแปรเพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหาชนะชัย จังหวัดยโสธร จึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยนี้ มีรายละเอียดดังนี้

1) ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เสนอต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและสาธารณสุขอำเภอหาชนะชัย จังหวัดยโสธร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล

2) หลังจากได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอหาชนะชัย จังหวัดยโสธร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการวิจัย

3) ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จากแฟ้มประวัติของผู้สูงอายุที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และออกเก็บข้อมูลที่บ้านผู้สูงอายุ ระหว่างวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 8.30 – 16.00 น.

4) ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัว ชักถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อตรวจสอบว่าตรงกับคุณสมบัติที่ตั้งไว้หรือไม่ และบอกวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ และให้ผู้สูงอายุลงนามยินยอมในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

5) หลังจากผู้สูงอายุยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัยได้อธิบายลักษณะของแบบสอบถาม จำนวนข้อคำถามและลักษณะการตอบแบบสอบถาม

6) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยอธิบายวิธีตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจก่อนทำแบบสอบถาม แล้วจึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถาม ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้ ผู้วิจัยอ่านให้ฟังทีละข้อโดยไม่มีการอธิบายเพิ่มเติม และบันทึกคำตอบตามที่กลุ่มตัวอย่างเลือกลงในแบบสอบถาม ใช้เวลาแต่ละราย 20 – 30 นาที

7) เมื่อได้ข้อมูลครบแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้อง และครบถ้วนของข้อมูล จากนั้นเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างพูดคุยแสดงความคิดเห็นและซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ และวิธีปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

8) สัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) ใช้สำหรับการเก็บข้อมูลสถานการณ์การดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ บริบทเกี่ยวกับรูปแบบระบบบริการ กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้สูงอายุ ญาติ ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง

9) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติและแปลผลต่อไป

ระยะที่ 2 สร้างและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน โดยใช้ข้อมูลจากการวิจัยระยะที่ 1 ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและเลือกพื้นที่ 1 ตำบลที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลมหาชະชัย อำเภอมหาชະชัย จังหวัดยโสธร เป็นพื้นที่ปฏิบัติการใช้กระบวนการมีส่วนร่วม โดยใช้กรอบแนวคิดกระบวนการการมีส่วนร่วม (PAOR) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart ประกอบด้วย (1) ขั้นวางแผน (Planning) (2) ขั้นปฏิบัติการ (Action) (3) ขั้นสังเกต (Observation) (4) ขั้นสะท้อนผล ข้อมูลและปรับปรุง (Reflection) และใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ 6 ขั้นตอน ในการดำเนินงานวิจัย โดยจะแบ่งประชากรที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มสมัชชาสุขภาพ จะต้องเข้าร่วมประชุมและดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ภาคส่วน ได้แก่ ภาคการเมือง ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม จำนวน 40 คน ในจำนวนนี้ได้แบ่งเป็นคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลฟ้าหยาด จำนวน 12 คน โดยใช้หลักเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย ดังนี้

(1.1) ภาคการเมือง ได้แก่ ผู้นำชุมชนหรือผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน สมาชิกสภาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(1.2) ภาควิชาการ ได้แก่ นักวิชาการที่มีความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ทำงานในตำบล และนอกตำบลฟ้าหยาดที่มีความสนใจและสมัครใจเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลและนักวิชาการ

(1.3) ภาคประชาสังคม เป็นประธาน/สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย หรือผู้ที่มีความสนใจและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ แก่นนำสุขภาพชุมชน/ตัวแทนคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ดังแสดงในตาราง 9

ตาราง 9 คณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลฟ้าหยาด ประกอบไปด้วย 3 ภาคส่วน

ภาคส่วน	บุคคลที่เกี่ยวข้อง	เครือข่ายสมัชชา	คณะทำงานสมัชชา
		สุขภาพ (คน)	สุขภาพ (คน)
1. ภาคการเมือง	- นายกเทศมนตรี	1	1
	- ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข	1	1
	- ผู้ใหญ่บ้าน	6	1
	- ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	1	1
2. ภาควิชาการ	- เจ้าหน้าที่ กศน.	1	1
	- เจ้าหน้าที่พัฒนาชุมชน	2	1
	- เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมหาชนะชัย	5	1
	- เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุข	3	1
3. ภาคประชาสังคม	- ผู้สูงอายุ	10	1
	- แก่นนำสุขภาพชุมชน	5	1
	- อสม.	5	2

2) กลุ่มผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มสำหรับประเมินผลลัพธ์ และได้รับประโยชน์จากนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ แต่ไม่ได้เข้าร่วมในกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ซึ่งจะระบุจำนวนตัวอย่างในภายหลังการวิจัยระยะที่ 1 เสร็จสิ้น

วิธีการการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ขั้นวางแผน (Planning) จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ ผู้มีส่วนร่วมที่มีหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมผ่านกลไกสมัชชาสุขภาพ ประกอบด้วย

1.1) การสร้างความรู้โดยการนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากระยะที่ 1 สะท้อนข้อมูลคืนให้ผู้มีส่วนร่วมได้รับรู้และตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาสถานการณ์และบริบทเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน และปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนที่ผ่านมา และกำหนดอนาคตว่าต้องการให้เกิดการปรับเปลี่ยนหรือพัฒนาในทิศทางใด

1.2) การสร้างแนวทางการพัฒนา เป็นขั้นตอนการหาวิธีการที่จะทำให้เกิดการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน โดยจัดประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่

1.3) จัดทำแผนปฏิบัติการ

2) ขั้นปฏิบัติการ (Action) ดำเนินการตามแผนรูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยเครือข่ายชุมชน เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน โดยเชิญประชุมเครือข่ายสมาชิกสุขภาพตำบลร่วมกันวางแผนปฏิบัติการเพื่อแก้ปัญหาของชุมชน โดยผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นและสนับสนุนการสร้างกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดมความคิดการวางแผนปฏิบัติการแก้ปัญหาในชุมชน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การจัดตั้งกลไกการจัดกระบวนการสมาชิก โดยคัดเลือกคณะทำงาน เพื่อจัดตั้งคณะกรรมการ ประชุมคณะทำงาน กำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ

ขั้นตอนที่ 2 จัดกลุ่มเครือข่ายสมาชิกสุขภาพ โดยวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย แต่งตั้งคณะกรรมการเครือข่าย จัดกลุ่มเครือข่าย

ขั้นตอนที่ 3 การออกแบบกระบวนการสมาชิกสุขภาพ ใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการสัมภาษณ์ สังเกต จัดเวทีสมาชิกสุขภาพระดับตำบล ดังนี้

(1) การกำหนดประเด็น เรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว

(2) พัฒนาประเด็นเชิงนโยบายเพื่อนำเสนอต่อที่ประชุม พัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย

(3) นำข้อมูลการศึกษาศถานการณ์ปัญหาที่ผู้วิจัยและคณะทำงานได้ดำเนินการศึกษานำเสนอแก่เครือข่ายร่วมทบทวนเพิ่มเติม สร้างความเข้าใจ

(4) หาข้อคิดเห็นและข้อตกลงร่วมกันในการดำเนินงาน ร่างข้อบัญญัติตำบล กำหนดข้อบัญญัติตำบล กำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

(5) ขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบายสู่การปฏิบัติ ต้องประสานงานกับหน่วยงานในตำบล เพื่อจะบรรลุผลตามนโยบายที่ได้ตั้งเป้าหมายเอาไว้

3) ขั้นสังเกต (Observation)

(1) ติดตามและประเมินผลการดำเนินการตามแผนรูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน

(2) เก็บข้อมูลเครือข่ายสมาชิกสุขภาพ

(3) เก็บข้อมูลผู้สูงอายุ

(4) วิเคราะห์ผลและข้อค้นพบที่เกิดก่อน ระหว่างและหลังการดำเนินงาน จากนั้นนำมาสังเคราะห์

4) ขั้นสะท้อนผลข้อมูลและปรับปรุง (Reflection)

ขั้นตอนที่ 4 การสรุปบทเรียนเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

1) สรุปบทเรียน

2) จัดเวทีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากหน่วยงานอื่น ถอดบทเรียน

ขั้นตอนที่ 5 การสื่อสารในสังคมตลอดกระบวนการโดยดำเนินการไปพร้อมกัน ตั้งแต่ขั้นตอนที่ 1- 6 เพื่อให้ทราบความก้าวหน้าของการดำเนินงาน ได้แก่

1) จัดทำเอกสารเพื่อแจ้งประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในชุมชนทราบเป็นระยะ

2) แจ้งประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้านทุกเดือน

3) เข้าร่วมประชุมคณะกรรมการตำบลเพื่อแจ้งข่าวประชาสัมพันธ์ทุกเดือน

ขั้นตอนที่ 6 เป็นการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบโดยดำเนินการไปพร้อมกัน ตั้งแต่ขั้นตอนที่ 1- 6 ซึ่งฝ่ายเลขานุการและผู้วิจัยจะต้องทำการเก็บรวบรวมข้อมูลการดำเนินงานในทุกกระบวนการอย่างละเอียดทุกขั้นตอน และมีการจัดประชุมอย่างต่อเนื่อง

เมื่อได้รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนจากระยะที่ 2 ที่พัฒนาจนสมบูรณ์แล้ว ในขั้นตอนการสะท้อนจะจัดการความรู้จากผู้มีส่วนร่วม โดยการสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัย และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.7.1 การวิเคราะห์เชิงปริมาณ

1) ข้อมูลพื้นฐานวิเคราะห์ โดย การแจกแจงจำนวน ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงมาตรฐาน

2) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยเครือข่ายชุมชน เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน โดย Logistic regression

3) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชน เพื่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ก่อนและหลัง โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน โดยพิจารณาให้เหมาะสมกับลักษณะตัวแปร ได้แก่ การทดสอบความแตกต่างภายในกลุ่ม คือ Pair-t-test โดยก่อนการวิเคราะห์ ผู้วิจัยจะตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของการใช้สถิติเพื่อให้เลือกใช้ได้ถูกต้องและเหมาะสมกับลักษณะตัวแปร

3.7.2 การวิเคราะห์เชิงคุณภาพ

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสนทนาแบบทางการและไม่เป็นทางการ จากการดำเนินกิจกรรมตามแผนการดำเนินงาน การถอดบทเรียน การจัดการความรู้ ผู้วิจัยนำมาพิจารณา กำหนดรหัส จัดกลุ่มข้อมูล นำมาวิเคราะห์เนื้อหาและจัดหมวดหมู่เนื้อหา

3.8 จริยธรรมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

1) นำเสนอโครงร่างวิจัย ต่อคณะกรรมการด้านจริยธรรมการวิจัย ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

2) เมื่ออนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้ ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยโสธร สาธารณสุขอำเภอมหาชนะชัย และผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาชนะชัย เพื่อขอการรับรองและอนุมัติในการทำวิจัย

3) ภายหลังการรับรองและอนุมัติในการทำวิจัย ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และอธิบายชี้แจงขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย ขั้นตอนวิธีการดำเนินการเก็บข้อมูล และสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงให้ทราบว่าหากกลุ่มตัวอย่างไม่เข้าร่วมโครงการนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาทั้งในปัจจุบันและอนาคต ตลอดจนกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิถอนตัวเมื่อใดก็ได้ ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้จะถูกเก็บเป็นความลับ ซึ่งผู้วิจัยจะใช้รหัสตัวเลขแทนชื่อและนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลจะถูกนำเสนอในภาพรวม หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามจนเข้าใจและให้อิสระในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมโครงการหรือปฏิเสธเข้าร่วมโครงการ เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย จึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4) ผู้วิจัยจะไม่มีการระบุตัวตนของผู้ให้ข้อมูล มีการเก็บข้อมูลเป็นความลับ อยู่ในสถานที่ปลอดภัย และไม่มีการเปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคลจนสามารถระบุตัวตนอันจะทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสูญเสียความเป็นส่วนตัว นอกจากนี้ กลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับข้อมูลทางเอกสารต่าง ๆ ที่เทียบเท่ากับกลุ่มทดลองได้รับ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยมหาสารคามเลขที่การรับรอง 227/2562 วันที่รับรอง 26 ธันวาคม พ.ศ. 2562

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดย การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Method Research) ผู้วิจัยได้เสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ผลการศึกษาวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และบริบทเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของ ผู้สูงอายุ และปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชน จากการเก็บรวบรวมข้อมูลประชากรผู้สูงอายุ ในหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร

ผลการศึกษาวิจัยระยะที่ 2 การศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ผลของการใช้ รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และปัจจัยแห่งความสำเร็จต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ ของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน

4.1 ผลการศึกษาวิจัยระยะที่ 1 สถานการณ์และบริบทเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

การศึกษาในส่วนนี้ได้ทำการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ในส่วนของการศึกษาเชิง ปริมาณนั้นได้เก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุ จำนวน 369 คน ที่อาศัยอยู่ในอำเภอมหาชนะชัยและมีรายชื่อใน ทะเบียนของโรงพยาบาลมหาชนะชัย ณ วันที่ 20 กรกฎาคม 2562 มีทั้งสิ้น 17 หน่วยบริการ นอกจากนี้ในส่วนของการศึกษาเชิงคุณภาพ ได้ทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก จากกลุ่มตัวอย่าง ประชากรผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในอำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร และเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยบริการ ปฐมภูมิ ที่ทำหน้าที่ให้บริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งหมด จำนวน 10 คน โดยจะขอนำเสนอผล การศึกษาในแต่ละส่วนดังต่อไปนี้

4.1.1 บริบททั่วไป

อำเภอมหาชนะชัยตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกเฉียงใต้ของจังหวัดยโสธรห่าง จาก กรุงเทพมหานคร 560 กิโลเมตร ห่างจากจังหวัดประมาณ 42 กิโลเมตร มีทางหลวงแผ่นดิน ตัดผ่าน 2 สาย คือหมายเลข 2083 สายคาเชื่อนแก้ว – ราชี และทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 2227 สายพนม ไพร – มหาชนะชัย มีเนื้อที่ประมาณ 455.268 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 284,542.5 ไร่ มี 10 ตำบล 103 หมู่บ้าน เป็นพื้นที่ราบลุ่มโดยเฉพาะบริเวณลุ่มน้ำชี บางแห่งเป็นที่ดอนสูงพื้นที่ส่วนใหญ่ ลักษณะเป็นดินร่วนปนทราย ความอุดมสมบูรณ์ของดินอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีลำน้ำชีไหลผ่าน

ตั้งแต่บริเวณทิศตะวันตกเฉียงเหนือจรดทิศตะวันออกเฉียงใต้ยาวประมาณ 55 กิโลเมตร แบ่งพื้นที่อำเภอออกเป็น 2 ส่วน สภาพพื้นที่ส่วนใหญ่เหมาะแก่การเกษตรกรรมโดยเฉพาะการทำนา และการปลูกพันธุ์ไร่ เช่น มันสำปะหลัง และถั่วลิสง มีศิลปวัฒนธรรมและขนบธรรมเนียมประเพณีที่สำคัญ ได้แก่ ประเพณีบุญบั้งไฟ และประเพณีแห่มาลัยข้าวตอก ซึ่งเป็นประเพณีที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของชาวอำเภอมหาชนะชัยเป็นอย่างมาก เนื่องจากประชาชนมีความเชื่อเรื่องการจุดบั้งไฟเพื่อให้ฝนตกต้องตามฤดูกาล และทำให้ประชาชนมีขวัญกำลังใจในการทำนา และการเกษตรอื่น ๆ แต่ถ้าหากว่าปีใดไม่มีการจุดบั้งไฟ ปีนั้นฝนก็จะไม่ตกตามฤดูกาล พื้นที่การเกษตรก็จะได้รับความเสียหาย และเกษตรกรขาดขวัญกำลังใจในการทำนา ประเพณีบุญบั้งไฟจึงนับเป็นประเพณีคู่บ้านคู่เมืองของชาวอำเภอมหาชนะชัย และมีแนวโน้มที่จะมีการจุดเพิ่มมากขึ้นในอนาคต ส่วนประเพณีแห่มาลัยมาลัยข้าวตอก เป็นประเพณีหนึ่งเดียวในโลก ซึ่งจัดขึ้นเป็นประจำทุกปีในวันเพ็ญเดือนสามหรือวันมาฆบูชา

ความเป็นมาของประเพณีแห่มาลัยนี้ มีปรากฏในพระไตรปิฎกส่วนที่ว่าด้วยพระสูตรต้นตปิฎก บทปริณิพพานสูตร กล่าวคือ ดอกมณฑารพ ซึ่งเป็นดอกไม้บนสวรรค์ชั้นดาวดึงส์มีความสวยงามและมีกลิ่นหอมเป็นพิเศษ เวลาที่ดอกมณฑารพจะบานหรือร่วงหล่น ก็ต้องมีเหตุการณ์สำคัญ ๆ เท่านั้น คือ พระสัมมาสัมพุทธเจ้า ทรงประสูติ ตรัสรู้ ปริณิพพาน จตุรงคสันนิบาต และทรงแสดงพระธรรมจักรกัปปวัตนสูตร ดอกมณฑารพจึงได้ร่วงหล่นลงมายังโลกมนุษย์ ชาวอำเภอมหาชนะชัยมีความเชื่อว่ามีมาลัยข้าวตอกที่ชาวบ้านทำขึ้นนั้น เป็นสัญลักษณ์แทนดอกมณฑารพแห่งสรวงสวรรค์ และเพื่อบูชาองค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้า จึงได้พากันทำมาลัยข้าวตอกขึ้น และจัดขบวนแห่ไปถวายตามวัดต่าง ๆ นับเป็นประเพณีที่งดงามและเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัวของชาวอำเภอมหาชนะชัย ทำให้เกิดความสมัครสมานสามัคคีในพื้นที่ และมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของชาวอำเภอมหาชนะชัยเป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นที่สนใจของนักท่องเที่ยวทั้งในและต่างประเทศ ทำให้มีนักท่องเที่ยวเดินทางเข้ามาชมมาลัยข้าวตอก และซื้อสินค้าจากกลุ่มทำมาลัยเป็นของฝากจากอำเภอมหาชนะชัย สร้างรายได้เสริมให้กับชาวอำเภอมหาชนะชัยอีกทางหนึ่ง และมีแนวโน้มที่จะมีการทำมาลัยข้าวตอกเพิ่มมากขึ้นเพื่อรองรับการเดินทางมาเยี่ยมชมของนักท่องเที่ยวและการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ

4.1.2 สภาพปัญหาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาสภาพการณ์การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอมหาชนะชัย พบว่าผู้สูงอายุแต่ละคนจะมีปัญหาทางด้านสุขภาพและปัญหาทางด้านเศรษฐกิจเป็นส่วนใหญ่ โดยผู้สูงอายุมักจะมีปัญหาด้านสุขภาพเสื่อมโทรม มีโรคภัยต่างๆ เบียดเบียน ทั้งโรคทางกาย และทางสมอง ผู้มีอายุเกิน 65 ปี มักมีการเปลี่ยนแปลงทางสมองคือ โรคสมองเสื่อม โรคหลงลืม โรคซึมเศร้า และยังขาดคนดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากลูกหลานต้องไปทำงานที่ต่างจังหวัด เพราะครอบครัวมีรายได้ที่ไม่เพียงพอสำหรับการเลี้ยงชีพ อีกทั้งผู้สูงอายุยังมีปัญหาทางด้านสังคม คือ ผู้สูงอายุไม่ได้รับการยกย่อง

จากสังคมเหมือนเดิม โดยเฉพาะผู้ที่เคยเป็นข้าราชการ ตำแหน่งสูงซึ่งเคยมีอำนาจและบิรารแวดล้อม เมื่อเกษียณอายุราชการ อาจเสียดายอำนาจและตำแหน่งที่เสียไป ส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ ผู้สูงอายุจะไม่ได้ได้รับความเอาใจใส่ และความอบอุ่นจากลูกหลานอย่างเพียงพอ ทำให้รู้สึกว่าเหว อ้างว้าง และอาจจะมีควมวิตกกังวลต่างๆ เช่น กังวลว่าจะถูกลูกหลาน และญาติพี่น้องทอดทิ้ง กังวล ในเรื่องความตาย ผู้สูงอายุมักมีอารมณ์เปลี่ยนแปลง เช่น เศร้า เฉยเมย เอาแต่ใจตนเอง ผู้สูงอายุบาง คน ก็ยังมีความต้องการความสุขทางโลกีย์ ซึ่งไม่เหมาะสมกับวัยของตนทำให้ได้รับความผิดหวัง อีกทั้ง การเปลี่ยนแปลงในสังคม และวัฒนธรรม ในอดีตจะเป็นครอบครัวใหญ่ ที่เรียกว่า ครอบครัวขยาย ทำให้มีความสัมพันธ์แน่นแฟ้น และเกิดความอบอุ่น ระหว่างพ่อ แม่ และลูกหลาน ในปัจจุบันครอบครัว คนไทย จะเป็นครอบครัวเดี่ยวเป็นส่วนใหญ่ ลูกหลานจะมาทำงานในเขตเมืองทิ้งพ่อแม่ให้เฝ้าบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างโดดเดี่ยว ไม่ได้รับการดูแล และได้รับความอบอุ่นดังเช่นอดีตที่ผ่านมา

4.1.3 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการวิจัยจากการใช้แบบสัมภาษณ์ มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.3 อยู่ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 52.0 รองลงมา อยู่ในช่วงอายุ 70 – 79 ร้อยละ 31.7 (SD = 8.06) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 52.3 รองลงมา คือ หม้าย ร้อยละ 36.3 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43.47 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 95.48 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,001 – 5,000 บาท ร้อยละ 244 (SD = 4,244.81) ส่วนใหญ่มีรายได้ที่ไม่เพียงพอ ส่วนเรื่องสิทธิในการรักษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 35.43 โดยมีรายได้อยู่ระหว่าง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41.2 รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 23.8 ซึ่งส่วนใหญ่จะมีระยะเวลาป่วยอยู่ระหว่าง 1- 7 ปี ร้อยละ 61.4 (SD = 6.11) โดยอาศัยอยู่กันเป็นครอบครัว มีสมาชิก 4 – 6 คน ร้อยละ 52.2 มีสถานภาพของการอาศัยในครัวเรือน โดยเป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 70.8 และยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี ร้อยละ 80.2 รายละเอียดดังแสดงในตาราง 10

ตาราง 10 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร
ของผู้สูงอายุ (n = 369)

คุณลักษณะทางประชากร		จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
	ชาย	150	40.7
	หญิง	219	59.3
อายุ(ปี)			
	60 – 69	192	52.0
	70 – 79	118	31.7
	80 – 89	52	14.4
	90 – 99	7	1.9
$\bar{X}$ = 70.53 ปี, SD = 8.06, Min. = 60 ปี, Max. = 98 ปี			
สถานภาพสมรส			
	โสด	12	3.3
	สมรส	193	52.3
	หม้าย	134	36.3
	หย่าร้าง	27	7.3
	แยกกันอยู่	3	0.8
อาชีพหลักหรืองานที่ใช้เวลาในการทำเป็นส่วนใหญ่			
	เกษตรกร	241	65.3
	แม่บ้าน/พ่อบ้าน	56	15.2
	ว่างงาน/ไม่มีงานทำ/กำลังหางานทำ	35	9.5
	ข้าราชการ/ลูกจ้างของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ	23	6.2
	ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว	6	1.6
	รับจ้างทั่วไป	5	1.4
	พนักงานลูกจ้างเอกชน	3	0.8

ตาราง 10 (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
สวัสดิการสุขภาพ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง 30 บาท)	320	86.7
สิทธิประกันสังคม/กองทุนทดแทน	6	1.6
ข้าราชการบำนาญ	13	3.5
รัฐวิสาหกิจ	7	1.9
หน่วยงานอิสระของรัฐ	2	0.5
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	19	5.1
ประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน	8	2.2
สวัสดิการจัดโดยนายจ้าง	1	0.3
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (รวมรายได้จากเบี้ยผู้สูงอายุ/พิการ)		
≤ 1000	94	25.5
1,001 – 5,000	244	66.1
5,001 – 10,000	17	4.6
10,001 – 15,000	3	0.8
> 15,000	11	3.0
Median = 1,600.00, Min. = 600 บาท, Max. = 35,000 บาท		
การศึกษา (ระบุการศึกษาขั้นสูงสุด)		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	72	19.5
ประถมศึกษา	256	69.4
มัธยมศึกษาตอนต้น	19	5.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย	18	4.9
ปริญญาตรี	4	1.1
โรคประจำตัวหรือโรคทางระบบที่แพทย์ระบุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ความดันโลหิตสูง	152	41.2
เบาหวาน	88	23.8
ไขมันในเลือดสูง	47	12.7
โรคหัวใจและหลอดเลือด	36	9.8
ภูมิแพ้	15	4.1
ภาวะซึมเศร้า	15	4.1
มะเร็ง	5	1.4

ตาราง 10 (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาในการป่วย (ปี) n=244		
1 – 7	150	61.4
8 – 15	65	26.6
16 – 23	22	9.1
มากกว่า 23	7	2.9
$\bar{X}$ = 5.05 ปี, SD = 6.11, Min. = 1 ปี, Max. = 30 ปี		
ปัจจุบันอาศัยอยู่กับใคร		
อยู่คนเดียวตามลำพัง	34	9.2
อยู่กับครอบครัว (พ่อแม่ ภรรยา/สามี บุตรหลาน พี่น้อง)	335	90.8
มีสมาชิกอาศัยอยู่รวมกันทั้งหมด (คน) n=335		
1 - 3	122	36.5
4 - 6	175	52.2
7 - 9	37	11.0
มากกว่า 9	1	0.3
$\bar{X}$ = 3.92 ปี, SD = 2.01, Min. = 1 คน, Max. = 11 คน		
สถานภาพในครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว	237	64.2
สมาชิกในครอบครัว	100	27.1
ผู้อาศัย	32	8.7
การช่วยเหลือตนเอง		
ช่วยเหลือตนเองได้ดี	296	80.2
มีการพึ่งพาเมื่อออกนอกบ้าน	64	17.3
พึ่งพาตลอดเวลา	9	2.4

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จะแบ่งออกเป็น 4 ด้าน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยรวม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านสุขภาพจิตใจ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านความมั่นคงในชีวิต อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 46.1, 39.3 และ 64.5 ตามลำดับ ส่วนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านการมีส่วนร่วมในสังคม อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 33.9 และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านสุขภาพร่างกาย อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 41.7

เมื่อพิจารณารายข้อที่ตอบถูกมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ถ่ายทอดประสบการณ์แก่คนอื่นเป็นการทำประโยชน์เพื่อสังคม บริเวณทางขึ้นบันไดต้องมีแสงสว่างที่เพียงพอจะช่วยลดอุบัติเหตุและบริเวณทางขึ้นบันไดต้องมีแสงสว่างที่เพียงพอจะช่วยลดอุบัติเหตุ ร้อยละ 97.0, 95.1 และ 94.9 ตามลำดับ ส่วนข้อที่ตอบผิดมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ รับประทานยาเยอะ ๆ ช่วยให้หายขาดจากโรคประจำตัวได้ โรคเบาหวาน หัวใจ ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมองมักเกิดกับผู้สูงอายุ งานอดิเรกจะช่วยเพิ่มความเครียดให้ผู้สูงอายุ ร้อยละ 46.9, 42.5 และ 37.4 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 11, 12

ตาราง 11 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการสูงอายุ (n = 369)

ระดับความรู้เกี่ยวกับการสูงอายุ	จำนวน	(ร้อยละ)
ต่ำ (น้อยกว่า 19 ข้อ)	141	41.7
ปานกลาง (19 - 23 ข้อ)	221	46.1
สูง (24 ข้อ ขึ้นไป)	17	12.2
รวม	369	100

$\bar{X} = 19.2$, S.D. = 2.63, min. = 11, max. = 30

ตาราง 12 จำนวน ร้อยละของความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของสูงอายุ (n = 369)

ความรู้เกี่ยวกับการสูงอายุ	จำนวน (ร้อยละ) ตอบถูก
ด้านสุขภาพร่างกาย	
1. ตรวจสุขภาพประจำปีทำให้ทราบความผิดปกติของร่างกาย	239 (64.8)
2. เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุแล้วสุขภาพร่างกายจะเสื่อมลงเรื่อย ๆ	258 (69.9)
3. การเดินเป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ	309 (83.7)
4. ควรตรวจสุขภาพช่องปาก อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	330 (89.4)
5. ออกกำลังกายทำให้ผู้สูงอายุเป็นโรคนอนไม่หลับ	321 (87.0)
6. สุนัขหรือสัตว์เลี้ยงจะช่วยให้ผู้สูงอายุผ่อนคลาย	319 (86.4)
7. โรคเบาหวาน หัวใจ ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง มักเกิดกับผู้สูงอายุ	212 (57.5)
8. รับประทานยาเยอะ ๆ ช่วยให้หายขาดจากโรคประจำตัวได้	196 (53.1)
ด้านสุขภาพจิตใจ	
9. อ่านหนังสือธรรมะช่วยให้ผ่อนคลายความเครียดได้	350 (94.9)
10. ฝึกสมาธิเป็นวิธีการควบคุมอารมณ์และจิตใจให้มั่นคง	340 (92.1)
11. งานอดิเรกช่วยเพิ่มความเครียดให้ผู้สูงอายุ	231 (62.6)
12. สุขภาพจิตใจจะเสื่อมลงเมื่อท่านเข้าสู่วัยสูงอายุ	254 (68.8)
13. ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่มักจะหลงลืม ควบคุมร่างกายไม่ค่อยได้	304 (82.4)
14. หัวเราะหรือยิ้มเป็นยาอายุวัฒนะ	333 (90.2)
15. นั่งสมาธิหรือปฏิบัติธรรม ทำให้รู้สึกพึงพอใจ	297 (80.5)
ด้านการมีส่วนร่วมในสังคม	
16. ผู้สูงอายุต้องมีเพื่อนหรือสังคมเฉพาะวัยเดียวกัน	240 (65.0)
17. ดูแลบุตรหลานช่วยลดภาระให้กับครอบครัว	296 (80.2)
18. ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของสังคม	234 (63.4)
19. เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ทำให้มีการกิจกรรมที่ดี	341 (92.4)
20. ถวายทอดพระสมภารณ์แก่คนอื่น เป็นการทำประโยชน์เพื่อสังคม	358 (97.0)
21. ร่วมงานบวช งานแต่งงาน เป็นการทำกิจกรรมในสังคม	345 (93.5)

ตาราง 12 (ต่อ)

ความรู้เกี่ยวกับการสูงอายุ	จำนวน (ร้อยละ) ตอบถูก
22. ผู้สูงอายุควรแยกอาศัยอยู่ตามลำพัง	319 (86.4)
23. มีบทบาทในครอบครัวหรือสังคม เป็นการเพิ่มภาระให้กับคนรอบข้าง	283 (76.7)
ด้านความมั่นคงในชีวิต	
24. บริเวณทางลาดชันต้องมีที่ราวจับ เพื่อป้องกันการหกล้ม	338 (91.6)
25. บริเวณทางขึ้นบันไดต้องมีแสงสว่างที่เพียงพอจะช่วยลดอุบัติเหตุ	351 (95.1)
26. ผู้สูงอายุควรใช้ส้วมชักโครก เป็นการป้องกันอุบัติเหตุ	342 (92.7)
27. ผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องมีรายได้	315 (85.4)
28. ผู้สูงอายุไม่ควรวางแผนทำประกันชีวิตหรือประกันสุขภาพ	279 (75.6)
29. การวางแผนด้านการเงินช่วยให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างไม่เดือดร้อน	335 (90.8)
30. บริโภคสุรา บุหรี่ หรืออบายมุขต่าง ๆ ทำให้เกิดความสิ้นเปลืองและ เกิดความไม่มั่นคงในชีวิต	338 (91.6)
$\bar{X} = 19.28$, $SD = 2.63$, $Min. = 11$, $Max. = 30$	

ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาทัศนคติต่อการดูแลตนเองของสูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จะแบ่งออกเป็น 4 ด้าน พบว่า ทั้งทัศนคติต่อการดูแลตนเองของสูงอายุโดยรวม ทัศนคติต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านสุขภาพร่างกาย ทัศนคติต่อการดูแลตนเองของสูงอายุด้านสุขภาพจิตใจ ทัศนคติต่อการดูแลตนเองของสูงอายุด้านการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 64.5, 65.6, 80.2 และ 81.3 ตามลำดับ ($\bar{X} \pm SD = 57.21 \pm 5.28$, 13.59 ± 2.61 , 13.40 ± 2.06 และ 13.73 ± 1.73 ตามลำดับ) ส่วนทัศนคติต่อการดูแลตนเองของสูงอายุด้านความมั่นคงในชีวิตอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 68.3 ($\bar{X} \pm SD = 16.47 \pm 2.33$) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า

3.1) ด้านสุขภาพร่างกายต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีทัศนคติระดับสูง ได้แก่ ผู้ที่มีสุขภาพที่ดีควรดื่มน้ำ ($\bar{X} \pm SD = 3.68 \pm 0.83$) และการดูแลสุขภาพไม่จำเป็นต้องได้สารอาหารครบถ้วน ($\bar{X} \pm SD = 3.30 \pm 1.08$)

3.2) ด้านสุขภาพจิตใจต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีทัศนคติระดับสูง ได้แก่ ธรรมชาติช่วยฝึกจิตใจให้พร้อมกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ($\bar{X} \pm SD = 3.64 \pm 0.67$) ทำกิจกรรมที่หลากหลายเป็นการผ่อนคลายความเครียด ($\bar{X} \pm SD = 3.40 \pm 0.76$)

3.3) ด้านการมีส่วนร่วมในสังคมต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีทัศนคติระดับสูง ได้แก่ การทำบุญทุกครั้งที่มีโอกาสทำให้เรามีความสุขทางใจ ($\bar{X} \pm SD = 3.80 \pm 0.48$) การสนทนาและปฏิบัติธรรมทำให้สภาพจิตใจดีขึ้นได้ ($\bar{X} \pm SD = 3.68 \pm 0.62$) เมื่อมีคนพูดถึงการเป็นผู้สูงอายุมักเป็นคนที่ไม่มีความค่า ($\bar{X} \pm SD = 3.47 \pm 0.86$)

3.4) ด้านความมั่นคงของชีวิตต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีทัศนคติระดับสูง ได้แก่ การเก็บเงินเพื่อเอาไว้ใช้สอยเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ($\bar{X} \pm SD = 3.75 \pm 0.56$) วางแผนปรับปรุงบ้านให้เหมาะสมกับวัยเป็นสิ่งจำเป็น ($\bar{X} \pm SD = 3.47 \pm 0.72$) การทำพินัยกรรมเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเป็นผู้สูงอายุ ($\bar{X} \pm SD = 3.14 \pm 0.90$) ดังแสดงในตาราง 13, 14

ตาราง 13 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยคะแนนและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับทัศนคติต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านสุขภาพร่างกาย ($n = 369$)

ทัศนคติต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ	จำนวน (ร้อยละ) ระดับทัศนคติ			$\bar{X}$	S.D.
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
ทัศนคติโดยรวม	16(4.3)	238(64.5)	115(31.2)	57.21	5.28
ทัศนคติด้านสุขภาพร่างกาย	24(6.5)	242(65.6)	103(27.9)	13.59	2.61
ทัศนคติด้านสุขภาพจิตใจ	23(6.2)	296(80.2)	50(13.6)	13.40	2.06
ทัศนคติด้านการมีส่วนร่วมในสังคม	15(4.1)	300(81.3)	54(14.6)	13.73	1.73
ทัศนคติด้านความมั่นคงในชีวิต	4(1.1)	113(30.6)	252(68.3)	16.47	2.33

พหุ ประถมศึกษา

ตาราง 14 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติต่อการดูแลตนเองของ
สูงอายุ (n = 369)

ทัศนคติต่อการดูแลตนเองของสูงอายุ	จำนวน (ร้อยละ)				$\bar{X}$	S.D.	ระดับ ทัศนคติ
	ไม่เห็น ด้วย	น้อย	ปาน กลาง	มาก			
ด้านสุขภาพร่างกาย							
1. ผู้ที่มีสุขภาพที่ดีควรคงสุขภาพไว้	27 (7.3)	7 (1.9)	23 (6.2)	312 (84.6)	3.68	0.83	สูง
2. การดูแลสุขภาพไม่จำเป็นต้องได้ สารอาหารครบถ้วน	41 (11.1)	53 (14.4)	29 (7.9)	246 (66.7)	3.30	1.08	สูง
3. พักผ่อนวันละ 6 – 8 ชั่วโมง จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ	69 (18.7)	96 (26.0)	42 (11.4)	162 (43.9)	2.80	1.19	สูง
4. หยุดออกกำลังกายทันทีเมื่อรู้สึก หน้ามืดใจสั่น	112 (30.4)	70 (19.0)	59 (16.0)	128 (34.7)	2.55	1.25	ปานกลาง
5. ความรู้ความเข้าใจการ เปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายใน วัยสูงอายุเป็นสิ่งไม่จำเป็น	162 (43.9)	42 (11.4)	96 (26.0)	69 (18.7)	2.20	1.19	ปานกลาง
ด้านสุขภาพจิตใจ							
6. ธรรมชาติช่วยฝึกจิตใจให้พร้อมกับการ เปลี่ยนแปลงในชีวิต	10 (2.7)	9 (2.4)	85 (23.0)	265 (71.8)	3.64	0.67	สูง
7. ทำกิจกรรมที่หลากหลายเป็น การผ่อนคลายความเครียด	10 (2.7)	31 (8.4)	129 (35.0)	199 (53.9)	3.40	0.76	สูง
8. เมื่อนึกถึงความตายทำให้เศร้า	72 (19.5)	155 (42.0)	77 (20.9)	65 (17.6)	2.36	0.99	ปานกลาง
9. ควรรู้จักการเตรียมใจเกี่ยวกับ เรื่องความตาย	108 (29.3)	179 (48.5)	39 (10.6)	43 (11.7)	2.05	0.93	ปานกลาง
10. การทำสมาธิบางครั้งช่วยเพิ่ม ความเครียดต่อจิตใจให้สูงขึ้น	242 (65.6)	38 (10.3)	52 (14.1)	37 (10.0)	1.69	1.05	ปานกลาง

ตาราง 14 (ต่อ)

ทัศนคติต่อการดูแลตนเองของสูงอายุ	จำนวน (ร้อยละ)				$\bar{X}$	S.D.	ระดับ ทัศนคติ
	ไม่เห็น ด้วย	น้อย	ปาน กลาง	มาก			
ด้านการมีส่วนร่วม							
11. การทำบุญทุกครั้งที่มีโอกาสทำ ให้เรามีความสุขทางใจ	2 (0.5)	7 (1.9)	53 (14.4)	307 (83.2)	3.80	0.48	สูง
12. การสนทนาและปฏิบัติธรรมทำ ให้สภาพจิตใจดีขึ้นได้	8 (2.2)	7 (1.9)	81 (22.0)	273 (74.0)	3.68	0.62	สูง
13. เมื่อมีคนพูดถึงการเป็นผู้สูงอายุ มักเป็นคนที่ไม่มีความค่า	12 (3.3)	55 (14.9)	50 (13.6)	252 (68.3)	3.47	0.86	สูง
14. การพบปะเพื่อนฝูงในชมรม เป็นสิ่งที่น่าเบื่อ	19 (5.1)	52 (14.1)	43 (11.7)	255 (69.1)	3.45	0.91	สูง
15. ควรจะคิดเตรียมไว้ว่าแต่ละวัน จะทำกิจกรรมอะไรบ้าง	12 (3.3)	29 (7.9)	212 (57.5)	116 (31.4)	3.17	0.70	สูง
ด้านความมั่นคงในชีวิต							
16. การเก็บเงินเพื่อเอาไว้ใช้สอย เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ	4 (1.1)	12 (3.3)	57 (15.4)	296 (80.2)	3.75	0.56	สูง
17. วางแผนปรับปรุงบ้านให้ เหมาะสมกับวัยเป็นสิ่งจำเป็น	11 (3.0)	17 (4.6)	129 (35.0)	212 (57.5)	3.47	0.72	สูง
18. การทำพินัยกรรมเป็นสิ่งจำเป็น สำหรับการเป็นผู้สูงอายุ	29 (7.9)	42 (11.4)	146 (39.6)	152 (41.2)	3.14	0.90	สูง
19. วัยสูงอายุสามารถพัฒนาได้ เช่นเดียวกับในช่วงวัยอื่น ๆ	25 (6.8)	51 (13.8)	145 (39.3)	148 (40.1)	3.13	0.89	สูง
20. ติดตามข่าวสารเป็นสิ่งจำเป็น สำหรับวัยสูงอายุ	26 (7.0)	53 (14.4)	187 (50.7)	103 (27.9)	2.99	0.84	สูง

ส่วนที่ 4 ผลการศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จะแบ่งออกเป็น 4 ด้าน พบว่า การดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} \pm SD = 51.46 \pm 8.14$) และเมื่อพิจารณารายด้านจะพบว่า การดูแลตนเองของผู้สูงอายุทุกด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งด้านการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านสุขภาพร่างกาย ด้านการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านสุขภาพจิตใจ ด้านการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านการมีส่วนร่วมในสังคม และด้านการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านความมั่นคงในชีวิตอยู่ในระดับสูงอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} \pm SD = 12.14 \pm 2.48$, 12.11 ± 2.93 , $\bar{X} \pm SD = 12.65 \pm 2.22$ และ 13.86 ± 3.26) ตามลำดับ และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า

4.1) การดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านสุขภาพร่างกายในระดับต่ำ ได้แก่ ตีหม้อ กาแฟ หรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนเป็นประจำทุกวัน ($\bar{X} \pm SD = 1.96 \pm 0.86$)

4.2) การดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านสุขภาพจิตใจในระดับสูง ได้แก่ มีความวิตกกังวลเมื่อนึกถึงการเข้าสู่วัยสูงอายุ ($\bar{X} \pm SD = 3.02 \pm 0.91$) ส่วนผ่อนคลายความเครียดโดยการทำสมาธิ สวดมนต์ ไหว้พระ อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} \pm SD = 1.67 \pm 0.72$)

4.3) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านการมีส่วนร่วมในสังคมระดับสูง ได้แก่ เป็นที่ปรึกษาหรือผู้ทรงคุณวุฒิหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ($\bar{X} \pm SD = 3.04 \pm 0.88$)

4.4) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านความมั่นคงของชีวิตระดับสูง ได้แก่ ควรปรับปรุงที่อยู่อาศัยและจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ($\bar{X} \pm SD = 3.08 \pm 0.90$) ดังแสดงในตาราง 15,

ตาราง 15 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยคะแนนและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านสุขภาพร่างกาย (n = 369)

การดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุ	จำนวน(ร้อยละ) ระดับการดูแลตนเอง			$\bar{X}$	S.D.
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
การดูแลตนเองโดยรวม	35(9.5)	283(76.7)	51(13.8)	51.46	8.14
การดูแลตนเองด้านสุขภาพร่างกาย	58(15.7)	255(69.1)	56(15.2)	12.14	2.48
การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตใจ	69(45.3)	271(73.4)	29(7.9)	12.65	2.22
การดูแลตนเองด้านการมีส่วนร่วมในสังคม	121(32.8)	199(53.9)	49(13.3)	12.11	2.93
การดูแลตนเองด้านความมั่นคงในชีวิต	60(16.3)	190(51.5)	119(32.2)	13.86	3.26

ตาราง 16 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง (n = 369)

การดูแลตนเอง	จำนวน (ร้อยละ)				$\bar{X}$	S.D.	ระดับการดูแลตนเอง
	ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	ประจำ			
ด้านสุขภาพร่างกาย							
1. ตรวจสอบสุขภาพทุก 6 เดือน	19 (5.5)	16 (44.4)	56 (15.2)	130 (35.2)	2.80	0.98	ปานกลาง
2. ไปพบทันตแพทย์ปีละ 2 ครั้ง	37 (10.0)	231 (62.6)	34 (9.2)	67 (18.2)	2.36	0.89	ปานกลาง
3. ออกกำลังกายโดยการเดินหรือวิ่งช้า ๆ	14 (3.8)	148 (40.1)	101 (27.4)	106 (28.7)	2.81	0.89	ปานกลาง
4. หลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีมลภาวะ หลีกเลี่ยงอยู่ในที่แออัด	19 (5.1)	101 (27.4)	143 (38.8)	106 (28.7)	2.91	0.87	ปานกลาง
5. ดื่มชา กาแฟหรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนเป็นประจำทุกวัน	113 (30.6)	193 (52.3)	29 (7.9)	34 (9.2)	1.96	0.86	ต่ำ
ด้านสุขภาพจิตใจ							
6. ทำงานอดิเรก เช่น ทำงานบ้าน ปลูกต้นไม้ อ่านหนังสือ ฟังเพลง	16 (4.3)	104 (28.2)	112 (30.4)	137 (37.1)	2.91	0.87	ปานกลาง
7. พูดคุยกับคนในครอบครัวหรือเพื่อนสนิทเมื่อท่านไม่สบายใจ	13 (3.5)	121 (32.8)	123 (33.3)	112 (30.4)	2.05	0.77	ปานกลาง
8. มีความวิตกกังวลเมื่อนึกถึงการเข้าสู่วัยสูงอายุ	81 (22.0)	212 (57.5)	54 (14.6)	22 (6.0)	3.02	0.91	สูง
9. ผ่อนคลายความเครียด โดยการ ทำสมาธิ สวดมนต์ ไหว้พระ	12 (3.3)	112 (30.4)	100 (27.1)	145 (39.3)	1.67	0.72	ต่ำ
10. ทานยานอนหลับเมื่อมีอาการนอนไม่หลับ	165 (44.7)	175 (47.4)	15 (4.1)	14 (3.8)	2.12	1.22	ปานกลาง
ด้านการมีส่วนร่วม							
11. เป็นที่ปรึกษาหรือผู้ทรงคุณวุฒิ หน่วยงานภาครัฐและเอกชน	168 (45.5)	80 (21.7)	31 (8.4)	90 (24.4)	3.04	0.88	สูง
12. ใช้สื่อคอมฯ/มือถือเพื่อการ พักผ่อนหย่อนใจ	163 (44.2)	122 (33.1)	45 (12.2)	39 (10.6)	2.73	0.81	ปานกลาง
13. เข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับ ผู้สูงอายุ	12 (3.3)	102 (27.6)	115 (31.2)	140 (37.9)	2.34	0.72	ปานกลาง

ตาราง 16 (ต่อ)

การดูแลตนเอง	จำนวน (ร้อยละ) การปฏิบัติ				$\bar{X}$	S.D.	ระดับการดูแลตนเอง
	ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	ประจำ			
14. เข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการ พบปะเพื่อนร่วมวัยเดียวกัน	9 (2.4)	160 (43.4)	123 (33.3)	77 (20.9)	2.87	0.92	ปานกลาง
15. ให้คำปรึกษากับบุคคลที่มี ปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต	22 (6.0)	231 (62.2)	84 (22.8)	32 (8.7)	2.66	0.89	ปานกลาง
ด้านความมั่นคงในชีวิต							
16. ควรปรับปรุงที่อยู่อาศัยและ จัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย	22 (6.0)	118 (32.0)	116 (31.4)	113 (30.6)	3.08	0.90	สูง
17. ศึกษาสิทธิประโยชน์ทาง กฎหมายที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ	24 (6.5)	161 (43.6)	101 (27.4)	83 (22.5)	2.44	0.99	ปานกลาง
18. วางเป้าหมายการดำรงชีวิต เพื่อเตรียมเข้าสู่วัยสูงอายุ	21 (5.7)	126 (34.1)	118 (32.0)	104 (28.2)	2.80	0.98	ปานกลาง
19. วางแผนออมเงินไว้ใช้จ่ายใน วัยสูงอายุ	13 (3.5)	99 (26.8)	104 (28.2)	153 (41.5)	2.36	0.89	ปานกลาง
20. วางแผนเตรียมประกอบ อาชีพสำรองในวัยสูงอายุ	69 (18.7)	139 (37.7)	92 (24.9)	69 (18.7)	2.81	0.89	ปานกลาง

ส่วนที่ 5 ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน
อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร จะแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 คุณภาพชีวิตรายด้าน โดยจะ
 ออกเป็น 4 ด้าน พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง ทั้งคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย คุณภาพ
 ชีวิตด้านจิตใจ คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพในสังคม และคุณภาพชีวิตโดยรวม คิดเป็นร้อยละ 60.50,
 80.20, 81.30 และ 64.50 ($\bar{X} \pm SD = 22.97 \pm 3.35, 22.39 \pm 3.67, 9.30 \pm 1.76$ และ 89.14 ± 11.75
 ตามลำดับ) ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม มีระดับคุณภาพชีวิตสูง คิดเป็นร้อยละ 41.50 ($\bar{X} \pm SD =$
 28.04 ± 4.47) ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจ พบว่า ความพอใจกับสุขภาพอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ
 41.5 ($\bar{X} \pm SD = 3.28 \pm 0.89$) และความพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อย
 ละ 54.2 ($\bar{X} \pm SD = 3.44 \pm 0.72$) ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รายข้อที่
 มากสุด 3 ข้อแรก ได้แก่ การเจ็บปวดทางร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ($\bar{X} \pm SD = 3.22 \pm 0.86$) รู้สึก
 ว่าชีวิตมีความหมาย ($\bar{X} \pm SD = 3.04 \pm 0.88$) พอใจกับความสามารถในการทำงาน ($\bar{X} \pm SD =$
 3.00 ± 0.91) ค่าเฉลี่ยคะแนนข้อที่ 3 อันดับแรก ได้แก่ มีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา สิ้นหวัง วิตก
 กังวล ($\bar{X} \pm SD = 1.89 \pm 0.98$) พอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้ ($\bar{X} \pm SD = 2.11 \pm 0.93$) และยอมรับ
 รูปร่างหน้าตาตัวเอง ($\bar{X} \pm SD = 2.11 \pm 0.93$) ดังแสดงในตาราง 17, 18

ตาราง 17 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามระดับการรับรู้ของ
คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (n =369)

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	จำนวน (ร้อยละ) ระดับการรับรู้			$\bar{X}$	S.D.
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
คุณภาพชีวิตโดยรวม	16(4.3)	238(64.5)	115(31.2)	89.14	11.75
คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย	24(6.5)	242(65.6)	103(27.9)	22.97	3.35
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	23(6.2)	296(80.2)	50(13.6)	22.39	3.67
คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพในสังคม	15(4.1)	300(81.3)	54(14.6)	9.30	1.76
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม	4(1.1)	113(30.6)	252(68.3)	28.04	4.47
ความพอใจกับสุขภาพ	67(18.2)	149(40.4)	153(41.5)	3.28	0.88
ความพอใจในชีวิตความเป็นอยู่	18(4.9)	200(54.2)	151(40.9)	3.44	0.72

ตาราง 18 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง
(n=369)

ลักษณะคุณภาพชีวิต	จำนวน (ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	ระดับการรับรู้
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด			
ด้านสุขภาพร่างกาย								
1. การเจ็บปวดทางร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง	9 (2.4)	55 (14.9)	170 (46.1)	114 (30.9)	21 (5.7)	3.22	0.86	ปานกลาง
2. มีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวัน	12 (3.3)	71 (19.2)	174 (47.2)	95 (25.7)	17 (4.6)	2.36	0.89	ปานกลาง
3. พอใจกับการนอนหลับ	8 (2.2)	40 (10.8)	159 (43.1)	127 (34.4)	35 (9.5)	2.81	0.89	ปานกลาง
4. พอใจที่สามารถทำอะไรๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน	5 (1.4)	22 (6.0)	128 (34.7)	169 (45.8)	45 (12.2)	2.91	0.87	ปานกลาง
5. จำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาล	38 (10.3)	106 (28.7)	138 (37.4)	74 (20.1)	13 (3.5)	2.78	0.99	ปานกลาง
6. พอใจกับความสามารถในการทำงาน	7 (1.9)	57 (15.4)	133 (36.0)	138 (37.4)	34 (9.2)	3.00	0.91	ปานกลาง

ตาราง 18 (ต่อ)

ลักษณะคุณภาพชีวิต	จำนวน (ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	ระดับการรับรู้
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด			
7. สามารถไปไหนมาไหนด้วยตัวเองได้	13 (3.5)	41 (11.1)	116 (31.4)	143 (38.8)	56 (15.2)	2.91	0.87	ปานกลาง
ด้านสุขภาพจิตใจ								
8. รู้สึกพึงพอใจกับชีวิต	56 (15.2)	146 (39.6)	136 (36.9)	27 (7.3)	4 (1.1)	2.40	0.86	ปานกลาง
9. มีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ	32 (8.7)	133 (36.0)	155 (42.0)	42 (11.4)	7 (1.9)	2.62	0.86	ปานกลาง
10. รู้สึกพอใจในตนเอง	81 (22.0)	173 (46.9)	92 (24.9)	17 (4.6)	6 (1.6)	2.17	0.87	ต่ำ
11. ยอมรับรูปร่างหน้าตาตัวเอง	96 (26.0)	171 (46.3)	75 (20.3)	18 (4.9)	9 (2.4)	2.11	0.93	ต่ำ
12. มีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา สิ้นหวัง วิตกกังวล	122 (33.1)	127 (34.4)	99 (26.8)	17 (4.6)	4 (1.1)	1.89	0.98	ต่ำ
13. รู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย	18 (4.9)	16 (4.3)	90 (24.4)	162 (43.9)	83 (22.5)	3.04	0.88	ปานกลาง
ด้านสัมพันธภาพในสังคม								
14. พอใจกับการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น	7 (1.9)	8 (2.2)	143 (38.8)	177 (48.0)	34 (9.2)	2.73	0.81	ปานกลาง
15. พอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ	8 (2.2)	36 (9.8)	144 (39.0)	157 (42.5)	24 (6.5)	2.34	0.72	ปานกลาง
16. พอใจในชีวิตทางเพศ	119 (32.2)	93 (25.2)	98 (26.6)	52 (14.1)	7 (1.9)	2.87	0.92	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม								
17. รู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดี	45 (12.2)	158 (42.8)	129 (35.0)	23 (6.2)	14 (3.8)	2.47	0.92	ปานกลาง
18. พอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้	101 (27.4)	156 (42.3)	87 (23.6)	17 (4.6)	8 (2.2)	2.11	0.93	ต่ำ
19. มีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น	9 (2.4)	43 (11.7)	212 (57.5)	80 (21.7)	25 (6.8)	2.81	0.81	ปานกลาง

ตาราง 18 (ต่อ)

ลักษณะคุณภาพชีวิต	จำนวน (ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	ระดับการรับรู้
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด			
20. พอใจที่สามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้	41 (11.1)	199 (53.9)	111 (30.1)	17 (4.6)	1 (0.3)	2.29	0.73	ต่ำ
21. ได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน	26 (7.0)	125 (33.9)	174 (47.2)	37 (10.0)	7 (1.9)	2.66	0.82	ปานกลาง
22. มีโอกาสที่ได้พักผ่อนคลายเครียดมาก	28 (7.6)	164 (44.4)	151 (40.9)	23 (6.2)	3 (0.8)	2.48	0.75	ปานกลาง
23. สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่าน	4 (11.9)	168 (45.5)	122 (33.1)	30 (8.1)	5 (1.4)	2.41	0.85	ปานกลาง
24. พอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหน	28 (7.6)	125 (33.9)	153 (41.5)	49 (13.3)	14 (3.8)	2.72	0.92	ปานกลาง
ด้านสุขภาพโดยรวม								
25. พอใจกับสุขภาพในตอนนี้	26 (7.0)	127 (34.4)	149 (40.4)	60 (16.3)	7 (1.9)	2.71	0.88	ปานกลาง
26. ระดับการมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่)	30 (8.1)	121 (32.8)	200 (54.2)	16 (4.3)	2 (0.5)	2.56	0.72	ปานกลาง

4.1.4 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร

4.1.4.1 วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ แบบ univariate analysis ด้วยสถิติ Chi-square test จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในอำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ($p = 0.041$) สถานภาพ ($p = 0.019$) รายได้ ($p = 0.022$) การศึกษา ($p = <0.001$) การพึ่งพา ($p = 0.008$) ความรู้ด้านการมีส่วนร่วม ($p = 0.034$) ความรู้ด้านจิตใจ ($p = 0.010$) ทักษะด้านร่างกาย ($p = 0.046$) ทักษะด้านความมั่นคง ($p = 0.001$) และคุณภาพชีวิต ($p = <0.001$) ดังแสดงในตาราง 19

ตาราง 19 แสดงความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียวระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร (n=369)

ตัวแปรอิสระ	การดูแลตนเอง		Crude odds ratio	95%CI		p-value
	สูง (210) n (%)	ต่ำ (159) n (%)		Lower	Upper	
เพศ						
ชาย	83 (39.5)	67 (42.1)				
หญิง	127 (60.5)	92 (57.9)	0.89	0.590	1.365	0.669
อายุ (ปี)						
≤ 69	119 (56.7)	73 (45.9)				
> 69	91 (43.3)	86 (54.1)	1.54	1.018	2.332	0.041*
สถานภาพ						
คู่	121 (57.6)	72 (56.7)				
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	89 (42.4)	87 (56.7)	1.64	1.085	2.488	0.019*
อาชีพ						
ประกอบอาชีพ	69 (32.9)	59 (37.1)				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	141 (67.1)	100 (62.9)	0.829	0.539	1.277	0.396
รายได้เฉลี่ยของตนเองต่อเดือน (บาท/เดือน)						
> 3000	166 (79.0)	109(68.6)				
≤ 3,000	44 (21.0)	50 (31.4)	1.73	1.080	2.774	0.022*

ตาราง 19 (ต่อ)

ตัวแปรอิสระ	การดูแลตนเอง		Crude odds ratio	95%CI		p-value
	สูง (348) n (%)	ต่ำ (21) n (%)		Lower	Upper	
ความเพียงพอของรายได้						
เพียงพอ	61 (29.0)	149 (71.0)				
ไม่เพียงพอ	37 (23.3)	122 (76.7)	1.35	0.841	1.07	0.235
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรค (ปี)						
≤ 5	65 (31.0)	52 (32.7)				
> 5	145 (69.0)	107 (67.3)	0.92	0.539	1.435	0.720
การศึกษา						
สูงกว่าประถมศึกษา	34 (16.2)	7 (4.4)				
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	176 (83.8)	152 (95.6)	4.19	1.807	9.736	< 0.001*
โรคประจำตัว						
ไม่มี	70 (33.3)	55 (34.6)				
มี	140 (66.7)	104 (65.4)	0.94	0.612	1.460	0.825
การพึ่งพา						
ตนเอง	179 (85.2)	117 (73.6)				
บุคคลอื่น	31 (14.8)	42 (26.4)	2.07	1.233	3.484	0.008*
ความรู้ด้านการมีส่วนร่วม						
ต่ำ/ปานกลาง	19 (82.6)	4 (17.4%)	0.28	0.10	0.77	
สูง	329 (95.1)	17 (4.9)	0.03	0.03	0.03	0.034*
ความรู้ด้านจิตใจ						
ต่ำ/ปานกลาง	88 (88.9)	11 (11.1)	.33	0.14	0.76	
สูง	260 (96.3)	10 (3.7)	1.08	1.00	1.16	0.010*
ความรู้ด้านความมั่นคง						
ต่ำ/ปานกลาง	63 (90.0)	7 (10.0)	0.46	0.19	1.11	
สูง	285 (95.3)	14 (4.7)	1.05	0.97	1.15	0.091
ทัศนคติด้านร่างกาย						
ต่ำ/ปานกลาง	93 (90.3)	10 (9.7)	0.42	0.18	0.97	
สูง	255 (95.9)	11 (4.1)	1.06	0.99	1.13	0.046*

ตาราง 19 (ต่อ)

ตัวแปรอิสระ	การดูแลตนเอง		Crude	95%CI		p-value
	สูง (348)	ต่ำ (21)	odds	Lower	Upper	
	n (%)	n (%)	ratio			
ทัศนคติด้านความมั่นคง						
ต่ำ/ปานกลาง	156 (74.3)	54 (25.7)				
สูง	96 (60.4)	63 (39.6)	1.89	1.217	2.954	0.004*
ทัศนคติด้านจิตใจ						
ต่ำ/ปานกลาง	49 (98.0)	1 (2.0)				
สูง	299 (93.7)	20 (6.3)	0.95	0.91	1.00	0.333
ทัศนคติด้านการมีส่วนร่วม						
ต่ำ/ปานกลาง	53 (98.1)	1 (1.9)				
สูง	295 (93.7)	20 (6.3)	0.95	0.91	1.00	0.336
ระดับคุณภาพชีวิต						
ต่ำ/ปานกลาง	134 (63.8)	141 (88.7)				
สูง	76 (36.2)	18 (11.3)	4.44	2.524	7.821	<0.001*

* $p < 0.05$

4.1.4.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน อำเภอมาหาชนะชัย จังหวัดยโสธร จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Logistic Regression Analysis) พบว่า มีตัวแปรอิสระเพียง 3 ตัว เท่านั้น ที่ส่งผลทางบวกต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน อำเภอมาหาชนะชัย จังหวัดยโสธรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ รายได้ ($p = 0.049$) ระดับการศึกษา ($p = 0.028$) และระดับคุณภาพชีวิต ($p = <0.001$) ดังแสดงในตาราง 20

ตาราง 20 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอมหา
ชนะชัย จังหวัดยโสธร ด้วยวิธี Binary Logistic Regression

ตัวแปร	b	β	t	95% CI for β		p-value
				Lower	Upper	
รายได้	0.111	0.098	1.971	.000	.222	0.049*
ระดับการศึกษา	0.176	0.111	2.200	.019	.333	0.028*
ระดับคุณภาพชีวิต	0.263	0.231	4.552	.149	.376	<0.001*
(constant)	-0.050	6.370	-0.614			

* $p < 0.05$

4.1.4.3 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยสอบถามผู้สูงอายุที่ยินดีตอบแบบสัมภาษณ์โดยสมัครใจ จำนวน 30 คน มีอายุเฉลี่ย 71.6 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.6) อายุต่ำสุด 60 ปี และอายุสูงสุด 82 ปี สรุปตามประเด็นการสัมภาษณ์ได้ดังนี้

1) สภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า บุคคลที่มีส่วนร่วมในการดูแล ได้แก่ ลูก สามี/ภรรยา โดยมีส่วนร่วมในการดูแลในด้านการจัดเตรียมอาหาร การจัดเตรียม/การตรวจเช็คการรับประทานยา และแสดงความห่วงใย/ให้กำลังใจกัน นอกจากนี้มีการสนับสนุนในการดูแลตนเองด้านการเดินทาง คอยรับและส่งเพื่อไปตรวจตามนัด ไปโรงพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน และด้านค่าใช้จ่าย ส่งเงินมาให้หรือรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการไปรับยา การพบแพทย์ ค่าเดินทาง

2) ความคาดหวังของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมการดูแลตนเอง ได้แก่ หวังว่าลูกและสามี/ภรรยาจะดูแล เมื่อเจ็บป่วยและแก่เฒ่า อยากให้อสม. มาแนะนำการดูแลตนเองและแจ้งข่าวสาร และอยากให้แพทย์/เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล มาเยี่ยมที่บ้าน ส่วนผู้ที่ตอบไม่คาดหวัง เนื่องจากตนเองยังมีกำลังแข็งแรงและช่วยเหลือตนเองได้ดี จึงไม่คาดหวังว่าจะต้องให้ใครมาช่วยในการดูแลตนเอง

4.2 ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ผลของการใช้รูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และปัจจัยแห่งความสำเร็จต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนการดำเนินงานกระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบล เป็นสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว วิเคราะห์ได้เป็น 11 ขั้นตอน เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ คือ รูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน มีทั้งหมด 2 วงรอบ ดังนี้

วงรอบที่ 1 ศึกษาแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน

4.2.1 ขั้นการวางแผน (Planning) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาบริบทของพื้นที่ (ค้นข้อมูลจากระยะที่ 1)

การประชุมเชิงปฏิบัติการพบว่ายังไม่มีรูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตำบลพายาด มีเพียงการดำเนินการแบบเดิมคือไม่มีรูปแบบหรือแนวการปฏิบัติที่ชัดเจนขึ้นอยู่กับแต่ละหน่วยบริการจะดำเนินการ โดยจะมุ่งเน้นการรักษาเป็นส่วนใหญ่ และจากข้อมูลผู้สูงอายุในตำบลพายาดส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 96.7 พบว่า ผู้สูงอายุแต่ละคนจะมีปัญหาทางด้านสุขภาพและปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ โดยผู้สูงอายุมักจะมีปัญหาด้านสุขภาพเสื่อมโทรม มีโรคภัยต่าง ๆ เบียดเบียน ทั้งโรคทางกาย และทางสมอง เช่น โรคสมองเสื่อม โรคหลงลืม โรคซึมเศร้า และยังขาดคนดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากลูกหลานต้องไปทำงานที่ต่างจังหวัด เพราะครอบครัวมีรายได้ที่ไม่เพียงพอสำหรับการเลี้ยงชีพ อีกทั้งผู้สูงอายุยังมีปัญหาทางด้านสังคม คือ ผู้สูงอายุไม่ได้รับการยกย่องจากสังคมเหมือนเดิม โดยเฉพาะผู้ที่เคยเป็นข้าราชการ เมื่อเกษียณอายุราชการยังคงเสียดายอำนาจและตำแหน่งที่เสียไป ส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ ผู้สูงอายุจะได้รับความเอาใจใส่ และความอบอุ่นจากลูกหลานอย่างเพียงพอ อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงในสังคม และวัฒนธรรม ในอดีตจะเป็นครอบครัวใหญ่ ที่เรียกว่า ครอบครัวขยาย ทำให้มีความสัมพันธ์แน่นแฟ้น และเกิดความอบอุ่นระหว่างพ่อ แม่ และลูกหลาน ในปัจจุบันครอบครัวคนไทย จะเป็นครอบครัวเดี่ยวเป็นส่วนใหญ่ ลูกหลานจะมาทำงานในเขตเมืองทิ้งพ่อแม่ให้เฝ้าบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างโดดเดี่ยว ไม่ได้รับการดูแล และจากการสำรวจโดยใช้แบบสอบถามผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลตนเอง เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี คือ รายได้ การศึกษา และคุณภาพชีวิต ดังนั้นในการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบลพายาด จึงได้นำปัจจัยทั้ง 3 ข้อ มาเป็นประเด็นในการเสนอทำนโยบายด้วย

ขั้นตอนที่ 2 การประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง มีการประสานงานและออกหนังสือเชิญผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เทศบาลตำบลฟ้าหยาด โรงพยาบาลมหาราชนะชัย เพื่อชี้แจงการดำเนินงานการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพของตำบล

ขั้นตอนที่ 3 การทำแผนปฏิบัติการจากการประชุม ได้ร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการในการดำเนินงานสมัชชาสุขภาพของตำบล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 การจัดตั้งกลไกการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพประชุมปรึกษาหารือ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ และคณะทำงาน กำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ ใช้รูปแบบการจัดตั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ จากการสังเกตและพูดคุยซักถาม พบว่า ในตอนแรกเครือข่ายสมัชชายังไม่เข้าใจถึงความหมายของคำว่า “สมัชชาสุขภาพ” โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมภาคประชาสังคมท่านหนึ่งกล่าวว่า “นึกว่าคุณหมอยาจะไปมอบเหมือนสมัชชาคนจน เพราะเห็นบอกว่า จะจัดตั้งสมัชชา” ดังนั้นจึงได้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับสมัชชาสุขภาพ บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ รวมถึงเนื้อหาของ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ

ขั้นตอนที่ 5 จัดกลุ่มเครือข่ายสมัชชาสุขภาพ วิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย แต่งตั้งคณะกรรมการเครือข่าย จัดกลุ่มเครือข่ายออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มราชการ กลุ่มวิชาการ และกลุ่มประชาสังคม มีการจัดกลุ่มและกำหนดบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น เช่น ทีมเลขา ต้องมีการประชาสัมพันธ์ เก็บข้อมูล และประสานงานอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 6 ออกแบบกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

1. การกำหนดประเด็นและการพัฒนาประเด็นเชิงนโยบาย เรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประเด็นที่ได้จากการประชุม 4 ประเด็น คือ 1) ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุและการมีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น 2) การสร้างงานสร้างรายได้ให้ผู้สูงอายุ 3) ปัญหาขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล 4) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ชาวบ้านผู้อาวุโสท่านหนึ่ง กล่าวว่า “ทุกวันนี้ไปที่ไหน ๆ ก็เห็นมีแต่ผู้สูงอายุ ขนาดในบ้านเราเองมีผู้สูงอายุจำนวนมาก มีสุขภาพอ่อนแอ ไม่ได้ออกกำลังกายไม่ค่อยมีกิจกรรมให้ทำร่วมกัน ส่วนตัวผมเองมีอาการปวดหัวเข่ามานาน ได้รับคำแนะนำจากทางโรงพยาบาลของเราให้ออกกำลังกายทำให้สุขภาพของผมดีขึ้น อาการปวดหัวเข่าหายไป พุงลดลง ผมคิดว่าเราน่าจะเลือกประเด็นผู้สูงอายุนี้ในการแก้ไขปัญหาและต้องจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุ” อสม. กล่าวว่า “ปัญหาของผู้สูงอายุในตำบลของเราตอนนี้ คือ มีผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง สุขภาพร่างกายอ่อนแอ ชะราผู้สูงอายุก็ยังไม่เป็นรูปเป็นร่าง” จากการศึกษาพูดคุยถึงประเด็นปัญหาสุดท้ายแล้วได้เลือกประเด็นปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นประเด็นที่จะแก้ไขปัญหาในพื้นที่

1) การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายสุขภาพเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งในขั้นตอนนี้ ได้มีการประชุมเฉพาะผู้ที่ เป็นคณะทำงาน จำนวน 12 คน เพื่อมาเขียนแนวทางการดำเนินงานและปรับปรุงข้อเสนอแนะต่างๆ จัดทำเป็นเอกสารร่างมติเกี่ยวกับนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว และโครงการต่างๆ ได้แก่ โครงการอบรมให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุเตรียมรับการประเมินชมรมผู้สูงอายุ และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวโดย อสม. และทีมหมอครอบครัว

2) การแสวงหาฉันทามติร่วมกันต่อข้อเสนอเชิงนโยบาย เรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว เป็นการจัดเวทีประชุมสมัชชาสุขภาพในวันที่ 15 มีนาคม 2564 เพื่อรับร่างมติโดยเชิญเครือข่ายสมัชชาสุขภาพทั้ง 40 คน เข้าร่วมการประชุม ในการประชุมมีการกำหนดเวลาคนละ 2 นาที ในการเสนอแก้ไขมติสมัชชา พูดคุยเพื่อให้แต่ละส่วนแสดงความคิดเห็น ในตอนท้ายได้มีการยกมือเพื่อรับร่างมติ และประธาน โดยท่านนายกเทศบาลตำบลฟ้าหยาดจะทำการรับรอง เพื่อการรับร่างมติ โดยที่ทุกฝ่ายเห็นพ้องต้องกัน จากนั้นในวันที่ 19 มีนาคม 2564 คณะทำงานได้ร่วมกันจัดทำเอกสารมติหลัก ในการที่จะดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวต่อไป

3) การขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ มีการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องประกาศประชาสัมพันธ์เสียงตามสายในแต่ละหมู่บ้าน จัดทำเอกสารเผยแพร่ เข้าร่วมประชุมกับคณะกรรมการตำบล แจกเป็นนโยบายให้แต่ละหมู่บ้านได้ทราบและปฏิบัติต่อไป ซึ่งในวันที่ 9 เมษายน 2564 คณะกรรมการเครือข่ายสมัชชาสุขภาพ ได้เข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์นำดาวผู้สูงอายุขึ้น จึงเป็นโอกาสที่ดีจะได้ประกาศนโยบายให้ผู้สูงอายุและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างๆ ได้ทราบจากกระบวนการขั้นตอนข้างต้น ได้นำมาเขียนอธิบายเป็นแผนภาพได้ ดังนี้



ภาพประกอบ 12 การออกแบบกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 7 สังเกตและติดตามประเมินผล

จากการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วม ซึ่งได้จากแบบสังเกตเครือข่ายสมัชชาสุขภาพ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านความสนใจในการเข้าร่วมกระบวนการสมัชชาสุขภาพ พบว่า มีความสนใจเข้าร่วมกิจกรรมและมีการซักถามข้อมูลจากเครือข่ายแต่ละภาคเป็นอย่างดี 2) ด้านความตั้งใจ พบว่า เครือข่ายสมัชชาสุขภาพตั้งใจในการที่จะเข้าร่วมประชุมแต่ละครั้ง ซึ่งจะมาก่อนเวลา 09.00 น. และได้เริ่มประชุมตามเวลาเสมอ 3) ด้านการมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมกระบวนการสมัชชาสุขภาพ พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมแต่ละขั้นตอนมีผู้เข้าร่วมประชุมในแต่ละครั้งมากกว่าร้อยละ 90 และ 4) การเสนอความคิดเห็นในขณะร่วมกระบวนการสมัชชาสุขภาพ พบว่า ครั้งแรกที่มีการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพ ภาคประชาชนบางคนไม่กล้าเสนอความคิดเห็น แต่พอมีการทำกิจกรรมร่วมกัน ทำให้แต่ละกลุ่มกล้าพูดคุยกันมากขึ้น บางท่านพูดค่อนข้างมาก จึงได้มีข้อตกลงร่วมกันว่าให้ทุกคนได้พูดคนละ 3 นาที และไม่มีใครผิดใครถูก ได้มีการเสนอแนะว่าควรทำเหมือนสภากาแฟ คือ การจัดการและพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการ ซึ่งทำให้ทุกภาคส่วนมีการพูดคุย แสดงความคิดเห็นมากขึ้นจากการใช้แบบสอบถาม ชุดที่ 1 สำหรับเครือข่ายสมัชชาสุขภาพ และชุดที่ 2 ซึ่งเป็นแบบสอบถามสำหรับผู้สูงอายุเพื่อประเมินผลการดำเนินงานนโยบายสาธารณะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ในด้านความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิต จากการวิเคราะห์ข้อมูล ทำให้ทราบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น และส่วนมากมีคุณภาพชีวิตปานกลาง

ขั้นตอนที่ 8 การสรุปบทเรียนเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

สรุปบทเรียนจากการดำเนินกระบวนการสมัชชาสุขภาพทั้ง 6 ขั้นตอน และกระบวนการ PAOR รวมทั้งสิ้น 11 ขั้นตอน และพบว่าการดำเนินกระบวนการได้ใช้ยุทธศาสตร์ 3 เหลี่ยมเขี่ยอันภูเข่า ประกอบด้วย บุคคลจาก 3 ภาคส่วน ได้แก่ ภาคราชการ ภาควิชาการ และภาคการเมือง เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของพื้นที่ เกิดเป็นสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ เฉพาะประเด็นขึ้น ในส่วนของผลการดำเนินงาน ภาคประชาสังคมให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี โดยเฉพาะเมื่อมีการประชุมอย่างไม่เป็นทางการ เพราะทำให้เขาไม่เกร็ง ไม่อาย และกล้าแสดงความคิดเห็นส่วนอุปสรรค คือ การประชุมแต่ละครั้งนายกเทศบาลตำบลฟ้าหยาด มีภาระกิจค่อนข้างมากไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้ทุกครั้ง จึงได้มอบรองนายกเทศบาลตำบลเป็นผู้ช่วยขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเต็มที่

ขั้นตอนที่ 9 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน

ถอดบทเรียนแบบเรื่องเล่า (Story Telling) เป็นการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้มีการเสวนาในเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีคณะทำงานจากตำบลหัวเมือง อำเภอมหาชนะชัย เข้ามาร่วมเสวนา เนื่องจากตำบลหัวเมืองเป็นตำบลนำร่องนโยบาย Long Term Care ของอำเภอมหาชนะชัยในปี 2561 ตัวแทนจากตำบลหัวเมือง ได้เล่าให้ฟังถึงการดำเนินงานว่า “ทางตำบลได้รับ

งบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุขในการดำเนินงาน โดยต้องดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือเป็นหลัก ต้องมี Care Manager, Care Giver ที่จะเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน” ผู้ที่เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพมีความสนใจ ชักถามการดำเนินงานเป็นอย่างดีสิ่งๆ ที่ได้จากการดำเนินงานผู้สูงอายุในตำบลพาทายด กรณีของยายกร อายุ 73 ปี อยู่คนเดียว ไม่มีลูกหลานคอยดูแล บ้านที่อาศัยอยู่เป็นบ้านหลังเล็กๆ บังแดดบังฝนไม่ได้ ไม่มีอาชีพ ดังนั้น จะมีรายได้เฉพาะเงินสงเคราะห์คนชราเดือนละ 700 บาท ในช่วงที่มีดำเนินการทางคณะทำงานจึงได้นำเสนอเรื่องไปที่ อบต. ทำให้คุณยายได้บ้านใหม่.สิ่งๆ สำหรับชมรมผู้สูงอายุ คือ เกิดการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น โดยผู้สูงอายุมีกิจกรรมทำร่วมกัน มีฉาปนกิจสงเคราะห์เกิดขึ้นในแต่ละหมู่บ้านประธานชมรมมีความเข้มแข็ง มั่นใจทำงาน นำพาสมาชิกทำกิจกรรมต่างๆ ได้

ขั้นตอนที่ 10 การสื่อสารในสังคมตลอดกระบวนการเพื่อให้ทราบความก้าวหน้าของการดำเนินงานสมัชชาสุขภาพ ทีมเลขาก็ได้จัดทำเอกสารเพื่อแจ้งประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในชุมชนทราบเป็นระยะ เช่น แจ้งประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้านทุกเดือน เข้าร่วมประชุมคณะกรรมการตำบลเพื่อแจ้งข่าวประชาสัมพันธ์ทุกเดือน แจ้งผู้นำช่วยในการประชาสัมพันธ์

ขั้นตอนที่ 11 การบริหารจัดการอย่างเป็นระบบฝ่ายเลขานุการและผู้วิจัยจะต้องทำการเก็บรวบรวมข้อมูลการดำเนินงานในทุกกระบวนการอย่างละเอียดทุกขั้นตอน และมีการวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน การจัดประชุมอย่างต่อเนื่องจนเกิดเป็นนโยบายสาธารณะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวขึ้น

กล่าวโดยสรุป กระบวนการวิจัยในครั้งนี้ได้ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ ร่วมกับการประยุกต์ใช้วงจร PAOR ของเคมิสและแมกแทกการ์ด ทำให้เกิดกระบวนการดำเนินงานทั้งสิ้น 11 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาบริบทของพื้นที่ 2) การประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 3) การทำแผนปฏิบัติการ 4) การจัดตั้งกลไกการจัดกระบวนการสมัชชา 5) จัดกลุ่มเครือข่ายสมัชชาสุขภาพ 6) ออกแบบกระบวนการสมัชชาสุขภาพ 7) สังเกตและติดตามประเมินผล 8) การสรุปบทเรียนเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 9) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน 10) การสื่อสารในสังคมตลอดกระบวนการ และ 11) การบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ

สรุปแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดย การมีส่วนร่วมของชุมชน

ผลการวิจัยระยะที่ 1 และการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ พบว่า รูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน มีการดำเนินการแบบเดิม คือ ไม่มีรูปแบบหรือแนวการปฏิบัติที่ชัดเจนขึ้นอยู่กับแต่ละหน่วยบริการจะดำเนินการ และกลุ่มผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม อันเนื่องมาจากการขาดความรู้ในด้านสาธารณสุข ขาดแรงสนับสนุนที่ต่อเนื่องของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และจากการทบทวนวรรณกรรมในการวิจัยระยะที่ 1 ผู้สูงอายุมีความต้องการให้เกิดการสนับสนุนในส่วนองภาครัฐ ผู้วิจัยจึงนำการสนับสนุนทางด้านสังคม (Social Support) มาใช้เป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการติดตามการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยการเยี่ยมบ้านหรือการกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ระหว่างเจ้าหน้าที่บริการกับผู้สูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม และยังพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลแต่ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางและมีระดับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง จึงต้องมีการให้ความรู้ดีๆ ชั่วๆ และพบว่ายังขาดสื่อความรู้ที่ทำให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเข้าใจได้ การให้สุขศึกษาในการปฏิบัติตัวเป็นการสื่อสารบุคคลพูดให้ข้อมูล ซึ่งหากมีจำนวนผู้สูงอายุมีมากจะให้บริการได้ไม่ทันจึงเป็นอุปสรรคหนึ่งคือระยะเวลาก็จะสั้นลง การให้ข้อมูลไม่ครอบคลุมเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ดังนั้นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจึงสร้างสื่อวีดิทัศน์เพื่อให้ผู้สูงอายุเห็นภาพประกอบพร้อมคำบรรยาย ร่วมกับสมุดบันทึกสุขภาพ เพื่อการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่ครอบคลุมการดูแลตนเอง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านสุขภาพจิตใจ ด้านการมีส่วนร่วมในสังคม และด้านความมั่นคงของชีวิต ซึ่งมีแผนกิจกรรมของรูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ดังแสดงในตาราง 21

ตาราง 21 แผนกิจกรรม ระยะเวลา การเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์และการประเมินผลของรูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

สัปดาห์ ที่	กิจกรรม	ระยะ เวลา	การเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์	การประเมินผล
1	กิจกรรมครั้งที่ 1 1. ประเมินความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเอง ก่อนกิจกรรมของผู้สูงอายุ 2. อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับ การดูแลตนเองแบบกลุ่ม โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ที่ พัฒนาขึ้น 3. ประเมินความรู้หลัง กิจกรรมของผู้สูงอายุ 4. แจกสมุดบันทึกสุขภาพ อธิบายการใช้สมุดบันทึก 5. ฝึกปฏิบัติการให้ผู้สูงอายุ กำหนดเป้าหมายในการดูแลตนเอง	10 นาที 25 นาที 5 นาที 15 นาที	การเปลี่ยนแปลงของความรู้ และ พฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลัง ร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุได้รับความรู้เกี่ยวกับ การ ดูแลตนเอง ผู้สูงอายุมีสมุดบันทึกสุขภาพ ผู้สูงอายุได้ฝึกปฏิบัติการ กำหนดเป้าหมายในการดูแลตนเอง	1. แบบสอบถามความรู้ ก่อนกิจกรรม 2. แบบสอบถาม พฤติกรรมดูแลตนเอง แบบสอบถามความรู้ หลัง กิจกรรม แบบฟอร์มลงทะเบียน ผู้สูงอายุบอกผลกำหนด เป้าหมายในการดูแลตนเองได้
3	กิจกรรมครั้งที่ 2 โทรศัพท์ติดตามเพื่อให้คำแนะนำ และกระตุ้นเตือน พฤติกรรมการดูแลตนเอง	1 ครั้ง	1.ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การ ดูแลตนเองเพิ่มขึ้น 2.ซักถามและตอบข้อสงสัย ของ การใช้สมุดบันทึกสุขภาพการดูแลตนเอง	แบบสอบถาม พฤติกรรมดูแลตนเอง ซักถาม
5	กิจกรรมครั้งที่ 3 การติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง	1 ครั้ง	1.ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การ ดูแลตนเองเพิ่มขึ้น 2.ซักถามและตอบข้อสงสัย ของ การใช้สมุดบันทึกสุขภาพเพื่อการดูแลตนเอง	แบบสอบถาม พฤติกรรมดูแลตนเอง สังเกต ซักถาม
8	กิจกรรมครั้งที่ 4 ประเมินผลลัพธ์รูปแบบการดูแลตนเองที่บ้านและชุมชน	1.30 ชั่วโมง	1. ค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับ การดูแลตนเอง 2. ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองเพิ่มขึ้น 3. ระดับคุณภาพชีวิต	1. แบบสอบถาม ความรู้ 2. แบบสอบถาม พฤติกรรมดูแลตนเอง 3. ประเมินระดับคุณภาพชีวิต

2) เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน

2.1 ข้อมูลของกลุ่มประชาชน นักวิชาการ นักการเมืองหรือราชการ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษาสูงสุด ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

ตาราง 22 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของเครือข่ายสมัชชาสุขภาพจำแนกตามลักษณะทางประชากร (n=56)

คุณลักษณะทางประชากร		จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
ชาย		20	35.74
หญิง		36	64.26
อายุ (ปีเต็ม)			
อายุ 30 - 39 ปี		6	10.71
อายุ 40 - 49 ปี		8	14.29
อายุ 50 - 59 ปี		2	3.57
อายุ 60 - 69 ปี		26	46.43
อายุ 70 ปีขึ้นไป		14	25.00
$\bar{X} = 53.88$ S.D. = 10.95 Min. =31 Max. =76			
สถานภาพสมรส			
โสด		12	21.43
สมรส		26	46.43
หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่		18	32.14
การศึกษา (ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด)			
ประถมศึกษา		24	42.86
มัธยมศึกษา		14	25.00
ปวช./ปวท./อนุปริญญา		12	21.43
ปริญญาตรีขึ้นไป		6	10.71

ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมในกระบวนการสมัชชาสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวกลุ่มเครือข่ายสมัชชาสุขภาพตำบลนาฟ้าหยาด ในกระบวนการสมัชชาสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว จำนวน 56 คน มีระดับการมีส่วนร่วมหลังการพัฒนากระบวนการเพิ่มขึ้น โดยมีระดับการมีส่วนร่วมมากที่สุด ร้อยละ 52.50 ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง ร้อยละ 36.25 และระดับการมีส่วนร่วมน้อย ร้อยละ 11.25 ตามลำดับ

ตาราง 23 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังดำเนินการพัฒนาสมัชชาสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวจำแนกตามระดับการมีส่วนร่วม (n=56)

ระดับการมีส่วนร่วม	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก	36	64.29	43	76.79
ระดับปานกลาง	20	35.71	13	23.21
รวม	56	100.0	56	100.0

ส่วนที่ 3 การมีความพึงพอใจในกระบวนการสมัชชาสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวกลุ่มเครือข่ายสมัชชาสุขภาพตำบลนาฟ้าหยาด ในกระบวนการสมัชชาสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว จำนวน 40 คน มีระดับความพึงพอใจหลังการพัฒนากระบวนการเพิ่มขึ้น มีระดับความพึงพอใจปานกลาง ร้อยละ 46.25 ระดับความพึงพอใจมาก ร้อยละ 45.00 และระดับความพึงพอใจน้อย ร้อยละ 8.75 ตามลำดับ

ตาราง 24 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังดำเนินการพัฒนาสมัชชาสุขภาพ ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวจำแนกตามระดับการมีส่วนร่วม (n=56)

ระดับความพึงพอใจ	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก	16	28.57	27	45.21
ระดับปานกลาง	27	48.21	18	32.14
ระดับน้อย	13	23.22	11	19.65
รวม	56	100.0	56	100.0

สำหรับข้อมูลของกลุ่มผู้สูงอายุ มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 2 การดูแลตนเองตามแนวคิดพัฒนาการในการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร พบว่า การมีระดับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในกระบวนการสมัชชาสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวกลุ่มเครือข่ายสมัชชาสุขภาพตำบลฟ้าหยาด ในกระบวนการสมัชชาสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จำนวน 40 คน มีระดับการดูแลตนเองหลังการพัฒนาระบบการเพิ่มขึ้น โดยมีระดับการดูแลตนเองระดับต่ำ ร้อยละ 55.0 และระดับการดูแลตนเองระดับสูง ร้อยละ 45.00 ตามลำดับ

ตาราง 25 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร (n = 40)

ระดับการดูแลตนเอง	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มีการดูแลตนเองในระดับต่ำ	25	62.5	22	55.0
มีการดูแลตนเองในระดับสูง	15	37.5	18	45.0
รวม	40	100.0	40	100.0

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการสูงอายุในการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร พบว่า มีระดับความรู้ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในกระบวนการสมัชชาสุขภาพประเด็นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวกลุ่มเครือข่ายสมัชชาสุขภาพตำบลฟ้าหยาด จำนวน 40 คน มีระดับความรู้หลังการพัฒนาระบบการเพิ่มขึ้น โดยมีระดับความรู้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 40.0 รองลงมาเป็นระดับความรู้ปานกลาง ร้อยละ 37.50 ตามลำดับ

ตาราง 26 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร (n = 40)

ระดับความรู้	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มีความรู้ระดับต่ำ	18	45.0	9	22.5
มีความรู้ระดับปานกลาง	21	52.5	15	37.5
มีความรู้ระดับสูง	1	2.5	16	40.0
รวม	40	100.0	40	100.0

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามทัศนคติต่อการสูงอายุในการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน อำเภอพานะชัย จังหวัดยโสธร พบว่า มีระดับทัศนคติในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในกระบวนการสมัชชาสุขภาพประเด็นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวกลุ่มเครือข่ายสมัชชาสุขภาพตำบลฟ้าหยาด จำนวน 40 คน มีระดับทัศนคติหลังการพัฒนากระบวนการเพิ่มขึ้น โดยมีระดับทัศนคติส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.50 รองลงมาเป็นระดับทัศนคติระดับสูง ร้อยละ 40.00 ตามลำดับ

ตาราง 27 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร (n = 40)

ระดับทัศนคติ	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มีทัศนคติระดับต่ำ	1	2.5	1	2.5
มีทัศนคติระดับปานกลาง	34	85.0	23	57.5
มีทัศนคติระดับดี	5	12.5	16	40.0
รวม	40	100.0	40	100.0

ส่วนที่ 5 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน อำเภอพานะชัย จังหวัดยโสธร พบว่า มีระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกระบวนการสมัชชาสุขภาพประเด็นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวกลุ่มเครือข่ายสมัชชาสุขภาพตำบลฟ้าหยาด จำนวน 40 คน มีระดับคุณภาพชีวิตหลังการพัฒนากระบวนการเพิ่มขึ้น โดยมีระดับคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.00 รองลงมาเป็นระดับคุณภาพชีวิตระดับสูง ร้อยละ 32.50 ตามลำดับ

ตาราง 28 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามระดับคุณภาพชีวิต (n=40)

ระดับคุณภาพชีวิต	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำ	1	2.5	1	2.5
การมีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง	30	75.0	26	65.0
การมีระดับคุณภาพชีวิตสูง	9	22.5	13	32.5
รวม	40	100.0	40	100.0

ตาราง 29 ผลที่เกิดจากการจัดสมัชชาสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ของชุมชนตำบล
ฟ้าหยาด อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร

ประเด็น	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ
1. เครือข่ายสมัชชาสุขภาพตำบล ฟ้าหยาด	1.1 ไม่มีเครือข่ายสมัชชาสุขภาพ 1.2 ไม่รู้จักสมัชชาสุขภาพ	1.1 เกิดเครือข่ายสมัชชาสุขภาพ 1.2 รู้จักสมัชชาสุขภาพมากยิ่งขึ้น
2. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ	2.1 ไม่มีนโยบายสาธารณะเพื่อ สุขภาพ 2.2 เกิดจากนโยบายขอภาครัฐ จากบนลงล่าง (Top Down Approach	2.1 เกิดนโยบายสาธารณะเพื่อ สุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ระยะยาว 2.2 นโยบายเกิดมาจากความ ต้องการของประชาชน เป็น นโยบายจากล่างขึ้นบน (Bottom Up Approach)
3. ชมรมผู้สูงอายุ	3.1 มีชมรมผู้สูงอายุ ตามนโยบาย กระทรวงสาธารณสุข 3.2 ไม่มีการดำเนินการในชมรม	3.1 เกิดการดำเนินงานในชมรม ผู้สูงอายุ 3.2 เริ่มมีการดำเนินการในชมรม เช่น การเยี่ยมผู้สูงอายุ ออกกำลังกาย ฌาปนกิจสงเคราะห์
4. การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	4.1 มีการดำเนินงานบ้างแต่ยังไม่ ถูกกำหนดเป็นนโยบายในพื้นที่ 4.2 มีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ระยะยาวโดย อสม. และเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข	4.1 มีการประกาศใช้นโยบาย การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว และเตรียมการเพื่อดำเนินงาน long term care ตามนโยบายของ กระทรวงสาธารณสุขในปี 2559 4.2 มีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ระยะยาว โดยทีมหมอครอบครัว
5. การสื่อสาร ประชาสัมพันธ์	5.1 มีการสื่อสารให้ความรู้ด้าน สุขภาพน้อย	5.1 มีการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

จากตาราง 29 ในภาพรวมกระบวนการสมัชชาสุขภาพก่อให้เกิดผลหลายประการ ได้แก่ เครือข่ายสมัชชาสุขภาพตำบลฟ้าหยาด นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ชมรมผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การสื่อสารประชาสัมพันธ์การสัมภาษณ์เครือข่ายทั้ง 3 ภาคส่วน ที่เข้าร่วมเวทีสมัชชาสุขภาพ ในวันที่ 31 พฤษภาคม 2564 จากข้อคำถามการสัมภาษณ์ 6 ข้อ ซึ่งได้ข้อมูลที่น่าสนใจวิเคราะห์ดังนี้

ข้อที่ 1 บุคคลใดบ้างที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการสมัชชาสุขภาพ เพราะเหตุใด จึงเป็นเช่นนั้น พบว่า เครือข่ายสมัชชาสุขภาพสามารถตอบว่า สมัชชาสุขภาพครั้งนี้แบ่งกลุ่มคน ออกเป็น 3 ภาคส่วน คือ ภาคราชการ ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม รับทราบกลุ่มและบทบาท หน้าที่ของตนเอง ซึ่งต่างจากวันแรกของการประชุม คือ เครือข่ายยังมีความสงสัยว่าตนเองอยู่กลุ่มไหน และต้องทำอะไร

ข้อที่ 2 ท่านได้มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย แผนงาน และโครงการเกี่ยวกับ ผู้สูงอายุอย่างไรบ้าง (ท่านได้เสนอแนะอะไรบ้าง) สรุปได้ว่า แต่ละภาคส่วนมีความเข้าใจหน้าที่ปฏิบัติ ของตนเอง ดังคำกล่าว

