

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

วิทยานิพนธ์

ของ

เปมิกา ไชยศรีษะ

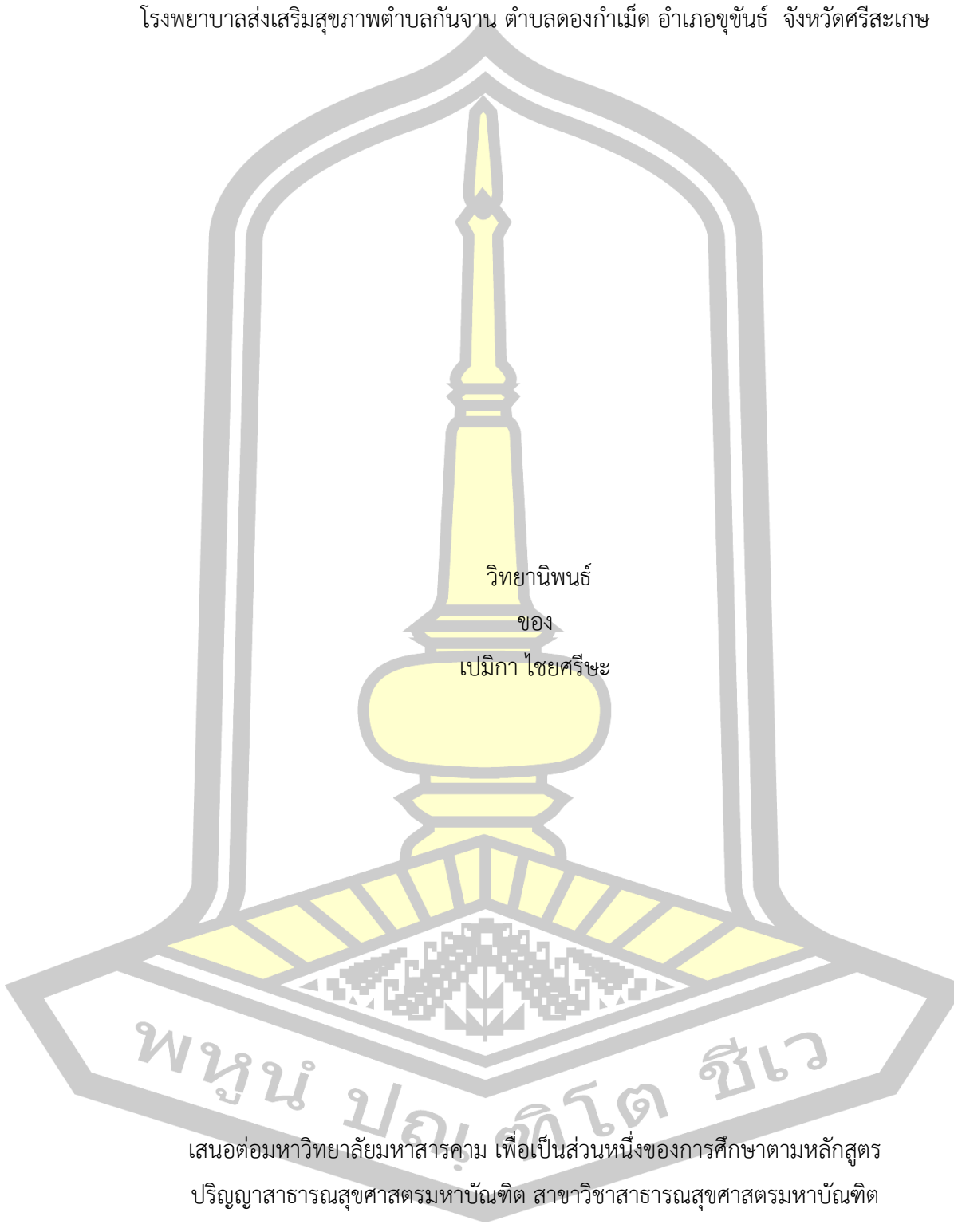
เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

พฤษภาคม 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ



วิทยานิพนธ์

ของ

เปมิกา ไชยศรีษะ

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

พฤษภาคม 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Development Model for Network Partners Participation in Health Care for ElderlyGroup in Kanchan Sub-District Health Promoting Hospital, Dong Kammed Sub-District, Khukhan District, Sisaket Province

Pemika Chaissrisa

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements

for Master of Public Health (Public Health)

May 2023

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวเปมิกา ไชยศรีษะ แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รศ. ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รศ. ดร. สงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(อ. ดร. วิโรจน์ เซมรัมย์)

.....กรรมการ
(อ. ดร. เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก
(ผศ. ดร. รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

.....
(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

.....
(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

พหูน ปณ ฑิโต ชีเว

ชื่อเรื่อง การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

ผู้วิจัย เปมิกา ไชยศรีษะ

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. สงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล
อาจารย์ ดร. วิโรจน์ เซมรัมย์

ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต **สาขาวิชา** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

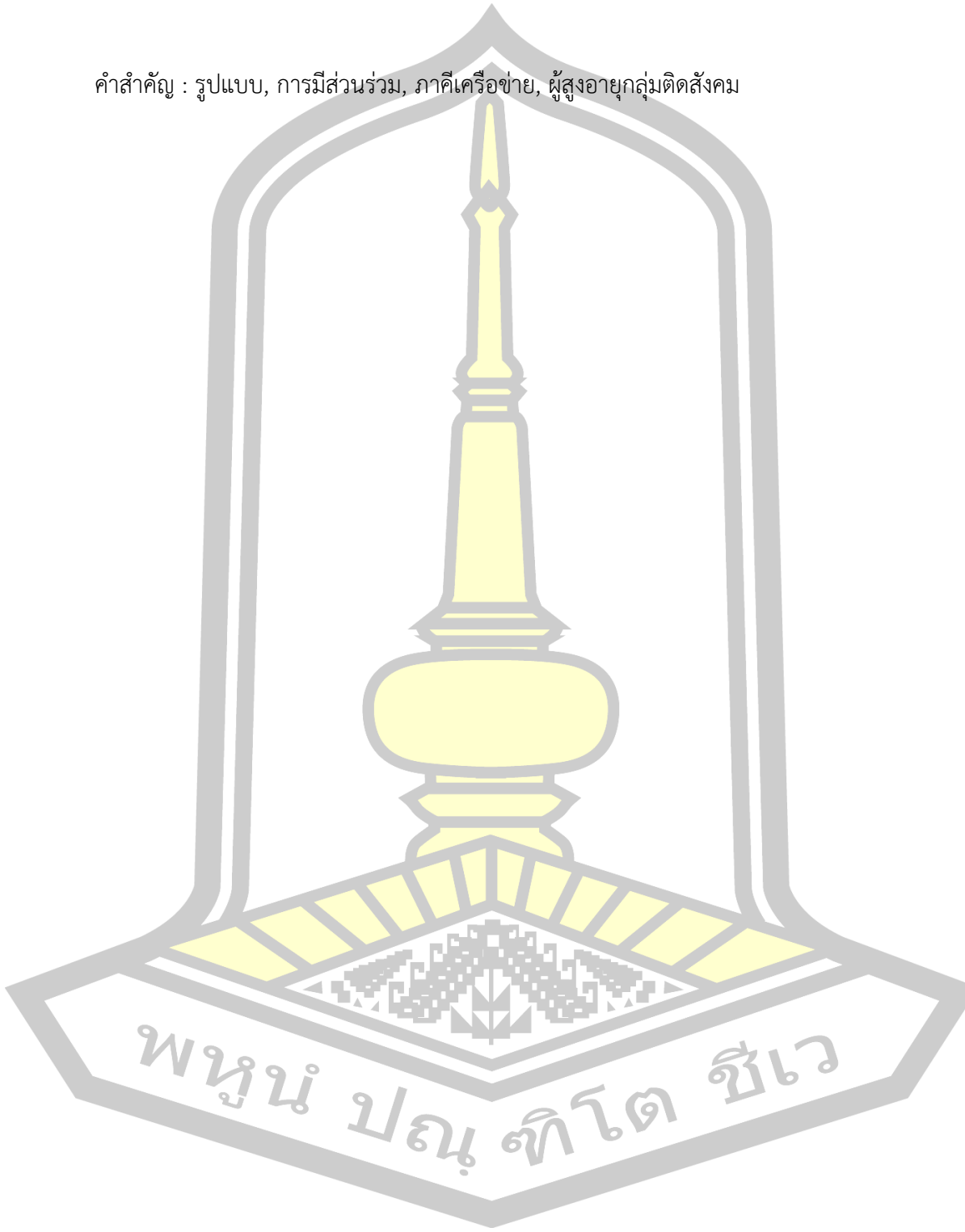
มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม **ปีที่พิมพ์** 2566

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างคือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ครอบครัวผู้สูงอายุ ประชาชน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวม 41 คน การวิจัยใช้กระบวนการของ DEMMING CYCLE (PAOR) จำนวน 3 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย ขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการรวบรวม จัดหมวดหมู่ วิเคราะห์เนื้อหา และเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนและหลังใช้สถิติ paired t-test ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ คือ 1) การสร้างคุณค่า (Value) 2) ความรอบรู้ (Health Literacy) 3) ความสัมพันธ์ในครอบครัว (Family Relationship) 4) ผู้ดูแลในครอบครัว (Care Giver) 5) สิ่งสนับสนุนการดำรงชีพ (Basic Life Support) 6) เครือข่าย (Networking) ผลการทดลองใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การรับรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม และการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 จากผลการวิจัยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเพิ่มศักยภาพภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะ

เกษ ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

คำสำคัญ : รูปแบบ, การมีส่วนร่วม, ภาคีเครือข่าย, ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม



TITLE Development Model for Network Partners Participation in Health Care for ElderlyGroup in Kanchan Sub-District Health Promoting Hospital, Dong Kammed Sub-District, Khukhan District, Sisaket Province

AUTHOR Pemika Chaissrisa

ADVISORS Associate Professor Songkhamchai Leethongdissakul , Ph.D.
Wirote Semrum , Ph.D.

DEGREE Master of Public Health **MAJOR** Public Health

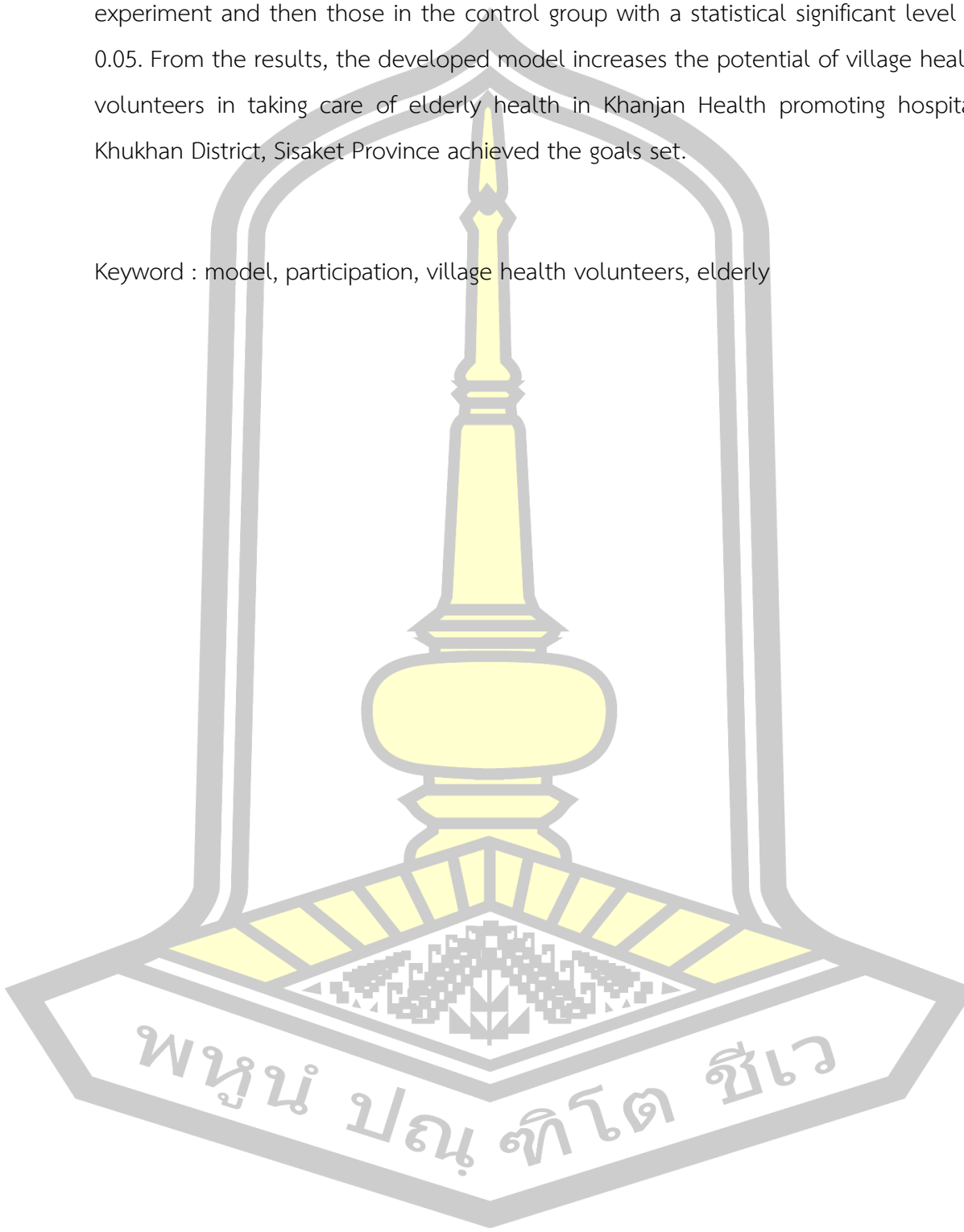
UNIVERSITY Mahasarakham University **YEAR** 2023

ABSTRACT

This action research aim to study the development of the participation of Village Health Volunteers for the elderly care mode Khanjan Health promoting hospital Khukhan District Sisaket Province. The sample group consisted of Local government organizations, community leaders, elderly families, the director of Tambon health promoting hospitals and health worker a total 41 people. The research used the process of DEMMING CYCLE (PAOR) with 3 cycles, each cycle consisting of 4 steps as follows: planning, implementation, observation and reflection. The data were analyze using collecting, categorizing, analyzing content and compared the mean difference of scores before and after using the paied t-test. The results showed that, creating a the development of the participation of Village Health Volunteers for the elderly care mode Khanjan Health promoting hospital Khukhan District Sisaket Province consisted of 1) Value 2) Health Literacy 3) Family Relationship 4) Care Giver 5) Basic Life Support) and 6) Networking. The results of the development of the participation of Village Health Volunteers for the elderly care mode Khanjan Health promoting hospital Khukhan District Sisaket Province showed that, the results of comparing differences in scores on knowledge of elderly health care, perception of elderly health care, attitude in elderly health care, and

participation in practice in the experimental group were higher than before the experiment and then those in the control group with a statistical significant level at 0.05. From the results, the developed model increases the potential of village health volunteers in taking care of elderly health in Khanjan Health promoting hospital, Khukhan District, Sisaket Province achieved the goals set.

Keyword : model, participation, village health volunteers, elderly



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก อาจารย์ ดร.วิโรจน์ เริ่มรัมย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต ประธานกรรมการสอบ รองศาสตราจารย์ดร.รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์ และอาจารย์ ดร.อ.ดร.เทิดศักดิ์ พรหมอารักษ์ กรรมการสอบ กรุณาเสียสละเวลาในการให้ความรู้ ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์เพื่อให้งานวิจัย สมบูรณ์ยิ่งขึ้นตลอดจนช่วยตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างการทำงานวิจัยด้วย ความเอาใจใส่ และสนับสนุนให้กำลังใจที่ดีเสมอมา ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.อารี บุตรสอน อาจารย์ ดร.อรุณ บุญสร้าง อาจารย์ประจำวิชาสาธารณสุขวิทยาลัยแพทยศาตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี และนายชยพล เสนาภักดิ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนุน อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญให้คำปรึกษา และ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ปรับปรุงแก้ไขให้มีคุณภาพถูกต้อง ตรงตามเนื้อหา ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการองค์การบริหารส่วนตำบลดองกำเม็ด ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ที่ให้การสนับสนุนและให้ ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย และขอบคุณผู้สูงอายุในเขตตำบลดองกำเม็ดที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ขอขอบพระคุณคณาจารย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ ความเข้าใจด้านวิชาการ ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่น นิสิต ส.ม.17 ศูนย์เรียนจังหวัดอุบลราชธานีทุกคน ให้กำลังใจ คอยช่วยเหลือระหว่างเรียนรู้ร่วมกัน ขอขอบคุณครอบครัว ญาติพี่น้องทุกท่านที่คอยเป็นกำลังใจ คุณค่าและประโยชน์จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ขอมอบบูชาพระคุณบุพการีบูรพาอาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน

เปมิกา ไชยศรีษะ

พหูน ปณฺฑิโต ชีเว

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... ฉ

กิตติกรรมประกาศ ..... ช

สารบัญ ..... ฌ

สารบัญตาราง ..... ฏ

สารบัญภาพประกอบ ..... ฑ

บทที่ 1 บทนำ 1

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญ 1

1.2 คำถามวิจัย 3

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย 3

1.4 ขอบเขตของการวิจัย 4

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ 5

บทที่ 2 ปริทัศน์เอกสารข้อมูล 7

2.1 ทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม 7

2.2 แนวคิดทฤษฎีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ 11

2.3 ภาวะสุขภาพและระบบการดูแลผู้สูงอายุ 21

2.4 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) 33

2.5 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 44

2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย 49

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย 51

3.1 รูปแบบการวิจัย 51

3.2 ประชากรกลุ่มตัวอย่าง 52
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 53
3.4 การสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 57
3.5 ขั้นตอนดำเนินการและเก็บรวบรวมข้อมูล 59
3.6 การจัดทำข้อมูล 60
3.7 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล 60
3.8 จริยธรรมในการวิจัย 61
บทที่ 4 ผลการวิจัย 63
4.1 บริบททั่วไป 63
4.2 การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ. 65
4.3 ผลลัพธ์ของรูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ 74
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 95
5.1 สรุปผล 95
5.2 อภิปรายผล 104
5.3 ข้อเสนอแนะ 107
บรรณานุกรม 109
ภาคผนวก 116
ภาคผนวก ก หนังสือรับรองการอนุมัติการวิจัยในมนุษย์ 117
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 120
ภาคผนวก ง รูปภาพการดำเนินงาน 135
ประวัติผู้เขียน 137

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 เกณฑ์การให้คะแนนการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) 20

ตาราง 2 จำนวนประชากรผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ 64

ตาราง 3 จำนวน ร้อยละ คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n=41) 75

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละความรูเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุก่อนและหลังการการพัฒนา (n= 41) 76

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของระดับความรูเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุก่อนและหลังพัฒนา (n=41) 78

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละการรับรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมของภาคีเครือข่ายก่อนพัฒนาและหลังการพัฒนา (n=41) 79

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมของภาคีเครือข่ายก่อนและหลังการการพัฒนา (n=41) 81

ตาราง 8 จำนวนและร้อยละการมีสวนร่วมในการปฏิบัติงานของภาคีเครือข่ายในการการดูแลผู้สูงอายกลุ่มติดสังคมก่อนพัฒนาและหลังการพัฒนา (n=41) 82

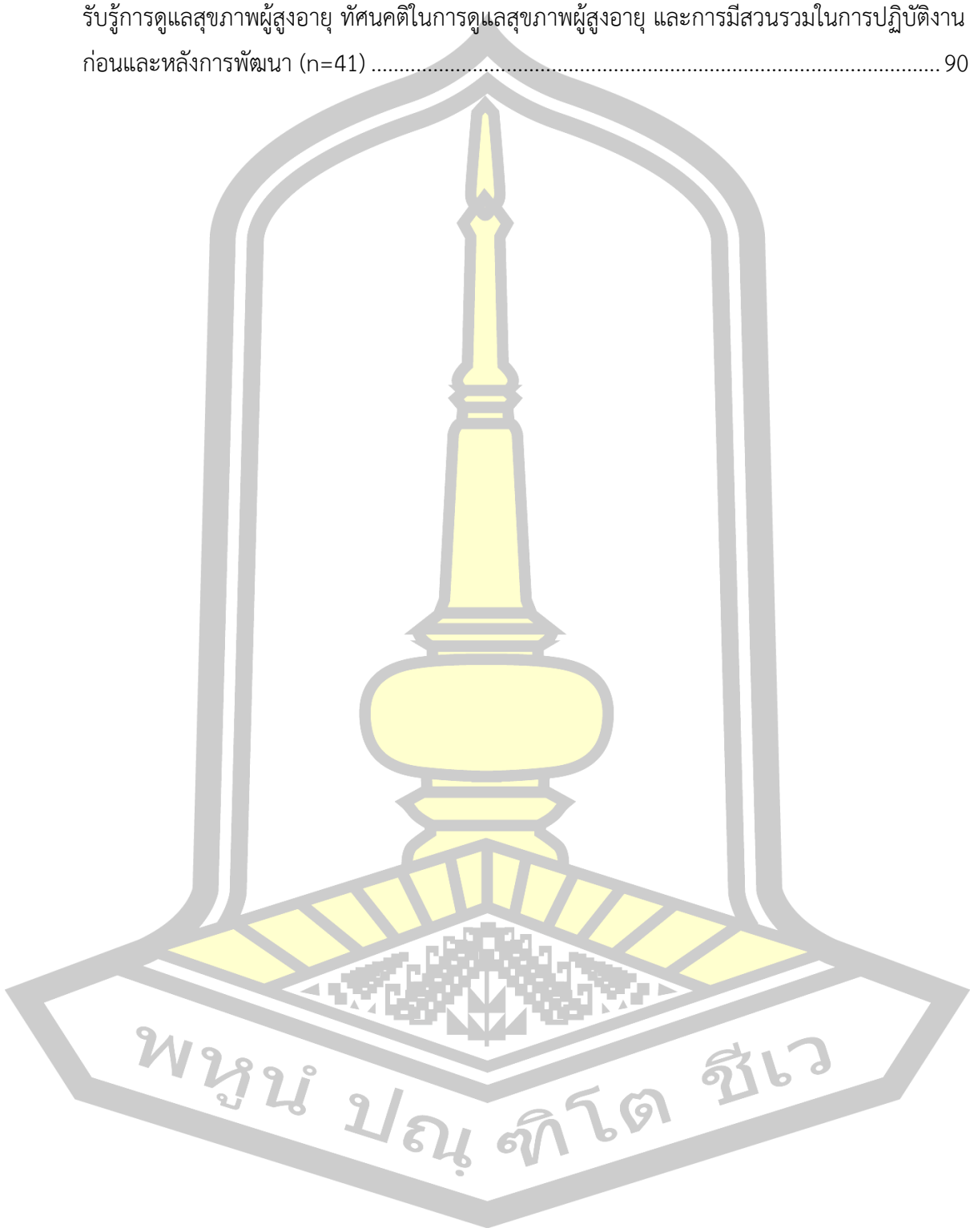
ตาราง 9 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรูเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนา (n=41) 87

ตาราง 10 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนา (n=41) 87

ตาราง 11 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรูเกี่ยวกับทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนา (n=41) 88

ตาราง 12 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานก่อนและหลังการพัฒนา 89

ตาราง 13 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรูเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การรับรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และการมีสวนรวมในการปฏิบัติงานก่อนและหลังการพัฒนา (n=41) 90



สารบัญภาพประกอบ

หน้า

ภาพประกอบ 1 ความสัมพันธ์ของผู้ร่วมกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม 37

ภาพประกอบ 2 ภาพผังขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม..... 39

ภาพประกอบ 3 การจัดวงสนทนาในการประชุมกลุ่ม 41

ภาพประกอบ 4 กรอบแนวคิดงานวิจัย 50

ภาพประกอบ 5 รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ 74

พหูน ปณ ฑิโต ชีเว

บทที่ 1
บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลกอย่างรวดเร็วเป็นผลมาจากความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์และบริการสาธารณสุขทางด้านการแพทย์มีความก้าวหน้าทันสมัย มีการเสริมสร้างสุขภาพอนามัยที่ดี การป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพทำให้ประชากรมีสุขภาพอนามัยที่ดีมีอายุยืนยาว ในช่วงหลายปีที่ผ่านมาจะพบว่าจำนวนประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วกลายเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในหลายประเทศทั่วโลก การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรในปัจจุบันกลายเป็นประเด็นสำคัญที่นักประชากรศาสตร์ ผู้บริหารนโยบาย ผู้นำระดับภูมิภาค หรือระดับชาติ รวมถึงนักการตลาดทั่วโลกต้องจับตามอง เนื่องจากภาวะผู้สูงอายุนั้นไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบแค่ตัวบุคคลหรือภายในครอบครัวเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบในวงกว้างไปจนถึงระดับประเทศและระดับโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นกับภาคเศรษฐกิจ (รติมา คชนันท์, 2561) ทั้งนี้ องค์การสหประชาชาติ (องค์การสหประชาชาติ, 2015) เสนอว่า ผู้สูงอายุ (Older person) หมายถึง ประชากรทั้งชายและหญิงที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป โดยได้แบ่งระดับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุไว้ 3 ระดับ ได้แก่ สังคมผู้สูงอายุ (Aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 7.0) สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 14.0) และสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20.0) ภายในปี พ.ศ.2566 ประเทศไทยเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete-aged Society) โดยมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20.1 ของประชากรทั้งหมดส่งผลให้ไทยกลายเป็นประเทศสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์แห่งแรก ๆ ในภูมิภาค ต่อจากญี่ปุ่น เกาหลีใต้ และสิงคโปร์ อีกทั้งประเทศไทยกำลังมุ่งหน้าเข้าสู่ “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (Superaged Society) ภายในปี พ.ศ. 2577 เมื่อมีสัดส่วนของประชากรสูงอายุสูงถึง ร้อยละ 28.1 ของประชากรทั้งหมดตามลำดับ หากสังเกตจะพบว่าประเทศไทยใช้เวลาในการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์เพียงแค่ 20 กว่าปีเท่านั้น ซึ่งถือว่าใช้เวลาน้อยมาก ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศ และการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศไทยในระยะยาว (สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2560) มีการจำแนกกลุ่มของผู้สูงอายุเพื่อให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสมกับแต่ละกลุ่มโดยจำแนกผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้ ผู้สูงอายุติด

สังคม หมายถึงผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดำเนินชีวิตในสังคมได้ ผู้สูงอายุติดบ้าน หมายถึงผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้หรือต้องการความช่วยเหลือบางส่วนมีความจำกัดในการดำเนินชีวิตในสังคมและเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้หรือมีภาวะแทรกซ้อนและมีกลุ่มอาการสำคัญของผู้สูงอายุที่มีผลต่อการไปมาได้โดยอิสระโดยอิสระและมักเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ผู้สูงอายุติดเตียง หมายถึงผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนย้าย/ทำกิจวัตรพื้นฐานประจำวันอื่นและเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคและมีภาวะแทรกซ้อนจากการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพโดยใช้แบบฟอร์มการประเมินความสามารถการประกอบกิจวัตรประจำวันของ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

ข้อมูลที่ทำการปกครองจังหวัดศรีสะเกษพบว่าจังหวัดศรีสะเกษในปี 2563 มีประชากรรวมทั้งสิ้น 1,470,341 คนเป็นประชากรผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีจำนวนและสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องจาก 192,689 คนหรือร้อยละ 13.2 ของประชากรทั้งจังหวัดในปี 2560 เป็น 198,927 คน หรือ ร้อยละ 13.5 ในปี 2561 และ 213,590 คน หรือ ร้อยละ 14.5 ในปี 2562 ทั้งนี้เมื่อพิจารณาทางด้านสภาพร่างกายของผู้สูงอายุในจังหวัดศรีสะเกษ พบว่ามีผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่อยู่ในสภาพร่างกายพิการ (รับเบี้ยผู้พิการด้วย) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีโดยในปี 2560 มีผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพจำนวน172,895 คนและรับเบี้ยผู้พิการจำนวน 13,618 คนคิดเป็นร้อยละ 7.9 ของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพส่วนในปี 2561 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8.1 และเพิ่มเป็นร้อยละ 8.2 ในปี 2562 (สำนักงานสถิติจังหวัดศรีสะเกษ, 2563)

ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจานตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ มีประชากรทั้งหมด 9,232 คนจำนวนครัวเรือนทั้งหมด 2,000 หลังคาเรือน มีอาสาสมัครสาธารณสุข 100 คน รับผิดชอบ 1 คนต่อ 20 หลังคาเรือน และพบว่ามีผู้สูงอายุจำนวน 860 คนคิดเป็นร้อยละ9.31ของประชากรแบ่งเป็นกลุ่มติดสังคม 771 คน (ร้อยละ 89.65) กลุ่มติดบ้าน 81 คน (ร้อยละ 9.41) และกลุ่มติดเตียง 8 คน (ร้อยละ 0.93) มี Care Manager 1 คน Care Giver 5 คน จากรายงานผลการสำรวจตามแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ในกลุ่มผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจานซึ่งมีการตรวจคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในทุก ๆ กลุ่มวัยในทุก ๆ ปีโดยจำแนกเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ผู้สูงอายุกลุ่มบ้านและผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง เพื่อวางแผนการดูแลด้านสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมไม่ให้เป็นผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงเร็วจนเกินไปโดยใช้เครื่องมือแบบประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ (ADL) จากกรมอนามัยในการตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพซึ่งจากการตรวจประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพในปีงบประมาณ 2562 พบว่ามีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมเปลี่ยนเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านร้อยละ12.7 และเปลี่ยนจากกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติด

เตียงร้อยละ 6.6 และในปีงบประมาณ 256**3**พบว่ามีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมเปลี่ยนไปเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านร้อยละ 12.60 และเปลี่ยนจากกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดเตียงร้อยละ 67.2 และจากการตรวจประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในปีงบประมาณ 2561 พบว่ามีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมเปลี่ยนเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านร้อยละ 11.2 และเปลี่ยนจากกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดเตียงร้อยละ 8.9 จากผลจากการตรวจประเมินจึงพบว่าร้อยละของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมกลายเป็นผู้สูงอายุติดบ้านและผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงเพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี ทั้งนี้ในด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเพิ่งพิงตำบลดองกำเม็ดได้มีการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อดูแลและให้ความช่วยเหลือโดยสหวิชาชีพ Care Manager และ Care Giver โดยมีการเขียน care plan ในการเข้าไปดูแลเป็นรายบุคคลแต่ยังไม่เพียงพอ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจานตำบลดองกำเม็ด, 2565) จากสถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและผลกระทบที่อาจคุกคามสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น อุบัติเหตุหกล้ม การดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง การเข้าพบบุคลากรสาธารณสุขเมื่อจำเป็น การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว สุขวิทยาส่วนบุคคล รวมถึงการขาดระบบการดูแลในรูปแบบเครือข่ายในการดูแลอย่างชัดเจนที่จะป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุติดสังคมกลายเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงได้ที่เร็วเกินไป (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจานตำบลดองกำเม็ด, 2565) ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพต่อไป

1.2 คำถามวิจัย

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษเป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.3.2.1 เพื่อศึกษาบริบทและสถานการณ์ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์จังหวัดศรีสะเกษ

1.3.2.2 เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

1.3.2.3 เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์จังหวัดศรีสะเกษ

1.3.2.4 เพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานตามรูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์จังหวัดศรีสะเกษ

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เปนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

1.4.1 ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

1.4.2 ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

1.4.3 ขอบเขตด้านกลุ่มตัวอย่าง

1.4.3.1 กลุ่มตัวอย่าง (Sample) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้คือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในกระบวนการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจานตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2 คนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 11 คน ผู้สูงอายุ 11 คน ญาติผู้สูงอายุ 2 คน ผู้นำชุมชน 11 คน และตัวแทนภาคประชาชนในเขตพื้นที่ตำบลดองกำเม็ด 2 คน และเจ้าหน้าที่กองสาธารณสุข จำนวน 2 คน รวมจำนวน 41 คน

1.4.4 ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ 2566 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 5 เดือน

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.5.1 การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการพัฒนาแนวทางกิจกรรมต่าง ๆ ที่ได้พัฒนาขึ้นในระดับพื้นที่โดยให้ทุกภาคส่วนในชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

1.5.2 ภาคีเครือข่ายในชุม หมายถึงกลุ่มประชากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ประกอบด้วย

<u>ภาคประชาชน</u>

1) กำนันผู้ใหญ่บ้านตำบลดองกำเม็ดทั้ง11หมู่บ้าน
2) ประธาน อสม. ตำบลดองกำเม็ดทั้ง11หมู่บ้าน
3) ตัวแทนผู้สูงอายุ
4) ญาติผู้สูงอายุ
5) ตัวแทนภาคประชาชนในเขตพื้นที่ตำบลดองกำเม็ด

<u>ภาคการเมือง</u>

1) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลดองกำเม็ด
2) เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุข

<u>ภาควิชาการ</u>

1) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลกันจาน
2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

1.5.3 ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในเขตพื้นที่ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยมีผลการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุด้านกิจกรรมพื้นฐานประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) อยู่ในผู้สูงอายุกลุ่มที่

1 (กลุ่มติดสังคม) คือ เป็นผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

1.5.4 ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม หมายถึง ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ มีคะแนนรวมความสามารถทางร่างกายเท่ากับหรือมากกว่า 12 คะแนน

1.5.5 การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม หมายถึง การให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มีสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ด้านสังคมชุมชน รวมถึงความเอื้ออาทรที่มีให้กับผู้งอายุในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณค่า อยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างปกติสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี

1.5.6 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของภาคีเครือข่าย หมายถึง การออกแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ ประกอบด้วย กำนันผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้สูงอายุและญาติ ประชาชน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยใช้กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

พหูน ปณฺฑิโต ชีเว

บทที่ 2
ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องรวบรวมแนวคิดและทฤษฎีและงานวิจัยที่ทำการศึกษาค้นคว้า โดยมีลำดับดังนี้

2.1 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม
2.2 แนวคิดทฤษฎีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2.3 ภาวะสุขภาพและระบบการดูแลผู้สูงอายุ
2.4 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)
2.5 ข้อมูลทั่วไปของพื้นที่ในการศึกษา
2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2.7 กรอบแนวคิดการวิจัย

2.1 ทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

แนวคิด Cohen and Uphoff (1981) ได้แบ่งลักษณะการมีส่วนร่วมเป็น 4 ด้านคือ

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Participationing Decision-making)
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ (Participationing Implementation)
3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Participationing Benefits)
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Participationing Evaluation)

สำหรับการมีส่วนร่วมในด้านต่าง ๆ นี้นักวิชาการสาขาต่าง ๆ มีจุดเน้นของการมีส่วนร่วมแตกต่างกันออกไปเช่นนักเศรษฐศาสตร์จะให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจนักบริหารมักจะเน้นถึงการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติและนักเศรษฐศาสตร์มักจะเน้นการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ แต่สำหรับการมีส่วนร่วมในการประเมินผลนั้นยังไม่มีการศึกษาที่กว้างขวางนักซึ่ง Cohen and Uphoff ได้อธิบายถึงการมีส่วนร่วมดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการตัดสินใจชนิดนี้เป็นศูนย์กลางของการเกิดความคิดที่หลากหลายมีการกำหนดและประเมินทางเลือกตัดสินใจเลือกเปรียบเทียบได้กับการวางแผนเพื่อนำทางที่เลือกมาสู่การปฏิบัติสามารถแบ่งการตัดสินในนี้ออกเป็น 3 ชนิด คือ

1.1 การตัดสินใจช่วงเริ่มต้น (Initial Decisions) เป็นการเริ่มต้นหาความต้องการจากคนในท้องถิ่นและวิธีการเข้าไปมีส่วนร่วมในโครงการที่สำคัญขั้นตอนนี้มีความสำคัญที่จะเลือกเอาโครงการที่เป็นประโยชน์ต่อกลุ่มคนและมีความเป็นรูปธรรมโดยผ่านการใช้กระบวนการตัดสินใจในระยะนี้สามารถให้ข้อมูลที่สำคัญของท้องถิ่นและป้องกันความเข้าใจที่อาจจะเกิดขึ้นและเสนอกลยุทธ์เพื่อแก้ไขปัญหาซึ่งคนในท้องถิ่นสามารถเข้ามาเกี่ยวข้องตั้งแต่ช่วงเริ่มต้นโครงการทั้งในเรื่องการเงินการจัดสรรบุคลากรตลอดจนวิธีการเข้าไปมีส่วนร่วมในโครงการและสนับสนุนโครงการที่จะนำเข้ามา

1.2 การตัดสินใจในช่วงดำเนินการ (On-going Decisions) คนในท้องถิ่นอาจไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในช่วงเริ่มต้นแต่ถูกขอร้องให้เข้ามาดำเนินการเมื่อโครงการเข้ามาความสำเร็จในช่วงนี้เกิดขึ้นได้มากกว่าการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในช่วงเริ่มต้นซึ่งโครงการจะต้องค้นหาความต้องการของบุคคลที่เข้ามามีส่วนร่วมในภายหลังนี้ และจัดลำดับความสำคัญของโครงการและวิธีการดำเนินโครงการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วม

1.3 การตัดสินใจในช่วงปฏิบัติการ (Operational Decisions) เป็นความเกี่ยวข้องในองค์กรเมื่อโครงการเข้ามามีการเชื่อมโยงโครงการเข้ามาสู่คนในท้องถิ่นมีการรวบรวมขององค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดกฎเกณฑ์สำหรับปฏิบัติกิจกรรมในโครงการกรอบที่สมาชิกยึดถือประกอบด้วยการประชุมเพื่อจัดทำนโยบายการคัดเลือกผู้นำที่จะมีอิทธิพลต่อองค์กร

2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติคนในท้องถิ่นสามารถมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ แบ่งได้เป็น 3 ชนิดคือ

2.1 การมีส่วนร่วมในการสละทรัพยากร (Resource Contribution) สามารถดำเนินการได้หลายรูปแบบได้แก่แรงงานเงินวัสดุอุปกรณ์และข้อมูลข่าวสารทั้งหมดนี้เป็นแหล่งทรัพยากรหลักที่สำคัญซึ่งมีอยู่ในท้องถิ่นนำมาใช้เพื่อพัฒนาโครงการการส่งเสริมโดยใช้แรงงานในท้องถิ่นเป็นสิ่งที่ดีการบริจาคเงินและวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ และอื่น ๆ แสดงให้เห็นทิศทางที่ชัดเจนของการมีส่วนร่วมสิ่งสำคัญของการมีส่วนร่วมนี้คือการรู้ว่าใครเป็นผู้สนับสนุนและทำอย่างไรโดยวิธีการสมัครใจการได้รับค่าตอบแทนหรือโดยการบีบบังคับการสนับสนุนเรื่องทรัพยากรบ่อยครั้งที่พบว่ามีความไม่เท่าเทียมกันและการแสวงหาผลประโยชน์ส่วนตัว

2.2 การมีส่วนร่วมในการบริหารและการประสานงาน (Project Demon stration and Co-ordination) คนในท้องถิ่นสามารถรวมตัวกันในการปฏิบัติงานโดยการเป็นลูกจ้างหรือสมาชิกทีมที่ปรึกษาหรือเป็นผู้บริหารโครงการเป็นสมาชิกอาสาซึ่งทำหน้าที่ประสานงานกิจกรรมของโครงการมีการฝึกอบรมให้รู้เทคนิคการปฏิบัติงานในโครงการสำหรับผู้เข้ามาบริหารหรือประสานงานวิธีนี้นอกจากจะเพิ่มความไว้วางใจให้กับคนในท้องถิ่นแล้วยังช่วยให้เกิดความตระหนักถึงปัญหาของตนเองอีกด้วยอีกทั้งยังทำให้เกิดการสื่อสารข้อมูลภายในและได้รับคำแนะนำซึ่งเป็นปัญหาของคนในท้องถิ่นตลอดจนผลกระทบที่ได้รับเมื่อโครงการเข้ามา

2.3 การมีส่วนร่วมในการขอความร่วมมือ (Enlistment) การขอความร่วมมือไม่จำเป็นต้องมีผลประโยชน์เข้ามาเกี่ยวข้องแต่พิจารณาจากข้อเท็จจริงที่ว่าผลเสียที่ตามมาหลังจากนำโครงการเข้ามาและผลที่เกิดกับคนในท้องถิ่นที่เข้าร่วมในโครงการ

3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นมานานและมีผลในทางเศรษฐกิจซึ่งไม่ควรมองข้ามไปการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์แบ่งได้3ชนิดคือ