“การดำเนินงานผู้สูงอายุระยะยาวทางด้านสาธารณสุขมีระบบและรูปแบบการ ดำเนินงานตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข เช่น ต้องออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ สนับสนุน กิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ ตรวจสุขภาพผู้สูงอายุทุกปี” (นักวิชาการ, วันที่ 31 พฤษภาคม 2564: การ สัมภาษณ์)

“เราพร้อมให้การสนับสนุนด้านงบประมาณอยู่แล้ว เพราะเรามีงบกองทุนตำบล ขอให้ทาง สาธารณสุข และชมรมผู้สูงอายุเขียนโครงการเข้ามานะครับ โดยส่วนตัว ผมขอให้ผู้สูงอายุ ได้ไปศึกษาดูงานจากที่อื่นด้วยนะครับ จะได้เรียนรู้วิธีการทำงาน” (นักการเมืองหรือราชการ, วันที่ 31 พฤษภาคม 2564: การสัมภาษณ์)

“การกำหนดนโยบายส่วนใหญ่จะมาจากบนลงล่าง ดังนั้นครั้งนี้เป็นเรื่องดีมากที่ เราจะได้กำหนดนโยบายเอง ผมขอให้ทาง อบต. ต้องเป็นผู้ที่สนับสนุนเรื่องงบประมาณเกี่ยวกับ ผู้สูงอายุอย่างเพียงพอครับ” (ภาคประชาสังคม, วันที่ 31 พฤษภาคม 2564: การสัมภาษณ์)

ข้อที่ 3 ขอให้ท่านช่วยอธิบายกระบวนการสมัชชาสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในชุมชนตำบลฟ้าหยาดเป็นอย่างไร

“ร่วมประชุม แบ่งกลุ่มคนออกเป็น 3 ภาคส่วน คือภาครัฐ ภาควิชาการ และ ประชาสังคมเพื่อช่วยกันทำงานตามบทบาทหน้าที่ หาผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หาปัญหาาร่วมกัน ร่างข้อมติ จัดประชุมสมัชชาสุขภาพตำบลฟ้าหยาด และประกาศใช้นโยบายสาธารณะในการดูแลผู้สูงอายุระยะ ยาว และประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จาก คณะทำงาน Long Term Care ตำบลหัวเมือง และถอด บทเรียนร่วมกัน” (นักวิชาการ, วันที่ 31 พฤษภาคม 2564: การสัมภาษณ์)

“เริ่มต้นจากการเชิญเข้ามาร่วมประชุม จากนั้นได้มาช่วยกันคิดปัญหา ร่าง ข้อเสนอมติช่วยกันเข้าร่วมสมัชชาใหญ่เพื่อรับมติ ช่วยกันประชาสัมพันธ์ให้ชาวบ้านได้รับทราบข้อมูล การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีการประชุมสรุปบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จากตำบลหัวเมืองที่เป็น ตำบลนำร่องในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว” (นักการเมืองหรือราชการ, วันที่ 31 พฤษภาคม 2559: การสัมภาษณ์)

“ทาง รพ.สต. ได้เชิญเข้าร่วมประชุม จากนั้นแบ่งกลุ่ม ช่วยกันหาปัญหาของตำบลฟ้าหยาด จากนั้นก็ประชุมเพื่อเขียนมติช่วยกัน และประชุมรับร่างมติ นายกเทศบาลประกาศใช้นโยบายช่วงวันสูงอายุ ได้มีการรณรงค์นำผ้าผู้เฒ่าด้วย และสุดท้ายคือประชุมเสวนาโดยทีมงานจากตำบลหัวเมือง”(ภาคประชาสังคม, วันที่ 31 พฤษภาคม 2564: การสัมภาษณ์)

ข้อที่ 4 ผลจากการดำเนินงานสมัชชาสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีอะไรบ้าง กรุณาอธิบายพอสังเขป

“การได้มาซึ่งนโยบายสาธารณะในการดูแลผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของคนในชุมชน และจุดแข็ง คือ คนในชุมชนมีความสามัคคีกันร่วมมือร่วมใจกัน พร้อมใจกันทำงาน” (นักวิชาการ, วันที่ 31 พฤษภาคม 2564: การสัมภาษณ์)

“มีนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งเกิดมาจากการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีขึ้น” (นักการเมืองหรือราชการ, วันที่ 31 พฤษภาคม 2564: การสัมภาษณ์)

“ผู้เฒ่าผู้แก่ได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่หลายชั้น เช่น คุณหมอโรงพยาบาลละม้ายหลายชั้น มีฉาปนกิจของชมรมผู้สูงอายุ มีกิจกรรมให้ผู้เฒ่าออกกำลังกายส่วนทาง เทศบาลเพื่อกะฟาวเอาเงินเบี้ยยังชีพมาจ่ายเร็วขึ้น รู้สึกว่าดีขึ้นหลายๆ อย่างเลยครับ” (ภาคประชาสังคม, วันที่ 31 พฤษภาคม 2564: การสัมภาษณ์)

ข้อที่ 5 ท่านคิดว่ากระบวนการสมัชชาสุขภาพ มีปัญหาหรือมีอุปสรรคใดบ้าง ควรได้รับการแก้ไขอย่างไร

“ประการแรก เครือข่ายสมัชชาสุขภาพไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเอง จึงได้มีการชี้แจงบทบาทหน้าที่ให้ทราบ และประการที่สอง คือ ภาคประชาชนไม่กล้าแสดงความคิดเห็น จึงได้มีการชี้แจงว่าทุกความคิดเห็นมีค่ามีความหมาย ไม่มีใครถูกหรือผิด และให้แสดงความคิดเห็นคนละ 3 นาที” (นักวิชาการ, วันที่ 31 พฤษภาคม 2564: การสัมภาษณ์)

“การดำเนินงานในครั้งนี มีอุปสรรคคือ การไม่เข้าใจการทำงาน บางคนไม่มีเวลาที่จะทำงานเพราะคิดว่าเป็นการเพิ่มภาระงานให้กับหน่วยงาน หรือองค์กรของตน ทางเครือข่ายจึงได้มีการประชุมและชี้แจงให้ทราบถึงนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของชุมชนตำบลฟ้าหยาด เพื่อทำความเข้าใจและชี้แจงนโยบายให้ทราบ” (นักการเมืองหรือราชการ, วันที่ 31 พฤษภาคม 2564: การสัมภาษณ์)

“ผู้เข้าร่วมประชุมบางท่านพูดมากเกินไป ทำให้เกิดความน่าเบื่อ วิธีแก้ไขปัญหาคือ จำกัดเวลาการพูดของแต่ละคน ทำให้ทุกคนมีเวลาเท่ากัน” (ภาคประชาสังคม, วันที่ 31 พฤษภาคม 2564: การสัมภาษณ์)

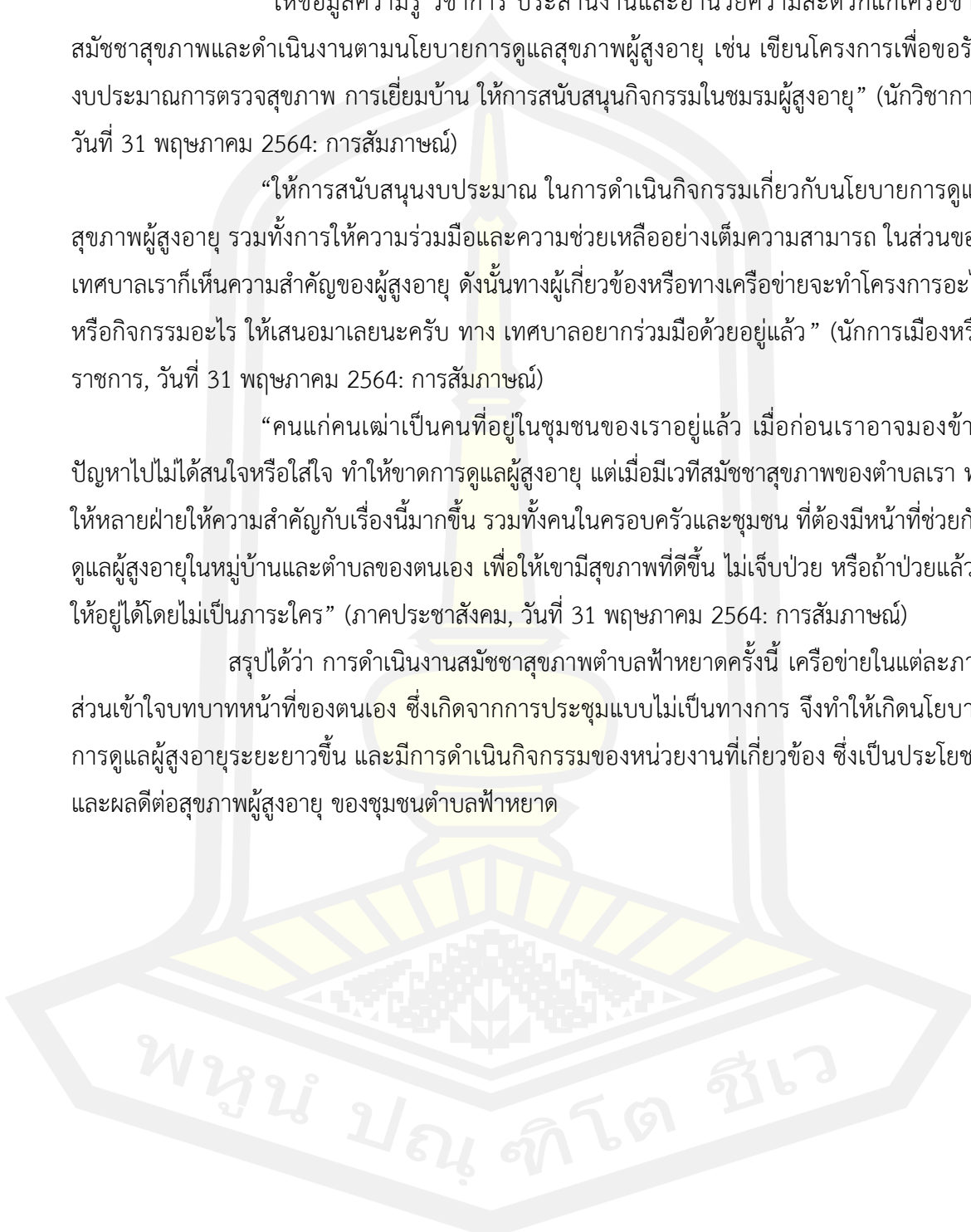
ข้อที่ 6 บทบาทของท่านในด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวควรเป็นอย่างไร

“ให้ข้อมูลความรู้ วิชาการ ประสานงานและอำนวยความสะดวกแก่เครือข่าย สัมชสาสุขภาพและดำเนินงานตามนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น เขียนโครงการเพื่อขอรับงบประมาณการตรวจสุขภาพ การเยี่ยมบ้าน ให้การสนับสนุนกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ” (นักวิชาการ, วันที่ 31 พฤษภาคม 2564: การสัมภาษณ์)

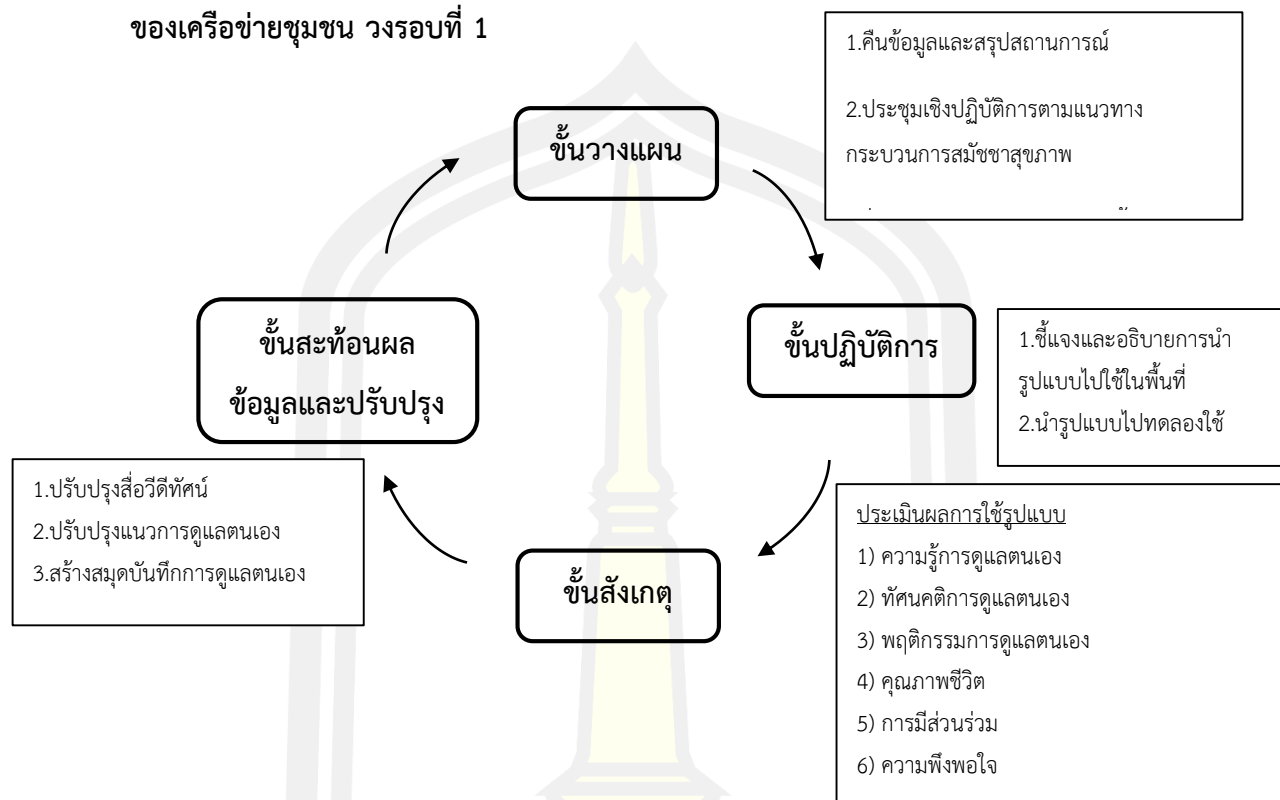
“ให้การสนับสนุนงบประมาณ ในการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ รวมทั้งการให้ความร่วมมือและความช่วยเหลืออย่างเต็มความสามารถ ในส่วนของเทศบาลเราก็เห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ ดังนั้นทางผู้เกี่ยวข้องหรือทางเครือข่ายจะทำโครงการอะไร หรือกิจกรรมอะไร ให้เสนอมาเลยนะครับ ทาง เทศบาลอยากร่วมมือด้วยอยู่แล้ว” (นักการเมืองหรือราชการ, วันที่ 31 พฤษภาคม 2564: การสัมภาษณ์)

“คนแก่คนเฒ่าเป็นคนที่อยู่ในชุมชนของเราอยู่แล้ว เมื่อก่อนเราอาจมองข้าม ปัญหาไปไม่ได้สนใจหรือใส่ใจ ทำให้ขาดการดูแลสุขภาพ แต่เมื่อมีเวทีสัมชสาสุขภาพของตำบลเรา ทำให้หลายฝ่ายให้ความสำคัญกับเรื่องนี้มากขึ้น รวมทั้งคนในครอบครัวและชุมชน ที่ต้องมีหน้าที่ช่วยกัน ดูแลผู้สูงอายุในหมู่บ้านและตำบลของตนเอง เพื่อให้เขามีสุขภาพที่ดีขึ้น ไม่เจ็บป่วย หรือถ้าป่วยแล้วก็ให้อยู่ได้โดยไม่เป็นภาระใคร” (ภาคประชาสังคม, วันที่ 31 พฤษภาคม 2564: การสัมภาษณ์)

สรุปได้ว่า การดำเนินงานสัมชสาสุขภาพตำบลฟ้าหยาดครั้งนี้ เครือข่ายในแต่ละภาค ส่วนเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเอง ซึ่งเกิดจากการประชุมแบบไม่เป็นทางการ จึงทำให้เกิดนโยบาย การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวขึ้น และมีการดำเนินกิจกรรมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นประโยชน์ และผลดีต่อสุขภาพผู้สูงอายุ ของชุมชนตำบลฟ้าหยาด



สรุปวงจรปฏิบัติการรูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน วงรอบที่ 1



ภาพประกอบ 13 สรุปวงจรปฏิบัติการรูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน วงรอบที่ 1

วงรอบที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน

1) ขั้นวางแผน (Planning) นำผลการวิเคราะห์จากวงรอบที่ 1 มาปรับปรุงและพัฒนา รูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จากนั้นนำไปวางแผนทดลองใช้กับอีก 2 พื้นที่ โดยแบ่งเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยกลุ่มทดลองจะได้รับรูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ และกลุ่มเปรียบเทียบจะ ได้รับการให้บริการตามปกติ โดยประชุมชี้แจง รูปแบบการดำเนินการกับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่และชี้แจงการใช้สมุด บันทึกการดูแลตนเอง

2) ขั้นปฏิบัติการ (Action) ดำเนินการตามแผนการดำเนินการ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มเป้าหมายคือ (1) เจ้าหน้าที่ รพ.สต. (2) ผู้สูงอายุทั้งหมด 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 32 คน

3) ขั้นสังเกต (Observation) ติดตามและประเมินผลการดำเนินการตามแผนของรูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยการใช้แบบสอบถาม การประเมินผลลัพธ์หลังการใช้รูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มเป้าหมายมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ทักษะต่อการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตที่ดี มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตาราง 30

ตาราง 30 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง ($n = 32$) และกลุ่มเปรียบเทียบ ($n = 32$)

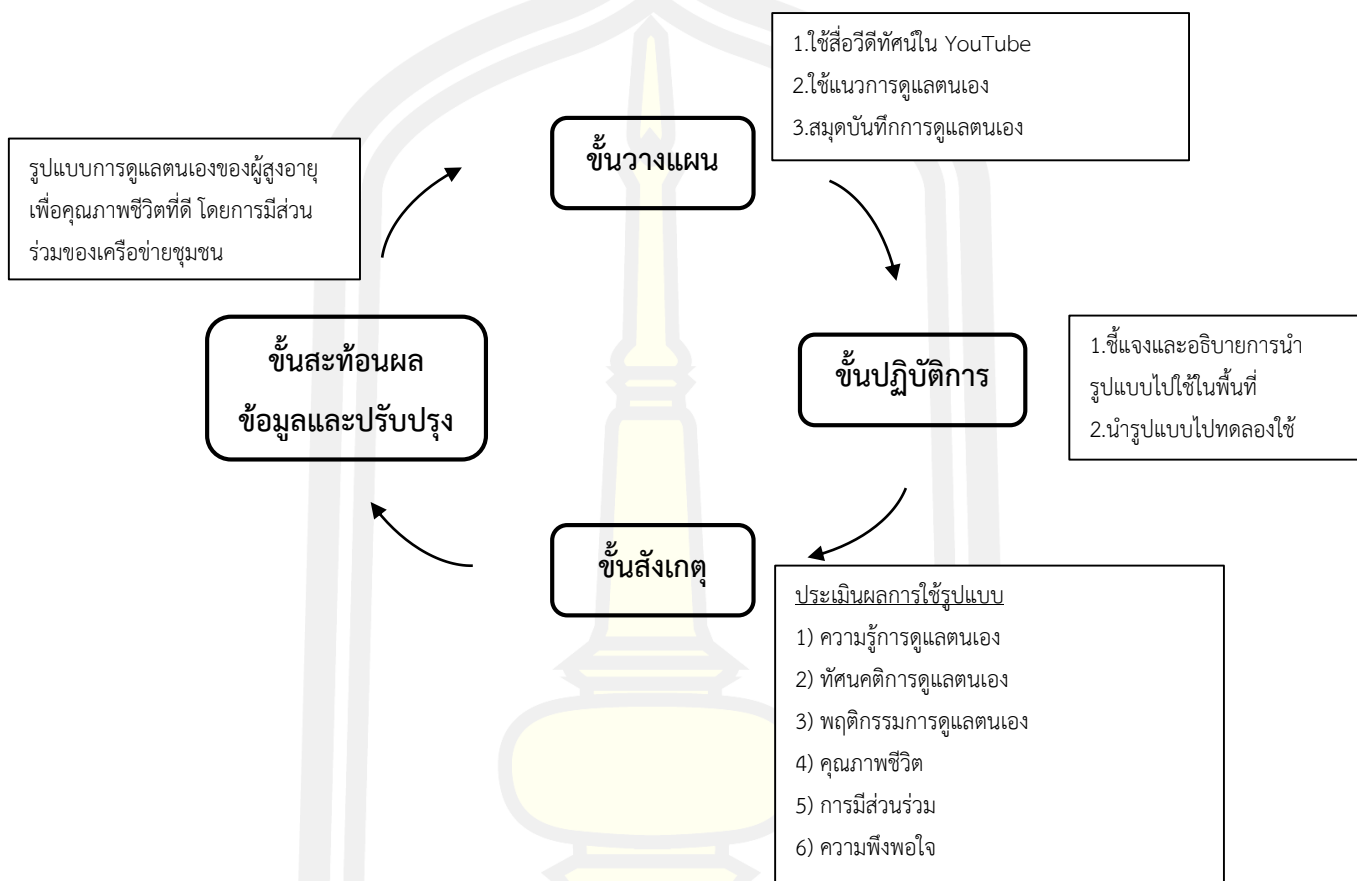
ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ระดับการดูแลตนเอง	51.18	6.86	47.251	7.41	2.204	0.031*
ระดับความรู้	20.12	2.09	8.28	2.39	3.277	0.002*
ระดับทัศนคติ	64.65	5.32	50.90	4.86	10.787	<0.001*
ระดับคุณภาพชีวิต	91.30	10.27	83.31	12.01	2.884	0.005*

* $p < 0.05$

4) ขั้นสะท้อนผลข้อมูลและปรับปรุง (Reflection)

ประชุมและสรุปผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์จากขั้นการสังเกตคืนข้อมูลผู้มีส่วนรวม ได้แก่ เจ้าหน้าที่ ผู้สูงอายุ และภาคีเครือข่าย จากการดำเนินการ พบว่า รูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นสามารถใช้กับผู้สูงอายุได้ ซึ่งรูปแบบทำให้ผู้สูงอายุ มีความรู้ ทักษะ และการดูแลตนเองที่ดีขึ้น จนทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากขึ้น และการมีสมุดบันทึกการดูแลตนเองสามารถรับรู้ถึงสุขภาพร่างกายตนเองได้อย่างเป็นรูปธรรม และยังมีสื่อวีดิทัศน์ให้ความรู้ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าใจได้ง่ายขึ้นและสะดวกในการเพิ่มเติมความรู้ จึงสรุปได้ว่า รูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้น สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเรื่องความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ทักษะต่อการดูแลตนเอง และการดูแลตนเอง จึงทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากขึ้น

สรุปวงจรปฏิบัติการรูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วม
ของเครือข่ายชุมชน วงรอบที่ 2



ภาพประกอบ 14 สรุปวงจรปฏิบัติการรูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดย
การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน วงรอบที่ 2

สรุปขั้นตอนของรูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตำบลฟ้าหยาด อำเภอมหาชนะชัย ดังนี้
 ขั้นที่ 1 ร่วมคิดและร่วมสร้าง ประกอบด้วย

1) ประชุมเชิงปฏิบัติการค้นหาข้อมูลสถานการณ์และบริบทเกี่ยวกับปัญหาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในพื้นที่ และร่วมกำหนดแผนการดำเนินการแก้ไขปัญหา

2) เตรียมทีมงานและสร้างการมีส่วนร่วม ประชุมชี้แจง และอธิบายแนวทางการดำเนินงาน วิธีการใช้สมุดบันทึกสุขภาพเพื่อจัดการปัญหาการดูแลสุขภาพ แก่เจ้าหน้าที่และ ผู้นำ อสม.

ขั้นที่ 2 ร่วมทำ ดำเนินการตามกิจกรรมที่วางแผนโดยการทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ และ อสม. เพื่อให้เกิดการสร้างการเรียนรู้ และเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย

1) สร้างการเรียนรู้และเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาการดูแลสุขภาพและวิธีการจัดการปัญหาวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการปัญหาเรื่องการดูแลตนเอง โดยผู้สูงอายุจะต้องมีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด และการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม การดำเนินงานประกอบด้วย

1.1 ประเมินความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุก่อนเริ่มกิจกรรม

1.2 สร้างความรู้และสนับสนุนการเรียนรู้โดยอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองแบบกลุ่ม โดยใช้สื่อวีดิทัศน์และประเมินความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุหลังกิจกรรม

1.3 แจกสมุดบันทึกสุขภาพและอธิบายวิธีการใช้สมุดบันทึกให้กับผู้สูงอายุ

1.4 ประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยการประเมินความรู้ ทักษะ การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

2) เสริมแรงสนับสนุนทางสังคม โดยการให้ข้อมูลเรื่องการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด และการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ทางโทรศัพท์

ขั้นที่ 3 ติดตามและประเมินผลลัพธ์ โดยการประเมินกระบวนการทำงานตามหลัก CIPP Model และประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ จากนั้นสรุปผลการประเมิน

ขั้นที่ 4 ค้นหาข้อมูลและทบทวนเพื่อการปรับปรุงกระบวนการให้ดีขึ้น

จากการดำเนินงานวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร พบว่ามี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ สมัชชาสุขภาพ เครือข่ายชุมชน และบุคคล

องค์ประกอบที่ 1 สมัชชาสุขภาพ หมายถึง การสร้างนโยบายการดูแลตนเองของผู้สูงอายุผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ซึ่งการสร้างกระบวนการสมัชชาขึ้นเป็นส่วนสำคัญในการค้นหาปัญหาในพื้นที่โดยผู้มีส่วนได้เสียโดยตรงทำให้ทราบปัญหาที่แท้จริง จึงสามารถนำมากำหนดเป็นนโยบายในการแก้ปัญหาได้ถูกต้อง และยังก่อให้เกิดความร่วมมือร่วมใจที่ดีในการแก้ไขปัญหา เนื่องจากเป็นนโยบายที่พื้นที่ร่วมกันสร้างเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจริง ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

องค์ประกอบที่ 2 บุคคล (ผู้สูงอายุ) หมายถึง ผู้สูงอายุซึ่งมีหน้าที่ดูแลตนเอง เรียนรู้และปรับปรุงพฤติกรรมตนเองอย่างต่อเนื่องตามภาวะสุขภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุสุขภาพที่ดีเหมาะสมตามวัย และมีความรู้ความเข้าใจต่อกระบวนการสูงอายุ โดยการเพิ่มความรู้ให้ผ่านสื่อความรู้ที่เข้าถึงได้ง่ายทั้งที่บ้านและที่ชุมชน และสมุดบันทึกสุขภาพ เพื่อให้สามารถติดตามประเมินการดูแลตนเองได้อย่างเป็นรูปธรรมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

องค์ประกอบที่ 3 เครือข่ายชุมชน หมายถึง การสร้างชุมชนที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ คือการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เพิ่มความร่วมมือในการดูแลสุขภาพเพื่อลดปัญหาการเกิดภาวะพึ่งพิง และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับชุมชน เช่น กิจกรรมรดน้ำวันสงกรานต์ กิจกรรมแห่มาลัยข้าวตอก เป็นต้น

3) เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน อำเภอมาหาชนะชัย จังหวัดยโสธร

การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน อำเภอมาหาชนะชัย จังหวัดยโสธร วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ตามแนวคิด CIPP Model พบว่า

C: Context evaluations

- 1) ผู้บริหารทุกระดับให้ความร่วมมือและสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
- 2) สถานการณ์ปัญหาที่มีความต้องการแก้ไขจึงเป็นที่ยอมรับจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง
- 3) มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันของหน่วยงานในพื้นที่ จึงประสานงานได้อย่างไร้รอยต่อ
- 4) มีนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

I: Input evaluations

- 1) บุคลากรในพื้นที่มีความรู้และความชำนาญ
- 2) มีการนำเทคโนโลยีมาใช้เพิ่มความรู้ให้กับผู้สูงอายุ
- 3) ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่และผู้สูงอายุให้ความร่วมมือเพื่อแก้ไขปัญหา

P: Process evaluations

- 1) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้ความร่วมมือในการทำงานร่วมกัน
- 2) จัดประชุมอย่างต่อเนื่องเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และปรับปรุงการดำเนินงาน
- 3) มีกระบวนการกระตุ้นให้กำลังใจผู้สูงอายุ ให้เกิดการดูแลตนเอง

P: Product evaluations

ผลผลิต

- 1) มีแนวทางการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน อำเภอมาหาชนะชัย จังหวัดยโสธร

2) มีรูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร ที่ปรับปรุงพัฒนาที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ผลลัพธ์

ผู้สูงอายุอำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร มีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตได้ดีขึ้น

จากการวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จสามารถสรุปรูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร ได้เป็น “QUALITY Model” ซึ่งเป็นรูปแบบที่มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้สูงอายุ โดยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ผู้สูงอายุดูแลตนเองได้ โดยเครือข่ายชุมชนเป็นส่วนสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้ด้านต่างๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลตนเอง โดยให้คำจำกัดความของ “QUALITY Model” และสรุปได้ดังในภาพประกอบ 15

Q: Quality of life ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพทางร่างกาย ด้านสุขภาพทางจิตใจ ด้านสัมพันธภาพในสังคม และด้านความมั่นคงของชีวิต

U: Unity การมีสัมพันธภาพที่ดีร่วมมือร่วมใจกัน จึงเกิดเป็นเครือข่ายที่เข้มแข็ง ทำให้มีการช่วยเหลืองานกันเป็นอย่างดี

A: Activity มีกิจกรรมในวันสำคัญต่างๆ และมีกระบวนการติดตาม กระตุ้นเตือน สม่่าเสมอเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ง่าย และคงไว้ซึ่งการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี

L: Learning การเรียนรู้และการรับรู้ผ่านสื่อ health education ประกอบด้วย สื่อวีดิทัศน์ สมุดคู่มือการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

I: Information Technology มีการใช้สื่อการเรียนรู้ต่างๆ ในระบบออนไลน์ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลให้ง่ายขึ้น เช่น Google Drive YouTube.