3.1 ผลประโยชน์ด้านวัตถุ (Material Benefits) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลเช่นเป็นการเพิ่มการบริโภครายได้และทรัพย์สินแต่สิ่งเหล่านี้อาจจะทำให้การสรุปข้อมูลล้มเหลวได้ซึ่งควรวิเคราะห์ให้ได้ว่าใครคือผู้มีส่วนร่วมและดำเนินการให้เกิดขึ้น

3.2 ผลประโยชน์ด้านสังคม (Social Benefits) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานด้านสาธารณะได้แก่บริการหรือความพึงพอใจการสาธารณูปโภคการเพิ่มโครงการพัฒนาท้องถิ่นโดยใช้รูปแบบการผสมผสานเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับคนยากจนจึงจำเป็นต้องมีการกำหนดการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ทั้งในเรื่องปริมาณการแบ่งผลประโยชน์และคุณภาพบริการและความพึงพอใจ

3.3 ผลประโยชน์ด้านบุคคล (Personal Benefits) เป็นความปรารถนาที่จะเข้ามาเป็นสมาชิกกลุ่มหรือได้รับการคัดเลือกเข้ามาเป็นความต้องการอำนาจทางสังคมและการเมืองโดยผ่านความร่วมมือในโครงการผลประโยชน์สำคัญที่ได้จากโครงการมี3ชนิดคือ
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอำนาจทางการเมืองและความรู้สึกว่าตนเองทำงานมีประสิทธิผลการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ควรศึกษาผลเสียที่จะเกิดขึ้นตามมาภายหลังด้วยเพราะอัตราการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์มีความแตกต่างกันจะเป็นข้อมูลที่สำคัญในการวางนโยบายหลักที่เกี่ยวข้องว่าจะให้ใครมีส่วนร่วมหากผลที่ออกมาตรงกันข้ามกับความคาดหวังจะได้แก้ไขเพื่อหาแนวทางที่มีความเป็นไปได้ในการวางรูปแบบใหม่

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผลเป็นส่วนที่มีการเขียนเป็นรายงานไว้น้อยสามารถประเมินโครงการได้ 2 รูปแบบคือการมีส่วนร่วมทางตรงและการมีส่วนร่วมทางอ้อมการมีส่วนร่วมในการประเมินผลส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่จากส่วนกลางมากกว่าคนในท้องถิ่นซึ่งทำหน้าที่ประเมินผลด้านงบประมาณความพึงพอใจของบุคคลที่มีต่อโครงการประเมินว่ามีผู้เห็นด้วยกับโครงการหรือไม่ผู้ที่มีส่วนร่วมได้แก่ใครบ้างมีส่วนร่วมโดยวิธีใดมีการแสดงความคิดเห็นผ่านสื่อต่าง ๆ หรือผ่านตัวแทนที่เลือกเข้าไปอย่างไรและทำอย่างไรความคิดเห็นต่าง ๆ จึงจะได้รับการนำไปใช้ประโยชน์โดยสร้างโอกาสให้สมาชิกทุกคนของชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือและเข้ามามีอิทธิพลต่อกระบวนการดำเนินกิจกรรมในการพัฒนารวมถึงได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนานั้นอย่างเสมอภาค

Koufman (1949) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชนในชนบทพบว่าอายุเพศ การศึกษาขนาดของครอบครัวอาชีพรายได้และระยะเวลาการอยู่อาศัยในท้องถิ่นมีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนจากแนวคิดที่กล่าวมาข้างต้นสามารถสรุปปัจจัยต่อการมีส่วนร่วมทำกิจกรรมได้ดังนี้

1. ลักษณะส่วนบุคคลได้แก่เพศอายุระดับการศึกษาประสบการณ์ต่าง ๆ
2. ลักษณะทางเศรษฐกิจได้แก่อาชีพรายได้
3. การได้รับข้อมูลข่าวสารได้แก่ความถี่ในการรับรู้ข่าวสารและแหล่งที่มาของข่าวสาร

หลักการที่สำคัญของการสาธารณสุขมูลฐานคือการมีส่วนร่วมของชุมชน (People Participation= P.P หรือ Community Participation, Community Involvement= C.I) การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นส่วนที่มีความสำคัญตั้งแต่การเตรียมเจ้าหน้าที่เตรียมชุมชนการฝึกอบรมการติดตามดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ให้ประชาชนในหมู่บ้านได้รู้สึกเป็นเจ้าของและเข้ามาร่วมช่วยเหลืองานด้านสาธารณสุขทั้งด้านกำลังคนกำลังเงินและวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ มิได้หมายถึงชุมชนให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ของรัฐในการพัฒนาหากแต่หมายถึงประชาชนในชุมชนนั้นเป็นผู้ตระหนักถึงปัญหาของชุมชนของตนเป็นอย่างดีจึงเป็นผู้กำหนดปัญหาสาธารณสุขของชุมชนนั้นเองเป็นผู้วิเคราะห์ปัญหาตลอดจนแนวทางแก้ไขปัญหาของชุมชนทั้งนี้โดยชุมชนมีความสามารถในการแยกแยะได้ว่าวิธีการแก้ปัญหาใดประชาชนในชุมชนสามารถแก้ไขได้วิธีการใดอยู่นอกเหนือความสามารถของชุมชนก็ให้เจ้าหน้าที่ของรัฐบุคคลหรือองค์กรภายนอกเข้ามาช่วยแก้ไขปัญหา

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม นี้มาเป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรมการดูผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วม จะมีส่วนช่วยให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการด าเนินงาน เรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือหลายเรื่องร่วมกัน เช่น ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมทำการพัฒนา ร่วมรับ ผลประโยชน์ ระดับการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมต่างๆ จะบ่งบอกถึงความยั่งยืนของกิจกรรมนั้น ๆ กล่าวคือ ถ้าภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิได้เข้ามามีส่วนร่วมมากเท่าใด จะทำให้ภาคีเครือข่ายรู้สึกในความเป็นเจ้าของ มีส่วนรับผลประโยชน์จากการพัฒนาก็จะทำให้การดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิประสบความสำเร็จและบรรลุตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ ข้างต้นนำเสนอต่อที่ประชุมของกลุ่มเป้าหมายที่มีส่วนร่วมในการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยเล็งเห็นว่ากระบวนการมีส่วนร่วมสามารถนำไปสู่ การแก้ไขปัญหาในการวิจัยในครั้งนี้ ตั้งแต่การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา การมีส่วนร่วมในการวางแผน การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมในการรับรู้ผลที่เกิดขึ้นและการมีส่วนร่วมใน การประเมินผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มี

2.2 แนวคิดทฤษฎีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

2.2.1 ความหมายของผู้สูงอายุ องค์การสหประชาชาติซึ่งได้จัดสมัชชาโลกเกี่ยวกับผู้สูงอายุเมื่อปี พ.ศ. 2525 ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย ได้ให้ความหมายของคำว่า “ผู้สูงอายุ” คือ บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

องค์การอนามัยโลก (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ให้นิยามผู้สูงอายุว่าหมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีหรือมากกว่าขึ้นไป พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ผู้สูงอายุหมายถึง บุคคลผู้มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป และมีสัญชาติไทย (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2558)

รศรินทร์ เกรย์และคณะ (2556) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้ว่า หมายถึง น่าจะหมายถึง คนที่มีอายุมาก

วิไลวรรณ ทองเจริญ (2554) ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ความสูงอายุเป็นกระบวนการสากลที่เริ่มตั้งแต่เกิดความสูงอายุที่กำหนดโดยจำนวนปี (Chronological Age) นิยมใช้ในการกำหนดการเกษียณอายุหรือหยุดจากงานในประเทศไทยใช้อายุ 60 ปี ส่วนบางประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกากำหนดโดยใช้อายุ 65 ปี การแบ่งช่วงของความสูงอายุแบ่งได้เป็น 3 ช่วง ดังนี้คือ วัยสูงอายุตอนต้น (Young old) อายุ 60-69 ปี วัยสูงอายุตอนกลาง (Medium-old) อายุ 70-79 ปีและวัยสูงอายุตอนปลาย (Old old) อายุ 80 ปีหรือมากกว่า

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2553) ประชากรสูงอายุไทย หมายถึง ผู้ที่มีสัญชาติไทยและมีชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎร์ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

สุรพงษ์ มาลี (2561) สำหรับประเทศไทยเพื่อไม่ให้เป็นที่ถกเถียงกันมาก ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 มาตรา 3 ได้บัญญัติว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง “บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย” ซึ่งผมคิดว่าเราควรยึดความหมายตามที่กฎหมายบัญญัติไว้เป็นหลัก นอกจากนี้ตามภาษาปากอาจมีผู้ใช้คำว่า “ผู้สูงวัย” อยู่บ้าง ซึ่งนักปราชญ์ผู้สันทัดเรื่องภาษาก็ให้ความเห็นว่าควรใช้คำว่า “ผู้สูงอายุ” แทน “ผู้สูงวัย” เพราะ “วัย” ตามภาษาพระท่านส่อนัยยะว่าเป็น “ความเสื่อมหรือความโทรม”

องค์การอนามัยโลก (กรมอนามัย, 2546) ได้ยึดความยาวของชีวิตตามปีปฏิทินเป็นเกณฑ์โดยได้กำหนดวัยผู้สูงอายุมีอายุอยู่ในช่วง 60-74 ปี วัยชราจะเป็นกลุ่มอายุ 75 ปีขึ้นไป แต่ในการประชุมสมัชชาโลกกำหนดให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปและเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก และได้ประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้ (ณัฐวุฒิ ชูเชื้อ, 2559)

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 – 4 คะแนน

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุพ.ศ. 2554 แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุได้ 3 กลุ่ม คือ

1) ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) เป็นช่วงที่ยังมีพลังช่วยเหลือตนเองได้

2) ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) เริ่มมีอาการเจ็บป่วย ร่างกายเริ่มอ่อนแอ มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง

3) ผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) เจ็บป่วยบ่อยขึ้น อวัยวะเสื่อมสภาพอาจมีภาวะทุพพลภาพ จากแนวคิดที่ผ่านมาสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีสภาพร่างกายที่เสื่อมถอย มีภูมิต้านทานโรคน้อยลง สามารถเจ็บป่วยได้ง่าย สภาพจิตใจเปลี่ยนแปลงง่าย จะต้องดูแลอย่างใกล้ชิดและการจำแนกผู้สูงอายุในการทำวิจัยครั้งนี้ แบ่งผู้สูงอายุในการดำเนินงานเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ส่วนกลุ่มที่เลือกเข้าร่วมในการวิจัยคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงและสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม

2.2.2 แนวคิดทฤษฎีการสูงอายุ

ทฤษฎีการสูงอายุ ผู้เชี่ยวชาญในศาสตร์ทางชีวภาพ จิตวิทยา และสังคมศาสตร์ ได้พยายามสรุปสาเหตุของความชราไว้ 2 ประการ คือ 1) พันธุกรรม และ 2) สิ่งแวดล้อม ซึ่งพิจารณาจากปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกของสิ่งมีชีวิตและพยายามศึกษามนุษย์ให้ครอบคลุมแบบองค์รวม นักทฤษฎีทั้ง 3 สาขาต่างยอมรับว่าความรู้จากศาสตร์สาขาใดสาขาหนึ่ง ก็ยังไม่สามารถอธิบายกระบวนการแก่ชราได้อย่างสมบูรณ์ จึงเสนอแนวคิดเพื่อนำมาใช้อธิบายกระบวนการชราของมนุษย์ให้ชัดเจนที่สุด ประกอบด้วยทฤษฎี 3 กลุ่ม ได้แก่ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2556)

ก. ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theory)

ข. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory)

ค. ทฤษฎีทางสังคม (Sociological Theory)

ก. ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theory) ทฤษฎีนี้ได้อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของร่างกายมนุษย์หรือคนชราได้ ดังนี้

1) ทฤษฎีวิวัฒนาการ หรือ ทฤษฎีเซลล์ ร่วมอธิบายว่าสิ่งมีชีวิตต่างก็มีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการตลอดเวลา

2) ทฤษฎีนาฬิกาชีวิต หรือ ทฤษฎีการถูกกำหนด อธิบายว่าอายุขัยของคนถูกกำหนดไว้แล้วโดยรหัสพันธุกรรม ถ้าบรรพบุรุษมีอายุยืน ลูกหลานก็จะมีอายุยืนยาวตามไปด้วย

3) ทฤษฎีการกลายพันธ์ เกิดจากการได้รับรังสีทีละเล็กทีละน้อยเป็นประจำจนเกิดการเปลี่ยนแปลง DNA และเกิดการเปลี่ยนแปลงของ Cell หรืออวัยวะในระบบต่าง ๆ ทำให้เกิดการแบ่งตัวผิดปกติ (Mutation**)** เกิดมีโรคภัยไข้เจ็บหรือเกิดมะเร็ง

4) ทฤษฎีการสะสมความผิดพลาดของเซลล์ หรือ ทฤษฎีโมเลกุลอธิบายว่าความแก่เกิดจากนิวเคลียสของ Cell มีการถ่ายทอด DNA ที่ผิดปกติไปจากเดิมทำให้ Cell ใหม่ที่ได้แตกต่างไปจาก Cell เดิม

5) ทฤษฎีอวัยวะ อธิบายว่าเมื่ออวัยวะมีการใช้งานย่อมมีการเสื่อมเกิดขึ้น เช่น ทฤษฎีความเสื่อมโทรม ความแก่เป็นกระบวนการเกิดขึ้นเองเมื่ออวัยวะมี การใช้งานมากย่อมเสื่อมได้ง่ายและเร็วขึ้น เมื่ออายุมากขึ้น

6) ทฤษฎีระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ เมื่อเข้าสู่วัยชราการทำงานของระบบ สมองและประสาทจะลดลง ความจำจะเสื่อมลง

7) ทฤษฎีสะสมของเสีย เมื่อสิ่งมีชีวิตอายุมากขึ้น ของเสียจะถูกสะสมทำให้เซลล์เสื่อมและตายเพิ่มขึ้นสิ่งที่พบได้แก่ Lipofuscin ซึ่งเป็นสารสีดำไม่ละลายน้ำเป็นสารประกอบจำพวก Lipoprotion

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ทฤษฎีทางชีววิทยามีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เสื่อมถอยลง เมื่อคนเรามีอายุมากขึ้นเป็นสภาวะทางสุขภาพกายของมนุษย์ทุกคน ที่ไม่อาจจะหลีกเลี่ยงได้ กลไกและระบบการทำงานภายในจะเสื่อมลงและขาดประสิทธิภาพ

ข. ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยา (Psychological Theory) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงจิตวิทยาทางสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งมีนักชราภาพวิทยาสังคมได้เสนอเป็นแนวคิดและทฤษฎีหลายทฤษฎี ดังนี้

1. ทฤษฎีการถดถอย (Disengagement theory) เชื่อว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ค่อยๆ ถดถอยออกจากสังคมทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุและในกลุ่มคนวัยอื่น ๆ ด้วย เพื่อเป็นการลดภาวะกดดันทางสังคมบางประการ

2. ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality theory) กล่าวว่า ผู้สูงอายุเป็นสุขหรือทุกข์ขึ้นอยู่กับภูมิหลังและการพัฒนาจิตใจของผู้นั้น ถ้าผู้สูงอายุเติบโตขึ้นมาด้วยความมั่นคงอบอุ่น มีความรักแบบถ้อยทีถ้อยอาศัย เก็บความสำคัญของคนอื่น รักคนอื่นและทำงานร่วมกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี ก็จะมักเป็นผู้สูงอายุที่ค่อนข้างมีความสุขสามารถอยู่ร่วมกับลูกหลานหรือผู้อื่นได้โดยไม่ต้องมีความเดือดร้อน แต่ถ้าเป็นผู้สูงอายุที่เติบโตมาในลักษณะที่ร่วมกับใครไม่ใคร่เป็น ไม่อยากช่วยเหลือผู้ใดจิตใจคับแคบ ถือว่าตัวใครตัวมันและมักรู้สึกว่าตัวเองทำคุณกับใครไม่ค่อยมีใครเห็นคุณค่าก็มักจะเป็นคนชราที่มีชีวิตปั้นปลายไม่ค่อยมีความสุข

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยา การพัฒนาจิตใจของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกพึงพอใจ เป็นสุขหรือทุกข์ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ผ่านมาหรือภูมิหลังของแต่ละบุคคลที่ได้รับมาในอดีต ในการพัฒนาจิตใจ ทั้งการยอมรับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

ค. ทฤษฎีทางสังคมของผู้สูงอายุ (Social theories of aging) จากทฤษฎีนี้ได้อธิบายว่าภาพทางสังคมที่เกิดขึ้นในชีวิตผู้สูงอายุได้อย่างมีหลักการ และเหตุผลโดยอาศัยกระบวนการขั้นตอนทางวิทยาศาสตร์ในการศึกษาหาความรู้ปัจจุบันนี้ได้เป็นที่ยอมรับกันทั่วโลกว่าเป็นกระบวนการที่ถูกต้องมีคุณค่าและเป็นแนวทางที่น่าจะดีที่สุด เพื่อนำมาอธิบายถึงการ เปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในวัยผู้สูงอายุโดยพยายามที่จะค้นหาคำตอบเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ว่ามีสาเหตุสำคัญมีสิ่งใดควรทำสังคมสามารถหรือควรกำหนดหลักการที่ชัดเจนและเป็นประโยชน์ต่อ ผู้สูงอายุมากที่สุด ซึ่งในแต่ละทฤษฎีมีดังนี้

1) ทฤษฎีบทบาท (Role theory) หมายถึงพฤติกรรมของบุคคลที่ประพฤติจริง พฤติกรรมที่ถูกคาดหวังจากคนอื่นตามสภาพหรือตำแหน่ง บทบาท และสถานภาพของผู้สูงอายุ เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยผู้สูงอายุจะต้องปรับสภาพต่าง ๆ หลายอย่างที่ไม่ใช่บทบาทเดิมของตนมาก่อน เช่น การละทิ้งบทบาททางสังคมและความสัมพันธ์ซึ่งเป็นไปแบบผู้ใหญ่

2) ทฤษฎีกิจกรรม (Activity theory) กล่าวว่ามโนทัศน์ของบุคคล (Self Concept) จะดีเพียงใดขึ้นอยู่กับลักษณะของบุคคลตั้งแต่ตอนที่มีอายุในวัยกลางคนที่ชอบเข้าไปมีบทบาทหรือมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ เหมือนเมื่อก่อนเท่าที่จะทำได้หรือโอกาสอำนวยให้ ยังเชื่อว่ากิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุเป็นแก่นแท้ของชีวิตและจำเป็นสำหรับทุกวัย ด้วยเหตุนี้กิจกรรมจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ โดยแนวคิดทฤษฎีนี้ตั้งอยู่บนพื้นฐาน 3 ประการ คือ

(1) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุสืบเนื่องจากผู้สูงอายุมีความสามารถที่จะควบคุมพฤติกรรมของตน และสามารถสร้างสถานการณ์ใหม่ขึ้นมาทดแทนสิ่งที่เสียไป เช่น การสูญเสียบุคคลที่คุณรัก การมีชีวิตอยู่อย่างโดดเดี่ยว ผู้สูงอายุก็พยายามหากิจกรรมอื่น ๆ มา กระทำเพื่อชดเชยสิ่งที่เสียไปและขาดหายไป

(2) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุสืบเนื่องมาจากความต้องการทางด้านจิตใจและด้านการยอมรับของสังคมที่มีอยู่ในตัวมนุษย์ตลอดมาเมื่อผู้สูงอายุขาดความต้องการด้านใดด้านหนึ่งก็จะหาสิ่งอื่นมาทดแทน

(3) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุสืบเนื่องมาจากผู้สูงอายุเชื่อว่ากิจกรรมต่าง ๆ สามารถชดเชยภาระหน้าที่การงานที่ต้องหมดความรับผิดชอบลง การหมดสภาพที่ต้องเลี้ยงดูบุตรหลานและอื่น ๆ เหตุนี้การที่ผู้สูงอายุได้ร่วมกิจกรรมต่าง ๆ พบปะกับบุคคลอื่น ๆ จะทำให้สถานะทางสังคมประสบความสำเร็จ และได้รับการยอมรับ จากบุคคลอื่น ๆ จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเอง มีคุณค่าในสังคมนั้น ๆ

3) ทฤษฎีแยกตนเอง (Disengagement Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุหนีจากความกดดันและการตึงเครียดโดยการถอนตัว (Withdrawal) ออกจากสังคม ซึ่งเป็นผลจากการที่รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถลดลง

4) ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity theory) อธิบายความสูงอายุของบุคคลความมีนิสัยลักษณะแฝงรสนิยมส่วนบุคคลและความชอบ จุดมุ่งหมายและความมุ่งมั่นตั้งใจ เป็นส่วนหนึ่งของการสร้างบุคลิกภาพเมื่อมีอายุมากขึ้น ทฤษฎีความต่อเนื่องเสนอแนะว่าคนจะแสดงออกทางบุคลิกภาพ ซึ่งสนับสนุนความยาวนานของบุคลิกภาพแฝงและสร้างเป็นลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุ และยังบอกความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทที่ดำเนินอยู่และความพึงพอใจในชีวิตที่จะดำเนินต่อไปจนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ

5) ทฤษฎีลำดับชั้นอายุ (Age Stratification Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า อายุเป็นหลักเกณฑ์สากลที่กำหนดบทบาท สิทธิ หน้าที่ ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงไปตามขั้นของอายุหนึ่งไปสู่อายุหนึ่ง

จากการศึกษาแนวคิดที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ จากทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุแล้วนั้นทำให้ทราบว่า แนวความคิดเมื่อวิเคราะห์เพื่อให้นำไปสู่การดูแลสุขภาวะ การปฏิบัติการช่วยเหลือการสนับสนุนให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวเองให้ดำรงอยู่ในชีวิตประจำวันได้ ตามความสามารถและข้อจำกัดของผู้สูงอายุ จะช่วยให้ผู้ดูแลและครอบครัว ตลอดจนการจัดบริการสุขภาพ สวัสดิการและความเสมอภาคในสังคมต่อผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมทุกมิติ ไม่ว่าจะเป็นด้านชีวภาพหรือร่างกาย จิตใจ สังคมและบุคลิกภาพ ที่เป็นลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างจากวัยอื่น อันเป็นช่องว่างระหว่างวัยดังนั้นการ ประยุกต์ใช้หลักการในแต่ละทฤษฎีที่ว่าด้วยความสูงอายุ จะเป็นเครื่องมืออันสำคัญในการศึกษาการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ให้เหมาะสมต่อไป

2.2.3 การเปลี่ยนแปลงและปัญหาที่เกิดขึ้นในวัยผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ อันเนื่องมาจากกระบวนการของความชรา (Aging Process) หรือความชรา (Aging) ก่อให้เกิดปัญหามากมายตามมา สภาพปัญหาของผู้สูงอายุนั้นสืบเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงใน 3 ประการใหญ่ คือ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ รวมทั้งทางสังคม ดังนี้ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2553)

2.2.3.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในวัยสูงอายุ มนุษย์ทุกคนย่อมมีการเปลี่ยนแปลงไปตามวัย ในวัยสูงอายุร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปทางเสื่อมมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายแต่ละคนจะเกิดขึ้นไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างที่สำคัญคือ กรรมพันธุ์ โรคหรือความเจ็บป่วย สิ่งแวดล้อมหรือสิ่งที่ปฏิบัติอยู่ เช่น ดิน ฟ้า อากาศ อาหาร อาชีพ ความเครียด การออกกำลังกาย การพักผ่อน ฯลฯ ซึ่งปัจจัย 2 ประการหลัง ถ้าหาก

ผู้สูงอายุดูแลรักษาสุขภาพร่างกายและปฏิบัติตนอย่างถูกต้องแล้ว ก็จะสามารถลดปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้เพื่อช่วยชะลอความเสื่อมร่างกายได้

(1) ระบบผิวหนัง ผิวหนังบางลง เซลล์ผิวหนังลดลง ความยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดี ผิวหนังเหี่ยวและมีรอยย่น ไขมันใต้ผิวหนังลดลง ทำให้ร่างกายทนต่อความหนาวเย็นได้น้อยลง ต่อมเหงื่อเสียหน้าที่ไม่สามารถขับเหงื่อได้ จึงเกิดอาการลมแดดได้ง่ายในเวลาที่อากาศร้อนจัด ต่อมไขมันทำงานน้อยลง ผิวหนังแห้งและแตกง่าย สีของผิวหนังจางลงเพราะเซลล์สร้างสีทำงานลดลง แต่มีรงควัตถุสะสมเป็นแห่งๆ ทำให้เป็นจุดสีน้ำตาลทั่วไป ผมและขนทั่วไปสีจางลงหรือเป็นสีขาว และจำนวนลดลง การรับความรู้สึกต่ออุณหภูมิ การสั่นสะเทือนและความเจ็บปวดที่ผิวหนังลดลง เล็บแข็งและหนาขึ้น สีเล็บเข้มขึ้น

(2) ระบบประสาทและประสาทสัมผัส ขนาดของสมองลดลง น้ำหนักสมองลดลง จำนวนเซลล์สมองและเซลล์ประสาทลดลง ประสิทธิภาพการทำงานของสมองน้อยลง ปฏิกิริยาการตอบสนองต่อสิ่งต่างๆ ลดลง การเคลื่อนไหวและความคิดเชื่องช้าทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ ความจำเสื่อมโดยเฉพาะเรื่องราวใหม่ๆ แต่สามารถจำเรื่องราวเก่าได้ดี ความกระตือรือร้นน้อยลง ความคิดอาจสับสนได้ แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง เวลานอนน้อยลง เวลาตื่นมากขึ้น

(3) การมองเห็นไม่ดี รูม่านตาเล็กลง ปฏิกิริยาการตอบสนองของรูม่านตาต่อแสงลดลง หนังตาตก แก้วตาเริ่มขุ่นมัว เกิดต้อกระจกบริเวณรอบ ๆ กระจกตาจะมีไขมันมาสะสมเห็นเป็นวงสีขาวหรือเทา ลานสายตาแคบ กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อม ความไวในการมองภาพลดลง สายตายาวขึ้น มองภาพใกล้ไม่ชัด การมองเห็นในที่มืดหรือเวลากลางคืนไม่ดี ต้องอาศัยแสงช่วยจึงจะมองเห็นได้ชัดขึ้น ความสามารถในการเทียบสีลดลง การผลิตน้ำตาลดลง ทำให้ตาแห้งและเกิดภาวะระคายเคืองต่อเยื่อบุตาได้ง่าย

(4) การได้ยินลดลง หูตึงมากขึ้น เนื่องจากมีการเสื่อมของอวัยวะในหูชั้นในมากขึ้น แก้วหูตึงมากขึ้น ระดับเสียงสูงจะเสียการได้ยินมากกว่าระดับเสียงต่ำ เสียงพูดของผู้สูงอายุเปลี่ยนไป เพราะมีการเสื่อมของกล้ามเนื้อ กล่องเสียงและสายเสียงบางลง หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหูชั้นในเกิดภาวะแข็งตัว มีผลทำให้เกิดอาการวิงเวียนศีรษะและการเคลื่อนไหวไม่คล่องตัว

(5) การดมกลิ่นไม่ดี เพราะมีการเสื่อมของเยื่อบุโพรงจมูก การรับรสของลิ้นเสียไป ต่อมรับรสทำหน้าที่ลดลง โดยทั่วไปการรับรสหวานจะสูญเสียก่อนรสเปรี้ยว รสขมหรือรสเค็ม เป็นผลให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารไม่อร่อย เกิดภาวะเบื่ออาหาร

(6) ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก จำนวนและขนาดเส้นใยของกล้ามเนื้อลดลง กำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง การเคลื่อนไหวในลักษณะต่างๆ ไม่คล่องตัว กระดูกมีน้ำหนักลดลงเพราะแคลเซียมสลายออกจากกระดูกมากขึ้น ทำให้กระดูกเปราะและหักง่าย ความยาวของกระดูกสันหลังลดลง หมอนรองกระดูกบางลง หลังค่อมมากขึ้น ความสูงลดลงประมาณ 3-5 นิ้ว น้ำไข

ข้อลดลง กระดูกอ่อนบริเวณข้อเสื่อมมีแคลเซียมเกาะมากขึ้น การเคลื่อนไหวข้อต่าง ๆ ไม่สะดวกเกิดการตึงแข็งอักเสบและติดเชื้อได้ง่าย ข้อที่เกิดความเสื่อมได้มากคือ ข้อเข่า ข้อสะโพกและข้อกระดูกสันหลัง

(7) ระบบการไหลเวียนเลือด ขนาดของหัวใจอาจโตขึ้น ผนังหัวใจห้องล่างซ้ายหนาขึ้น ลิ้นหัวใจแข็งและหนาขึ้น แคลเซียมเกาะมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะลิ้นหัวใจรั่วและตีบได้ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง กำลังการหดตัวและอัตราการเต้นของหัวใจลดลง ปริมาณเลือดออกจากหัวใจในเวลา 1 นาทีลดลงประมาณ 1% ต่อปี กำลังสำรองของหัวใจลดลงจึงเกิดภาวะหัวใจวายได้ง่าย กล้ามเนื้อหัวใจมีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้น ทำให้ระบบการสื่อนำคลื่นไฟฟ้าของหัวใจไม่ดี เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือเกิดการปิดกั้นคลื่นไฟฟ้าของหัวใจอย่างสมบูรณ์ได้

(8) หลอดเลือดเกิดภาวะเสื่อม ผนังหลอดเลือดสูญเสียความยืดหยุ่น มีแคลเซียมและไขมันเกาะมากขึ้น เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัวและความดันโลหิตสูงขึ้น หลอดเลือดฝอยไม่สมบูรณ์ เปราะและเกิดรอยฟกช้ำได้ง่าย ปริมาณเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ลดลง เป็นผลให้เกิดการตายและการเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ได้ จำนวนเม็ดเลือดแดงลดลง ทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานลดลง ทำให้เกิดอาการได้ง่ายและอาจเกิดโรคแพ้ตนเองมากขึ้น

(9) ระบบทางเดินหายใจ ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจลดลง ผนังทรวงอกแข็งขึ้น ขยายตัวได้น้อยลง เยื่อหุ้มปอดแห้ง การขยายและการหดตัวของปอดลดลง ทำให้เกิดอาการหายใจลำบากได้ง่าย จำนวนถุงลมลดลงแต่ขนาดใหญ่ขึ้น ผนังถุงลมแตกง่าย จึงเกิดโรคถุงลมโป่งพองได้ การไหลเวียนเลือดในหลอดเลือดฝอยที่ถุงลมไม่ดี ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซภายในปอดลดลง ร่างกายได้รับออกซิเจนลดลง สำหรับทางเดินหายใจการทำงานของเซลล์ขนตลอดทางเดินหายใจลดลง การทำงานของฝาปิดกล่องเสียงมีความไวลดลง รีเฟล็กซ์การขย้อนและรีเฟล็กซ์การไอลดลง ทำให้การกำจัดสิ่งแปลกปลอมไม่ดี จึงเกิดการสำลักและติดเชื้อในทางเดินหายใจได้ง่าย

(10) ระบบทางเดินอาหาร ฟันของผู้สูงอายุมักไม่ค่อยดี เคลือบฟันจะมีสีคล้ำขึ้นและบางลงแตกง่าย เหงือกที่หุ้มคอฟันร่นลงไป เซลล์สร้างฟันลดลง ฟันผุง่ายขึ้น ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจึงไม่ค่อยมีฟัน ต้องใส่ฟันปลอม ทำให้เคี้ยวอาหารไม่สะดวก ต้องรับประทานอาหารอ่อนและย่อยง่าย ทำให้เกิดภาวะขาดอาหาร ต่อมน้ำลายทำงานน้อยลง การผลิตน้ำลายและเอนไซม์ลดลง การกระหายน้ำลดลง ทำให้ลิ้นและปากแห้ง เกิดการติดเชื้อทางปากได้

(11) การเคลื่อนไหวของหลอดอาหารลดลงและหลอดอาหารกว้างขึ้น ทำให้ระยะเวลาที่อาหารผ่านหลอดอาหารช้าลง กล้ามเนื้อหูรูดบริเวณปลายหลอดอาหารหย่อนตัวและทำงานลดลง ทำให้อาหารและน้ำย่อยไหลย้อนกลับจากกระเพาะเข้าสู่หลอดลมได้ จึงทำให้เกิดอาการแสบร้อนบริเวณหน้าอกและเกิดอาการสำลักได้ การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารลดลง อาหารอยู่

ในกระเพาะอาหารนานขึ้น จึงทำให้รู้สึกหิวน้อยลง การผลิตน้ำย่อยและเอนไซม์ในกระเพาะอาหารลดลง ลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่เคลื่อนไหวน้อยลง เกิดอาการท้องผูกได้ง่าย

(12) การไหลเวียนเลือดตลอดทางเดินอาหารลดลง เยื่อบุทางเดินอาหารเสื่อม ทำให้การดูดซึมอาหารลดลง เกิดภาวะขาดสารอาหารได้ กล้ามเนื้อหูรูดที่ทวารหนักหย่อนตัวทำให้เกิดภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้ขนาดของตับเล็กลง ประสิทธิภาพในการทำงานของตับลดลง ปริมาณน้ำดีรวมลดลง แต่ระดับคลอเลสเตอรอลและความหนืดของน้ำดีมากขึ้น จึงเกิดนิ่วในถุงน้ำดีได้ น้ำหนักและขนาดของตับอ่อนลดลง การผลิตเอนไซม์ลดลง ทั้งปริมาณและคุณภาพ แต่ยังมีเพียงพอแก่ความต้องการ

(13) ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ น้ำหนักและขนาดของไตลดลง การไหลเวียนเลือดในไตลดลง อัตราการกรองของไตลดลง ขนาดของกระเพาะปัสสาวะลดลง กล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลังลง ดังนั้นหลังถ่ายปัสสาวะจึงมีปริมาณปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะเพิ่มขึ้น ทำให้ต้องถ่ายปัสสาวะบ่อยขึ้นในผู้ชายต่อมลูกหมากโตเป็นผลให้ถ่ายปัสสาวะลำบากได้ ลูกอัณฑะเหี่ยวและมีขนาดเล็กลง ผลิตเชื้ออสุจิได้น้อยลง ขนาดและรูปร่างของเชื้ออสุจิเปลี่ยนแปลงความสามารถในการผสมกับไข่ลดลง ความหนืดของน้ำเชื้อลดลง ในผู้หญิงรังไข่จะฝ่อเล็กลง ช่องคลอดแคบและสั้นลง รอยย่นและความยืดหยุ่นลดลง สารหล่อลื่นภายในช่องคลอดลดลงทำให้เกิดอาการอักเสบและติดเชื้อได้ง่าย กล้ามเนื้อภายในอุ้งเชิงกรานหย่อน ทำให้เกิดภาวะกระบังลมหย่อนและกลั้นปัสสาวะไม่ได้

2.2.3.2 การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสังคม เพื่อเมื่อความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ มีผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุและจะเป็นอุปสรรคต่อการติดต่อกับบุคคลอื่น รวมทั้งการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมต่าง ๆ การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมของผู้สูงอายุ เป็นผลมาจากการสูญเสียในด้านต่างๆ เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักในครอบครัว การถูกทอดทิ้ง การสูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า ไร้ประโยชน์ เสียความภาคภูมิใจในตนเอง สูญเสียความนับถือที่ตนเองเคยได้รับ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความโดดเดี่ยว รู้สึกเงียบเหงา เบื่อหน่าย และเกิดความเศร้าตามมาได้ในที่สุด

2.2.3.3 การเปลี่ยนแปลงทางสังคม มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาทางกาย และจิตใจของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมไทยที่มีแนวโน้มไปทางตะวันตกมากขึ้น ย่อมเกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ได้แก่

(1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านสถานภาพและบทบาททางสังคม เช่น ผู้ที่เคยทำงานเมื่ออายุครบ 60 ปี ต้องออกจากงาน การสูญเสียบทบาทในการเป็นผู้นำครอบครัวจากบทบาทหน้าที่

เคยเป็นผู้หาเลี้ยงดูครอบครัว กลายเป็นสมาชิกคนหนึ่งในครอบครัวเป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียอำนาจและบทบาททางสังคมที่เคยมี

(2) การถูกทอดทิ้ง สภาพปัจจุบันในสังคมชนบท คนหนุ่มสาวมักมีการย้ายถิ่นเพื่อมาหางานทำ ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งอยู่ในถิ่นเดิม

(3) ส่วนในสังคมเมืองผู้สูงอายุอยู่กันตามลำพัง เนื่องจากลูกหลานต้องไปทำงานนอกบ้านเป็นส่วนใหญ่ ไม่มีเวลาเอาใจใส่

(4) การเสียการได้รับความเคารพ คนส่วนใหญ่มักมองว่าผู้สูงอายุมีสมรรถภาพความสามารถน้อยลง และคิดว่าผู้สูงอายุไม่ทันต่อเหตุการณ์ ทำให้ผู้สูงอายุจากการที่เคยได้รับความเคารพนับถือในฐานะที่มีประสบการณ์เป็นการเสียการได้รับความเคารพแทน

(5) การสูญเสียครอบครัว การเสียชีวิตของคู่สมรส ญาติ คนใกล้ชิดหรือเพื่อน การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มีผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงที่ง่าย กลัวถูกทอดทิ้ง ขาดความมั่นใจในตัวเอง สูญเสียความคุ้นเคย ไม่สามารถปรับตัวได้เพราะมีปมด้อย บางรายมีนิสัยเปลี่ยนไป เฉื่อยชาต่อเหตุการณ์ ไม่เข้าสังคม เก็บตัวอยู่ในบ้าน ไม่นึกสนุกสนาน วิตกกังวล คิดระแวงสงสัย คิดว่าตนเองไม่มีประโยชน์ เป็นภาระต่อผู้อื่น ซึมเศร้า หงุดหงิด โกรธง่าย ใจน้อย (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2553)

สรุปได้ว่า การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุเป็นการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม ด้านร่างกายมีความเสื่อมถอยลงไปในทุกระบบตามอายุ สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและการยึดมั่นในการคิดของตนเอง ขี้น้อยใจ หงุดหงิดง่าย การถูกทอดทิ้ง การเสียการได้รับความเคารพ การสูญเสียครอบครัว การเปลี่ยนแปลงทางด้านสถานภาพและบทบาททางสังคม คือ การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุ ใช้ในการศึกษาการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

2.2.4 การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ (Barthel Activities of Daily Living: ADL) (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551)

ในการประชุมสมัชชาโลกกำหนดให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปและเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก และได้ประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) โดยเป็นการวัดความสามารถในการทำชีวิตประจำวัน (Activity Daily Living: ADL) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญที่บอกให้ทราบถึงภาวการณ์พึ่งพิงหรือสุขภาพของการทำงานของร่างกาย (Functional Health) ของประชากร บ่งบอกถึงความต้องการการดูแลและการจัดบริการช่วยเหลือดูแลที่สังคมควรจัดให้มีขึ้น

แบบประเมิน ADL การจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL)

ผลการประเมิน ตามเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) โดยเป็นการวัดความสามารถในการทำชีวิตประจำวัน (Activity Daily Living: ADL) มีแนวทางในการแปลผลดังนี้

ตาราง 1 เกณฑ์การให้คะแนนการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL)

คะแนนรวม ADL (เต็ม 20 คะแนน)	การแปลผล
0 – 4 คะแนน	ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์: very low initial score, total dependence
5 - 8 คะแนน	ภาวะพึ่งพารุนแรง: low initial score, severe dependence
9 - 11 คะแนน	ภาวะพึ่งพาปานกลาง: intermediate initial score, moderately severs dependence
12 - 20 คะแนน	ไม่เป็นการพึ่งพา: intermediate high, mildly severs dependence, consideration of discharging home

การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่ายและผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (ติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 – 4 คะแนน

จากการศึกษาการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพ โดยเน้นถึงความต้องการของผู้สูงอายุ ด้านต่าง ๆ โดยผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการหรือทุพพลภาพ มีความต้องการการดูแลจากครอบครัวและระบบ

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้างหรือกลุ่มติดบ้าน มีความต้องการที่ลดการพึ่งพาผู้อื่นให้น้อยลง หากครอบครัวและสังคมส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในครอบครัวและสังคมแล้วจะเป็นการช่วยผู้สูงอายุให้รู้จักพึ่งพาตนเอง ไม่เป็นภาระแก่สังคมในบั้นปลายชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ หรือติดสังคมมีความต้องการมีส่วนร่วมในชุมชน โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในกิจกรรมบางประเภทในสังคม ในการพัฒนาศักยภาพของตน จึงควรให้โอกาสแก่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้มีส่วนร่วมในการปรับปรุงชีวิตของตนเองให้ดีขึ้น ให้มีโอกาสได้เรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ในการพัฒนาตนเอง ในการปรับตัวให้ทันสมัยกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในการปรับปรุงวัฒนธรรมในการรักษาสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจให้แข็งแรงอยู่เสมอ