T: Treatment ผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีทุกคน โดยเฉพาะการตรวจสุขภาพฟัน ที่เป็นปัญหาสำคัญของวัยสูงอายุ

Y: Yourself การดูแลตนเอง เป็นเป้าหมายและผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้น หากผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ มีทัศนคติต่อตนเองที่ดี จะทำให้เกิดเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมดูแลตนเองไปในทิศทางที่ดีอย่างต่อเนื่อง



ภาพประกอบ 15 สรุปลักษณะของรูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตำบลฟ้าหยาด อำเภอมหาชนะชัย
จังหวัดยโสธร ที่พัฒนาขึ้น

พูน ปณ ทิโต ชีเว

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดย การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Method Research) ผู้วิจัยได้เสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

การศึกษาวิจัยระยะที่ 1 เพื่อศึกษาสถานการณ์และบริบทเกี่ยวกับการดูแลตนเองของ ผู้สูงอายุ และปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชน จากการเก็บรวบรวมข้อมูลประชากรผู้สูงอายุ ในหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร

การศึกษาวิจัยระยะที่ 2 เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ผลของการใช้ รูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และปัจจัยแห่งความสำเร็จต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนด้วยการใช้กระบวนการ สมัชชาสุขภาพและกระบวนการ PAOR

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.1.1 การศึกษาบริบทของชุมชนและสภาพการณ์การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลฟ้า หายาด อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร

ที่ตั้งอำเภอมหาชนะชัย ตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกเฉียงใต้ของจังหวัด ยโสธรห่าง จาก กรุงเทพมหานคร 560 กิโลเมตร ห่างจากจังหวัดประมาณ 42 กิโลเมตร มีทางหลวงแผ่นดิน ตัดผ่าน 2 สาย คือหมายเลข 2083 สายคำเขื่อนแก้ว – ราชสี และทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 2227 สายพนม ไพร – มหาชนะชัย มีเนื้อที่ประมาณ 455.268 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 284,542.5 ไร่ มีอาณา เขตติดต่อกับเขตการปกครองข้างเคียงดังต่อไปนี้

ทิศเหนือ ติดกับ อำเภอพนมไพร (จังหวัดร้อยเอ็ด) และอำเภอคำเขื่อนแก้ว

ทิศตะวันออก ติดกับ อำเภอเขื่องใน (จังหวัดยโสธร)

ทิศใต้ ติดกับ อำเภอค้อวัง และอำเภอราชสีสวล (จังหวัดศรีสะเกษ)

ทิศตะวันตก ติดกับ อำเภอศิลาลาด (จังหวัดศรีสะเกษ) และอำเภอพนมไพร

การศึกษาสภาพการณ์การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอมหาชนะชัย พบว่าผู้สูงอายุแต่ละคนจะมีปัญหาทางด้านสุขภาพและปัญหาทางด้านเศรษฐกิจเป็นส่วนใหญ่ โดยผู้สูงอายุมักจะมีปัญหาด้านสุขภาพเสื่อมโทรม มีโรคภัยต่างๆ เบียดเบียน ทั้งโรคทางกาย และทางสมอง ผู้มีอายุเกิน 65 ปี มักมีการเปลี่ยนแปลงทางสมองคือ โรคสมองเสื่อม โรคหลงลืม โรคซึมเศร้า และยังขาดคนดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากลูกหลานต้องไปทำงานที่ต่างจังหวัด เพราะครอบครัวมีรายได้ที่ไม่เพียงพอสำหรับการเลี้ยงชีพ อีกทั้งผู้สูงอายุมักมีปัญหาทางด้านสังคม คือ ผู้สูงอายุไม่ได้รับการยกย่องจากสังคมเหมือนเดิม โดยเฉพาะผู้ที่เคยเป็นข้าราชการ ตำแหน่งสูงซึ่งเคยมีอำนาจและบารมีแวดล้อม เมื่อเกษียณอายุราชการ อาจเสียดายอำนาจและตำแหน่งที่เสียไป ส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ ผู้สูงอายุจะไม่ได้ได้รับความเอาใจใส่ และความอบอุ่นจากลูกหลานอย่างเพียงพอ ทำให้รู้สึกว้าเหว่ อ้างว้าง และอาจมีความวิตกกังวลต่างๆ เช่น กังวลว่าจะถูกลูกหลาน และญาติพี่น้องทอดทิ้ง กังวลในเรื่องความตาย ผู้สูงอายุมักมีอารมณ์เปลี่ยนแปลง เช่น เศร้า เฉยเมย เอาแต่ใจตนเอง ผู้สูงอายุบางคน ก็ยังมีความต้องการความสุขทางโลกีย์ ซึ่งไม่เหมาะสมกับวัยของตนทำให้ได้รับความผิดหวัง อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงในสังคม และวัฒนธรรม ในอดีตจะเป็นครอบครัวใหญ่ ที่เรียกว่า ครอบครัวขยาย ทำให้มีความสัมพันธ์แน่นแฟ้น และเกิดความอบอุ่น ระหว่างพ่อ แม่ และลูกหลาน ในปัจจุบันครอบครัวคนไทย จะเป็นครอบครัวเดี่ยวเป็นส่วนใหญ่ ลูกหลานจะมาทำงานในเขตเมืองทิ้งพ่อแม่ให้เฝ้าบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างโดดเดี่ยว ไม่ได้รับการดูแล และได้รับความอบอุ่นดังเช่นอดีตที่ผ่านมา

จากการสำรวจผู้สูงอายุ อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.3 อยู่ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 52.0 รองลงมา อยู่ในช่วงอายุ 70 – 79 ร้อยละ 31.7 (SD = 8.06) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 52.3 รองลงมา คือ หม้าย ร้อยละ 36.3 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43.47 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 95.48 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,001 – 5,000 บาท ร้อยละ 244 (SD = 4,244.81) ส่วนใหญ่มีรายได้ที่ไม่เพียงพอ ส่วนเรื่องสิทธิในการรักษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 35.43 โดยมีรายได้อยู่ระหว่าง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41.2 รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 23.8 ซึ่งส่วนใหญ่จะมีระยะเวลาป่วยอยู่ระหว่าง 1- 7 ปี ร้อยละ 61.4 (SD = 6.11) โดยอาศัยอยู่กันเป็นครอบครัว มีสมาชิก 4 – 6 คน ร้อยละ 52.2 มีสถานภาพของการอาศัยในครัวเรือน โดยเป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 70.8 และยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี ร้อยละ 80.2

มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของสูงอายุโดยรวม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของสูงอายุด้านสุขภาพจิตใจ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของสูงอายุด้านความมั่นคงในชีวิต อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 46.1, 39.3 และ 64.5 ตามลำดับ ส่วนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของสูงอายุด้านการมีส่วนร่วมในสังคม อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 33.9 และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของสูงอายุด้านสุขภาพร่างกาย อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 41.7

มีทัศนคติต่อการดูแลตนเองของสูงอายุโดยรวม ทัศนคติต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ด้านสุขภาพร่างกาย ทัศนคติต่อการดูแลตนเองของสูงอายุด้านสุขภาพจิตใจ ทัศนคติต่อการดูแลตนเองของสูงอายุด้านการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 64.5, 65.6, 80.2 และ 81.3 ตามลำดับ ($\bar{X} \pm SD = 57.21 \pm 5.28, 13.59 \pm 2.61, 13.40 \pm 2.06$ และ 13.73 ± 1.73 ตามลำดับ) ส่วนทัศนคติต่อการดูแลตนเองของสูงอายุด้านความมั่นคงในชีวิตอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 68.3 ($\bar{X} \pm SD = 16.47 \pm 2.33$)

มีการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยรวม อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} \pm SD = 51.46 \pm 8.14$) เมื่อพิจารณารายด้านจะพบว่า ด้านการดูแลตนเองของสูงอายุด้านสุขภาพร่างกาย และด้านการดูแลตนเองของสูงอายุด้านการมีส่วนร่วมในสังคม อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} \pm SD = 12.14 \pm 2.48$, และ 12.11 ± 2.93) ส่วนด้านการดูแลตนเองของสูงอายุด้านสุขภาพจิตใจและด้านการดูแลตนเองของสูงอายุด้านความมั่นคงในชีวิตอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} \pm SD = 12.65 \pm 2.22$ และ 13.86 ± 3.26)

และส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง ทั้งคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพในสังคม และคุณภาพชีวิตโดยรวม คิดเป็นร้อยละ 60.50, 80.20, 81.30 และ 64.50 ($\bar{X} \pm SD = 22.97 \pm 3.35, 22.39 \pm 3.67, 9.30 \pm 1.76$ และ 89.14 ± 11.75 ตามลำดับ) ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม มีระดับคุณภาพชีวิตสูง คิดเป็นร้อยละ 41.50 ($\bar{X} \pm SD = 28.04 \pm 4.47$)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน อำเภอมาหาชนะชัย จังหวัดยโสธร จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Logistic Regression Analysis) พบว่า มีตัวแปรอิสระเพียง 3 ตัว เท่านั้น ที่ส่งผลทางบวกต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน อำเภอมาหาชนะชัย จังหวัดยโสธรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ รายได้ การศึกษา และคุณภาพชีวิต

5.1.2 รูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยดำเนินงานผ่านการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพของชุมชนตำบลฟ้าหยาด อำเภอมาหาชนะชัย จังหวัดยโสธร เป็นสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ได้นำกระบวนการสมัชชาสุขภาพร่วมกับกระบวนการ PAOR ซึ่งวิเคราะห์ได้เป็น 11 ขั้นตอน ดังนี้

การวางแผน (Planning)

1) ศึกษาบริบทของพื้นที่ตำบลฟ้าหยาดและวิเคราะห์ข้อมูลของผู้สูงอายุ พบว่ามีผู้สูงอายุร้อยละ 96.7

2) การประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยจัดประชุมสมัชชาสุขภาพตำบลฟ้าหยาด ได้เชิญผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง หรือเครือข่ายสมัชชาสุขภาพ ประกอบด้วย ประชาสังคม ภาควิชาการ และภาคราชการ เข้าร่วมกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

3) การทำแผนปฏิบัติการ ผู้เข้าร่วมประชุมได้ร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานต่อไปการลงมือปฏิบัติ (Action) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ สัมภาษณ์ สังเกต จัดเวทีสมัชชาสุขภาพ มีกิจกรรม ดังนี้

4) การจัดตั้งกลไกการจัดกระบวนการสมัชชา ใช้รูปแบบการจัดตั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพเฉพาะตำบล

5) จัดกลุ่มเครือข่ายสมัชชาสุขภาพ โดยวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย แต่งตั้งคณะกรรมการเครือข่าย จัดกลุ่มเครือข่ายออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มประชาสังคม กลุ่มวิชาการ และกลุ่มราชการ

6) ออกแบบกระบวนการสมัชชาสุขภาพ การกำหนดประเด็นและการพัฒนาประเด็นเชิงนโยบาย เรื่องการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ประเด็นที่ได้จากการประชุม 4 ประเด็น คือ (1) ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุและการมีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น (2) การสร้างงานสร้างรายได้ให้ผู้สูงอายุ (3) ปัญหาขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล และ (4) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ตามมติสมัชชาได้เลือกประเด็นการมีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อดำเนินการแก้ไขการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายสุขภาพเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว การแสวงหาฉันทามติร่วมกันต่อข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติโดยการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประกาศประชาสัมพันธ์ จัดทำเอกสารเผยแพร่ในแต่ละหมู่บ้านเข้าร่วมประชุมกับคณะกรรมการตำบล

การสังเกตการณ์ (Observation)

7) ติดตามประเมินผล การสังเกตการณ์การมีส่วนร่วม เครือข่ายมีการเข้าร่วมเวทีสมัชชาสุขภาพเป็นอย่างดี ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การสะท้อนผล (Reflection)

8) การสรุปบทเรียนเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

9) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนแบบเรื่องเล่า (Story Telling) มีเวทีเสวนาร่วมกับตำบลมหาชนะชัย เนื่องจากเป็นตำบลนาร่อง Long Term Care เครือข่ายเข้าร่วมกิจกรรมทั้งสิ้น 40 คน

10) การสื่อสารในสังคมตลอดกระบวนการ ดำเนินการไปพร้อมกันตั้งแต่ขั้นตอนที่ 1-11 เช่น การจัดทำเอกสารเพื่อแจ้งประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในชุมชนทราบเป็นระยะ แจ้งประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้านทุกเดือน เข้าร่วมประชุมคณะกรรมการตำบลเพื่อแจ้งข่าวประชาสัมพันธ์ทุกเดือน

11) การบริหารจัดการอย่างเป็นระบบโดยดำเนินการไปพร้อมกันตั้งแต่ขั้นตอนที่ 1-11 ซึ่งฝ่ายเลขานุการและผู้วิจัยจะต้องทำการเก็บรวบรวมข้อมูลการดำเนินงานในทุกกระบวนการอย่างละเอียดทุกขั้นตอน และต้องจัดประชุมอย่างต่อเนื่อง

5.1.3 ผลของรูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยดำเนินงานผ่านการจัดกระบวนการ สัมผัสสุขภาพของชุมชนตำบลฟ้าหยาด อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร

ผลลัพธ์การใช้รูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการดูแลตนเอง เพิ่มขึ้น เมื่อพิจารณาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพบว่าหลังการทดลอง ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง โดยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลองที่ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุมีการกำหนดเป้าหมายดูแลตนเองและทำให้บรรลุตามเป้าหมาย ผลการประเมินความพึงพอใจต่อสื่อและกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตหลังเข้าร่วมการทดลองของผู้สูงอายุ โรคเบาหวานพบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีความพึงพอใจต่อรูปแบบกิจกรรม สื่อ และสมุดบันทึกสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมาก หน่วยบริการได้เรียนรู้สถานการณ์ปัญหาของโรค เห็นจุดบกพร่องของการทำงานที่ผ่านมา ได้ร่วมระดมความคิดและประสบการณ์ในการทำงานและร่วมวางแผนพัฒนารูปแบบที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ ขั้นที่ 2 ร่วมทำโดยการเตรียมทีมงานโดยชี้แจงกระบวนการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความรู้สึกร่วมกัน ได้เรียนรู้การจัดรูปแบบและกระบวนการในการดูแลผู้สูงอายุและการทำงาน เรียนรู้วิธีคิดอย่างเป็นระบบ เกิดความร่วมมือและการทำงานเชื่อมประสานกัน ระหว่างเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. เครือข่าย ชุมชน และผู้สูงอายุ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ในการทำงานได้จริง เป็นรูปแบบที่มีความเหมาะสมในการดำเนินงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทำให้เกิดการพัฒนากระบวนการบริการผู้สูงอายุ

5.2 อภิปรายผล

การศึกษาบริบทของชุมชนและสภาพการณ์การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุและการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพในการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของชุมชน ตำบลฟ้าหยาด อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร เป็นการใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR) ร่วมกับสมัชชาสุขภาพในการแก้ปัญหาของพื้นที่ ทำให้เกิดการร่วมมือของทั้งสามภาคส่วน คือ ภาครัฐราชการ ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม ตามยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ผู้วิจัยขอเสนออภิปรายผล ดังนี้

5.2.1 สภาพการณ์การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลฟ้าหยาด อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร พบว่า ผู้สูงอายุแต่ละคนจะมีปัญหาทางด้านสุขภาพและปัญหาทางด้านเศรษฐกิจเป็นส่วนใหญ่ โดยผู้สูงอายุมักจะมีปัญหาด้านสุขภาพเสื่อมโทรม มีโรคภัยต่างๆ เบียดเบียน ทั้งโรคทางกายและทางสมอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑาทิพย์ งอยจันทร์ศรี และคณะ (2555), ศุภเจตน์ จันทรสาส์น (2555) และจิณณ์ณิชา พงษ์ดี และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ (2558) จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและข้อมูลที่ได้จากการศึกษาพบว่า การดูแลตนเองด้านสุขภาพร่างกายและด้านการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่ต้องการการแก้ไข ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กงพัฒน์ แกมนิล และพรทิพย์ คำพอ (2013) กุลิศรา ปิ่นทอง และคณะ (2561) และ Bowling and Browne, (1991) ศึกษากลุ่มผู้สูงอายุตอนปลาย โดยพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีความรู้สึกรำคาญกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างยากลำบาก มีและต้องได้รับการดูแล ผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพังต้องเผชิญกับปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ ในด้านร่างกายความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น

5.2.2 ด้านกระบวนการจัดสมัชชาสุขภาพในครั้งนี้ ก่อให้เกิดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว มุ่งพัฒนาให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับ สังคม คุณคนา-กรสกุล (2547) ได้สำรวจความคิดเห็นของประชาชนในเรื่องการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีพบว่า ลักษณะของนโยบายสาธารณะที่ดีควรเป็นนโยบายที่มุ่งเน้นเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ในส่วนของรูปแบบการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ เพื่อให้เกิดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้ใช้กระบวนการสมัชชาเพื่อสุขภาพทั้ง 11 ขั้นตอน โดยเริ่มจาก 1) ศึกษาบริบทของพื้นที่ตำบลฟ้าหยาดและวิเคราะห์ข้อมูลของผู้สูงอายุ 2) การประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ประชาสังคม ภาควิชาการ และภาครัฐราชการ เข้าร่วมกระบวนการสมัชชาสุขภาพ 3) การทำแผนปฏิบัติการ ผู้เข้าร่วมประชุมได้ร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานต่อไป 4) การจัดตั้งกลไกการจัดกระบวนการสมัชชา ใช้รูปแบบการจัดตั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพเฉพาะตำบล 5) จัดกลุ่มเครือข่ายสมัชชาสุขภาพ โดยวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย แต่งตั้งคณะกรรมการเครือข่าย จัดกลุ่ม

เครือข่ายออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มประชาสังคม กลุ่มวิชาการ และกลุ่มราชการ 6) ออกแบบกระบวนการสมัชชาสุขภาพ การกำหนดประเด็นและการพัฒนาประเด็นเชิงนโยบาย เรื่องการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ประเด็นที่ได้จากการประชุม 4 ประเด็น คือ (1) ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุและการมีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น (2) การสร้างงานสร้างรายได้ให้ผู้สูงอายุ (3) ปัญหาขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล และ (4) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม 7) ติดตามประเมินผล การสังเกตการณ์การมีส่วนร่วมเครือข่ายมีการเข้าร่วมเวทีสมัชชาสุขภาพเป็นอย่างดี ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น 8) การสรุปบทเรียนเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 9) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนแบบเรื่องเล่า (Story Telling) มีเวทีเสวนาร่วมกับตำบลมหาชนะชัย 10) การสื่อสารในสังคมตลอดกระบวนการ ดำเนินการไปพร้อมกันตั้งแต่ขั้นตอนแรกจนถึงขั้นตอนสุดท้าย 11) การบริหารจัดการอย่างเป็นระบบโดยดำเนินการไปพร้อมกันตั้งแต่ขั้นตอนแรกจนถึงขั้นตอนสุดท้าย ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ อัญชิรญา จันทรปิฎก (2555) ได้ศึกษากระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของสมัชชาสุขภาพจังหวัดลำพูน ประกอบไปด้วยขั้นตอนต่างๆ ดังนี้ ขั้นการกำหนดประเด็นปัญหา ขั้นการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย และขั้นการหาฉันทามติ ด้านบทบาทการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสมัชชาสุขภาพ ในกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ คือ บทบาทการมีส่วนร่วมตามแนวคิดกระบวนการถกแถลง ซึ่งมี 2 รูปแบบ คือ เวทีประชาชน (Public Discussion Forum) และการเสวนาหาทางออก (Deliberative Dialogue) และบทบาทการมีส่วนร่วมตามแนวคิดกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะ คือ การมีส่วนร่วมในการวางแผนและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

5.2.3 ผลการดำเนินงานกระบวนการพัฒนาสมัชชาสุขภาพในการดูแลสมัชชาสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของชุมชนตำบลฟ้าหยาด อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร พบว่าการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายด้านก่อนและหลังการพัฒนา ด้านการมีส่วนร่วม พบว่า สัมพันธภาพของคณะทำงานสมัชชาสุขภาพต่อชุมชนทำให้การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนดีขึ้น สอดคล้องกับวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีเป้าหมายในการแก้ปัญหา และพัฒนากิจกรรมโดยการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง (ศิริพร จิรวรรณกุล, 2546) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างและชุมชนได้รับความรู้ ความพึงพอใจ และการมีส่วนร่วมระหว่างกระบวนการพัฒนาการดำเนินกิจกรรมที่ผู้วิจัยและเครือข่ายได้ร่วมกันวางแผนมา ด้านความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องทวิวัฒน์ เมฆอากาศ (2554) ได้ศึกษาถอดบทเรียนกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ กรณีศึกษา สมัชชาสุขภาพจังหวัดสุโขทัยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษากระบวนการสร้างนโยบายเพื่อสุขภาพของสมัชชาสุขภาพจังหวัดสุโขทัย พบว่าส่วนที่พอใจในกระบวนการมากกว่าไม่พอใจ ซึ่งเป็นการพอใจในส่วนที่กระบวนการได้เปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการเสนอข้อคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการสร้างนโยบาย ซึ่งทุกภาคส่วนมีความเชื่อว่านโยบายที่เกิดขึ้นสามารถนำไปใช้ได้จริง

5.2.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาสมัชชาสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุของชุมชน ตำบลฟ้าหยาด อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร

การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนทำให้นโยบายที่ได้มาจากความต้องการของคนในพื้นที่ และมีความสอดคล้องกับนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ของกระทรวงสาธารณสุข การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันของหน่วยงานในพื้นที่ และความสนใจของผู้บริหารองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ (ภาคราชการ) ทำให้การปฏิบัติงานและประกาศนโยบายจะทำให้การปฏิบัติงานสะดวกรวดเร็วขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ พิชญามณูช เดชศิริ (2558) ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนเป็นฐาน ตำบลวังแสง อำเภอกุดคำ จังหวัดมหาสารคาม พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จในการวิจัย คือ การมีส่วนร่วมของคนในชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเป็นรูปแบบที่เกิดโดยมีชุมชนเป็นฐาน เข้าถึงได้ง่าย แสดงถึงความเอื้ออาทรตอบสนองความต้องการของประชาชน

5.3 ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

5.3.1 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

5.3.1.1 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง รองลงมาคือ คุณภาพชีวิตระดับสูง และคุณภาพชีวิตระดับต่ำ ตามลำดับ ดังนั้น เทศบาลตำบลฟ้าหยาดควรวางแผนนโยบายและการดำเนินงานเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในด้านต่าง ๆ อย่างครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ที่เกื้อหนุนให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและมีความสุข

5.3.1.2 การจัดเวทีสมัชชาสุขภาพ ควรมีทั้งรูปแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ซึ่งการจัดรูปแบบอย่างไม่เป็นทางการทำให้ภาคประชาสังคมกล้าแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมมากขึ้น ทำให้ได้ข้อคิดเห็นที่ครอบคลุมทุกระดับ

5.3.1.3 ควรมีการสร้างเข้าใจความหมายของสมัชชาสุขภาพมากยิ่งขึ้น โดยการประชาสัมพันธ์ ทั้งจากเอกสาร หอกระจายข่าวในชุมชน และร่วมประชุมกับผู้นำทุกเดือน เพราะสมัชชาเป็นเรื่องที่ประชาชนมักมีความเข้าใจผิด

5.3.1.4 การรวมตัวกันของผู้สูงอายุมีหลากหลายรูปแบบดำเนินการแยกส่วน ขาดการบูรณาการและไม่เชื่อมโยงเชื่อมโยง ทำให้การทำงานไม่เป็นระบบต่อเนื่อง ควรกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นมีบทบาทหลักในการดำเนินงานสนับสนุนกลไกการรวมตัวกันของผู้สูงอายุ ร่วมกับภาคีเครือข่ายอื่น ๆ

5.3.2 จากผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการศึกษาในครั้งต่อไปดังนี้

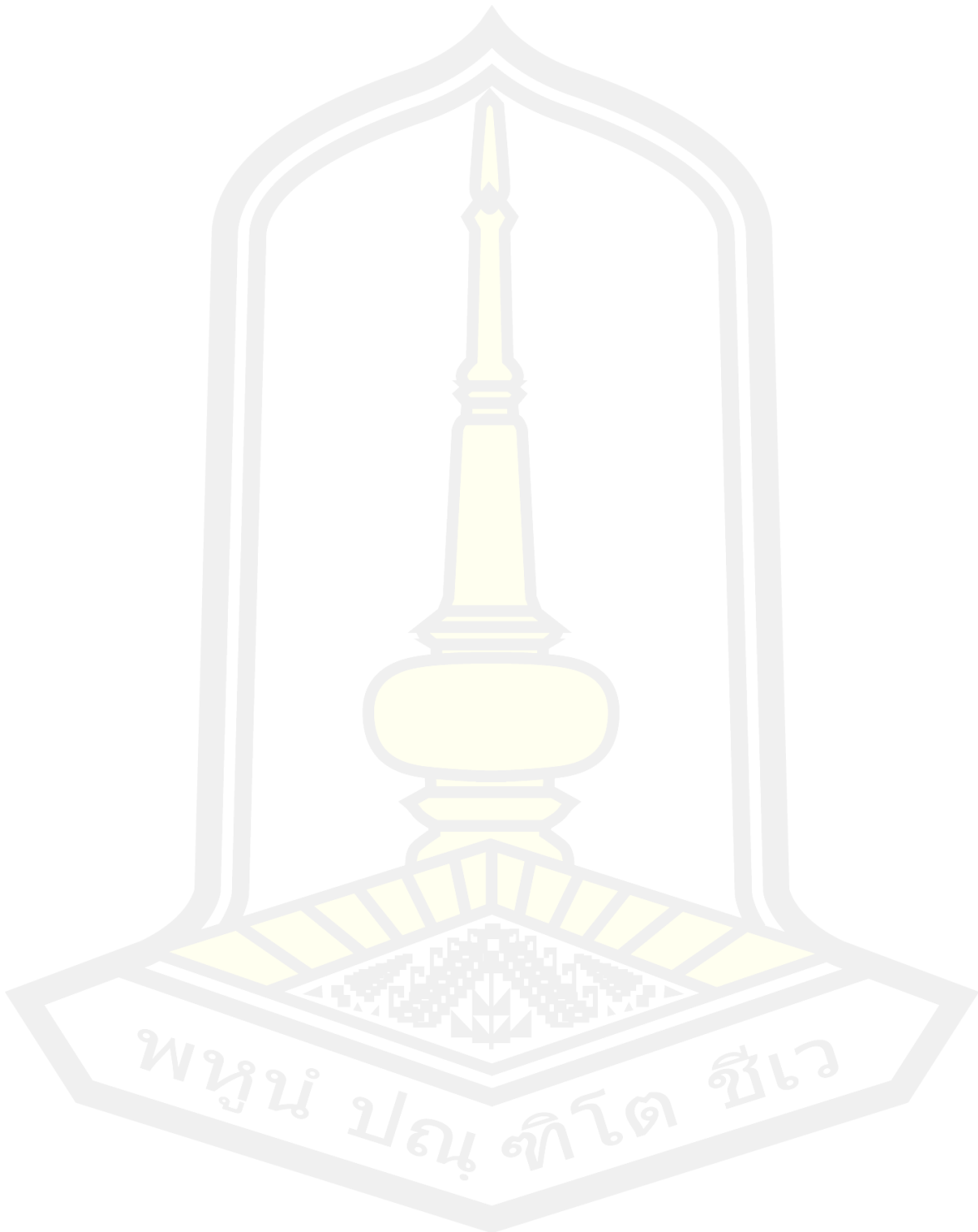
5.3.2.1 ควรศึกษากระบวนการสมัชชาสุขภาพในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงในขั้นตอนการนำนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพไปปฏิบัติ และขั้นตอนการประเมินผลของนโยบาย ได้ผลอย่างไรในพื้นที่

5.3.2.2 ควรศึกษาการประยุกต์ใช้แนวคิดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ในการกำหนดนโยบายสาธารณะสุขภาพเพื่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว นำไปใช้ในกระบวนการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพในเรื่องอื่น ๆ ต่อไป

5.3.2.3 ควรมีการขยายผลกระบวนการพัฒนาสมัชชาสุขภาพในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป โดยจุดเด่นและหลักการของสมัชชาสุขภาพ อยู่ที่ใช้ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมจากเครือข่ายสมัชชาสุขภาพ 3 ภาคส่วน คือ ภาคการเมือง ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม จะทำให้ได้ประโยชน์จริงในพื้นที่

5.3.2.4 ควรส่งเสริมการทำวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาส เช่น ผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว และผู้สูงอายุชายขอบ ในชุมชนท้องถิ่นต่างๆ โดยมุ่งเน้นการศึกษาถึงความจำเป็นต้องการในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นมิติของสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม และมิติทางด้านความมั่นคงและการมีหลักประกันในชีวิต เพื่อจะเห็นแนวทางในการนำไปสู่การพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมทุกระดับ และลดความเหลื่อมล้ำในสังคมต่อไป

บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กงพัฒน์ แกมนิล และพรทิพย์ คำพอ. (2013). ศึกษาเรื่องการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ: บ้านโคกสะอาดหมู่ที่ 4 ตำบลหอคำ อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 6(3), 75-84.
- กมล วิเศษงามปกรณ และ วัชร ศรีทอง. (2522). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลไผ่ท่าโพ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร. *พิษณุโลก: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2552). *แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552*. กรุงเทพฯ: เทพเพ็ญวานิชย์.
- กุลิศรา ปิ่นทอง สุชีพ พิริยสมิทธิ์ และ เดชา บัวเทศ. (2561). การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดสิงห์บุรี. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี*, 10(2).
- จิณณ์นิชา พงษ์ดี และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์. (2558). ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านเหมืองแบ่ง ตำบลหนองหญ้าปล้อง อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 3(4).
- จุฑาทิพย์ งอยจันทร์ศรี และอรสา กงตาล. (2555). *การพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์*. [ออนไลน์] ได้จาก: <http://gsbooks.gs.kku.ac.th/55/%0Acdgrc13/files/mmo14.pdf>. [สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2562].
- เจนอบรม, ส. (2534). *วิทยาการผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชิดชนก เชิงเขาว์ และคณะ. (2559). การวิจัยผสมวิธี – ใหม่เยี่ยมถอดดำหรือไม่ว. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี*, 27(3), 18-31.
- ณัฐวุฒิ พูลทอง. (2559). ได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชน บ้านโนนสง่า ตำบลซาง อำเภอเซกา จังหวัดบึงกาฬ. *วารสารทันตภิบาล*. 30(2), 92-104.
- ทิพย์วัลย์ เรืองขจร. (2554). *วิทยาศาสตร์เพื่อคุณภาพชีวิต*. เอกสารประกอบการสอนรายวิชา วิทยาศาสตร์เพื่อคุณภาพชีวิต. สงขลา: คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา.

- ทวีวัฒน์ เมฆอากาศ และภาณุวัฒน์ รักติวงศ์. (2554). *การถอดบทเรียนกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพ : กรณีศึกษาสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่จังหวัดในเขตภาคเหนือตอนล่าง*. เอกสารเผยแพร่อัดสำเนา.
- นฤมล อเนกวิทย์ และคณะ. (2552). การพัฒนาสมรรถนะการจัดการเรียนการสอนของอาจารย์พยาบาล. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 45(1), 41-52.
- นริสา วงศ์พนารักษ์, เสาวนีย์ วิบูลสันติ และอดุลย์ศักดิ์ วิจิตร. (2556). *ภาวะสุขภาพจิต ความหวัง และ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม*. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์*, 6(1), 141-150.
- เนตรดาว จิตโสภาคกุล. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ที่ 6 ตำบลบึงศาล อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี*, 6(3), 171-178.
- ประคอง กรรณสูตร. (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประเวศ วะสี. (2547). *กระบวนการนโยบายสาธารณะ*. กรุงเทพฯ: บริษัท ดีไซน์ จำกัด.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล และคณะ. (2558). *Situation of the Thai Elderly 2014*. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล และปัทมา ว่าพัฒนางศ์. (2555). *การเกิด*. [ออนไลน์] ได้จาก: http://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/ThaiHealth2012/thai2012_3.pdf. [สืบค้นเมื่อวันที่ 18 สิงหาคม 2562].
- ปิยะ เทพปิยะวงศ์. (2015). แนวพัฒนาการดำเนินงานที่หมอบรรอบครัวและความพึงพอใจกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลระยะยาว อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารสุศึกษา*, 38(130), 17-26.
- พิกุลทอง อันแปลง. (2553). *สภาพปัญหาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนปจฉิมทัศน์ 2 เทศบาลเมืองมหาสารคาม*. รายงานการศึกษาอิสระปริญญารัฐศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏ.
- พิชญามณูช เดชศิริ. (2558). *การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนเป็นฐาน ตำบลวังแสงอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- พิมพ์สิทธิ์ บัวแก้ว และระติพร ถึงฝิ่ง. (2559). การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. *วารสารสมาคมนักวิจัย*, 21(2).