2.3 ภาวะสุขภาพและระบบการดูแลผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นวัยซึ่งมีความแตกต่างจากวัยอื่นเป็นวัยบั้นปลายของชีวิตดังนั้นปัญหาของผู้สูงอายุในทุกด้านโดยเฉพาะด้านสังคม และสาธารณสุขจึงแตกต่างจากคนในวัยอื่นปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในประเทศไทยและทั่วโลกซึ่งรัฐบาลไทยและทั่วโลกได้ตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องนี้จึงมีความพยายามและมีการรณรงค์อย่างต่อเนื่องให้ทุกคนตระหนักเข้าใจและพร้อมดูแลผู้สูงอายุให้ทัดเทียมเช่นเดียวกับการดูแลประชากรในกลุ่มอายุอื่น

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มบุคคลที่กำลังทวีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ อย่างต่อเนื่องในทุก ๆ ประเทศทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทยทั้งนี้จากการสาธารณสุขและการแพทย์ที่เจริญขึ้นช่วยให้คนมีอายุยืนขึ้น นอกจากนั้นจากการคุมกำเนิดและสถานภาพทางเศรษฐกิจส่งผลให้การมีบุตรลดลงอย่างต่อเนื่องซึ่งผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพามีปัญหาจากการเสื่อมถอยของร่างกายซึ่งเป็นไปตามธรรมชาติตามวัยที่เพิ่มมากขึ้นรวมทั้งการมีโรคเรื้อรังต่าง ๆ ซึ่งมักเกิดในช่วงสูงวัยเช่นเบาหวานความดันโลหิตสูงจากการขาดการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกายจากปัญหาสุขภาพการมีรายได้ลดลงหรือไม่มีรายได้และมีปัญหาสุขภาพจิตเพราะเป็นวัยแห่งการพลัดพรากสูญเสียดังนั้นจึงเป็นวัยที่ต้องมีการดูแลเฉพาะแตกต่างจากวัยอื่น ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้พอสมควรกับวัยมีสุขภาพแข็งแรงทั้งด้านร่างกายและจิตใจเพื่อลดปัญหาของผู้สูงอายุเองของครอบครัวและของสังคมผู้สูงอายุหรือบางคนเรียกว่าผู้สูงวัยเป็นคำที่บ่งบอกถึงตัวเลขของอายุว่ามีอายุมากโดยนิยมนับตามอายุตั้งแต่แรกเกิด (Chronological Age) หรือทั่วไปเรียกว่าคนแก่หรือคนชราโดยพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ให้ความหมายของคำว่าคนแก่คือมีอายุมากหรืออยู่ในวัยชราและให้ความหมายของคำว่าชราคือแก่ด้วยอายุชำรุดทรุดโทรมนอกจากนั้นยังมีการเรียกผู้สูงอายุว่าราษฎรอาวุโส (Senior citizen) ส่วนองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) และองค์การสหประชาชาติ (United Nations, UN) ใช้คำในภาษาอังกฤษของผู้สูงอายุว่า Older Person Elderly

Person ผู้สูงอายุหรืออาจเรียกว่าคนแก่คนชราผู้สูงวัยหรือราษฎรอาวุโส (Older Person หรือ Elderly Person หรือ Senior Citizen) จากผลการประชุมของคณะผู้อาวุโสโดย พล.ต.ต. หลวงอรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทรเป็นประธานได้กำหนดคำให้เรียกว่าผู้สูงอายุแทนตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2512 เป็นต้นมาซึ่งคำนี้ให้ความหมายที่ยกย่องให้เกียรติแก่ผู้ที่ชราภาพว่าเป็นผู้ที่สูงทั้งวัยวุฒิคุณวุฒิและประสบการณ์

องค์การสหประชาชาติได้ให้นิยามว่า“ผู้สูงอายุ”คือประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิงซึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป โดยเป็นการนิยามนับตั้งแต่อายุเกิดส่วนองค์การอนามัยโลกยังไม่มีการให้นิยามผู้สูงอายุโดยมีเหตุผลว่าประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกมีการนิยามผู้สูงอายุต่างกันทั้งนิยามตามอายุเกิดตามสังคม (Social) วัฒนธรรม (Culture) และสภาพร่างกาย (Functional Markers) เช่นในประเทศที่เจริญแล้วมักจัดผู้สูงอายุนับจากอายุ 65 ปีขึ้นไปหรือบางประเทศอาจนิยามผู้สูงอายุตามอายุกำหนดให้เกษียณงาน (อายุ 50 หรือ 60 หรือ 65 ปี) หรือนิยามตามสภาพของร่างกายโดยผู้หญิงสูงอายุอยู่ในช่วง 45-55 ปีส่วนชายสูงอายุอยู่ในช่วง 55-75 ปี

สุรกุล เจนอบรม (2541) ได้กำหนดการเป็นบุคคลสูงอายุว่าบุคคลผู้จะเข้าข่ายเป็นผู้สูงอายุมีเกณฑ์ในการพิจารณาแตกต่างกันโดยกำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุไว้ 4 ลักษณะดังนี้

1. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากอายุจริงที่ปรากฏ (Chronological Aging) จากจำนวนปีหรืออายุที่ปรากฏจริงตามปีปฏิทินโดยไม่นำเอาปัจจัยอื่นมาร่วมพิจารณาด้วย

2. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Physiological Aging หรือ Biological Aging) กระบวนการเปลี่ยนแปลงนี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุขัยในแต่ละปี

3. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ (Psychological Aging) จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจสติปัญญาการรับรู้และเรียนรู้ที่ถดถอยลง

4. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากบทบาททางสังคม (Sociological Aging) จากบทบาทหน้าที่ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปการมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคลตลอดจนความรับผิดชอบในการทำงานลดลง

จากความหมายผู้สูงอายุที่นักวิชาการหลายท่านได้กล่าวถึงสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจไปในทางที่เสื่อมลงมีบทบาททางสังคมและกิจกรรมในการประกอบอาชีพลดลง

ในประเทศไทยเพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุและปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นเมื่อ 14 ธันวาคม พ.ศ. 2525 ในสมัยพลเอกเปรมติณสูลานนท์เป็นนายกรัฐมนตรีได้อนุมัติกำหนดให้วันที่13 เมษายนของทุกปีเป็นวันผู้สูงอายุแห่งชาติทั้งนี้เพราะความสำคัญของวันสงกรานต์สื่อ

ความหมายตรงกับความสำคัญของผู้สูงอายุโดยเริ่มครั้งแรกในปี พ.ศ. 2526 และมีดอกลำดวน (Lamd man, White Cheese wood, Devil Tree มีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า Melodorum Fruticosum Lour และมีชื่อวงศ์ว่า Annonaceae) เป็นดอกไม้สัญลักษณ์ของผู้สูงอายุเนื่องจากลำดวนเป็นไม้ยืนต้นที่มีอายุยืนให้ความร่มเย็นให้ร่มเงาดีมีใบเขียวตลอดปีดอกมีกลิ่นหอมกลีบดอกแข็งไม่ร่วงง่ายและยังใช้เป็นสมุนไพรไทยมีสรรพคุณบำรุงหัวใจซึ่งทั้งหมดเปรียบเหมือนกับผู้สูงอายุที่คงคุณธรรมความดีงามไว้เป็นตัวอย่างต่อบุตรหลานตลอดไป สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583

เพื่อสิทธิการคุ้มครองและสวัสดิการรัฐจึงได้ออกกฎหมายพระราชบัญญัติผู้สูงอายุประกาศในราชกิจจานุเบกษาเล่มที่ 120 ตอนที่ 130 วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2546 และมีผลบังคับใช้เมื่อ 1 มกราคม 2547 พระราชบัญญัตินี้มีทั้งหมด 24 มาตราโดยสรุปคือคุ้มครองส่งเสริมและสนับสนุนผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและมีสัญชาติไทยในด้านต่าง ๆ ที่สำคัญคือการแพทย์และการสาธารณสุขการศาสนาข้อมูลข่าวสารการประกอบอาชีพการพัฒนาตนเองการศึกษาการอำนวยความสะดวกความปลอดภัยการช่วยเหลือการยกเว้นการลดหย่อนค่าธรรมเนียมและภาษีอากรเบี้ยเลี้ยงชีพที่อยู่อาศัยการสงเคราะห์การจัดงานศพตามประเพณีและอื่น ๆ ตามประกาศของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.) ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานและมีผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมและพิทักษ์เด็กเยาวชนผู้ด้อยโอกาสคนพิการและผู้สูงอายุกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นกรรมการและเลขานุการ

การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ

ชูศักดิ์ เวชแพทย์ (2538) ได้เสนอข้อมูลขององค์การอนามัยโลกโดยอัลเฟรดเจคาห์น (Professor Dr. AlfredJ. Kahn) แห่งมหาวิทยาลัยโคลัมเบียมีการแบ่งเกณฑ์อายุตามสภาพของการมีอายุเพิ่มขึ้นในลักษณะของการแบ่งช่วงอายุที่เหมือนกันคือ

1. ผู้สูงอายุ (Elderly) มีอายุระหว่าง 60-74ปี
2. คนชรา (Old) มีอายุระหว่าง 75-90ปี
3. คนชรามาก (Very Old) มีอายุ 90 ปีขึ้นไป

การเปลี่ยนแปลงวัยผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงวัยในผู้สูงอายุได้มีผู้ศึกษาและอธิบายถึงสภาพของการเปลี่ยนแปลงวัยผู้สูงอายุที่มีผลจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจิตใจอารมณ์และสังคมซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเสื่อมโทรมของร่างกายทั้งนี้ (วันเพ็ญ วงศ์จันทรา, 2539) ได้เสนอสภาพปัญหาของผู้สูงอายุที่มีผลจากการเปลี่ยนแปลง 3 ประการใหญ่ได้แก่

1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจำแนกออกตามระบบของร่างกายได้ดังนี้

1.1 ระบบผิวหนังผิวหนังบางลงเพราะเซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลงเซลล์ที่เหลือเจริญช้าลงอัตราการสร้างเซลล์ใหม่

1.2 ระบบประสาทและระบบสัมผัสเซลล์สมองและเซลล์ประสาทมีจำนวนลดลงระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจำนวนและขนาดเส้นใยของเซลล์กล้ามเนื้อลดลงมีเนื้อเยื่อพังพืดเข้ามาแทนที่มากขึ้น

1.3 ระบบการไหลเวียนโลหิตหลอดลมปอดมีขนาดใหญ่ขึ้นความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง

1.4 ระบบทางเดินอาหารฟันของผู้สูงอายุไม่แข็งแรงเคลือบฟันเริ่มบางลงเซลล์สร้างฟันลดลงฟันผุง่ายขึ้นผู้สูงอายุไม่ค่อยมีฟันเหลือต้องใส่ฟันปลอมทำให้การเคี้ยวอาหารไม่สะดวกต้องรับประทานอาหารอ่อนและย่อยง่าย

1.5 ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ผู้สูงอายุมีขนาดของไตลดลงการไหลเวียนโลหิตในไตลดลงในเพศชายต่อมลูกหมากโตขึ้นทำให้ปัสสาวะลำบากต้องถ่ายบ่อยลูกอัณฑะเหี่ยวเล็กลงและผลิตเชื้ออสุจิได้น้อยลงส่วนในเพศหญิงรังไข่จะฝ่อเล็กลงปีกมดลูกเหี่ยวมดลูกมีขนาดเล็กลง

1.6 ระบบต่อมไร้ท่อต่อมใต้สมองจะมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างและทำงานลดลงผู้สูงอายุจะเกิดอาการอ่อนเพลียเบื่ออาหารและน้ำหนักลดลง

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์จะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเนื่องจากความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดการแยกไปของสมาชิกในครอบครัวและการหยุดจากงานที่ทำอยู่เป็นประจำเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ

3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคมการเปลี่ยนแปลงทางสังคมนั้นเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องประสบภาระหน้าที่และบทบาทของผู้สูงอายุจะลดลงมีข้อจำกัดทางร่างกายทำให้ความคล่องตัวในการคิดการกระทำการสื่อสารสัมพันธภาพทางสังคมมีขอบเขตจำกัดความห่างเหินจากสังคมมีมากขึ้นความมีเหตุผลและการคิดเป็นไปในทางลบเพราะสังคมมักจะประเมินว่าความสามารถในการปฏิบัติลดลงถึงแม้ว่าจะมีผู้สูงอายุบางคนแสดงให้เห็นว่าความมีอายุมิได้เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินบทบาทและหน้าที่ทางสังคมก็ตามโรคที่มักพบได้บ่อยในผู้สูงอายุมีทั้งโรคที่เกิดขึ้นทางร่างกายและจากปัญหาทางจิตใจปัญหาด้านสุขภาพเกิดเนื่องจากเป็นวัยชราเซลล์เนื้อเยื่ออวัยวะต่าง ๆ เสื่อมลงตามธรรมชาติทำให้เกิดโรคการเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ เกิดภาวะสมรรถภาพถดถอยไร้แรงงานหรือไร้สมรรถภาพ (Disability) เช่นโรคกระดูกเสื่อมโรคข้อเสื่อมหรือความจำสติปัญญาเสื่อมถอยสับสนง่ายเกิดการทรงตัวไม่ดีเชื่องช้าล้มได้ง่ายกระดูกหักง่ายเกิดโรคขาดอาหารได้ง่ายจากการเสื่อมสภาพของเหงือกและฟันรวมทั้งภูมิต้านทานคุ้มกันโรคลดลงมีการติดเชื้อได้ง่ายและมักเป็นการติดเชื้อรุนแรงมีโอกาสเกิด

โรคมะเร็งสูงกว่าวัยอื่นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลอื่นรวมทั้งในด้านการรักษาพยาบาลมีภาระด้านค่ารักษาพยาบาลสูงกว่าในวัยอื่นเป็นปัญหาสาธารณสุขในระดับชาติ (มรกต สิงห์คะเชนทร์, 2546) ความต้องการของผู้สูงอายุบุคคลเมื่อก้าวสู่วัยสูงอายุซึ่งเป็นวัยท้ายของชีวิตเป็นช่วงที่ควรได้รับการช่วยเหลือประคับประคองจากสังคมในสังคมไทยมีวัฒนธรรมในการดูแลพ่อ-แม่ญาติผู้สูงอายุแต่ปัจจุบันต้องยอมรับว่าสภาพเศรษฐกิจและสังคมเปลี่ยนไปย่อมมีผลกระทบต่อวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของคนไทยซึ่งย่อมมีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้อย่างไรก็ตามสังคมควรตะหนักถึงภาระความรับผิดชอบต่อกลุ่มผู้สูงอายุเพราะเป็นวัยที่สภาพร่างกายจิตใจและสถานภาพทางสังคมเปลี่ยนแปลงเสื่อมถอยลงตามธรรมชาติความต้องการของผู้สูงอายุแบ่งได้ดังนี้

1. ต้องการมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์
2. ต้องการมีผู้ช่วยเหลือดูแลอย่างใกล้ชิด
3. ต้องการที่อยู่อาศัยที่สะอาดอากาศดีสิ่งแวดล้อมดี
4. ต้องการอาหารการกินที่ถูกสุขลักษณะตามวัย
5. ต้องการมีผู้ดูแลช่วยเหลือให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดเมื่อยามเจ็บป่วย
6. ต้องการได้รับการตรวจสุขภาพและการรักษาพยาบาลที่สะดวกรวดเร็วทันท่วงที
7. ต้องการได้รับบริการรักษาพยาบาลแบบให้เปล่าจากรัฐ
8. ความต้องการได้พักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ
9. ความต้องการบำรุงรักษาร่างกายและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
10. ความต้องการสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อป้องกันอุบัติเหตุความต้องการทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสังคมจะทำให้จิตใจของผู้สูงอายุเปลี่ยนไปด้วยผู้สูงอายุจะปรับจิตใจและอารมณ์ไปตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและสิ่งแวดล้อม

จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีการปรับปรุงและพัฒนาจิตใจของตัวเองให้เป็นไปในทางที่ดีงามมากขึ้นสามารถควบคุมจิตใจได้ดีกว่าหนุ่มสาวดังนั้นเมื่อคนเราอายุมากขึ้นความสุขุมเยือกเย็นจะมีมากขึ้นด้วยแต่การแสดงออกจะขึ้นอยู่กับลักษณะของแต่ละบุคคลการศึกษาประสบการณ์และสิ่งแวดล้อมในชีวิตของคนคนนั้นความเครียดที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุมีผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุมากลักษณะการเปลี่ยนแปลงของจิตใจที่พบคือการรับรู้ผู้สูงอายุจะยึดติดกับความคิดและเหตุผลของตัวเองการรับรู้สิ่งใหม่ ๆ จึงเป็นไปได้ยากความจำก็เสื่อมลงการแสดงออกทางอารมณ์การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้สูงอายุเกี่ยวเนื่องกับการสนองความต้องการของจิตใจต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคมผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกต่อตนเองในแง่ต่าง ๆ ส่วนใหญ่เป็นความท้อแท้น้อยใจโดยรู้สึกว่าสังคมไม่ให้ความสำคัญกับตนเองเหมือนที่เคยเป็นมาก่อนทำให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์ไม่มั่นคงการกระทบกระเทือนใจเพียงเล็กน้อยจะทำให้ผู้สูงอายุเสียใจหงุดหงิดหรือโกรธง่ายต้องการการ

ยอมรับและเคารพยกย่องนับถือและการแสดงออกถึงความมีคุณค่าของผู้สูงอายุโดยสมาชิกในครอบครัวสังคมของผู้สูงอายุความสนใจสิ่งแวดล้อมผู้สูงอายุจะสนใจสิ่งแวดล้อมเฉพาะที่ทำให้เกิดความพึงพอใจและตรงกับความสนใจของตนเองเท่านั้นการสร้างวิถีดำเนินชีวิตของตนเองการมีอายุมากขึ้นคือการเข้าใกล้กาลเวลาแห่งการสิ้นสุดของชีวิตการยอมรับสภาพดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุบางคนมุ่งสร้างความดีงามให้แก่ตนเองเพิ่มมากขึ้นความต้องการทางด้านสังคม-เศรษฐกิจของผู้สูงอายุต้องการได้รับความสนใจจากผู้อื่นต้องการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวสังคมและหมู่คณะต้องการช่วยเหลือสังคมและมีบทบาทในสังคมตามความถนัดต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคมทั้งทางด้านความเป็นอยู่รายได้บริการจากรัฐต้องการมีชีวิตร่วมในชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนและสังคมต้องการลดการพึ่งพาคนอื่นให้น้อยลงไม่ต้องการความเมตตาสงสาร (ที่แสดงออกโดยตรง) ต้องการการประกันรายได้และประกันความชราภาพการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านกายจิตและสังคมการดูแลผู้สูงอายุ (Elderly Care) การดูแลผู้สูงอายุ (Elderly Care หรือ Elder Care) ประกอบด้วยการดูแลในด้านสำคัญคือ 1) ด้านอาหาร 2) ด้านการเคลื่อนไหวร่างกายและการออกกำลังกาย 3) ด้านการขับถ่าย 4) ด้านการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน 5) ด้านการติดเชื้อและโรคประจำตัว 6) ด้านสุขภาพจิต 7) ด้านสิ่งแวดล้อม สิรินทรฉันศิริกาญจนแพทย์ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้แยกการดูแลผู้สูงอายุด้านต่าง ๆ เพื่อให้ง่ายต่อความเข้าใจและต่อการจำเป็น 11 อ. คือ 1) อาหาร 2) ออกกำลังกาย 3) อนามัย 4) อุจจาระปัสสาวะ 5) อากาศ 6) แสงอาทิตย์ 7) อารมณ์ 8) อดิเรก 9) อนาคต 10) อบอุ่น 11) อุบัติเหตุการดูแลผู้สูงอายุด้านอาหาร

ผู้สูงอายุมีความต้องการอาหารมีประโยชน์ 5 หมู่กล่าวคือโปรตีนคาร์โบไฮเดรตไขมันวิตามินและเกลือแร่เช่นเดียวกับในคนทุกอายุแต่เนื่องจากผู้สูงอายุจะเคลื่อนไหวได้น้อยกว่าออกกำลังกายได้น้อยกว่ามีโรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่ต้องจำกัดทั้งประเภทและปริมาณอาหารสูงกว่าและร่างกายต้องการอาหารเพื่อการเจริญเติบโตน้อยกว่าวัยอื่น ๆ ผู้สูงอายุจึงอ้วนได้ง่ายกว่าดังนั้นผู้สูงอายุ จึงจำเป็นต้องจำกัดอาหารหลักที่ให้พลังงานมากกว่าคนอายุอื่นนั่นคือการจำกัดอาหารคาร์โบไฮเดรตและอาหารไขมันแต่บริโภคโปรตีนในปริมาณเท่ากับในผู้ใหญ่ทั่วไปและควรต้องเพิ่มปริมาณผักผลไม้ให้มากขึ้นผู้สูงอายุมักมีปัญหาด้านการย่อยอาหารเพราะมีการเสื่อมถอยของเซลล์ทุก ๆ เซลล์มีปัญหาของฟันและเหงือกส่งผลต่อการเคี้ยวอาหารน้ำลายลดลงส่งผลทั้งต่อการเคี้ยวและการย่อยประสิทธิภาพของน้ำย่อยปริมาณน้ำย่อยและการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและลำไส้ถดถอยเกิดอาการท้องอืดท้องเฟ้ออาหารไม่ย่อยและท้องผูกได้ง่าย ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงควรต้องบริโภคอาหารอ่อนย่อยง่ายอาหารรสไม่จัดหลีกเลี่ยงผลไม้ดิบหรือผักสดชนิดย่อยยากและหลีกเลี่ยงอาหารประเภททอดน้ำมันโปรตีนควรต้องเป็นชนิดย่อยง่ายเช่นกัน เช่น จากปลาและไข่ถ้าจะบริโภคเนื้อควรต้องปรุงให้เปื่อยยุ่ยเป็นต้นในส่วนของไข่แพทย์ทุกคนเห็นตรงกันว่ากินไข่ขาวได้สูงถึงวันละ 3 ฟองถ้ากินโปรตีนชนิดอื่นไม่ได้คาร์โบไฮเดรต ควรเป็นแป้งจากธัญพืชเต็มเมล็ดหรือขัดสีน้อยเพื่อเพิ่มวิตามินเกลือแร่และใย

อาหารเลือกที่มีน้ำตาลน้อยที่สุดจำกัดอาหารมีน้ำตาลให้เหลือน้อยที่สุดจำกัดไขมันทุกประเภทให้เหลือน้อยที่สุดเพราะเป็นอาหารที่มีประโยชน์น้อยที่สุดสำหรับผู้สูงอายุส่วนใหญ่ให้โทษมากกว่าโดยเฉพาะโรคของหลอดเลือดเพิ่มผักผลไม้ให้มาก ๆ อย่างน้อยวันละ 5 มื้อเพื่อได้วิตามินเกลือแร่และใยอาหารช่วยลดการท้องผูกและไม่ทำให้อ้วนเนื่องจากเป็นอาหารกลุ่มไม่มีพลังงานยกเว้นผลไม้ที่มีรสหวานทุกชนิดควรจำกัดเช่นเดียวกับการจำกัดอาหารกลุ่มคาร์โบไฮเดรตดื่มน้ำให้ได้มาก ๆ จะช่วยให้ร่างกายสดชื่นลดอาการท้องผูกลดโอกาสเกิดกระเพาะปัสสาวะอักเสบลดอาการปากคอแห้งและช่วยละลายเสมหะดื่มอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้วเมื่อไม่มีโรคต้องจำกัดน้ำดื่มเช่นโรคหัวใจล้มเหลววิตามินเกลือแร่เสริมอาหารทุกชนิดควรปรึกษาแพทย์ก่อนซื้อบริโภคเองเสมอเพราะตับและไตผู้สูงอายุจะทำงานได้น้อยลงโอกาสเกิดโทษจากผลข้างเคียงของวิตามินเกลือแร่เสริมอาหารจึงสูงขึ้นจากการเพิ่มปริมาณสะสมในร่างกายควรต้องเลิกบุหรี่เพราะมีสารพิษต่าง ๆ มากมายก่อให้เกิดโรคของหลอดเลือดโรคหัวใจโรคของทางเดินหายใจโรคนอนหลับแล้วหยุดหายใจโรคกรดไหลย้อนและเป็นสารก่อมะเร็งสำคัญเช่นโรคมะเร็งปอดโรคมะเร็งในอวัยวะส่วนศีรษะและลำคอและโรคมะเร็งเต้านมควรต้องจำกัดการดื่มแอลกอฮอล์เพราะจะมีผลต่อตับเพิ่มขึ้นจากการที่ตับทำงานได้น้อยลงตามอายุและยังเป็นสาเหตุของโรคนอนหลับแล้วหยุดหายใจและโรคกรดไหลย้อนควรต้องจำกัดเครื่องดื่มมีกาเฟอีนให้เหลือน้อยที่สุดเช่นชากาแฟโคล่าเพราะมักทำให้นอนไม่หลับกระสับกระส่ายใจสั่นและเพิ่มการขับน้ำออกทางปัสสาวะจึงอาจส่งผลให้เกิดอาการวิงเวียนและ/หรือภาวะความดันโลหิตต่ำโดยเฉพาะเมื่อลุกขึ้นยืนได้อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุควรได้อาหารหลากหลายชนิดไม่ควรกินซ้ำ ๆ ชนิดเดียวกันต่อเนื่องเพราะจะเกิดการสะสมสารไม่พึงประสงค์หรือภาวะขาดอาหารได้ง่าย

ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุในด้านอาหารคือ ต้องให้ผู้สูงอายุได้อาหารมีประโยชน์ห้าหมู่ครบถ้วนในปริมาณที่เหมาะสมกับการใช้พลังงานของผู้สูงอายุเพื่อไม่ให้เกิดโรคน้ำหนักเกินและโรคอ้วนไม่ให้เกิดการขาดอาหารและเพื่อได้สารอาหารน้ำดื่มและใยอาหารอย่างพอเพียง

การดูแลผู้สูงอายุ ด้านการเคลื่อนไหวร่างกายและการออกกำลังกายควรดูแลให้ผู้สูงอายุได้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย (Physical Activity) ทุกส่วนอยู่เสมอเช่นการเดินการบริหารกล้ามเนื้อและข้อที่สำคัญเช่นข้อเข่าข้อไหล่และข้อนิ้วต่าง ๆ เพราะข้อต่าง ๆ จะติดขัดได้ง่ายจากการเสื่อมถอยของเนื้อเยื่อข้อกระดูกและกล้ามเนื้อเช่นการช่วยงานบ้านที่เหมาะสมกับสุขภาพเช่นกวาดบ้านรดน้ำต้นไม้ช่วยดูแลหลานที่โตแล้วแต่การดูแลเด็กอ่อนและเด็กเล็กควรต้องมีผู้ช่วยผู้สูงอายุด้วยควรจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้เคลื่อนไหวเสมอไม่นั่งแช่ดูทีวีหรือนอนอยู่แต่บนเตียงการช่วยกันจัดให้มีการรวมกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อกิจกรรมต่าง ๆ จะเป็นสิ่งที่ช่วยผู้สูงอายุทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต

การออกกำลังกาย (Exercise) หมายถึงการจัดกิจกรรมเคลื่อนไหวที่เพิ่มการใช้พลังงานนอกเหนือจากการเคลื่อนไหวร่างกายในการใช้ชีวิตประจำวันซึ่งควรต้องปรึกษาแพทย์ก่อนเสมอเพื่อแนะนำวิธีการในการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละคน

โดยทั่วไปการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุคือการเดินซึ่งเมื่อไม่มีปัญหาด้านสุขภาพแพทย์มักแนะนำการเดินวันละประมาณ 20-30 นาทีทุก ๆ วันซึ่งในการเดินควรต้องหาสถานที่ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุเพื่อป้องกันอุบัติเหตุโดยเฉพาะการล้มการใส่เครื่องช่วยพยุงต่าง ๆ เช่นพยุงข้อเท้าและพยุงข้อเข่ารวมทั้งต้องเลือกรองเท้าที่เหมาะสมต่อการเดินป้องกันอุบัติเหตุต่อการล้มและต่อข้อต่าง ๆ ซึ่งทางที่ดีควรปรึกษาแพทย์และนักกายภาพบำบัดก่อน

การดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุมักมีปัญหาด้านสุขภาพจิตเสมอสถิติในปี พ.ศ. 2547 ในสหรัฐอเมริกาพบผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตจนนำไปสู่การฆ่าตัวตายสูงถึง 16% ของการฆ่าตัวตายทั้งหมดจากทุกสาเหตุคิดโดยเฉลี่ยคือ 14.3 คนต่อผู้สูงอายุ 100,000 คนซึ่งในกลุ่มคนทั่วไปอัตราการฆ่าตัวตายคือ 11 คนต่อประชากร 100,000 คน ทั้งนี้เกิดจากเหตุผลดังได้กล่าวแล้วว่าเป็นวัยแห่งการสูญเสียและสิ้นพลังจึงมักมีอาการซึมเศร้ากลัวเหงาขาดความรักไม่เป็นที่ต้องการและขาดความมีศักดิ์ศรีดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุจึงต้องให้ความรักความนับถือเหมือนเมื่อครั้งผู้สูงอายุยังอยู่ในวัยทำงานให้ความเข้าใจมีเวลาให้บ้างสั่งสอนอบรมให้ลูกหลานยังคงเคารพนับถือไม่แสดงให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเป็นภาระหมดคุณค่าเป็นที่ไม่ต้องการหาทางช่วยเสริมสร้างศรัทธาในตนเองให้กับผู้สูงอายุเช่นการได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมผู้สูงอายุด้วยกันการได้มีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัวโดยให้เหมาะสมกับสุขภาพผู้สูงอายุการยังเป็นที่เคารพนับถือของคนในครอบครัวที่อาวุโสน้อยกว่าผู้สูงอายุควรมีโอกาสได้เข้าสังคมที่เหมาะสมการที่ต้องอยู่แต่ในบ้านขาดเพื่อนในวัยเดียวกันหรือขาดคนพูดคุยผ่อนคลายความเหงายิ่งเป็นการบั่นทอนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุผู้ดูแลและครอบครัวควรคอยสังเกตอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุเสมอเมื่อมีอาการมากหรือครอบครัวไม่สามารถแก้ปัญหาได้ควรรีบปรึกษาแพทย์

การดูแลผู้สูงอายุด้านสังคมสังคมผู้สูงอายุเป็นแนวโน้มที่เกิดคล้ายคลึงกันทั่วโลกประเทศไทยต้องเร่งเตรียมพร้อมตั้งแต่วันนี้ในการวางแผนและมาตรการรองรับการก้าวสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” ให้เพียงพอและเป็นไปอย่างมีคุณภาพทั้งด้านบริการสาธารณสุขการบริการสาธารณะทั้งทางเดินลิฟท์การขึ้นรถสาธารณะสวนสาธารณะห้องน้ำสาธารณะฯลฯรวมถึงความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินสำหรับผู้สูงอายุสวัสดิการและการสังคมสงเคราะห์สำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ยากจนที่จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นในอนาคต การวางแผนรองรับสังคมสูงอายุ จึงมีความจำเป็นโดยเฉพาะในเรื่องสวัสดิการที่ต้องทำอย่างเพียงพอและทั่วถึงเนื่องจากในอนาคตจะมีผู้สูงอายุจำนวนมากที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรืออยู่คนเดียวนอกจากนี้การจัดการศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิตสำหรับผู้สูงอายุมีความจำเป็นเช่นกันเพราะผู้สูงอายุเป็นบุคลากรที่สั่งสมประสบการณ์ที่อาจเป็นประโยชน์ต่อสังคมอีกทั้งการเรียนรู้ยังช่วยลดความซึมเศร้าและโรคทางสมองอีกด้วย

การดูแลผู้สูงอายุด้านสิ่งแวดล้อมสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยเพิ่มสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเช่นควรจัดบ้านให้สะอาดช่วยให้ผู้สูงอายุได้เห็นแสงแดดหรือห้องพักที่แสงแดด

ส่องถึงเพราะนอกจากช่วยฆ่าเชื้อโรคแล้ว แสงแดดจะมีผลต่อจิตใจให้ความรู้สึกที่สดชื่นและเกิดพลังช่วยลดการซึมเศร้าได้เป็นอย่างดีซึ่งจะช่วยด้านอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้จัดทำทิศทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 โดยกำหนดแนวทางการพัฒนาเพื่อการพัฒนาศักยภาพคนตามช่วงวัยและปฏิรูประบบเพื่อสร้างสังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพซึ่งมีประเด็นที่เกี่ยวข้อง 2 ประเด็นคือการพัฒนาศักยภาพคนในทุกช่วงวัยให้สนับสนุนการเจริญเติบโตของประเทศและการสร้างสภาพแวดล้อมและนวัตกรรมที่เอื้อต่อการดำรงชีพในสังคมสูงวัยนอกจากนี้ยังมีแนวทางการพัฒนาเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสังคมซึ่งมีประเด็นที่เกี่ยวข้องคือการจัดบริการทางสังคมให้ทุกคนตามสิทธิขั้นพื้นฐานและเน้นการสร้างภูมิคุ้มกันระดับปัจเจกโดยทั้ง 3 ประเด็นมีรายละเอียดดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2558)

2.5.1 การพัฒนาศักยภาพคนในทุกช่วงวัยให้สนับสนุนการเจริญเติบโตของประเทศโดยช่วงวัยเด็กตั้งแต่แรกเกิดให้มีพัฒนาการที่สมวัยในทุกด้านวัยเรียนวัยรุ่นให้มีทักษะการเรียนรู้ทักษะชีวิตสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นภายใต้บริบทสังคมที่เป็นพหุวัฒนธรรมวัยแรงงานให้มีการพัฒนายกระดับสมรรถนะฝีมือแรงงานเพื่อสร้างผลิตภาพเพิ่มให้กับประเทศวัยผู้สูงอายุให้มีการทำงานที่เหมาะสมตามศักยภาพและประสบการณ์มีรายได้ในการดำรงชีวิตมีการสร้างเสริมและฟื้นฟูสุขภาพเพื่อป้องกันหรือชะลอความทุพพลภาพและโรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่จะก่อให้เกิดภาระแก่ปัจเจกบุคคลครอบครัวและระบบบริการสุขภาพ

2.5.2 การสร้างสภาพแวดล้อมและนวัตกรรมที่เอื้อต่อการดำรงชีพในสังคมสูงวัยโดยการปรับปรุงสภาพแวดล้อมและความจำเป็นทางกายภาพให้เหมาะกับวัยและการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบที่หลากหลายทั้งในด้านการจัดบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมอย่างบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอย่างต่อเนื่องรวมทั้งพัฒนาชุมชนที่มีศักยภาพและความพร้อมให้เป็นต้นแบบของการดูแลผู้สูงอายุเพื่อขยายผลไปสู่ชุมชนอื่นตลอดจนการพัฒนานวัตกรรมในการใช้ชีวิตประจำวันสำหรับผู้สูงอายุ

2.5.3 การจัดบริการทางสังคมให้ทุกคนตามสิทธิขั้นพื้นฐานและเน้นการสร้างภูมิคุ้มกันระดับปัจเจกโดยพัฒนาระบบบริการสาธารณะให้มีคุณภาพและมีช่องทางการเข้าถึงอย่างหลากหลายโดยเฉพาะระบบบริการสาธารณสุขและการศึกษาขั้นพื้นฐานสวัสดิการสังคมและกระบวนการยุติธรรมสนับสนุนการจัดหาที่อยู่อาศัยของผู้มีรายได้น้อยและการเข้าถึงระบบสาธารณูปโภคกำหนดเป็นนโยบายที่อยู่อาศัยแห่งชาติและเมืองน่าอยู่พัฒนาโครงการที่อยู่อาศัยแก้ปัญหาชุมชนแออัดในเมืองโดยดำเนินการร่วมกับภาคธุรกิจเอกชนและการจัดรูปแบบสวัสดิการพื้นฐานที่จำเป็นและเหมาะสมตามกลุ่มเป้าหมาย (Customized Welfare) ที่คำนึงถึงฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่แตกต่างกัน

โดยมีแนวทางการรับภาระค่าใช้จ่ายร่วมกัน (Cost Sharing) จากนโยบายการพัฒนาตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติมีประเด็นที่ควรนำไปกำหนดในยุทธศาสตร์การวิจัยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ใน3ประเด็นประกอบด้วยการพัฒนาศักยภาพคนในทุกช่วงวัยให้สนับสนุนการเจริญเติบโตของประเทศการสร้างสภาพแวดล้อมและนวัตกรรมที่เอื้อต่อการดำรงชีพในสังคมสูงวัยและการจัดบริการทางสังคมให้ทุกคนตามสิทธิขั้นพื้นฐานและเน้นการสร้างภูมิคุ้มกันระดับปัจเจก

ยุทธศาสตร์ประเทศ (Country Stratgy) พ.ศ. 2560 ยุทธศาสตร์ชาติเพื่อบรรลุวิสัยทัศน์ “มั่นคงมั่งคั่งยั่งยืน”ที่ต้องการให้ประเทศมีขีดความสามารถในการแข่งขันคนไทยมีความสุขอยู่ดีกินดีสังคมมีความมั่นคงเสมอภาคและเป็นธรรมประกอบด้วย5ยุทธศาสตร์ได้แก่ยุทธศาสตร์ด้านความมั่นคงยุทธศาสตร์ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขันยุทธศาสตร์ด้านการสร้างความเสมอภาคและเท่าเทียมกันทางสังคมยุทธศาสตร์ด้านการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมและยุทธศาสตร์ด้านการปรับระบบการบริหารจัดการภาครัฐ

จากยุทธศาสตร์ชาติทั้ง 5 ยุทธศาสตร์พันธกิจของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์มีความสัมพันธ์โดยตรงกับยุทธศาสตร์ที่ 3-4 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างโอกาสความเสมอภาคและเท่าเทียมกันทางสังคม (Inclusive Growth) เพื่อพัฒนาศักยภาพคนให้สนับสนุนการเจริญเติบโตของประเทศและลดความเหลื่อมล้ำในสังคมโดยมีเป้าหมายที่จะพัฒนาคนให้มีคุณภาพและมีความมั่นคงทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคมมีโอกาสในการเข้าถึงทรัพยากรอย่างทั่วถึงและเป็นธรรมและมีการพัฒนาสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในสังคมสูงวัยโดยมแนวทางในการดำเนินงานที่สำคัญดังนี้

(1) การสร้างความอยู่ดีมีสุขของครอบครัวไทยให้เอื้อต่อการพัฒนาคนโดยเสริมสร้างศักยภาพและบทบาทหน้าที่ของสถาบันครอบครัวในการบ่มเพาะวางรากฐานจริยธรรมคุณธรรมของสมาชิกในครอบครัวการสร้างความอบอุ่นและความมั่นคงให้ครอบครัวและการสร้างความสมดุลระหว่างการทำงานและชีวิตส่วนตัว

(2) การพัฒนาศักยภาพคนในทุกช่วงวัยให้สนับสนุนการเจริญเติบโตของประเทศโดยช่วงวัยเด็กตั้งแต่แรกเกิดให้มีพัฒนาการที่สมวัยในทุกด้านวัยเรียนวัยรุ่นให้มีทักษะการเรียนรู้ทักษะชีวิตสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นภายใต้บริบทสังคมที่เป็นพหุวัฒนธรรมวัยแรงงานให้มีการพัฒนายกระดับสมรรถนะฝีมือแรงงานเพื่อสร้างผลิตภาพเพิ่มให้กับประเทศวัยผู้สงอายุให้มีการทำงานที่เหมาะสมตามศักยภาพและประสบการณ์มีรายได้ในการดำรงชีวิตมีการสร้างเสริมและฟื้นฟูสุขภาพเพื่อป้องกันหรือชะลอความทุพพลภาพและโรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่จะก่อให้เกิดภาระแก่ปัจเจกบุคคลครอบครัวและระบบบริการสุขภาพ

(3) การสร้างความมั่นคงและการลดความเหลื่อมล้ำทางด้านเศรษฐกิจและสังคมโดยสร้างความมั่นคงทางด้านรายได้และการออมกระจายทรัพยากรให้ทั่วถึงและเป็นธรรมทั้งในด้านบริการสาธารณะขั้นพื้นฐานและฐานทรัพยากรต่าง ๆ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้มีรายได้น้อยและกลุ่มด้อยโอกาสเช่นการเข้าถึงปัจจัยการผลิต/ที่ดินทำกินของเกษตรกรรายย่อยการได้รับบริการด้านการศึกษาและสาธารณสุขที่มีคุณภาพของเด็กยากจนและการสร้างหลักประกันทางรายได้ให้กับแรงงานนอกระบบที่มีรายได้น้อยเป็นต้นรวมทั้งการจัดรูปแบบสวัสดิการพื้นฐานที่จำเป็นและเหมาะสมตามกลุ่มเป้าหมาย (customized welfare) ที่คำนึงถึงฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่แตกต่างกันโดยมแนวทางการรับภาระค่าใช้จ่ายร่วมกัน (cost sharing)