- พิมลพรรณ ดีเมฆ และจารุณี จันธิยะ. (2558). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
บ้านใหม่เสรีธรรม ตำบลเชียงทอง อำเภอวังเจ้า จังหวัดตาก. การประชุมวิชาการระดับชา
ครั้งที่ 2 สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร.
- เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ และคณะ. (2555). กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของ
ชุมชนตำบลมาบแค. วารสารพยาบาลทหารบก, 13(2), 8-17.
- ภัทราวดี มากมี. (2559). การออกแบบการวิจัยสำหรับการวิจัยแบบผสมวิธี. วารสารสมาคมนักวิจัย,
21(2), 19 – 31.
- มยุรี พัทธศิลป์ และคณะ. (2559). วิจัยชุมชนด้านสุขภาพผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัด
ชลบุรี. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- มยุรี วรรณไกรโรจน์. (2552). การศึกษาแนวทางการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนา
หมู่บ้านจัดสรรสุขภาพ กรณีศึกษาบ้านทุ่งคำ อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย.
นครสวรรค์: โรงพิมพ์ทิศทางการพิมพ์.
- มาสริน ศุกลปักษ์ และกรัณฐรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์. (2560). องค์ประกอบด้านสุขภาพตามแนวคิด
สภาวะพลวัตของผู้สูงอายุ: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารวิจัยทาง
วิทยาศาสตร์สุขภาพ, 11.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2560). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย.
กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วริยา จันทรขำ, หทัยชนก บัวเจริญ และชินวุฒิ อาสนวิเชียร. (2558). รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดย
ชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเอง กรณีศึกษา : องค์การบริหารส่วนตำบลท่างามอำเภออินทร์บุรี
จังหวัดสิงห์บุรี. วารสารวิจัยเพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่, 7(3).
- วิไล ตาปะสี, ประไพวรรณ ด่านประดิษฐ์ และสินวล รัตนวิจิตร. (2560). รูปแบบการจัดบริการการ
ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลวังตะกู จังหวัดนครปฐม. วารสาร
เกื้อการุณย์, 24(1).
- ศรินยา สุริยะฉาย. (2552). การประเมินความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
ในตำบลบางไทรป่า อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ศิรินุช ฉายแสง. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดอำนาจเจริญ.
วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธรรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการส่งเสริมสุขภาพ
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.

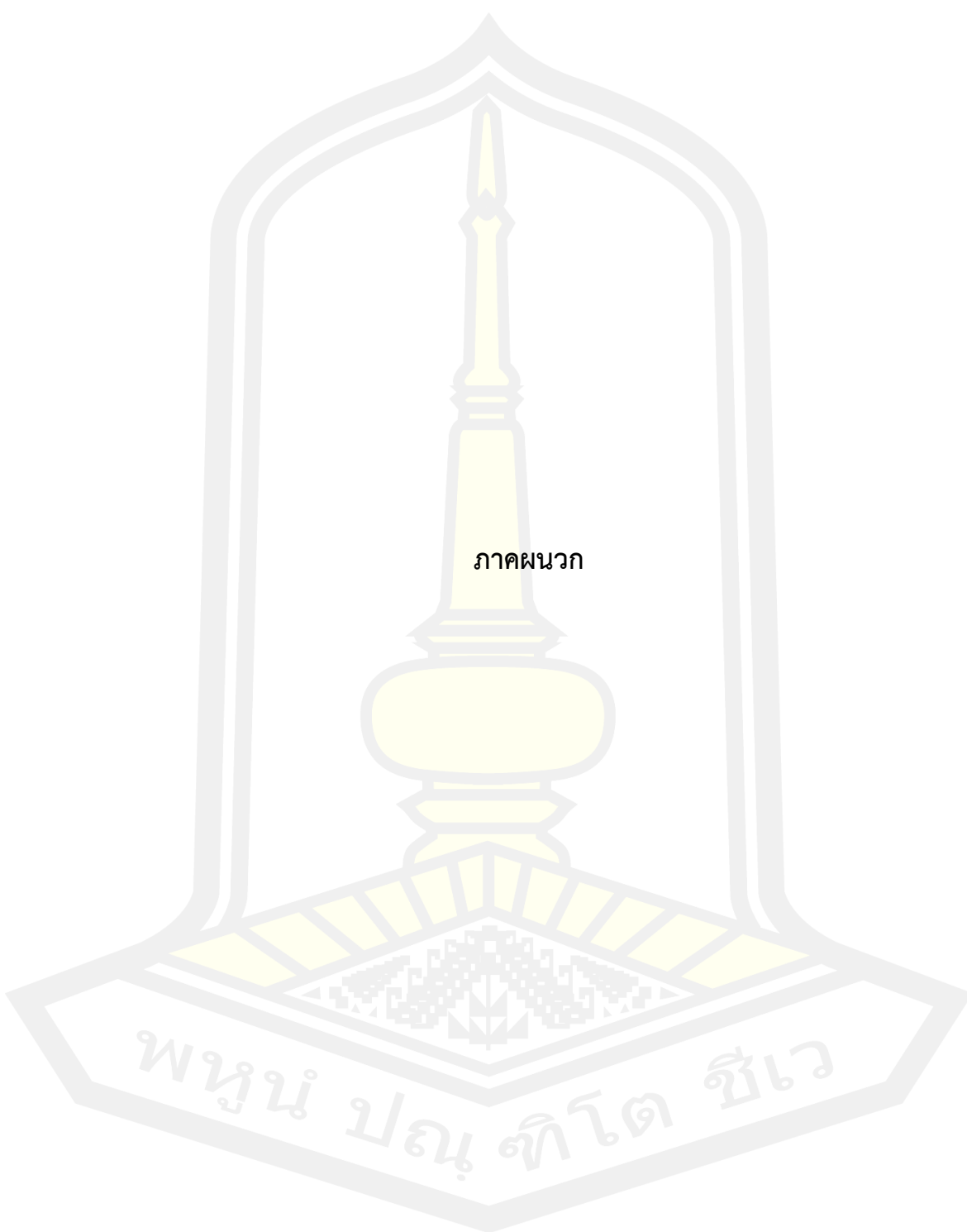
- ศุภเจตน์ จันทรสาส์น. (2555). *ความอยู่ดีมีสุขเชิงเศรษฐกิจของผู้สูงอายุในประเทศไทย*. การประชุมวิชาการของสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย เรื่อง “นวัตกรรมอุดมศึกษา: กุญแจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน” 19 กรกฎาคม 2554, กรุงเทพฯ: สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ. (2553). *รายงานการสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- สุรกุล เจนอบรม. (2534). *วิทยาการผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการศึกษานอกโรงเรียน คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรศักดิ์ บุญเทียน. (2555). รูปแบบการสร้างนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมของสมัชชาสุขภาพ เฉพาะพื้นที่. *วารสารมนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 29(2), 133–164.
- สุชา จันทรเฒ. (2548). *จิตวิทยาทั่วไป*. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุปราณี แต่งวงศ์. (2552). ความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการจัดโครงการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 15(3), 235-248.
- สุพัตรา ศรีวิเชียร. (2555). *การจัดการโรคเรื้อรังในชุมชน*. นครปฐม: สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพข.) และสถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียนมหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภาดา คำสุชาติ. (2560). ปัญหาและความต้องการดูแลทางสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย: ข้อเสนอเชิงนโยบาย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น*, 26(6), 1156-1164.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ. (2540). *คุณภาพชีวิตของคนไทยในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ*. *เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด*. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่.
- สุกัญช์ แสงประจักษ์สกุล. (2558). *ปัจจัยกำหนดระดับบวฒิวยของผู้สูงอายุไทย*. คณะมนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี:สงขลา.
- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2556). *แผนกลยุทธ์สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ (สทส.) ปีพ.ศ. 2556–2559*. กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ.
- สำนักงานพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2556). *การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553–2583*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). *การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน พ.ศ. 2559*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

- สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2559). *ประชากรสูงอายุอาเซียน*. เอกสารประมวลสถิติด้านสังคม มิถุนายน 2559. กรุงเทพฯ: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. (2561). *ข้อมูลคัดกรองโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ ประจำปี 2561*. ยโสธร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร.
- สำนักงานพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2556). *การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553–2583*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- อัญชิรญา จันทรปิฎก. (2555). *กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของสมาชิกสุขภาพ จังหวัดลำพูน*. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรรณพ ใจสำราญ และคณะ. (2553). *สังคมสูงวัยเปี่ยมสุขด้วยวิถีสุขภาพและสิ่งแวดล้อม*. กรุงเทพฯ: บริษัทคอนเซ็ปท์ เมดิคัล จำกัด.
- อาหามะ เจ๊ะโซ๊ะ. (2558). *การประยุกต์ใช้กระบวนการสมาชิกสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล จังหวัดปัตตานี*. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อำพล จินดาวัฒนะ. (2552). *การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม*. พิมพ์ครั้งที่ 3. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- Best, J. W. (1981). *Research in Education*. 4th ed. New Jersey: Prentice Hall.
- Bloom B.S. (1976). *Human Characteristics and School Learning*. New York: McGraw - Hill.
- Bowling A., and Browne, P.D. (1991). Social networks, health, and emotional well-being among the oldest old in London. *Journal of Gerontology: Social*, 46(1), 20-32.
- Bryman, A. (2006). Integrating quantitative and qualitative research: How is it done? *Qualitative Research*, 6 (1), 97-113.
- Chen, J., Murayama, S., and Kamibepu, K. 2010. Factors related to well-being among the elderly in urban China focusing on multiple roles. *BioScience Trends*. 4(2), 61-71.
- Creswell, J.W., Fetters, M.D. and Ivankova, N.V. (2004) Designing a mixed methods study in primary care. *The Annals of Family Medicine*, 2, 7-12.
- Creswell, J.W. & Plano Clark, V.L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Creswell, J.W. (2009). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. 3rd ed. California: Sage.
- Couto, N., Antunes, R., Monteiro, D., Moutão, J., Marinho, D. A., & Cid, L. (2017). Impact of the basic psychological needs in subjective happiness, subjective vitality and physical activity in an elderly Portuguese population. *Motricidade*, 13(2), 58-70.
- Dong, H. J., Larsson, B., Dragioti, E., Bernfort, L., Levin, L. Å., & Gerdle, B. (2020). Factors associated with life satisfaction in older adults with chronic pain (PainS65+). *Journal of pain research*, 13, 475.
- Freeman, L. C. (1978). Centrality in social networks conceptual clarification. *Social Network*. 1, 215-239.
- Greene, J. C., Caracelli, V. J., & Graham, W. F. (1989). Toward a Conceptual Framework for Mixed-method Evaluation Designs. *Educational Evaluation and Policy Analysis*, Vol 11, No. 3, 255-274.
- International Longevity Centre Brazil (ILC-Brazil). (2015). *ACTIVE AGEING: A Policy Framework in Response to the Longevity Revolution*. Brazil: ILC.
- Jiamjarasangsri W. (2007). *Chronic Care Model*. [Internet]. Retrieved September 9, 2018, from <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/%0A11228/2100>.
- Jick, T. D. (1979). Mixing qualitative and qualitative methods: Triangulation in action. *Administrative Science Quarterly*, 24, 602-611.
- Johnson, R. B., Onwuegbuzie, A. J., & Turner, L. A. (2007). Toward a definition of mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research*, 1 (2), 112-133.
- Kemmis, S., McTaggart, R., & Nixon, R. (2014). *The Action Research Planner Doing Critical Participatory Action Research*. Singapore: Springer.
- Layard, R. (2005). Happiness: Lessons from a new science, Couns. *Psychot. Res.* 6, 302-303.
- Lee E. S. (1966). A theory of migration. *Demography*, 3, 47-57.
- Mertens, D. M. (2009). *Transformative research and evaluation*. New York: Guilford Press.

- Mira Ahn, Hyun Joo Kwon and Jiyun Kang (2020). Supporting Aging-in-Place Well: Findings From a Cluster Analysis of the Reasons for Aging-in-Place and Perceptions of Well-Being. *Journal of Applied Gerontology*, 39(1), 3 –15.
- Morgan, D. L. (1998). Practical strategies for combining qualitative and quantitative methods: Applications to health research. *Qualitative Health Research*, 8(3), 362-376.
- Morse, J. M. (1991). Approaches to qualitative-quantitative methodological triangulation. *Nursing Research*, 40, 120-123.
- Ngamjarus C., Chongsuvivatwong V. (2014). *n4 Studies: Sample size and power calculations for iOS*. The Royal Golden Jubilee Ph.D. Program – The Thailand Research Fund & Prince of Songkla University.
- National Elderly Committee 2010. (2009). *The national elderly plan (1st ed., Vol. 2 (2002-20))*. Bangkok: Thepphannayayan Printing House.
- Orem. D.E. (1991). *Nursing concepts of practice*. St. Louis.
- Padilla, G. V., & Grant, M. M. (1985). Quality of life as a cancer nursing outcome variable. *Advances in Nursing Science*, 8(1), 45–60.
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice*. 3rd ed. Stamford, CT: Appleton & Lange.
- Peter Alders (2019). Trends in ageing and ageing-in-place and the future market for institutional care: scenarios and policy implications. *Health Economics, Policy and Law*, 14, 82–100.
- Rioux, L. & Werner, C. (2011). Residential satisfaction among aging people living in place. *Journal of environmental psychology*, 31(2), 158-169.
- Sandelowski, M. (2003). *Table or tableaux? The challenges of writing and reading mixed methods studies*. In A. Tashakkori & C. Teddlie (Eds.), *Handbook of mixed methods in social and behavioral research* (pp. 321-350). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Sharma, R.C. (1988). *Population, Resources, Environment and Quality of Life: Handbook of Pedagogical Aspects and Knowledge Base of Population Education*. O.P. Kapur, for Dhanpat Rai & Sons, 1988.

- Stromberg, M. F. (1984). Selecting an Instrument to Measure Quality of Life. *Oncology Nursing Forum*. 23(4) : 312-315.
- Thanakwang K, Kespichayawattana J, Jitpanya, & C. (2010). Factors related to health promoting behaviors among older adults: a meta-analysis. *J Nurs Sci*, 28(3).
- Tashakkori, A., & Teddlie, C. (1998). *Mixed methodology: Combining qualitative and quantitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Tashakkori, A., & Teddlie, C. (2003). *Handbook of mixed methods in social behavioral research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Thomopoulou, I., Thomopoulou, D., and Koutsouki, D. 2010. The differences at quality of life and loneliness between elderly people. *Biology of Exercise*. 6(2), 13-28.
- World Health Organization. (1987). *Oral Health Surveys Basic Methods*. 4th edition. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2010). *Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies*. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services; 2010.
- World Health Organization. (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Geneva: World Health Organization.
- UNESCO. (1980). Evaluation the Quality of life in Belgium. *Social Indicators Research*, 8, 312.
- UNECE/European Commission. (2013). *Policy brief: Introducing Active Ageing Index*. N.P.: Author.
- United Nation. (2015). *World populations ageing 2015*. New York: Author.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2020). World population prospects: The 2017 Revision [Internet]. 2017. [cited 2020 Dec 15]. Available from: <https://www.un.org/development/desa/publications/world-population-prospects-the-2017-revision.html>.
- Yin, R. K. (2003). *Case study research: Design and methods*. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Zhan, L. (1992). Quality of life: Conceptual and measurement issue. *Journal of Advanced Nursing*, 17(7), 795-800.



ภาคผนวก ก
เอกสารรับรองการวิจัย

พหุชน ปณ จิต ชีวะ



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 227/2562

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) : The development of self-care model in elderly for enhancing Quality of life by community participation.

ผู้วิจัย : นายอภิชาติ กตะศิลา

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 26 ธันวาคม 2562

วันหมดอายุ : 25 ธันวาคม 2563

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงการงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

.....ศาสตราจารย์.....รณวิทย์.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกษิษฐา ฐิติรัตน์ สว่างจิตร์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ภาคผนวก ข
หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

พูน ปณ จิโต ชีเว



บันทึกข้อความ

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รับที่ PM0046
วันที่ 9 มี.ค. 2563
เวลา 12.07.

ส่วนราชการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โทรศัพท์ ๐๔๓-๗๕๔๓๕๓

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘ /

วันที่ มกราคม ๒๕๖๓

เรื่อง โปรดพิจารณาลงนามหนังสือขอความอนุเคราะห์

เรียน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ด้วย นายอภิชาติ กตะศิลา รหัสนิสิต ๖๐๐๑๑๔๖๐๐๐๕ นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนาแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัถยพรต เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ในการนี้ เพื่อให้การดำเนินการศึกษาวิทยานิพนธ์บรรลุตามวัตถุประสงค์ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านลงนามในหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา ลงนาม จักเป็นพระคุณยิ่ง

เรียน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์/ *นางสาววิภาดาพร*

✓ เพื่อโปรดทราบ

() เพื่อโปรดพิจารณา

๑. เห็นสมควรแจ้ง.....

ลงชื่อ *นางสาววิภาดาพร*

(นายอภิชาติ กตะศิลา)

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

ดร. วรพจน์

ความเห็นของอาจารย์ที่ปรึกษา

ดร. วรพจน์

ลงนาม *ดร. วรพจน์*

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัถยพรต)

อาจารย์ที่ปรึกษา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิราวรรณ เทรินโบล)

รองคณบดีฝ่ายบริหารการศึกษา ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

1 ก.ค. 2563

ที่วอ ๐๖๐๕.๑๘/ ๖๕๗



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๕๑๕๐

๑๐ มกราคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาชนะชัย

ด้วย นายอภิชาติ กตะศิลา รหัสนิสิต ๖๐๐๑๑๔๖๐๐๐๕ นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาวิชา
สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การ
พัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน อำเภอ
มหาชนะชัย จังหวัดยโสธร” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนา
คุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตร
สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัถยพรต เป็นประธานกรรมการควบคุม
วิทยานิพนธ์ ความละเอียดแจ้งแล้วนั้น

ในการนี้คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จาก
ท่านได้โปรดอนุญาตให้ นายอภิชาติ กตะศิลา เก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่ จังหวัดยโสธร เพื่อศึกษา
สถานการณ์ บริบทและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วม
ของเครือข่ายชุมชนและนำมาพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และศึกษาผลของการใช้รูปแบบและ
ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการใช้รูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในระหว่างวันที่ ๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๓
ถึง ๓๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ ทั้งนี้จะเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยดังกล่าว หลังจากที่ได้รับแจ้งการรับรอง
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิรุชรณ เทรินโบล)
รองคณบดีฝ่ายบริหารการศึกษา ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๒

ที่ ๒๐ ๐๖๐๕.๑๘/ ๘ ๗๗



คณะกรรมการสุขภาพ
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๐๐ มกราคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน สาธารณสุขอำเภอมหาชนะชัย

ด้วย นายอภิชาติ กตะศิลา รหัสนิสิต ๖๐๐๑๑๔๖๐๐๐๕ นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาวิชา
สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การ
พัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน อำเภอ
มหาชนะชัย จังหวัดยโสธร” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนา
คุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตร
สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตย์พรต เป็นประธานกรรมการควบคุม
วิทยานิพนธ์ ความละเอียดแจ้งแล้วนั้น

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จาก
ท่านได้โปรดอนุญาตให้ นายอภิชาติ กตะศิลา เก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่ จังหวัดยโสธร เพื่อศึกษา
สถานการณ์ บริบทและปัจจัยที่เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วม
ของเครือข่ายชุมชนและนำมาพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และศึกษาผลของการใช้รูปแบบและ
ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการใช้รูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในระหว่างวันที่ ๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๓
ถึง ๓๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ ทั้งนี้จะเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยดังกล่าว หลังจากที่ได้รับแจ้งได้รับการรับรอง
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรารัตน์ เทรินโบล)
รองคณบดีฝ่ายบริหารการศึกษา ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๒

ที่ ๑๖ ๐๖๐๕.๑๘/ ๑๗๗



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเฒ่า อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๐ มกราคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยโสธร

ด้วย นายอภิชาติ กตะศิลา รหัสนิสิต ๖๐๐๑๑๔๖๐๐๐๕ นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาวิชา
สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การ
พัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน อำเภอ
มหาชนะชัย จังหวัดยโสธร” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนา
คุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตร
สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัถยพรต เป็นประธานกรรมการควบคุม
วิทยานิพนธ์ ความละเอียดแจ้งแล้วนั้น

ในการนี้คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จาก
ท่านได้โปรดอนุญาตให้ นายอภิชาติ กตะศิลา เก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่ จังหวัดยโสธร เพื่อศึกษา
สถานการณ์ บริบทและปัจจัยที่เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วม
ของเครือข่ายชุมชนและนำมาพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และศึกษาผลของการใช้รูปแบบและ
ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการใช้รูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในระหว่างวันที่ ๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๓
ถึง ๓๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ ทั้งนี้จะเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยดังกล่าว หลังจากที่ได้รับแจ้งได้รับการรับรอง
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

ศาสตราจารย์ ดร. ปิรพรรณ เพ็ชรอินทร์

รองคณบดีฝ่ายบริหารการศึกษาศาสตร์ ปฏิบัติราชการแทน

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๒

ภาคผนวก ค

หนังสือขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

พูนัน ปณฺ ทิโต ชีเว

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘ /



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

กรกฎาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำขอวิทยานิพนธ์	จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	จำนวน ๑ ชุด
๓. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล	จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นายอภิชาติ กตะศิลา ๖๐๐๑๑๔๖๐๐๐๕ นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนาแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัถยพรต เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลัดดา แสนสีหา เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ความละเอียดแจ้งแล้วนั้น

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นางชนิดา รังสิทัตกุล ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยที่จะนำไปทดลองใช้สำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อนิสิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป ดังรายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรารณ เทิรินทร์โบส)
รองคณบดีฝ่ายบริหารการศึกษา ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๒

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘ /



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

กรกฎาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยโสธร

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. คำทำวิทยานิพนธ์	จำนวน ๑ ชุด
	๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	จำนวน ๑ ชุด
	๓. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล	จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นายอภิชาติ กตะศิลา ๖๐๐๑๑๔๖๐๐๐๕ นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลัดดา แสนสีหา เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ความละเอียดแจ้งแล้วนั้น

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้ พญ.ธิตารัตน์ จิตรมาส ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยที่จะนำไปทดลองใช้สำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อนิสิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป ดังรายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรรณ เทียนโบสถ์)
รองคณบดีฝ่ายบริหารการศึกษา ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๒

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘ /



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

กรกฎาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยโสธร

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. คำโครวิทยานิพนธ์	จำนวน ๑ ชุด
	๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	จำนวน ๑ ชุด
	๓. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล	จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นายอภิชาติ กตะศิลา ๖๐๐๑๑๔๖๐๐๐๕ นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัถยพรต เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลัดดา แสนสีหา เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ความละเอียดแจ้งแล้วนั้น

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นายตรีเมืง ตรีแสน ตำแหน่ง สาธารณสุขอำเภอ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยที่จะนำไปทดลองใช้สำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อนิสิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป ดังรายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุพรรณ เทรินโปส์)
รองคณบดีฝ่ายบริหารการศึกษา ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๒

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘ /



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

กรกฎาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน รองอธิการบดีฝ่ายโครงการจัดตั้งวิทยาเขตอำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล

- | | |
|---|-------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำขอวิทยานิพนธ์ | จำนวน ๑ ชุด |
| ๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย | จำนวน ๑ ชุด |
| ๓. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล | จำนวน ๑ ชุด |

ด้วย นายอภิชาติ กตะศิลา ๖๐๐๑๑๔๖๐๐๐๕ นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัถยพรต เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลัดดา แสนสีหา เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ความละเอียดแจ้งแล้วนั้น

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้ ดร.ประเสริฐ ประสมรักษ์ ตำแหน่ง ประธานหลักสูตรสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยที่จะนำไปทดลองใช้สำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อนิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป ดังรายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิวชณ เทียร์นโปส)
รองคณบดีฝ่ายบริหารการศึกษา ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๒

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘ /



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

กรกฎาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขออนุญาตเคราะห้เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน นายกเทศบาลตำบลฟ้าหยาด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เค้าโครงวิทยานิพนธ์	จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	จำนวน ๑ ชุด
๓. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล	จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นายอภิชาติ กตะศิลา ๖๐๐๑๑๔๖๐๐๐๕ นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลัดดา แสนสีหา เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ความละเอียดแจ้งแล้วนั้น

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขออนุญาตเคราะห้ให้นายสุเทพ มูลเกตุ ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยที่จะนำไปทดลองใช้สำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อนิสิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป ดังรายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรวรรณ เทิร์นโบต์)
รองคณบดีฝ่ายบริหารการศึกษา ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๒

ภาคผนวก ง
เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

พูนัน ปณ จิโต ชีเว

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่สอบถาม.....

แบบสอบถามชุดที่ 1

เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี
โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน”

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ใช้สอบถามผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โปรดตอบคำถามที่ตรงกับความเป็นจริงและครบถ้วนทุกข้อคำถาม

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน

แบบสอบถามชุดนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มีวัตถุประสงค์เพื่อประโยชน์ในการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร ข้อมูลที่ได้จะนำมาประมวลผลในภาพรวมและใช้ในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น ซึ่งจะไม่มีการระบุชื่อใด ๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล จึงขอความกรุณาในการให้ข้อมูลที่เป็นจริง เพื่อผลการศึกษจะได้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดและสามารถนำไปพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร ได้อย่างเหมาะสม โดยแบบสอบถามนี้ แบ่งออกเป็น 6 ส่วน มีจำนวน 14 หน้า ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุ จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำนวน 30 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทัศนคติต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำนวน 26 ข้อ

ส่วนที่ 6 ความคิดเห็น ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน

หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดีและขอขอบคุณที่เสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ด้วย

อภิชาติ กตะศิลา

นิสิตปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร

ดุษฎีบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย

มหาสารคาม

E-mail. bs_kw607@hotmail.com

โทร. 088-0877086

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะทางประชากร

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หน้าข้อความที่เป็นจริงกับท่านมากที่สุด

1. เพศ

☐ 1.ชาย

☐ 2.หญิง

2. ปัจจุบันอายุ.....ปี

3. สถานภาพสมรส

☐ 1.โสด

☐ 2.สมรส

☐ 3.หม้าย

☐ 4.หย่าร้าง

☐ 5.แยกกันอยู่

4. อาชีพหลัก หรืองานที่ใช้เวลาในการทำเป็นส่วนใหญ่ (ให้บันทึกสถานภาพการทำงาน)

☐ 1.ข้าราชการ/ลูกจ้างของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ

☐ 2.พนักงานลูกจ้างเอกชน

☐ 3.ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว

☐ 4.เกษตรกร

☐ 5.รับจ้างทั่วไป

☐ 7.ขับรถรับจ้างสาธารณะ

☐ 7.แม่บ้าน/พ่อบ้าน

☐ 8.ว่างงาน/ไม่มีงานทำ/กำลังหางานทำ

☐ 9.อื่น ๆ ระบุ.....

5. ปัจจุบัน ท่านมีสวัสดิการสุขภาพอะไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ 1.สิทธิบัตรทอง (บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า)

☐ 2.สิทธิประกันสังคม/กองทุน

ทดแทน

☐ 3.สิทธิข้าราชการหรือข้าราชการบำนาญ

☐ 4.รัฐวิสาหกิจ

☐ 5.หน่วยงานอิสระของรัฐ

☐ 6.องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

☐ 7.ประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน

☐ 8.สวัสดิการจัดโดยนายจ้าง

☐ 9.อื่น ๆ ระบุ.....

6. รายได้ของท่าน.....บาท (เฉลี่ยต่อเดือน รวมรายได้จากเบี้ยผู้สูงอายุ/พิการ)

7. การศึกษา (ระบุการศึกษาขั้นสูงสุด)

☐ 1.ไม่เคยเรียน

☐ 2.ประถมศึกษา

☐ 3.มัธยมศึกษาตอนต้น

☐ 4.มัธยมศึกษาตอนปลาย

☐ 5.ปวช.

☐ 6.ปวช./ปวท./อนุปริญญา

☐ 7.ปริญญาตรี

☐ 8.สูงกว่าปริญญาตรี

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะทางประชากร (ต่อ)

8. ท่านมีโรคประจำตัวหรือโรคทางระบบที่แพทย์ระบุหรือไม่ (ลงข้อมูลทุกข้อ)

- 8.1 เบาหวาน ☐ 1.ไม่มี ☐ 2.มี ระดับน้ำตาลในเลือดเท่ากับ.....mg/dL
- 8.2 ความดันโลหิตสูง ☐ 1.ไม่มี ☐ 2.มี ระดับความดันโลหิตเท่ากับ.....mmHg
- 8.3 โรคหัวใจและหลอดเลือด ☐ 1.ไม่มี ☐ 2.มี
- 8.4 ไขมันในเลือดสูง ☐ 1.ไม่มี ☐ 2.มี
- 8.5 ภูมิแพ้ ☐ 1.ไม่มี ☐ 2.มี
- 8.6 ภาวะซึมเศร้า ☐ 1.ไม่มี ☐ 2.มี
- 8.7 มะเร็ง ☐ 1.ไม่มี ☐ 2.มี ตำแหน่ง.....
- 8.8 อื่น ๆ ระบุ.....