(4) การยกระดับคุณภาพการศึกษาและการเรียนรู้ให้มีคุณภาพเท่าเทียมและทั่วถึงโดยการปฏิรูปโครงสร้างและระบบบริหารจัดการการศึกษาจัดโครงสร้างจัดการการศึกษาใหม่เพื่อสร้างความรับผิดชอบต่อผลลัพธ์ (Accountability) ปฏิรูประบบการคลังด้านการศึกษาเพื่อเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพการจัดการศึกษาโดยการจัดสรรงบประมาณตรงสู่ผู้เรียนส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากภาคเอกชนในการจัดการศึกษาปรับระบบการผลิตและพัฒนาครูผู้สอนพัฒนาระบบการประเมินและการรับรองคุณภาพที่เน้นผลลัพธ์ที่ตัวผู้เรียนรวมทั้งให้มีการปฏิรูประบบการเรียนรู้โดยมุ่งจัดการเรียนรู้เพื่อสร้างสมรรถนะกำลังคนทั้งระบบตั้งแต่ระดับปฐมศึกษาจนถึงการเรียนรู้ตลอดชีวิตการวิจัยและการใช้เทคโนโลยีและสื่อเพื่อการเรียนรู้

(5) การพัฒนาระบบสุขภาพบูรณาการระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 กองทุนเพื่อให้เกิดความเป็นเอกภาพในการบริหารจัดการมีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและลดความเหลื่อมล้ำในระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐพัฒนาการบริหารจัดการระบบสุขภาพด้วยการมีและใช้ระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการบริหารทรัพยากรด้านสาธารณสุขการส่งเสริมการอภิบาลระบบสุขภาพในลักษณะเครือข่ายที่มีการใช้ทรัพยากรร่วมกันการสนับสนุนความร่วมมือกันระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนในการพัฒนาระบบบริการที่มีการลงทุนและใช้ทรัพยากรร่วมกันการส่งเสริมการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางการแพทย์เพื่อรองรับการเป็นสังคมผู้สูงอายุรวมทั้งการสร้างโอกาสในการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติทั้งในด้านศูนย์กลางบริการสุขภาพ (Medical Service Hub) ศูนย์กลางบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Wellness Hub) ศูนย์กลางยาและผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ (Product Hub) และศูนย์กลางบริการวิชาการและงานวิจัย (Academic Hub) โดยนำรายได้กลับมาใช้ยกระดับคุณภาพบริการสาธารณสุขภายในประเทศตลอดจนส่งเสริมการให้ความสำคัญกับมิติสุขภาพในทุกนโยบายสาธารณะ (Health in All Policies) เพื่อสร้างความเข้าใจและตระหนักถึงผลกระทบของนโยบายสาธารณะที่มีต่อสุขภาพของประชาชน

(6) การสร้างสภาพแวดล้อมและนวัตกรรมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตในสังคมสูงวัยโดยเตรียมการด้านโครงสร้างพื้นฐานและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุและผู้ด้อยโอกาสอาทิระบบผังเมือง

และที่อยู่อาศัยการพัฒนาระบบคมนาคมขนส่งการจัดการพื้นที่สาธารณะที่มีความปลอดภัยและเข้าถึงได้ง่ายสำหรับประชาชนทุกกลุ่มการให้บริการทางสังคมตลอดจนการพัฒนานวัตกรรมในการใช้ชีวิตประจำวันสำหรับผู้สูงอายุ

(7) การสร้างความเข้มแข็งของสถาบันทางสังคมและทุนทางวัฒนธรรมโดยการฟื้นฟูบทบาทสถาบันศาสนาในการส่งเสริมศีลธรรมคุณธรรมจริยธรรมตามหลักคำสอนทางศาสนาการธำรงรักษาวัฒนธรรมที่ดีงามเพื่อเป็นฐานรากที่เข้มแข็งในสังคมท่ามกลางวัฒนธรรมที่หลากหลายและการบริหารจัดการทุนทางวัฒนธรรมเพื่อสร้างสร้างมูลค่าเพิ่มทางเศรษฐกิจ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม (Green Growth) เพื่อให้ไทยมีการเติบโตทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างยั่งยืนและตั้งเป้าหมายที่จะลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก (Green house Gas: GHG) ในภาคเศรษฐกิจและเพิ่มพื้นที่ป่าไม้ให้ได้ร้อยละ 40 ของพื้นที่ทั้งหมด (128 ล้านไร่) โดยมีแนวทางในการดำเนินงานที่สำคัญดังนี้

(1) พัฒนาและใช้พลังงานที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมในทุกภาคเศรษฐกิจเพื่อลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกโดยส่งเสริมการผลิตพลังงานสะอาดนำเทคโนโลยีมาใช้ในการบริหารจัดการและการอนุรักษ์พลังงานตลอดจนกำหนดกฎระเบียบและสร้างกลไกให้ทุกภาคส่วนใช้พลังงานอย่างมีประสิทธิภาพรวมทั้งสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับประชาชนเกี่ยวกับการพัฒนาและการประหยัดพลังงานอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

(2) พัฒนาเมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศและเมืองที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมโดยการพัฒนาเมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศจะให้ความสำคัญกับการจัดตั้งคณะกรรมการส่วนกลางและระดับพื้นที่เพื่อดูแลและประสานการพัฒนาสู่เมืองอุตสาหกรรมนิเวศบรรจุให้เป็นแผนพัฒนาของจังหวัดและพื้นที่สนับสนุนและผลักดันให้โรงงานปฏิบัติสู่อุตสาหกรรมสีเขียวและปรับกฎระเบียบให้เอื้อต่อการพัฒนาสำหรับการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมจะเน้นการเพิ่มศักยภาพเมืองด้านสิ่งแวดล้อมและพัฒนาพื้นที่เพื่อเชื่อมโยงกับอาเซียนซึ่งเมืองที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมมีหลายรูปแบบเช่นเมืองอุตสาหกรรมนิเวศเมืองเกษตรสีเขียวเมืองคาร์บอนต่ำเมืองยั่งยืนของอาเซียนเป็นต้น

(3) การรับมือและปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศโดยอนุรักษ์และฟื้นฟูพื้นที่ป่าเพื่อรักษาสมดุลของระบบนิเวศและเป็นแหล่งดูดซับคาร์บอนและวางแผนบริการจัดการน้ำแก้ปัญหาอุทกภัยและภัยแล้งอย่างบูรณาการอีกทั้งเพิ่มขีดความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศด้วยการพัฒนาองค์ความรู้และเครื่องมือในการบริหารจัดการพัฒนาบุคลากรและองค์กรและวิจัยและพัฒนาเพื่อรับมือป้องกันเฝ้าระวังและเตือนภัยพิบัติทางธรรมชาติตลอดจนสร้างความร่วมมือที่ดีในอาเซียนในการบริหารจัดการและใช้ประโยชน์ทรัพยากรร่วมกันแก้ไขปัญหามลพิษข้ามแดนและสนับสนุนการเติบโตที่ไม่ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม

(4) นโยบายการคลังเพื่อสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการผลิตและการบริโภคที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมลดปัญหามลพิษลดการใช้ทรัพยากรและลดภาระงบประมาณภาครัฐเพื่อแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมโดยจัดให้มีภาษีสิ่งแวดล้อมได้แก่ภาษีการปล่อยมลพิษและภาษีเพื่อการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติกำหนดค่าธรรมเนียมการจัดการมลพิษและภาษีผลิตภัณฑ์และค่าธรรมเนียมผลิตภัณฑ์ที่ก่อให้เกิดผลกระทบสิ่งแวดล้อมตลอดจนพัฒนาระบบการวางเงินประกันความเสี่ยงหรือความเสียหายต่อสิ่งแวดล้อมและส่งเสริมการจัดซื้อจัดจ้างที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม

2.4 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

2.4.1 ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

จากแนวคิดของ Kemmis and McTaggart กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการรวบรวมปัญหา หรือคำถามจากการสะท้อนการปฏิบัติการของผู้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติในสังคม หรือเพื่อต้องการที่พัฒนาหลักการ และเหตุผลวิธีการปฏิบัติงานเพื่อได้รูปแบบ หรือแนวทางไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานนั้น ในขณะเดียวกันก็เป็นการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัตินั้น ๆ ให้สอดคล้องกับภาวะของสังคมและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง (Kemmis & McTaggart, 1988)

Johnson, C.S. and Kromann - Kelly กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง การรวบรวมข้อมูลการวิเคราะห์ และตีความหมายโดยมีแผนงานกำหนดและแลกเปลี่ยนผลกับเพื่อนร่วมวิชาชีพ กระบวนการวิจัยปฏิบัติการต้องตอบคำถาม 5 ข้อ ดังต่อไปนี้ 1) คำถามที่ต้องการศึกษาคืออะไร 2) ข้อมูลที่เกี่ยวข้องมีอะไรบ้าง 3) ข้อมูลที่ต้องจัดเก็บคืออะไร 4) จะวิเคราะห์ข้อมูลอย่างไร และ 5) จะแปลความหมายนั้นว่าอย่างไร การตอบคำถามเหล่านี้ต้องใช้เวลาวางแผนและในทุกขั้นตอน ต้องอภิปรายกับเพื่อนร่วมงาน (Johnson, C. S., & Kromann-Kelly, I., 1995)

Kurt Lewin ได้ศึกษาปัญหาของชนกลุ่มน้อยในอเมริการะยะเพิ่งยุติสงความโลกครั้งที่ 2 โดยใช้กระบวนการศึกษาในลักษณะกลุ่มร่วมกันทำงานและตัดสินใจอย่างมีพันธะต่อกันเพื่อมุ่งมั่นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (A Group Activities Group Decision and Commitment to Improvement) และใช้การปฏิบัติการ 3 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติ และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Adelman, 1993)

2.4.2 ประเภทการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.4.2.1 รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ สุวิมล ว่องวาณิช ได้ทำการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวกับการวิจัยปฏิบัติการ พบว่า มีการจัดประเภทของรูปแบบการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นรูปแบบ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ (Formal and Informal Research) (สุนีย์ ศรีเพชร, 2553) ดังนี้

1) การวิจัยแบบทางการ (Formal Research) เป็นงานวิจัยที่มีแบบแผนการวิจัยอย่างเคร่งครัดมีลักษณะการดำเนินงานและการนำเสนอเหมือนงานวิจัยเชิงวิชาการ (Academic Research) ของนักวิจัยมืออาชีพ นักวิชาการในมหาวิทยาลัยหรือนักศึกษาที่ทำเป็นวิทยานิพนธ์มีการออกแบบการวิจัยที่รัดกุม เพื่อให้ตอบคำถามการวิจัยได้ชัดเจนและมีรูปแบบการนำเสนอรายงาน ผลการวิจัยที่กำหนดชัดเจนส่วนใหญ่แยกเนื้อหาสาระออกเป็น 5 บท

2) การวิจัยแบบไม่เป็นทางการ (Informal Research) เป็นงานวิจัยที่ไม่ยึดรูปแบบการวิจัยอย่างเคร่งครัดเหมือนการวิจัยแบบเป็นทางการ มุ่งเน้นตอบคำถามการวิจัยมากกว่ายึดรูปแบบการวิจัยแบบเป็นทางการ ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยก็พยายามใช้ข้อมูลที่มีอยู่แล้วจากการสอบถาม ปกติการนำเสนอผลการวิจัยครอบคลุมเพียงประเด็นสำคัญที่ผู้วิจัยต้องการนำเสนองานวิจัยแบบนี้ บางครั้งพบว่ามีการรายงานเพียง 1 – 2 หน้า

2.4.2.2 รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart มีดังนี้

1) การวิจัยปฏิบัติการเชิงเทคนิค (Technical Action Research) มีเป้าหมายของการวิจัยเพื่อปรับปรุงประสิทธิผลของการปฏิบัติงาน โดยอาศัยบุคคลภายนอก (Outsider) มาช่วยในการวิจัยในหน่วยงาน ผู้ปฏิบัติจะอยู่ภายใต้การควบคุมกำกับของนักวิจัยภายนอก บุคคลภายนอกเล่นบทของผู้วิจัยหลัก โดยผู้ปฏิบัติไม่ค่อยมีบทบาทในการนำเสนอความคิดวิธีการต่าง ๆ ที่ใช้ในการวิจัยมาจากความคิดของนักวิจัยภายนอกส่วนใหญ่ ซึ่งเน้นเทคนิคการทำวิจัยที่ตอบคำถามวิจัยที่รัดกุม ข้อค้นพบที่ได้อาจใช้ไม่ได้กับการปฏิบัติจริง

2) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Practical Action Research) การวิจัยนี้นักวิจัยภายนอกจะเป็นที่ปรึกษาในเรื่องกระบวนการทำงาน (Process Consultancy Role) โดยมีวัตถุประสงค์ในการวิจัย คือ เป็นการปรับปรุงประสิทธิผลการทำงานมุ่งเน้นในการสร้างความ เข้าใจมุ่งที่จะพัฒนาวิชาชีพให้กับแก่ผู้ปฏิบัติ โดยพบว่าในกระบวนการวิจัยจะเป็นการส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติมีการสะท้อน การวิเคราะห์ปรับปรุงและพัฒนาในเรื่องการปฏิบัติงานของตนเองเพื่อให้ผู้ปฏิบัติได้มีโอกาสในการเรียนรู้เกี่ยวกับกระบวนการวิจัย รวมถึงการมีส่วนในการเสนอความคิดเห็นในในประเด็นปัญหาการวิจัยที่ได้มีการปฏิบัติจริงจนได้มีการนำผลการวิจัยไปใช้ได้

3) การวิจัยเชิงปฏิบัติการเชิงวิพากษ์อิสระ (Critical/ Emancipatory Action Research) เป็นการวิจัยที่มีการทำงานร่วมกันระหว่างนักวิจัยภายนอกและผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน เป้าหมายของการวิจัยเพิ่มเติมจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบที่ 1 และแบบที่ 2 คือ นอกจากพัฒนา

ประสิทธิภาพการทำงาน การส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจในการพัฒนาปรับปรุงการทำงานแก่ผู้ปฏิบัติแล้ว ยังต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบการทำงานที่เป็นองค์กรให้ดีขึ้นกว่าเดิม แม้จะมีบุคคลภายนอกร่วมด้วย แต่ทุกคนต่างมีสิทธิมีเสียงในการแสดงความคิดเห็นเท่าเทียมกัน จะไม่มีผู้แสดงบทบาทเป็นที่ปรึกษาการวิจัยเหมือนแบบที่ 2 การวิจัยแบบนี้เปิดโอกาสให้เกิดการพัฒนาความสามารถด้านการวิจัยแก่ผู้ปฏิบัติและนักวิจัยจะเป็นอิสระจากความรู้ กฎเกณฑ์และพันธนาการทางความคิดเดิม

จะเห็นว่าแนวทางการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการทั้ง 3 แบบ มีการเปลี่ยนแปลงแนวคิดของการทำงานจากผู้ปฏิบัติถูกครอบความคิดโดยนักวิจัยภายนอก (Cooption) ซึ่งเป็นแบบแรกมาเป็นแบบร่วมกันทำงาน (Cooperation) ในแบบที่สองและรูปแบบการทำงานที่สาม ซึ่งเป็นแบบการทำงานแบบร่วมมือ (Collaboration) เป็นแนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่กำลังเป็นที่นิยมยอมรับกันว่าจะส่งผลให้เกิดการพัฒนาวิชาชีพของผู้ปฏิบัติการมากกว่าแบบอื่น ๆ

2.4.3 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เป็นการวิจัยแห่งยุคสมัยของการพัฒนาภายใต้กระบวนการใหม่ PAR ถูกนำไปใช้อย่างแพร่หลายจนบางครั้งลางเลือนจากแนวคิดเดิม (วรรณดี สุทธินรากร, 2548) กล่าวว่าในการแสวงหาความรู้ความจริงนักวิจัยต้องมีลักษณะ 6 ประการคือ

1. มีตรรกะทางความคิด (Rational Mas) ใช้สติปัญญาในการคิด
2. จิตสร้างสรรค์ (Creative M3) สามารถจดจำจินตนาการและคิดค้นสิ่งใหม่ ๆ
3. มีหัวใจ (Heat) มีอารมณ์ความรู้สึก (Feeling) เพราะอารมณ์ความรู้สึกมีอิทธิพลต่อกระบวนการเรียนรู้ก่อให้เกิดความเข้าใจในความทุกข์ความสุขของผู้อื่น
4. มีสัมผัสทางกาย (Body) สามารถรับรู้ในสิ่งที่เห็นได้จับต้องได้ยินได้ฟังได้สูดดม
5. รู้จักฝัน (Dream) ความฝันเป็นการส่งถ่ายข้อมูลจากจิตใต้สำนึก (Subconscious)
6. มีจิตวิญญาณ (Split) จิตวิญญาณคือพลังของชีวิตพลังหรือที่เรียกว่า Chi เป็นเลือดเนื้อที่หล่อเลี้ยงร่างกายให้มีกำลังใจ และจะเป็นสีสะท้อนการดำรงอยู่ของชีวิต

2.4.3.1 หลักการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) หลักการที่สำคัญที่สุดของการศึกษาวิเคราะห์อย่างมีส่วนร่วมโดยวิธีนี้คือ การให้ผู้ร่วมวิจัยหรือกลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ใน กระบวนการศึกษา ผู้วิจัยหรือผู้จัดต้องพยายามที่จะสอดแทรกหรือทักท้วงให้น้อยที่สุด ควรปล่อยให้กลุ่มเป้าหมายที่ร่วมกิจกรรมได้แสดงความคิดเห็นเต็มที่ การศึกษาแบบมีส่วนร่วมโดยวิธีนี้โดยทั่วไปแล้วจะใช้กลุ่มเป้าหมายประมาณ 6-10 คน ถ้า

กลุ่มเป้าหมายมีจำนวนมากเกินไปจะทำให้สับสนและควบคุมประเด็นได้ยาก แต่ถ้ากลุ่มเป้าหมายมีจำนวนน้อยเกินไปก็จะขาดการยืนยันและตรวจสอบข้อมูลจากกันและกัน จุดเด่นของวิธีนี้การนี้คือสมาชิกที่มาร่วมกิจกรรมไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ที่รู้หนังสือ (ภาษา เขียน) และแม้แต่ผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาพูดกับผู้จัดได้ก็ยังสามารถใช้วิธีนี้ได้ถ้ามีล่ามหรือผู้ที่คอยอธิบายประเด็นให้กลุ่มเป้าหมายเข้าใจ ซึ่ง PAR มีหลักการสำคัญ 6 ประการ มีดังนี้ (วรรณดี สุทธินรากร, 2548)

1. มุ่งสู่เสรีภาพ (Lboration) หมายถึงความสำเร็จร่วมที่มีพื้นฐานความเสมอภาคมีความอิสระ (Freedom) ยุติธรรม (Justice) และคำนึงถึงความสมดุลระบบนิเวศวิทยา

2. มีวัฒนธรรมของความเห็นใจกัน (A Compassionate Cuture)

3. การมีส่วนร่วม (Partspotion) เป็นกระบวนการขับเคลื่อนให้เกิด Action-foton Pras)

4. มีคุณค่า (Value) เป็นคุณค่าจากความรู้ความเชื่อโดยใช้เกณฑ์จากสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันสมาชิกกลุ่ม PAR มีหน้าที่กอบกู้สิ่งที่ดีงามในอดีตใช้พลังงานของภูมิปัญญาท้องถิ่นในการต่อสู้กับการครอบงำในปัจจุบัน

5. สำรวจและปฏิบัติกลุ่ม PAR จะแสวงหาความสำเร็จร่วมกันโดยตั้งข้อปุจฉาสนทนา (Dialogue) เพื่อสำรวจค้นหาซึ่งเป็นแนวทางในการปฏิบัติเน้นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างมากกว่าการเปลี่ยนแปลงที่ตัวบุคคล

6. ผลิตความรู้ใหม่อย่างมีสำนึกภายใต้พื้นฐานประสบการณ์กลุ่มจะค้นหาสิ่งใหม่ ๆ ท่ามกลางประสบการณ์ที่มีอยู่ด้วยความมุ่งมั่น