9. ระยะเวลาในการป่วย.....ปี

10. สถานภาพในครอบครัว

- ☐ 1.หัวหน้าครอบครัว
- ☐ 2.สมาชิกในครอบครัว
- ☐ 3.ผู้อาศัย

11. ปัจจุบันอาศัยอยู่กับใคร

- ☐ 1.อยู่คนเดียวตามลำพัง
- ☐ 2.อยู่กับครอบครัว (พ่อแม่ ภรรยา/สามี บุตรหลาน พี่น้อง)

จำนวนคนที่อาศัยอยู่ด้วยกันรวมตัวท่านทั้งหมด.....คน

12. การช่วยเหลือตนเอง

- ☐ 1.ช่วยเหลือตนเองได้ดี
- ☐ 2.มีการพึ่งพาเมื่อออกนอกบ้าน
- ☐ 3.พึ่งพาตลอดเวลา

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องข้อความที่ตรงกับความคิดของท่านเพียงคำตอบเดียว

ใช่ หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความนั้นกล่าวถูกต้องหรือเป็นจริง

ไม่ใช่ หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความนั้นกล่าวไม่ถูกต้องหรือไม่เป็นจริง

ข้อ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่	เฉลย
2.1 ด้านสุขภาพ				
	สุขภาพร่างกาย			✓
1.	การตรวจสุขภาพประจำปีทำให้ทราบความผิดปกติของร่างกาย			✓
2.	เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุแล้วกำลังกายและจิตใจจะเสื่อมลง			✓
3.	การร่ำรวยเงินเป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ			✓
4.	ควรพบทันตแพทย์ เพื่อตรวจสุขภาพช่องปาก อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง			✓
5.	การออกกำลังกายช่วยให้ผู้สูงอายุเป็นโรคนอนไม่หลับ			✗
6.	การสูบบุหรี่จะช่วยให้ผู้สูงอายุผ่อนคลาย			✗
7.	โรคเบาหวาน หัวใจ ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง มักเกิดกับผู้สูงอายุ			✓
8.	การรับประทานยาเยอะ ๆ ช่วยให้หายขาดจากโรคประจำตัวได้			✗
	สุขภาพจิตใจ			✓
9.	การอ่านหนังสือธรรมะช่วยให้สามารถผ่อนคลายความเครียดได้			✓
10.	การฝึกสมาธิเป็นวิธีการควบคุมอารมณ์และจิตใจให้มั่นคง			✓
11.	การทำงานอดิเรก ช่วยเพิ่มความเครียดให้ผู้สูงอายุ			✗
12.	เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุแล้วกำลังกายและจิตใจจะเสื่อมลง			✓
13.	ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปส่วนใหญ่มักจะหลงลืม ควบคุมร่างกายไม่ค่อยได้			✓
14.	การหัวเราะหรือยิ้มเป็นยาอายุวัฒนะ			✓
15.	การทำสมาธิหรือการปฏิบัติธรรม ทำให้มีความรู้สึกฟุ้งซ่าน			✗

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ (ต่อ)

ข้อ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่	เฉลย
2.2 ด้านการมีส่วนร่วม				
16.	ผู้สูงอายุจะต้องมีเพื่อนหรือสังคมเฉพาะวัยเดียวกัน			×
17.	การดูแลบุตรหลานช่วยลดภาระให้กับครอบครัว			✓
18.	ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของสังคม			×
19.	การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมที่ดี			✓
20.	การถ่ายทอดประสบการณ์แก่คนอื่น เป็นการทำประโยชน์เพื่อสังคม			✓
21.	งานบวช งานแต่งงาน เป็นการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม			✓
22.	ผู้สูงอายุควรแยกอาศัยอยู่ตามลำพัง			×
23.	การมีบทบาทในครอบครัว สังคม และหมู่คณะ เป็นการสร้างภาระให้กับคนรอบข้าง			×
2.3 ด้านความมั่นคงในชีวิต				
24.	บริเวณทางลาดชันต้องมีที่ราวจับ เพื่อป้องกันการหกล้ม			✓
25.	บริเวณทางขึ้นบันไดต้องมีแสงสว่างที่เพียงพอจะช่วยลดอุบัติเหตุ			✓
26.	ผู้สูงอายุควรใช้ส้วมชักโครก เป็นการป้องกันอุบัติเหตุ			×
27.	ผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องมีรายได้			✓
28.	ผู้สูงอายุไม่ควรวางแผนทำประกันชีวิตหรือประกันสุขภาพ			×
29.	การวางแผนด้านการเงินช่วยให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างไม่เดือดร้อน			✓
30.	สุรา บุหรี่ หรืออบายมุขต่าง ๆ ทำให้เกิดความสับสนเปลี่ยนแปลงและไม่มั่นคงในชีวิต			✓

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทัศนคติต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ ตามความคิดเห็นที่เป็นจริงกับท่านมากที่สุด และอธิบายถึงสาเหตุที่ท่านเลือกตอบในข้อนั้น ซึ่งมีเกณฑ์ดังต่อไปนี้

ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน
น้อย	หมายถึง	ข้อความตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อย
ปานกลาง	หมายถึง	ข้อความตรงกับความคิดเห็นของท่านปานกลาง
มาก	หมายถึง	ข้อความตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

3.1 ด้านสุขภาพ

3.1.1 สุขภาพร่างกาย

1. ฉันเห็นด้วยว่าการเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพที่ดีควรดื่มน้ำในสถานที่

- ☐ 1.ไม่เห็นด้วย ☐ 2.น้อย ☐ 3.ปานกลาง ☐ 4.มาก

สาเหตุ

.....

.....

2. ฉันไม่เห็นด้วยที่ว่าการพักผ่อนนอนหลับวันละ 6 - 8 ชั่วโมงจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ

- ☐ 1.ไม่เห็นด้วย ☐ 2.น้อย ☐ 3.ปานกลาง ☐ 4.มาก

สาเหตุ

.....

.....

3. ฉันเห็นด้วยว่าการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในวัยสูงอายุเป็นสิ่งไม่จำเป็น

- ☐ 1.ไม่เห็นด้วย ☐ 2.น้อย ☐ 3.ปานกลาง ☐ 4.มาก

สาเหตุ

.....

.....

4. ฉันเห็นด้วยว่าควรจะหยุดออกกำลังกายทันทีเมื่อรู้สึกหน้ามืดใจสั่น

- ☐ 1.ไม่เห็นด้วย ☐ 2.น้อย ☐ 3.ปานกลาง ☐ 4.มาก

สาเหตุ

5. ฉันเห็นด้วยว่าการดูแลสุขภาพด้วยการรับประทานอาหาร ไม่จำเป็นต้องได้สารอาหารครบถ้วน

- ☐ 1.ไม่เห็นด้วย ☐ 2.น้อย ☐ 3.ปานกลาง ☐ 4.มาก

สาเหตุ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทัศนคติต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ (ต่อ)

3.1.2 สุขภาพจิตใจ

6. ฉันใช้ธรรมะหรือคำสอนทางพุทธศาสนาฝึกจิตใจให้เตรียมพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต

- ☐ 1.ไม่เห็นด้วย ☐ 2.น้อย ☐ 3.ปานกลาง ☐ 4.มาก

สาเหตุ

7. ฉันเห็นด้วยว่าการทำกิจกรรมที่หลากหลายเป็นการผ่อนคลายความเครียดของตนเอง

- ☐ 1.ไม่เห็นด้วย ☐ 2.น้อย ☐ 3.ปานกลาง ☐ 4.มาก

สาเหตุ

8. ฉันเห็นด้วยว่าเมื่อนึกถึงความตายทำให้ฉันรู้สึกเศร้า

- ☐ 1.ไม่เห็นด้วย ☐ 2.น้อย ☐ 3.ปานกลาง ☐ 4.มาก

สาเหตุ

9. ฉันเห็นด้วยว่าควรรู้จักการเตรียมใจเกี่ยวกับเรื่องความตาย

☐ 1.มาก

☐ 2.ปานกลาง

☐ 3.น้อย

☐ 4.ไม่เห็นด้วย

สาเหตุ

10. ฉันเห็นด้วยว่าการทำสมาธิบางครั้งช่วยเพิ่มความเครียดต่อจิตใจให้สูงขึ้น

☐ 1.ไม่เห็นด้วย

☐ 2.น้อย

☐ 3.ปานกลาง

☐ 4.มาก

สาเหตุ

3.2 ด้านการมีส่วนร่วม

11. ฉันเห็นด้วยว่าการสนทนาและปฏิบัติตามหลักศาสนาทำให้สภาพจิตใจดีขึ้นได้

☐ 1.ไม่เห็นด้วย

☐ 2.น้อย

☐ 3.ปานกลาง

☐ 4.มาก

สาเหตุ

12. ฉันเห็นด้วยว่าการทำบุญทุกครั้งที่มีโอกาสทำให้เรามีความสุขทางใจฉันเห็นด้วยว่าการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ

☐ 1.ไม่เห็นด้วย

☐ 2.น้อย

☐ 3.ปานกลาง

☐ 4.มาก

สาเหตุ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทัศนคติต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ (ต่อ)

13. ฉันเห็นด้วยว่าเราควรจะได้เตรียมใจไว้เสมอว่าแต่ละวันฉันจะทำกิจกรรมอะไรบ้าง

☐ 1.ไม่เห็นด้วย

☐ 2.น้อย

☐ 3.ปานกลาง

☐ 4.มาก

สาเหตุ

14. ฉันเห็นด้วยว่าการพบปะเพื่อนฝูงในชมรมเป็นสิ่งที่น่าเบื่อยิ่งเพิ่มความเครียดให้มากขึ้น

- ☐ 1.ไม่เห็นด้วย ☐ 2.น้อย ☐ 3.ปานกลาง ☐ 4.มาก

สาเหตุ

15. ฉันไม่เห็นด้วยเมื่อมีคนพูดถึงการเป็นผู้สูงอายุมักเป็นคนที่ไม่มีความค่า

- ☐ 1.ไม่เห็นด้วย ☐ 2.น้อย ☐ 3.ปานกลาง ☐ 4.มาก

สาเหตุ

3.3 ด้านความมั่นคงในชีวิต

16. ฉันเห็นด้วยว่าการพัฒนามนุษย์ในวัยหลังเกษียณอายุสามารถพัฒนาไปได้ถึงขีดสุดเช่นเดียวกับมนุษย์ในช่วงวัยอื่น ๆ

- ☐ 1.ไม่เห็นด้วย ☐ 2.น้อย ☐ 3.ปานกลาง ☐ 4.มาก

สาเหตุ

17. ฉันเห็นด้วยว่าการทำพินัยกรรมเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเป็นผู้สูงอายุ

- ☐ 1.ไม่เห็นด้วย ☐ 2.น้อย ☐ 3.ปานกลาง ☐ 4.มาก

สาเหตุ

18. ฉันเห็นด้วยกับการเก็บเงินเพื่อเอาไว้ใช้สอยเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

- ☐ 1.ไม่เห็นด้วย ☐ 2.น้อย ☐ 3.ปานกลาง ☐ 4.มาก

สาเหตุ

19. ฉันเห็นด้วยกับการวางแผนปรับปรุงบ้านให้เหมาะสมกับวัยสูงอายุเป็นสิ่งจำเป็น

- ☐ 1.ไม่เห็นด้วย ☐ 2.น้อย ☐ 3.ปานกลาง ☐ 4.มาก

สาเหตุ

20. ฉันเห็นด้วยว่าการสนใจติดตามข่าวสารต่าง ๆ ทางอินเทอร์เน็ตและสื่อต่าง ๆ เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับวัยสูงอายุ

☐ 1.ไม่เห็นด้วย ☐ 2.น้อย ☐ 3.ปานกลาง ☐ 4.มาก

สาเหตุ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หน้าข้อความที่เป็นจริงกับท่านมากที่สุด และอธิบายถึงสาเหตุที่ท่านเลือกตอบในข้อนั้น ซึ่งมีเกณฑ์ดังต่อไปนี้

ไม่เคยเลย	คือ	การปฏิบัติกิจกรรมนั้น 0 ครั้ง/สัปดาห์
ปฏิบัติบางครั้ง	คือ	การปฏิบัติกิจกรรมนั้น 1-3 ครั้ง/สัปดาห์
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	คือ	การปฏิบัติกิจกรรมนั้น 4-5 ครั้ง/สัปดาห์
ปฏิบัติประจำ	คือ	การปฏิบัติกิจกรรมนั้น 6-7 ครั้ง/สัปดาห์

4.1 ด้านสุขภาพ

4.1.1 สุขภาพร่างกาย

1. ท่านตรวจสุขภาพเป็นประจำทุก 6 เดือน

☐ 1.ไม่เคยเลย ☐ 2.เป็นบางครั้ง ☐ 3.บ่อยครั้ง ☐ 4.เป็น

ประจำ

สาเหตุ

2. ท่านรักษาสุขภาพช่องปากโดยไปพบทันตแพทย์ปีละ 2 ครั้ง

☐ 1.ไม่เคยเลย ☐ 2.เป็นบางครั้ง ☐ 3.บ่อยครั้ง ☐ 4.เป็น

ประจำ

สาเหตุ

3. ท่านออกกำลังกายโดยการเดินหรือวิ่งช้า ๆ

- ☐ 1.ไม่เคยเลย ☐ 2.เป็นบางครั้ง ☐ 3.บ่อยครั้ง ☐ 4.เป็น

ประจำ

สาเหตุ

.....

.....

4. ท่านหลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีมลภาวะหลีกเลี่ยงอยู่ในที่แออัด

- ☐ 1.ไม่เคยเลย ☐ 2.เป็นบางครั้ง ☐ 3.บ่อยครั้ง ☐ 4.เป็น

ประจำ

สาเหตุ

.....

.....

5. ท่านดื่มชา กาแฟหรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนเป็นประจำทุกวัน

- ☐ 1.ไม่เคยเลย ☐ 2.เป็นบางครั้ง ☐ 3.บ่อยครั้ง ☐ 4.เป็น

ประจำ

สาเหตุ

.....

.....

4.1.2 สุขภาพจิตใจ

6. ท่านชอบทำงานอดิเรก เช่น ทำงานบ้าน เลี้ยงหลาน

- ☐ 1.ไม่เคยเลย ☐ 2.เป็นบางครั้ง ☐ 3.บ่อยครั้ง ☐ 4.เป็น

ประจำ

สาเหตุ

.....

.....

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ (ต่อ)

7. ท่านพูดคุยกับคนในครอบครัวหรือคนสนิทเมื่อท่านไม่สบายใจ

- ☐ 1.ไม่เคยเลย ☐ 2.เป็นบางครั้ง ☐ 3.บ่อยครั้ง ☐ 4.เป็น

ประจำ

สาเหตุ

.....

.....

8. ท่านมีความวิตกกังวลเมื่อนึกถึงการเข้าสู่วัยสูงอายุ

- ☐ 1.ไม่เคยเลย ☐ 2.เป็นบางครั้ง ☐ 3.บ่อยครั้ง ☐ 4.เป็น

ประจำ

สาเหตุ

.....

.....

9. ท่านผ่อนคลายความเครียด โดยการทำสมาธิ สวดมนต์ ไหว้พระ

- ☐ 1.ไม่เคยเลย ☐ 2.เป็นบางครั้ง ☐ 3.บ่อยครั้ง ☐ 4.เป็นประจำ

สาเหตุ

.....

.....

10. ท่านทานยานอนหลับเวลามีอาการนอนไม่หลับ

- ☐ 1.ไม่เคยเลย ☐ 2.เป็นบางครั้ง ☐ 3.บ่อยครั้ง ☐ 4.เป็นประจำ

สาเหตุ

.....

.....

4.2 ด้านการมีส่วนร่วม

11. ท่านเป็นที่ปรึกษาหรือผู้ทรงคุณวุฒิหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

- ☐ 1.ไม่เคยเลย ☐ 2.เป็นบางครั้ง ☐ 3.บ่อยครั้ง ☐ 4.เป็น

ประจำ

สาเหตุ

.....

.....

12. ท่านใช้สื่อคอมพิวเตอร์/โทรศัพท์มือถือ ในการแสวงหาความบันเทิงและการพักผ่อนหย่อนใจ เช่น ดูภาพยนตร์ฟังเพลงเล่นเกมส์

- ☐ 1.ไม่เคยเลย ☐ 2.เป็นบางครั้ง ☐ 3.บ่อยครั้ง ☐ 4.เป็นประจำ

สาเหตุ

.....

.....

13. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

- ☐ 1.ไม่เคยเลย ☐ 2.เป็นบางครั้ง ☐ 3.บ่อยครั้ง ☐ 4.เป็นประจำ

สาเหตุ

.....

.....

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ (ต่อ)

14. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการพบปะเพื่อนฝูงรุ่นราวคราวเดียวกัน

- ☐ 1.ไม่เคยเลย ☐ 2.เป็นบางครั้ง ☐ 3.บ่อยครั้ง ☐ 4.เป็นประจำ

สาเหตุ

.....

.....

15. ท่านให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับบุคคลที่มีปัญหาหรือเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต

- ☐ 1.ไม่เคยเลย ☐ 2.เป็นบางครั้ง ☐ 3.บ่อยครั้ง ☐ 4.เป็นประจำ

สาเหตุ

.....

.....

4.3 ด้านความมั่นคงในชีวิต

16. ท่านปรับปรุงที่อยู่อาศัยและจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยหลีกเลี่ยงไม่เดินในที่ลื่นหรือทางลาดชัน

- ☐ 1.ไม่เคยเลย ☐ 2.เป็นบางครั้ง ☐ 3.บ่อยครั้ง ☐ 4.เป็นประจำ

สาเหตุ

.....

.....

17. ท่านศึกษาสิทธิประโยชน์ทางกฎหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

- ☐ 1.ไม่เคยเลย ☐ 2.เป็นบางครั้ง ☐ 3.บ่อยครั้ง ☐ 4.เป็นประจำ

สาเหตุ

.....

.....

18. ท่านวางแผนการดำรงชีวิตเพื่อเตรียมเข้าสู่วัยสูงอายุเข้าใจและยอมรับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเมื่อเข้าวัยสูงอายุ

- ☐ 1.ไม่เคยเลย ☐ 2.เป็นบางครั้ง ☐ 3.บ่อยครั้ง ☐ 4.เป็นประจำ

สาเหตุ

.....

.....

19. ท่านวางแผนออมเงินไว้ใช้จ่ายในวัยสูงอายุวางแผนทำประกันชีวิตหรือประกันสุขภาพ

- ☐ 1.ไม่เคยเลย ☐ 2.เป็นบางครั้ง ☐ 3.บ่อยครั้ง ☐ 4.เป็นประจำ

สาเหตุ

.....

.....

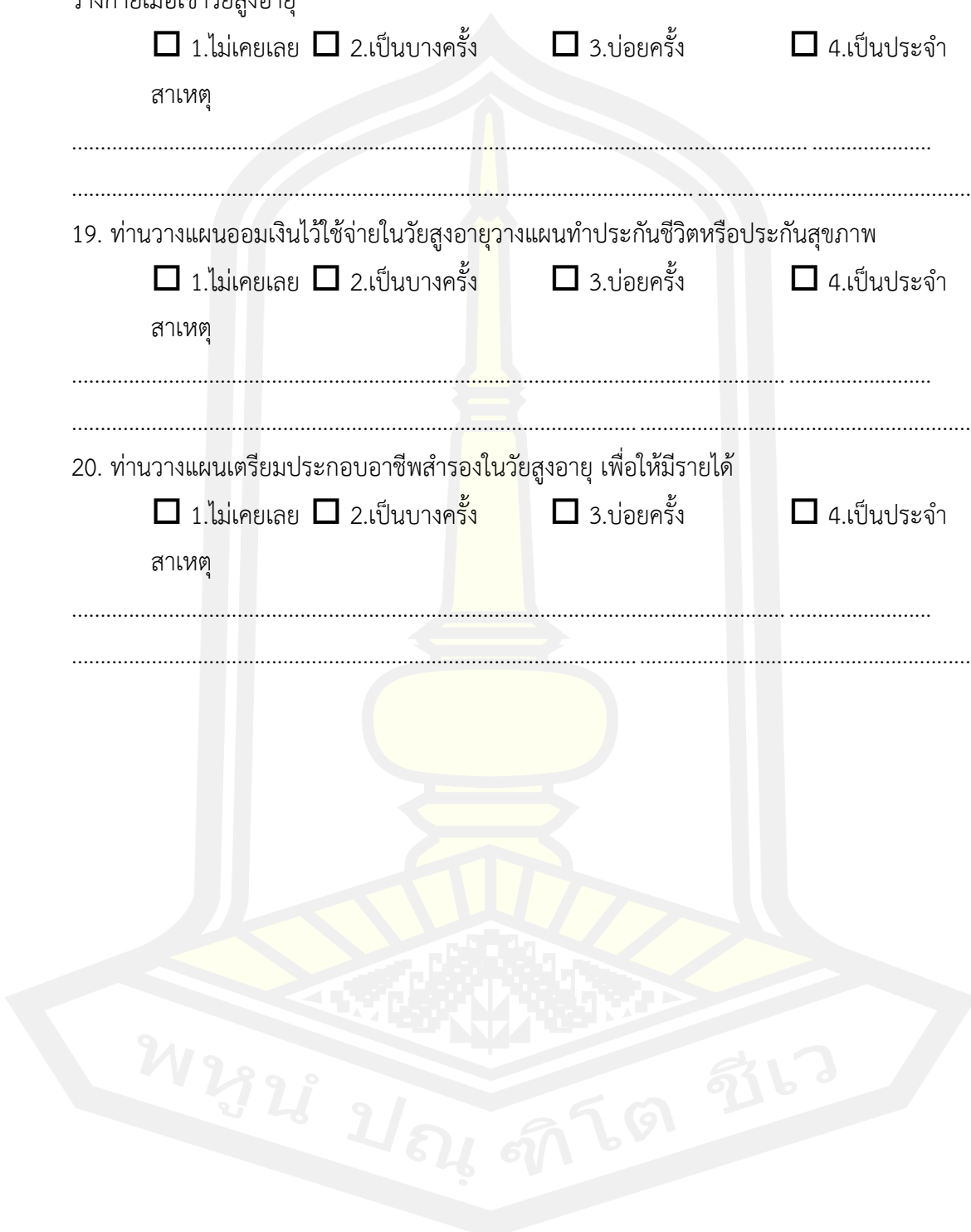
20. ท่านวางแผนเตรียมประกอบอาชีพสำรองในวัยสูงอายุ เพื่อให้มีรายได้

- ☐ 1.ไม่เคยเลย ☐ 2.เป็นบางครั้ง ☐ 3.บ่อยครั้ง ☐ 4.เป็นประจำ

สาเหตุ

.....

.....



ส่วนที่ 5 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้จะใช้วัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้สำรวจตัวเอง และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

- ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก
 เล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจ
 รู้สึกแย่มาก
 ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลาง ๆ
 มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี
 มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือพอใจมากที่สุด

ลำดับ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย					
1	การเจ็บปวดทางร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักเลย					
2	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันไหม (ทั้งเรื่องงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
3	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากนักเลยเพียงใด					
4	ท่านรู้สึกพอใจมากนักแค่ไหนที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน					
5	ท่านจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลมากนักเลยเพียงใดเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ได้ในแต่ละวัน					
6	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมามากนักเลยเพียงใด					
7	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตัวเองได้ดีเพียงใด					
	คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ					
8	ท่านรู้สึกพึงพอใจกับชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด					
9	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด					
10	ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากนักแค่ไหน					
11	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม					

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (ต่อ)

ลำดับ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
12	ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวลบ่อยแค่ไหน					
13	ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน					
	คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพในสังคม					
14	ท่านพอใจกับการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมาแค่ไหน					
15	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ แค่นั้น					
16	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้ว ท่านมีวิธีจัดการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึงการช่วยตัวเองหรือการมีเพศสัมพันธ์)					
	คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม					
17	ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน					
18	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด					
19	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด					
20	ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด					
21	ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด					
22	ท่านมีโอกาสที่ได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด					
23	สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด					
24	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด					
	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม					
25	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด					
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					

ส่วนที่ 6 ความคิดเห็น ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน บ้าน.....

.....

.....

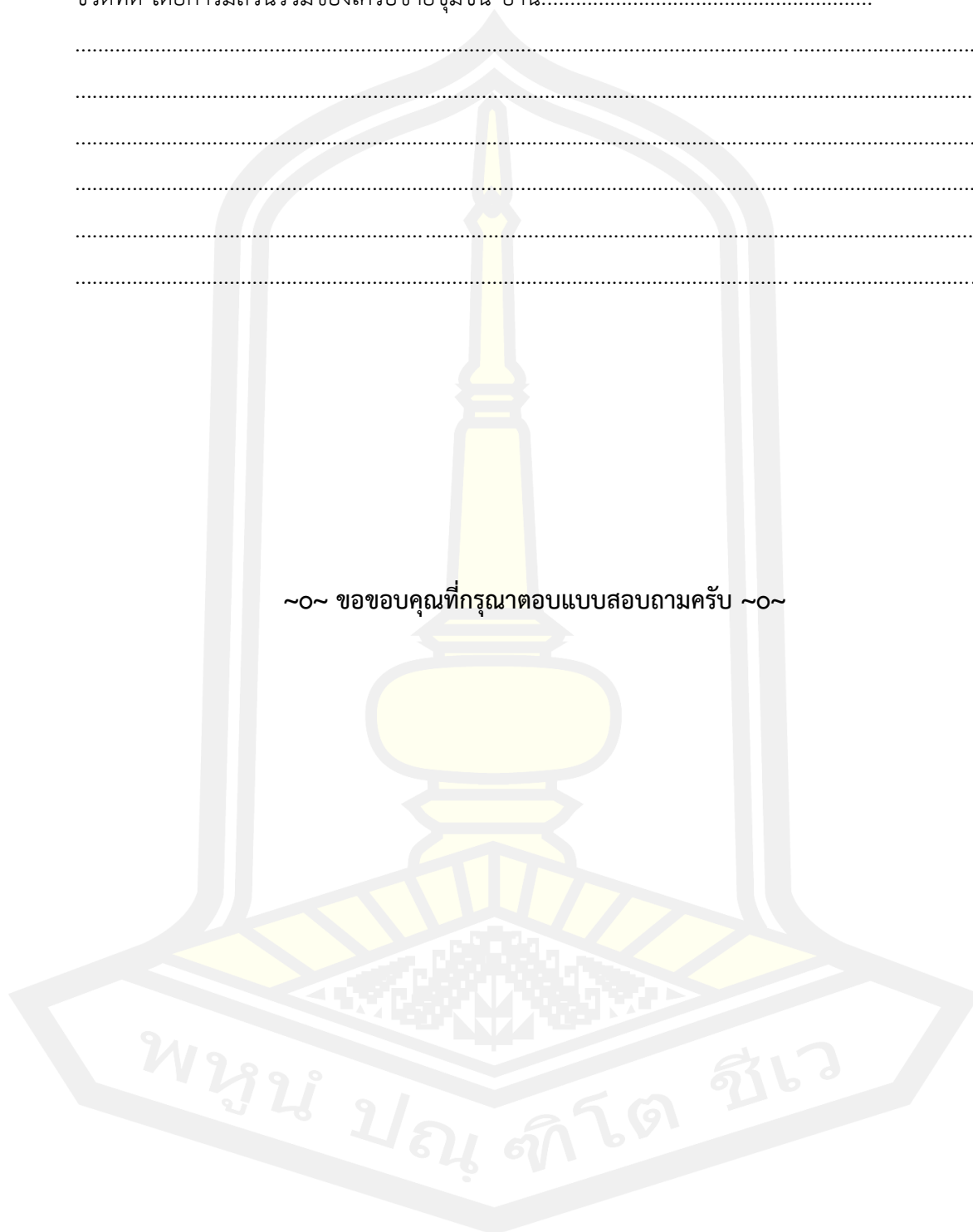
.....

.....

.....

.....

~๐~ ขอขอบคุณที่กรุณาตอบแบบสอบถามครับ ~๐~



เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่สอบถาม.....

แบบสอบถามชุดที่ 2

เรื่อง “การพัฒนาแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี
โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน”

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ใช้สอบถามกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนาแบบการดูแลตนเองของ
ผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน โปรดตอบคำถามที่ตรงกับ
ความเป็นจริงและครบถ้วนทุกข้อคำถาม

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน

แบบสอบถามชุดนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะ
สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มีวัตถุประสงค์เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาแบบการ
ดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน อำเภอมหาชนะ
ชัย จังหวัดยโสธร ข้อมูลที่ได้จะนำมาประมวลผลในภาพรวมและใช้ในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น ซึ่งจะไม่
มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล จึงขอความกรุณาในการให้ข้อมูลที่เป็นจริง เพื่อผลการศึกษจะได้ตรง
กับความเป็นจริงมากที่สุดและสามารถนำไปพัฒนาแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพ
ชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร ได้อย่างเหมาะสม
โดยแบบสอบถามนี้ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน มีจำนวน 6 หน้า ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะทางประชากร จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนาแบบการดูแลตนเอง
ของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็น ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อ
คุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน

หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดีและขอขอบคุณที่เสียสละเวลาใน
การตอบแบบสอบถามครั้งนี้ด้วย

อภิชาติ กตะศิลา

นิสิตปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร

ดุษฎีบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย

มหาสารคาม

E-mail. bs_kw607@hotmail.com

โทร. 088-0877086

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะทางประชากร

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ หรือเติมคำลงในช่องว่าง.....ที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่าน

1. เพศ

- ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง

2. ปัจจุบันท่านมีอายุปี (ใส่อายุเต็ม)

3. สถานภาพ

- ☐ 1. โสด ☐ 2. สมรส
☐ 3. หม้าย ☐ 4. หย่า/แยก

4. อาชีพหลักของผู้ตอบแบบสอบถาม

- ☐ 1. เกษตรกรรม ☐ 2. รับจ้างทั่วไป
☐ 3. ค้าขาย ☐ 4. รับราชการบำนาญ
☐ 5. อื่น ๆ ระบุ.....

5. ท่านจบการศึกษาสูงสุดระดับใด

- ☐ 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ ☐ 2. ประถมศึกษา
☐ 3. มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย
☐ 5. ปวช./ปวส./ อนุปริญญา ☐ 6. ปริญญาตรี
☐ 7. สูงกว่าปริญญาตรี

6. ท่านเกี่ยวข้องกับระบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวเมือง โดยท่านเป็น...

- ☐ 1. เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล
☐ 2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
☐ 3. อาสาสมัครสาธารณสุข
☐ 4. กรรมการชมรมผู้สูงอายุ
☐ 5. อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน

คำชี้แจง : ให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อให้ละเอียดและพิจารณาอย่างรอบคอบ เลือกข้อความตามตรงตามความพึงพอใจของท่าน แล้วให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงตามความเป็นจริง ซึ่งมีเกณฑ์ดังต่อไปนี้

มาก	หมายถึง	ท่านมีระดับการมีส่วนร่วมมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ท่านมีระดับการมีส่วนร่วมน้อย

2.1 การวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุของปัญหา

1. การวิเคราะห์ วางแผน กำหนดกิจกรรม ในพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

☐ 1.มาก

☐ 2.ปานกลาง

☐ 3.น้อย

สาเหตุ

.....

.....

2. ท่านมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ ปัญหาและอุปสรรคในพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

☐ 1.มาก

☐ 2.ปานกลาง

☐ 3.น้อย

สาเหตุ

.....

.....

3. ท่านมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและชี้แจงปัญหาต่างๆ ในพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

☐ 1.มาก

☐ 2.ปานกลาง

☐ 3.น้อย

สาเหตุ

.....

.....

4. ท่านแนะนำหรือให้คำปรึกษา เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขปัญหาในพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

☐ 1.มาก

☐ 2.ปานกลาง

☐ 3.น้อย

สาเหตุ

.....

.....

2.2 การวางแผน

1. ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

☐ 1.มาก

☐ 2.ปานกลาง

☐ 3.น้อย

สาเหตุ

.....

.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน (ต่อ)

2. ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนกำหนดรายละเอียดหรือวิธีการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

☐ 1.มาก

☐ 2.ปานกลาง

☐ 3.น้อย

สาเหตุ

.....

.....

3. ท่านได้ร่วมวางแผนปรับปรุงแก้ไขปัญหาเพื่อติดตามผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

☐ 1.มาก

☐ 2.ปานกลาง

☐ 3.น้อย

สาเหตุ

.....

.....

4. ท่านมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนปฏิบัติในการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

☐ 1.มาก

☐ 2.ปานกลาง

☐ 3.น้อย

สาเหตุ

.....

.....

2.3 การดำเนินงาน/กิจกรรมต่าง ๆ

1. ท่านมีส่วนร่วมในการจัดโครงการ/กิจกรรมต่าง ๆ ในพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

☐ 1.มาก

☐ 2.ปานกลาง

☐ 3.น้อย

สาเหตุ

.....

.....

2. ท่านได้เข้าร่วมโครงการ/กิจกรรมต่าง ๆ ในพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

☐ 1.มาก

☐ 2.ปานกลาง

☐ 3.น้อย

สาเหตุ

.....

.....

3. ท่านได้ดำเนินงานตามแผนงานที่วางไว้

☐ 1.มาก

☐ 2.ปานกลาง

☐ 3.น้อย

สาเหตุ

.....

.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน (ต่อ)

4. ท่านมีส่วนร่วมในการปรับปรุงกระบวนการทำงานให้ดีขึ้น

☐ 1.มาก

☐ 2.ปานกลาง

☐ 3.น้อย

สาเหตุ

.....

.....

2.4 การติดตามและประเมินผล

1. ท่านได้ติดตามผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

☐ 1.มาก

☐ 2.ปานกลาง

☐ 3.น้อย

สาเหตุ

.....

2. ท่านมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

☐ 1.มาก

☐ 2.ปานกลาง

☐ 3.น้อย

สาเหตุ

.....

3. ท่านมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และหากพบปัญหาท่านจะนำปัญหานั้นไปปรับปรุง

☐ 1.มาก

☐ 2.ปานกลาง

☐ 3.น้อย

สาเหตุ

.....

4. ท่านมีส่วนร่วมในการติดตามผลการดำเนินโครงการ/กิจกรรมต่างๆ ในพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

☐ 1.มาก

☐ 2.ปานกลาง

☐ 3.น้อย

สาเหตุ

.....

2.5 การรับประโยชน์

1. ท่านได้รับประโยชน์จากการนำแผนการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุไปปฏิบัติให้เกิดผลสำเร็จ

☐ 1.มาก

☐ 2.ปานกลาง

☐ 3.น้อย

สาเหตุ

.....

.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน (ต่อ)

2. ท่านได้รับการฝึกอบรมตามความต้องการ เพื่อนำความรู้และทักษะมาใช้ในการสร้างผลงานที่ดี

☐ 1.มาก

☐ 2.ปานกลาง

☐ 3.น้อย

สาเหตุ

.....

.....

3. ท่านได้รับการถ่ายทอดความรู้ เพื่อนำความรู้มาใช้ในการสร้างผลงานที่ดี

☐ 1.มาก

☐ 2.ปานกลาง

☐ 3.น้อย

สาเหตุ

.....

.....

4.การทำกิจกรรมร่วมกัน ทำให้ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคลากรในองค์กร

☐ 1.มาก

☐ 2.ปานกลาง

☐ 3.น้อย

สาเหตุ

.....

.....

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็น ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน บ้าน

.....

.....

.....

.....

.....

.....

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่สอบถาม.....

แบบสอบถามชุดที่ 3

เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี
โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน”

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ใช้สอบถามกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนาแบบการดูแลตนเองของ
ผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน โปรดตอบคำถามที่ตรงกับ
ความเป็นจริงและครบถ้วนทุกข้อคำถาม

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน

แบบสอบถามชุดนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะ
สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มีวัตถุประสงค์เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาแบบการ
ดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน อำเภอมหาชนะ
ชัย จังหวัดยโสธร ข้อมูลที่ได้จะนำมาประมวลผลในภาพรวมและใช้ในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น ซึ่งจะไม่
มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล จึงขอความกรุณาในการให้ข้อมูลที่เป็นจริง เพื่อผลการศึกษจะได้ตรง
กับความเป็นจริงมากที่สุดและสามารถนำไปพัฒนาแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพ
ชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร ได้อย่างเหมาะสม
โดยแบบสอบถามนี้ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน มีจำนวน 6 หน้า ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะทางประชากร จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนาแบบการดูแลตนเอง
ของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็น ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อ
คุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน

หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดีและขอขอบคุณที่เสียสละเวลาใน
การตอบแบบสอบถามครั้งนี้ด้วย

อภิชาติ กตะศิลา

นิสิตปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร

ดุษฎีบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย

มหาสารคาม

E-mail. bs_kw607@hotmail.com

โทร. 088-0877086

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะข้อมูลทางประชากร

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ หรือเติมคำลงในช่องว่าง.....ที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่าน

1. เพศ

- ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง

2. ปัจจุบันท่านมีอายุปี (ใส่อายุเต็ม)

3. สถานภาพ

- ☐ 1. โสด ☐ 2. สมรส
☐ 3. หม้าย ☐ 4. หย่า/แยก

4. อาชีพหลักของผู้ตอบแบบสอบถาม

- ☐ 1. เกษตรกรรม ☐ 2. รับจ้างทั่วไป
☐ 3. ค้าขาย ☐ 4. รับราชการบำนาญ
☐ 5. อื่นๆ ระบุ.....

5. ท่านจบการศึกษาสูงสุดระดับใด

- ☐ 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ ☐ 2. ประถมศึกษา
☐ 3. มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย
☐ 5. ปวช./ปวส./ อนุปริญญา ☐ 6. ปริญญาตรี
☐ 7. สูงกว่าปริญญาตรี

6. ท่านเกี่ยวข้องกับระบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวเมืองโดยท่านเป็น...

- ☐ 1. เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล
☐ 2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
☐ 3. อาสาสมัครสาธารณสุข
☐ 4. กรรมการชมรมผู้สูงอายุ
☐ 5. อื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมายต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน

คำชี้แจง : ให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อให้ละเอียดและพิจารณาอย่างรอบคอบ เลือกข้อความตามตรงตามความพึงพอใจของท่าน แล้วให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงตามความเป็นจริง ซึ่งมีเกณฑ์ดังต่อไปนี้

มาก	หมายถึง	ท่านมีระดับความพึงพอใจมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีระดับความพึงพอใจปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ท่านมีระดับความพึงพอใจน้อย

2.1 การวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุของปัญหา

1. ท่านมีความพึงพอใจในการวิเคราะห์ วางแผน กำหนดกิจกรรม ในพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

☐ 1.มาก

☐ 2.ปานกลาง

☐ 3.น้อย

สาเหตุ

.....

.....

2. ท่านมีความพึงพอใจในการวิเคราะห์ ปัญหาและอุปสรรคในพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

☐ 1.มาก

☐ 2.ปานกลาง

☐ 3.น้อย

สาเหตุ

.....

.....

3. ท่านมีความพึงพอใจในการแสดงความคิดเห็นและชี้แจงปัญหาต่าง ๆ ในพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

☐ 1.มาก

☐ 2.ปานกลาง

☐ 3.น้อย

สาเหตุ

.....

.....

4. ท่านท่านมีความพึงพอใจในการให้คำแนะนำหรือให้คำปรึกษา เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขปัญหาในพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

☐ 1.มาก

☐ 2.ปานกลาง

☐ 3.น้อย

สาเหตุ

2.2 การวางแผน

1. ท่านมีความพึงพอใจในการวางแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

☐ 1.มาก

☐ 2.ปานกลาง

☐ 3.น้อย

สาเหตุ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน (ต่อ)

2. ท่านมีความพึงพอใจในการวางแผนกำหนดรายละเอียดหรือวิธีการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

☐ 1.มาก

☐ 2.ปานกลาง

☐ 3.น้อย

สาเหตุ

3. ท่านมีความพึงพอใจในการร่วมวางแผนปรับปรุงแก้ไขปัญหาเพื่อติดตามผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

☐ 1.มาก

☐ 2.ปานกลาง

☐ 3.น้อย

สาเหตุ

4. ท่านมีความพึงพอใจในการจัดทำแผนปฏิบัติการในการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

☐ 1.มาก

☐ 2.ปานกลาง

☐ 3.น้อย

สาเหตุ

2.3 การดำเนินงาน/กิจกรรมต่าง ๆ

1. ท่านมีความพึงพอใจในการจัดโครงการ/กิจกรรมต่าง ๆ ในพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

☐ 1.มาก

☐ 2.ปานกลาง

☐ 3.น้อย

สาเหตุ

2. ท่านมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการ/กิจกรรมต่าง ๆ ในพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

☐ 1.มาก

☐ 2.ปานกลาง

☐ 3.น้อย

สาเหตุ

3. ท่านมีความพึงพอใจในการดำเนินงานตามแผนงานที่วางไว้

☐ 1.มาก

☐ 2.ปานกลาง

☐ 3.น้อย

สาเหตุ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน (ต่อ)

4. ท่านมีความพึงพอใจในการปรับปรุงกระบวนการทำงานให้ดีขึ้น

☐ 1.มาก

☐ 2.ปานกลาง

☐ 3.น้อย

สาเหตุ

2.4 การติดตามและประเมินผล

1. ท่านมีความพึงพอใจในการติดตามผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

☐ 1.มาก

☐ 2.ปานกลาง

☐ 3.น้อย

สาเหตุ

2. ท่านมีความพึงพอใจในการประเมินผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

☐ 1.มาก

☐ 2.ปานกลาง

☐ 3.น้อย

สาเหตุ

3. ท่านมีความพึงพอใจในการประเมินผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และหากพบปัญหาท่านจะนำปัญหานั้นไปปรับปรุง

☐ 1.มาก

☐ 2.ปานกลาง

☐ 3.น้อย

สาเหตุ

4. ท่านมีความพึงพอใจในการติดตามผลการดำเนินโครงการ/กิจกรรมต่างๆ ในพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

☐ 1.มาก

☐ 2.ปานกลาง

☐ 3.น้อย

สาเหตุ

2.5 การรับประโยชน์

1. ท่านมีความพึงพอใจกับประโยชน์จากการนำแผนการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุไปปฏิบัติให้เกิดผลสำเร็จ

☐ 1.มาก

☐ 2.ปานกลาง

☐ 3.น้อย

สาเหตุ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน (ต่อ)

2. ท่านมีความพึงพอใจในการได้รับการฝึกอบรมตามความต้องการ เพื่อนำความรู้และทักษะมาใช้ในการสร้างผลงานที่ดี

☐ 1.มาก

☐ 2.ปานกลาง

☐ 3.น้อย

สาเหตุ

.....

.....

3. ท่านมีความพึงพอใจในการรับการถ่ายทอดความรู้ เพื่อนำความรู้มาใช้ในการสร้างผลงานที่ดี

☐ 1.มาก

☐ 2.ปานกลาง

☐ 3.น้อย

สาเหตุ

.....

.....

4.ท่านมีความพึงพอใจในการทำกิจกรรมร่วมกัน ทำให้ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคลากรในองค์กร

☐ 1.มาก

☐ 2.ปานกลาง

☐ 3.น้อย

สาเหตุ

.....

.....

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็น ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน บ้าน

.....

.....

.....

.....

.....

.....

~๐~ ขอขอบคุณที่กรุณาตอบแบบสอบถามครับ ~๐~

ภาคผนวก จ
แบบสัมภาษณ์เชิงลึกที่ใช้ในการวิจัย

พูนัน ปณฺ ทิโต ชีเว

แบบสัมภาษณ์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้สร้างขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางและรู้ประเด็นในการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ข้อมูลที่ได้นี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ทำให้ทราบถึงบริบทและการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถนำไปพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน

กลุ่มเป้าหมายในการตอบการสัมภาษณ์ประกอบด้วย

1. ผู้ปฏิบัติงานที่มีหน้าที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
2. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
3. เครือข่ายชุมชน

วิธีการสัมภาษณ์

1. ขั้นตอนเตรียมการก่อนการสัมภาษณ์

- 1) นัดหมายผู้ถูกสัมภาษณ์ล่วงหน้า โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ครั้งนี้

2. ขั้นตอนดำเนินการ

- 1) จัดหาพื้นที่ ๆ เหมาะสมในการสัมภาษณ์ (ไม่มีเสียงรบกวน)
- 2) การสัมภาษณ์ให้สัมภาษณ์ทีละกลุ่มเป้าหมาย ไม่ควรสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพพร้อมกัน เพราะจะทำให้ถูกสัมภาษณ์ให้ข้อมูลได้ไม่เต็มที่
- 3) ก่อนการสัมภาษณ์ชี้แจงวัตถุประสงค์กับผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง จากนั้นทำการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย พร้อมกับขออนุญาตจดบันทึก
- 4) การจดบันทึกให้จดเป็นลักษณะประโยคคำพูดตามที่ถูกสัมภาษณ์ตอบ ไม่ใส่ความคิดเห็นของผู้สัมภาษณ์ในการบันทึกนั้น
- 5) เมื่อสัมภาษณ์เสร็จ ตรวจสอบข้อมูลว่าครบถ้วนและถูกต้องหรือไม่

พูน ปณ ทิโต ชีเว

แบบสัมภาษณ์

แนวคิดคำถามการสัมภาษณ์ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบลหัวเมือง

วันเดือนปีที่สัมภาษณ์...../...../.....ผู้สัมภาษณ์.....

ประเด็นในการสัมภาษณ์

1. ตำแหน่ง/สถานะ/บทบาทหน้าที่ของผู้ให้สัมภาษณ์
2. ท่านให้การสนับสนุนกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ผ่านมา และ ปัจจุบันอย่างไรบ้าง
 - ด้านงบประมาณ
 - ด้านบุคลากร
 - ด้านอื่น ๆ
3. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะแนวทางในการดำเนินกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

พูน ปณ จิโต ชีเว

แบบสัมภาษณ์

แนวคิดคำถามการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวเมือง

วันเดือนปีที่สัมภาษณ์...../...../.....ผู้สัมภาษณ์.....

ประเด็นในการสัมภาษณ์

1. ตำแหน่ง/สถานะ/บทบาทหน้าที่ของผู้สัมภาษณ์
2. ประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ.....ปี
3. ที่ผ่านมาระบบสุขภาพตำบลได้ดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างไรบ้าง
4. ท่านมีบทบาทอย่างไรในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวเมืองมีการจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุอย่างไรบ้าง มีการติดตาม ประเมินผลการกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุหรือไม่ และผลเป็นอย่างไร
6. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้รับการสนับสนุนให้มีกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจากใคร อย่างไรบ้าง
 - ด้านงบประมาณ
 - ด้านบุคลากร
 - ด้านวัสดุอุปกรณ์
 - ด้านความรู้วิชาการ
7. ปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ท่านมีอะไรบ้าง
8. ที่ผ่านมามีชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุหรือไม่ อย่างไร
9. ท่านมีข้อเสนอแนะ และแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุหรือไม่อย่างไร

พูน ปณ ทิโต ชีเว

แบบสัมภาษณ์

แนวคิดคำถามการสัมภาษณ์ประธานชมรมผู้สูงอายุตำบลหัวเมือง

วันเดือนปีที่สัมภาษณ์...../...../.....ผู้สัมภาษณ์.....

ประเด็นในการสัมภาษณ์

1. ตำแหน่ง/สถานะ/บทบาทหน้าที่ของผู้สัมภาษณ์
2. ประสบการณ์ในการทำงานร่วมกับชมรมผู้สูงอายุแห่งนี้.....ปี
3. ชมรมผู้สูงอายุ ได้รับการสนับสนุนให้มีการดำเนินงานการดูแลส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุจากใคร อย่างไรบ้าง
 - ด้านงบประมาณ
 - ด้านบุคลากร
 - ด้านวัสดุอุปกรณ์
 - ด้านความรู้วิชาการ
4. ปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านมา มีอะไรบ้าง
5. ที่ผ่านมามีชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานสุขภาพผู้สูงอายุหรือไม่อย่างไร
6. ท่านมีข้อเสนอแนะ และแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุหรือไม่อย่างไร

พูน ปณ ทิโต ชีเว

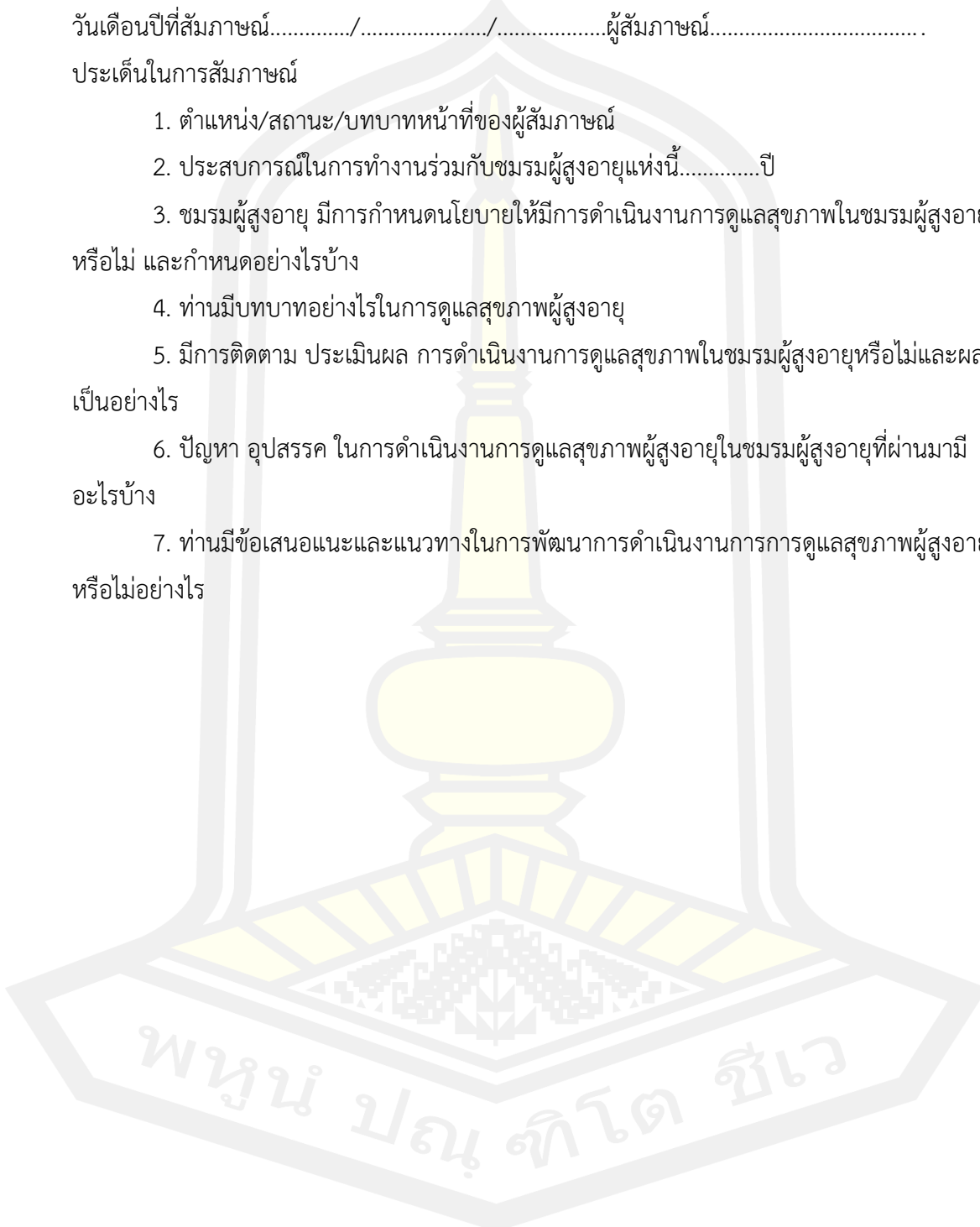
แบบสัมภาษณ์

แนวคิดคำถามการสัมภาษณ์กรรมการชมรมผู้สูงอายุตำบลหัวเมือง

วันเดือนปีที่สัมภาษณ์...../...../.....ผู้สัมภาษณ์.....

ประเด็นในการสัมภาษณ์

1. ตำแหน่ง/สถานะ/บทบาทหน้าที่ของผู้สัมภาษณ์
2. ประสบการณ์ในการทำงานร่วมกับชมรมผู้สูงอายุแห่งนี้.....ปี
3. ชมรมผู้สูงอายุ มีการกำหนดนโยบายให้มีการดำเนินงานการดูแลสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุหรือไม่ และกำหนดอย่างไรบ้าง
4. ท่านมีบทบาทอย่างไรในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
5. มีการติดตาม ประเมินผล การดำเนินงานการดูแลสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุหรือไม่และผลเป็นอย่างไร
6. ปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านมามีอะไรบ้าง
7. ท่านมีข้อเสนอแนะและแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุหรือไม่อย่างไร



แบบสัมภาษณ์

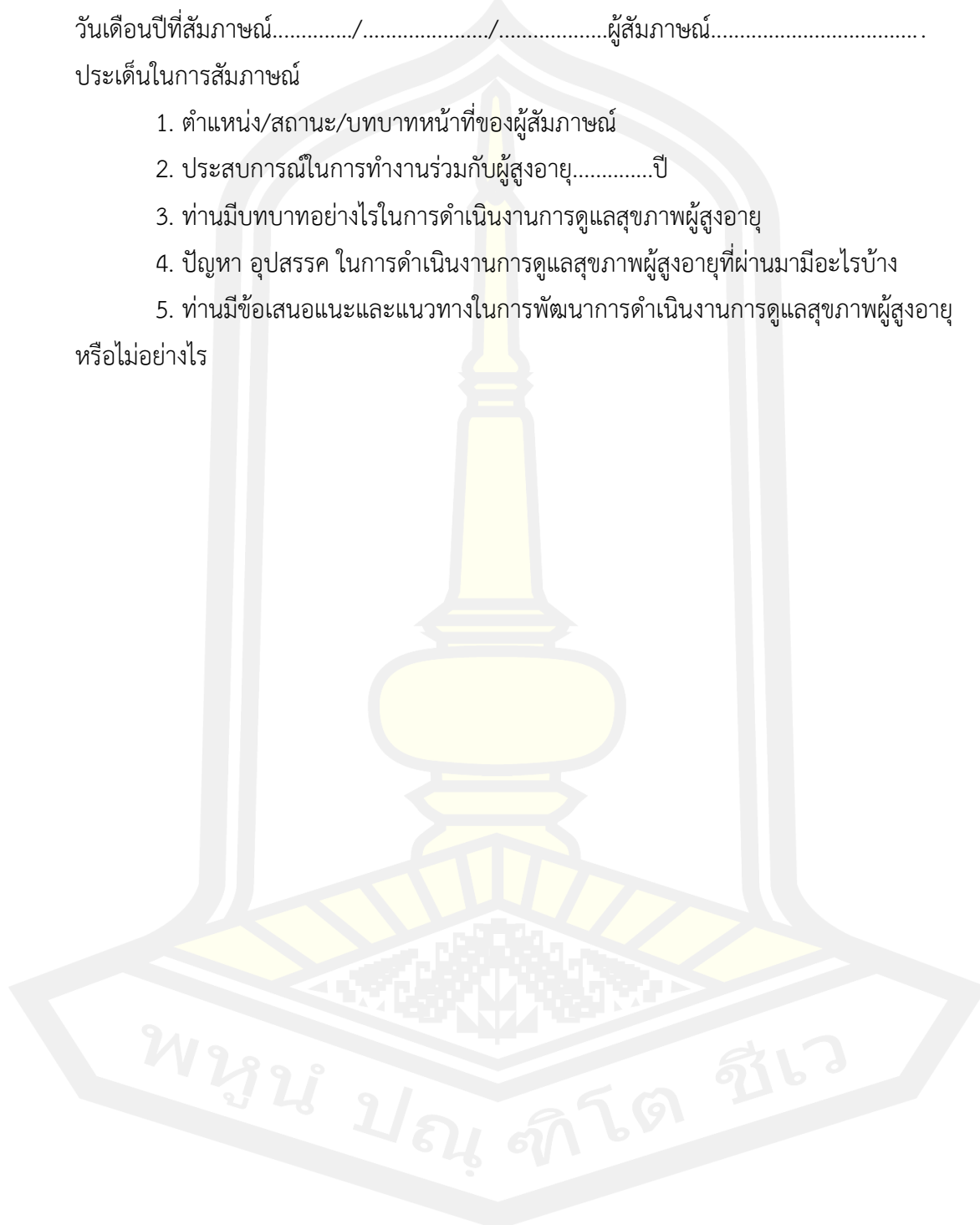
แนวคิดคำถามการสัมภาษณ์ อสม. ตำบลหัวเมือง

วันเดือนปีที่สัมภาษณ์...../...../.....ผู้สัมภาษณ์.....

ประเด็นในการสัมภาษณ์

1. ตำแหน่ง/สถานะ/บทบาทหน้าที่ของผู้สัมภาษณ์
2. ประสบการณ์ในการทำงานร่วมกับผู้สูงอายุ.....ปี
3. ท่านมีบทบาทอย่างไรในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
4. ปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ผ่านมามีอะไรบ้าง
5. ท่านมีข้อเสนอแนะและแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

หรือไม่อย่างไร





สมุดบันทึก

สูงวัยแบบมีคุณภาพ



ชื่อ.....

เบอร์โทรศัพท์.....

โรคประจำตัว.....

คำตั้งมั่น.....

งาน ปณ ฑิตโต น



อาหารเพื่อสุขภาพ																						
วันที่ (มี.)	ประเภทอาหาร	1			2			3			4			5			6			7		
		เช้า	เที่ยง	เย็น	เช้า	เที่ยง	เย็น	เช้า	เที่ยง	เย็น	เช้า	เที่ยง	เย็น	เช้า	เที่ยง	เย็น	เช้า	เที่ยง	เย็น	เช้า	เที่ยง	เย็น
ข้าว/แป้ง	เขียว																					
	เหลือง																					
	แดง																					
ผัก	เขียว																					
	เหลือง																					
	แดง																					
ผลไม้	เขียว																					
	เหลือง																					
	แดง																					
เนื้อสัตว์	เขียว																					
	เหลือง																					
	แดง																					
เครื่องดื่ม	เขียว																					
	เหลือง																					
	แดง																					
รับประทานยา																						





ออกกำลังกาย																					
วันที่ กิจกรรม	1			2			3			4			5			6			7		
	เช้า	เที่ยง	เย็น	เช้า	เที่ยง	เย็น	เช้า	เที่ยง	เย็น	เช้า	เที่ยง	เย็น	เช้า	เที่ยง	เย็น	เช้า	เที่ยง	เย็น	เช้า	เที่ยง	เย็น
เดิน (ช้า/เร็ว)																					
วิ่งช้าๆ																					
ปั่นจักรยาน																					
เต้นแอโรบิก																					
รำมวยจีน																					
ยืนแกว่งแขน																					
ทำงานบ้าน																					



ผ่อนคลายอารมณ์																					
วันที่ กิจกรรม	1			2			3			4			5			6			7		
	เช้า	เที่ยง	เย็น	เช้า	เที่ยง	เย็น	เช้า	เที่ยง	เย็น	เช้า	เที่ยง	เย็น	เช้า	เที่ยง	เย็น	เช้า	เที่ยง	เย็น	เช้า	เที่ยง	เย็น
นั่งสมาธิ																					
ทำสวน																					
เข้าวัดทำบุญ																					
พบปะเพื่อนๆ																					
ดูทีวี																					
เลี้ยงสัตว์																					
เล่นหมอน																					

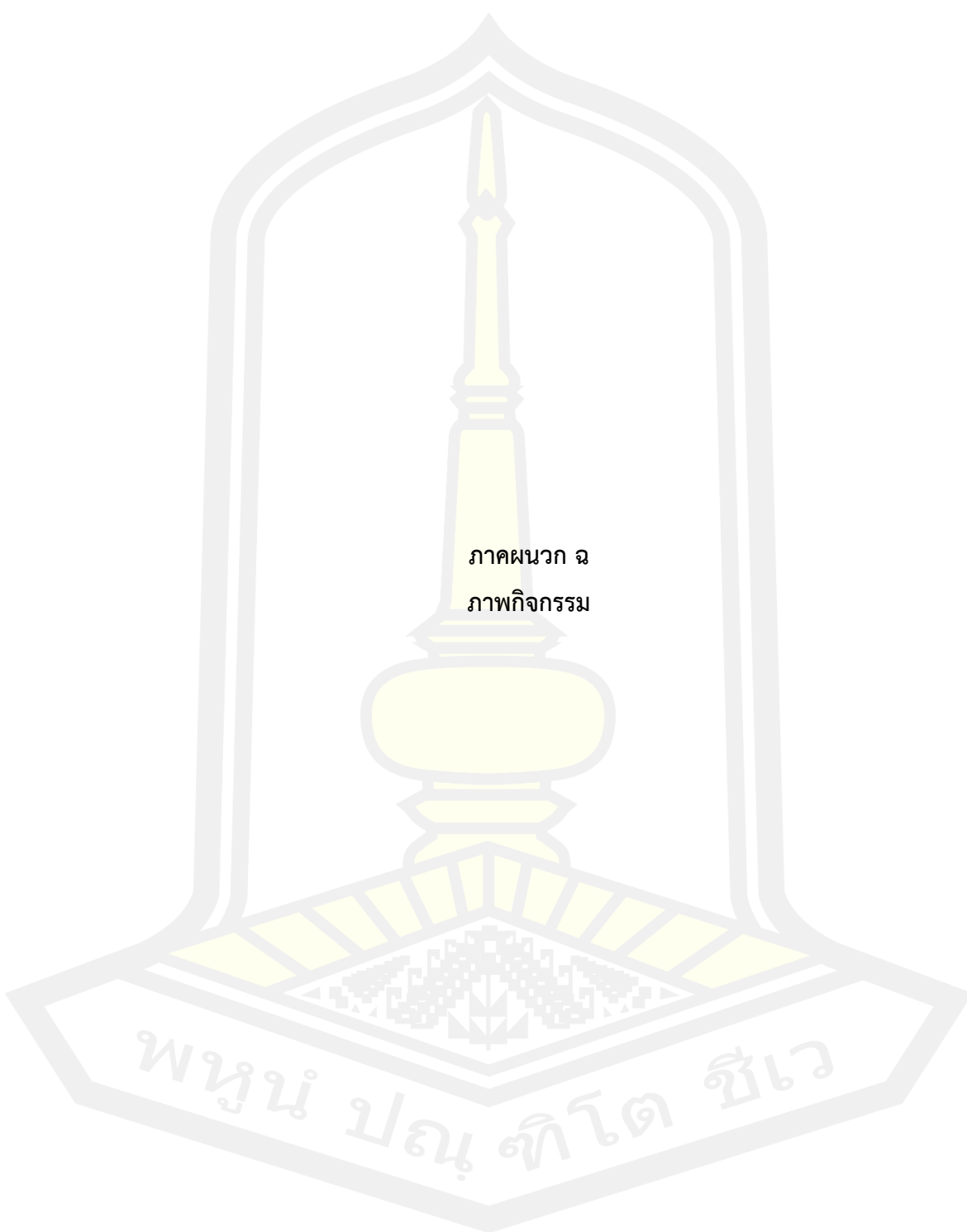




การเงิน									
วันที่ รายการ	1	2	3	4	5	6	7	รวม	สถานะ
รายรับ									
รายจ่าย									
คงเหลือ									

สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน			
รายการ	เหมาะสม	ไม่เหมาะสม	สิ่งที่อยากปรับปรุง
พื้นที่ทางเดินบริเวณบ้าน (สีน,ต่างระดับ,สูงชัน,สิ่งกีดขวาง)			
มีแสงสว่างเพียงพอ			
มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก			
มีความสะอาด			
ห้องน้ำ (สีน,ราวจับ,ชักโครก)			







ภาพประกอบ 16 การจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ (แบบไม่เป็นทางการ) p.141



ภาพประกอบ 17 การกำหนดประเด็นเชิงนโยบาย p.141



ภาพประกอบ 18 กิจกรรมการอบรมให้ความรู้ผู้สูงอายุ p.146



ภาพประกอบ 19 กิจกรรมการอบรมให้ความรู้ผู้สูงอายุ p.146



ภาพประกอบ 20 กิจกรรมการอบรมการใช้สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ p.146



ภาพประกอบ 21 กิจกรรมการอบรมการใช้สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ p.146



ภาพประกอบ 22 กิจกรรมการอบรมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ p.146



ภาพประกอบ 23 กิจกรรมการอบรมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ p.146

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ นายอภิชาติ กตะศิลา

วันเกิด วันที่ 7 มิถุนายน พ.ศ. 2532

สถานที่เกิด จังหวัดยโสธร

สถานที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ 539 หมู่ที่ 4 ถนนพรหมศรี ตำบลฟ้าหยาด อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร รหัสไปรษณีย์ 35130

ประวัติการศึกษา พ.ศ. 2553 ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงสาขารณสุขศาสตร์ (เทคนิคเภสัชกรรม) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

พ.ศ. 2555 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พ.ศ. 2557 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พ.ศ. 2565 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูน ปณ ทิโต ชีเว