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เป็นการวิจัยประยุกต์ที่ใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพมาก แต่มีปรัชญาการวิจัยเฉพาะของตนเองภายใต้กระบวนทัศน์การวิพากย์ (Critical Paradigm) โดยใช้การวิภาษวิธี (Dialectical Methtod) ซึ่งหมายถึงการอภิปรายถกเถียงเพื่อแก้ไขหาข้อยุติจากความเห็น 2 ฝ่ายที่แตกต่างกันเพื่อนำไปสู่ที่ดีกว่า PAR มีหลักการสำคัญ 6 ประการ มีดังนี้ (ทวีศักดิ์ นพเกสร, 2548)

1. เป้าหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป้าหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมคือการส่งเสริมให้คนในชุมชนได้เรียนรู้ได้พัฒนาตนเองในการทำไปสู่การพัฒนาชุมชนและสังคมทุกด้านซึ่งสามารถจำแนกวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังนี้

1.1 เพื่อปลุกจิตสำนึกให้คนในชุมชนได้ตระหนักในปัญหาของตนเองและเกิดความตระหนักในบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตนมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาของตนเองและชุมชน

1.2 เพื่อดำเนินการวิจัยโดยเน้นการวิเคราะห์การเก็บรวบรวมการวิเคราะห์อย่างเป็นวิทยาศาสตร์เพื่อช่วยในการตัดสินใจกำหนดปัญหาและแนวทางในการแก้ไขปัญหารวมทั้งดำเนินการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองโดยอาจร่วมกับองค์กรและหน่วยงานต่าง ๆ ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบในเรื่องนั้น ๆ

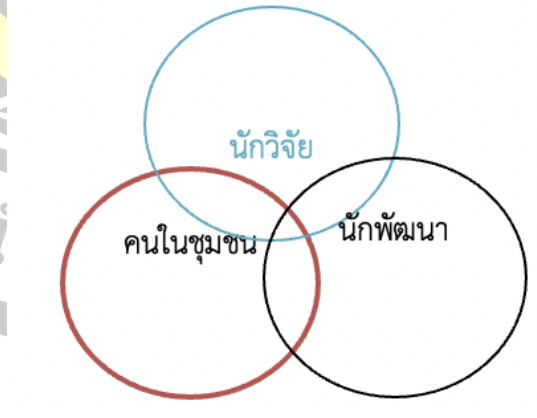
1.3 เพื่อร่วมกับชุมชนในการดำเนินกิจกรรมทางเศรษฐกิจสังคมและการเมือง

1.4 เพื่อส่งเสริมการรวมกลุ่มและการทำงานร่วมกันในการแก้ไขปัญหาและการพัฒนาชุมชนอีกทั้งผลักดันให้กิจกรรมทั้งหมดดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง

2. ปรัชญาของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ปรัชญาการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีความมุ่งหมายให้กลุ่มเป้าหมายที่เข้าไปศึกษามีสภาพที่ดีขึ้นกว่าเดิม โดยกลุ่มเข้าไปมีส่วนร่วมกับนักวิจัยทุกขั้นตอนอย่างเท่าเทียมมีการเรียนรู้ร่วมกันผ่านกระบวนการปฏิบัติในสนามการวิจัยที่ ไม่ยึดกับทฤษฎีด้วยความเชื่อมั่นในความสามารถของมนุษย์ที่จะทำงานร่วมกันเพื่อตัดสินใจ และกระทำอย่างเท่าเทียม ทั้งที่มีความแตกต่างกันนักวิจัยจึงมิใช่มีบทบาทเพียงผู้วิจัยเท่านั้นหาก แต่ยังมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ร่วมเรียนรู้ไปกับกลุ่มในการปรับปรุงสภาวะที่เห็นพ้องต้องกันให้ดีขึ้นรวมทั้งบทบาทการเป็นผู้กระตุ้นให้เกิดการสะท้อนการปฏิบัติไปสู่การเรียนรู้และปรับปรุงการปฏิบัติจนกว่าจะบรรลุเป้าหมายที่ต้องการร่วมกัน

ถ้ามองว่านักพัฒนา/นักวิจัยในรูปแบบการพัฒนาและการวิจัยตั้งเดิมเป็นผู้มีอำนาจเหนือคนในชุมชนเนื่องจากเป็นผู้ถือครองแนวทางการแก้ปัญหาและกรอบแนวทางการศึกษาชุมชนก็จะเห็นได้ว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างนักวิจัยนักพัฒนากับคนในชุมชนโดยในการวิจัยรูปแบบนี้คนในชุมชนมีโอกาสสิทธิและอำนาจในการตัดสินใจและกำหนดแนวทางการแก้ปัญหาและกรอบแนวทางการศึกษาชุมชนเท่า ๆ กับนักวิจัยนักพัฒนาเพราะนักวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจะถือว่าคนในชุมชนเป็นผู้ที่มีความรู้ดีเท่า ๆ กับนักวิจัยนักพัฒนาในการศึกษาชุมชนการกำหนดปัญหาการเลือกปฏิบัติการและการวิเคราะห์ประเมินผลในการดำเนินการดังกล่าวจึงต้องปฏิบัติงานร่วมกันอย่างเท่าเทียม (ขนิษฐา กาญจนรังเห็นนท์, 2548)



ภาพประกอบ 1 ความสัมพันธ์ของผู้ร่วมกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ที่มา: ณัฐฑิฎา นะกุลรัมย์ (2560)

3. ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมประกอบด้วยขั้นตอนต่อไปนี้คือ

3.1 ศึกษาบริบทโจทย์วิจัยและบริบทชุมชนหากผู้วิจัยไม่รู้จักชุมชนที่จะศึกษามาก่อนอาจเริ่มด้วยการสำรวจบริเวณชุมชนทั่ว ๆ ไปก่อนเป็นการทำความรู้จักสร้างสัมพันธภาพสร้างความไว้วางใจกับชุมชนซึ่งจะทำให้นักวิจัยและชุมชนเริ่มมองเห็นโจทย์วิจัยที่เหมาะสมจากนั้นจึงรวมมือกับชุมชนศึกษาบริบทโจทย์วิจัยและบริบทชมชุนที่เกี่ยวกับโจทย์วิจัยอย่างเจาะจง

3.2 ค้นหาปัญหาสำคัญในโจทย์วิจัยนั้นและระบุความต้องการที่จำเป็นในปัญหาสำคัญนั้นซึ่งหากดำเนินการปรับปรุงแก้ไขพัฒนาแล้วจะทำให้ดีขึ้น

3.3 นำปัญหาที่แท้จริงและความต้องการที่จำเป็นไปร่วมสร้างแผนปฏิบัติการกับชุมชนและผู้เกี่ยวข้องพร้อมทั้งวางระบบติดตามประเมินร่วมกันเพื่อนำไปสู่การสะท้อนให้เกิดการเรียนรู้การปรับปรุงและการดำเนินการ

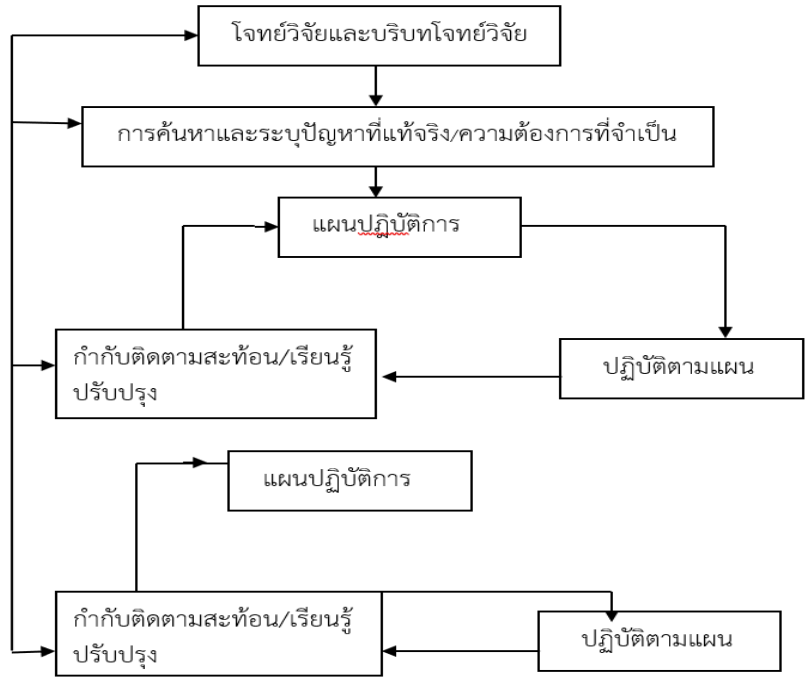
3.4 นำแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติร่วมกันโดยสมาชิกในชุมชนผู้เกี่ยวข้องต่างมีบทบาทในการปฏิบัติอย่างจริงจัง

3.5 มีการกำกับติดตามว่าเป็นไปตามแผนปฏิบัติการที่วางไว้ได้เพียงใด

3.6 นำข้อมูลและข้อสังเกตต่าง ๆ มาสะท้อนร่วมกันเพื่อให้เกิดการวิพากย์ตามกระบวนการวิภาษวิธีจนนำไปสู่การปรับปรุงวิธีการดำเนินงานเป็นวงจรอย่างต่อเนื่องจนกว่าเป้าหมายในแผนปฏิบัติการจะบรรลุ

3.7 ดำเนินการประเมินผลว่าเป้าหมายที่ได้จากแผนปฏิบัติการนั้นเป็นอย่างไรประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพียงใดเกิดการเรียนรู้อะไรบ้างจากการทำงานตามแผนปฏิบัติการในการประเมินชุมชนต้องมีบทบาทสำคัญในการร่วมประเมินเช่นการเก็บข้อมูลการให้ข้อสังเกตในการวิเคราะห์ข้อมูลและข้อค้นพบรวมทั้งการนำเข้าสู่กระบวนการวิภาษวิธีคนในชุมชนนักวิจัย

พหูน ปณฺฑิโต ชีเว



ภาพประกอบ 2 ภาพผังขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ที่มา: ณัฐฑิฎา นะกุลรัมย์ (2560)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจำเป็นจะต้องเกิดจากการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้วิจัยกับชุมชนผ่านการวิพากย์จากมุมมองต่าง ๆ ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอื่น ๆ (Strategic Partner) มีการพินิจพิจารณาใคร่ครวญและชั่งตรอง โดยการใช้ข้อมูลประสบการณ์การศึกษาเบื้องต้นของทุกฝ่ายร่วมกันจนกระทั่งเกิดความยินยอมร่วมกัน (Consensus) ว่าสิ่งนั้นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขปรับปรุงให้ดีขึ้น

การที่บุคคลจะระบุปัญหาที่แท้จริงและความต้องการที่จำเป็นมิใช้เพียงการสอบถามตรง ๆ เท่านั้นการสอบถามตรง ๆ อาจได้การระบุปัญหาและความต้องการที่ตื้นเขินผิวเผินผู้วิจัยในฐานะที่เป็นผู้กระตุ้นการเรียนรู้ (Learning Facilitator) จะต้องร่วมเรียนรู้ไปกับชุมชนด้วยการตั้งคำถามที่ทำให้คิดเชิงระบบเป็นไปตามลำดับช่วยไปกับการศึกษาค้นคว้าในประเด็นนั้นอย่างถ่องแท้ทั้งการศึกษาเกี่ยวกับบริบทของตนเองและบริบทภายนอกที่เกี่ยวข้องนั่นคือการเปลี่ยนสภาพจากความไม่รู้ไปสู่สภาพที่มีความรู้ในเรื่องที่เกี่ยวกับโลกภายในตนและโลกภายนอกคน

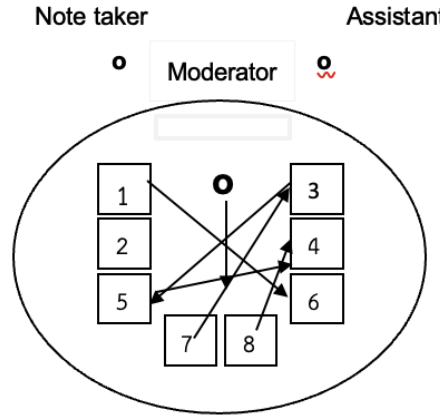
กระบวนการมีส่วนร่วมและกระบวนการวิภาษวิธีเป็นกระบวนการสำคัญในทุกขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้นจนบรรลุเป้าหมายอย่างไรก็ตามกระบวนการ

วิภาษวิธีต้องการวิทยากรกระบวนการ (Facilitator) เป็นคนกลางในการดำเนินการวิพากย์ในขั้นตอนต่าง ๆ เนื่องจากการวิพากย์นั้นอาจทำให้เกิดความตึงเครียดซึ่งหากผู้วิจัยใช้ทักษะกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมก็จะเป็นเงื่อนไขสำคัญให้กระบวนการวิภาษวิธีที่มีความตึงเครียดนั้นเกิดพลังในการปฏิบัติจนนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงแม้แต่คนที่เงียบเฉยก็จะถูกกระตุ้นให้ไม่สามารถเงียบเฉยได้อีกต่อไป

ข้อมูลสำคัญที่นักวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจะต้องบันทึกรวบรวมเพื่อทำการวิเคราะห์คือบันทึกข้อคำถามและการวิพากย์ของคนที่เกี่ยวข้องในแต่ละขั้นตอนรวมทั้งบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติต่าง ๆ ข้อมูลเหล่านี้อาจได้มาจากการสัมภาษณ์และสังเกตแบบมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ซึ่งนักวิจัยต้องนำข้อมูลเหล่านั้นมาตีความตามแนวทางของทฤษฎี Swins (Critical Theory)

4. การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

การสนทนากลุ่ม เป็นเทคนิควิธีของการวิจัยเชิงคุณภาพ และเป็นวิธีการหนึ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลที่มีความแตกต่างไปจากการสัมภาษณ์กลุ่ม (Group Interview) ซึ่งเป็นการถามตอบระหว่างผู้สัมภาษณ์กับสมาชิกแต่ละคนในกลุ่มขณะที่การสนทนากลุ่มจะมีสมาชิกทุกคนในกลุ่มเป็นศูนย์กลางของการสื่อสารภายในกลุ่ม นักวิจัยที่ขาดความเข้าใจประสบการณ์ของการดำเนินการสนทนากลุ่ม มักจะทำการสัมภาษณ์กลุ่มโดยทึกทักเอาเองว่าทำการสนทนากลุ่ม ซึ่งโดยหลักการของการสนทนากลุ่มแล้วนั้น ผู้เก็บข้อมูลเป็นผู้โยนประเด็นคำถามให้กลุ่มเป็นผู้ทำหน้าที่ให้กลุ่มมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันในระหว่างการโยนประเด็นคำถามว่ากลุ่มมีความเห็นด้วย (Pro) หรือเห็นขัดแย้ง (Con) อย่างไร ซึ่งผู้ร่วมสนทนากลุ่มจะได้มาจากหลักเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดว่า จะเป็นผู้ที่สามารถให้คำตอบตรงประเด็นและสามารถตอบวัตถุประสงค์ที่สนใจศึกษาได้มากที่สุด ในขณะเดียวกันสมาชิกที่เข้าร่วมสนทนากลุ่มจะต้องมีลักษณะต่าง ๆ ใกล้เคียงกันมากที่สุด (Hormopornhous) จำนวนผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มที่เหมาะสมคือ 8 คน (ทวีศักดิ์ นพเกสร, 2548) เพราะถ้ากลุ่มใหญ่กว่านี้วงสนทนาอาจแบ่งเป็นกลุ่มย่อยสมาชิกหันหน้าเข้าสนทนากันเองซึ่งจะยากต่อการสรุปประเด็นปัญหาหรือวิเคราะห์ข้อมูล แต่ต้องไม่น้อยกว่า 4 คนเพราะการสนทนากลุ่มไม่ได้ใช้กลุ่มที่เกิดขึ้นจากธรรมชาติ แต่เกิดจากการรวมกลุ่มให้เกิดขึ้นแล้วทำบรรยากาศในวงสนทนาให้เป็นธรรมชาติและสร้างสรรค์ให้เกิดการสนทนากันในลักษณะที่เป็นการพูดคุยกันแสดงความคิดเห็นทั้งสอดคล้องและการโต้แย้งดังนั้นถ้าผู้เข้าร่วมสนทนาน้อยกว่า 4 คน ก็จะไม่เกิดการโต้แย้งหรือการแสดงความคิดเห็นเท่าที่ควรเพราะกลุ่มเล็กเกินไปที่นั่งสำหรับการสนทนากลุ่มต้องจัดเป็นวงกลมเสมอผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) จะต้องอยู่ในวงเดียวกับสมาชิกที่เข้าร่วมสนทนากลุ่มเพื่อไม่ให้มีความแตกต่าง การจัดวงสนทนาควรเป็น ดังภาพ 3



ภาพประกอบ 3 การจัดวงสนทนาในการประชุมกลุ่ม

ที่มา: ประเวศ วะสี (2546)

5. องค์ประกอบของการจัดสนทนากลุ่ม

องค์ประกอบของการจัดสนทนากลุ่มควรประกอบด้วย

5.1 การกำหนดเรื่องที่จะศึกษา

5.2 กำหนดประเด็นหรือตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่จะศึกษาเพื่อนำมาสร้างเป็นแนวทางในการดำเนินการสนทนา

5.3 แนวคำถามหรือกรอบคำถามคือแนวทางในการสนทนากลุ่มซึ่งได้จากการนำคำถามที่ร่างไว้มาเรียบเรียงเป็นข้อย่อยหรือผูกเป็นเรื่องราว

5.4 บุคลากรในการจัดสนทนากลุ่ม

(1) ผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator/Facilitator) เป็นผู้โยนประเด็นคำถามและกำกับการสนทนาให้เป็นไปตามแนวทางของเรื่องที่จะศึกษาเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนผู้ดำเนินการสนทนาถือเป็นบุคคลสำคัญที่ทำให้การสนทนาบรรลุเป้าหมายจึงต้องมีคุณลักษณะคือรู้ถึงความต้องการหรือเป้าหมายของการศึกษามีบุคลิกภาพดีมีมนุษย์สัมพันธ์สุภาพอ่อนโยนมีอารมณ์ขันสามารถแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้สามารถพูดเพื่อการสื่อสารได้ดีโดยผู้ดำเนินการสนทนามีหน้าที่ในการสร้างบรรยากาศให้เป็นกันเองชี้แจงวัตถุประสงค์ของการจัดการสนทนากลุ่มขอความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็นและยินยอมให้บันทึกข้อมูลควบคุมประเด็นจังหวะของการสนทนาและเวลาทำตัวเป็นผู้เรียนรู้ให้ผู้สนทนาได้แสดงความคิดอย่างเสรียืดหยุ่นเปิดใจอดทนต่อการรบกวนหรือไม่ร่วมมือระวังน้ำเสียงและท่าที่รวมถึงการสังเกตพฤติกรรมของผู้ร่วมสนทนา

(2) ผู้จดบันทึกการสนทนา (Note Taker / Recorder) เมื่อเริ่มการสนทนาผู้จดบันทึกการสนทนาต้องวาดแผนผังการนั่งของผู้ร่วมสนทนาทุกคนพร้อมมีหมายเลขและชื่อกำกับไว้

เพื่อให้ผู้ดำเนินการสนทนารู้ว่ามีใครบ้างอีกทั้งเพื่อตนเองใช้ประโยชน์ในการจดบันทึกและสังเกตพฤติกรรมผู้จดบันทึกการสนทนามีหน้าที่จดบันทึกคำสนทนาทุกคำพูดที่จดทันและบันทึกปฏิกิริยาตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้นรวมถึงการถอดเทปการสนทนาข้อควรระวังคือต้องไม่ร่วมสนทนาด้วยแต่เสามารถซักถามประเด็นต่าง ๆ ได้เมื่อปิดวงสนทนาแล้ว

(3) ผู้ช่วยทั่วไป (Assistant Caretaker) มีหน้าที่จัดเตรียมอุปกรณ์สนามให้พร้อมจัดสถานที่เตรียมความพร้อมในการสนทนากลุ่มควบคุมเครื่องบันทึกเสียงและเปลี่ยนเทปขณะที่ทำการสนทนาคอยกันไม่ให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องในวงสนทนาเข้าไปเสนอความคิดในกลุ่มหรือเข้าไปรบกวนสมาธิของผู้ร่วมสนทนากันผู้ที่จะเข้ามาร่วมวงสนทนาโดยไม่ได้รับเชิญอำนวยความสะดวกแก่ผู้ดำเนินการสนทนาและผู้จดบันทึกดูแลบริการเครื่องดื่มและของขบเคี้ยวแก่ผู้ร่วมสนทนา

5.5 อุปกรณ์สนาม (Field Instruments) อุปกรณ์ที่สำคัญคือเครื่องบันทึกเสียงเพราะจะสามารถบันทึกรายละเอียดเหตุผลข้อคำตอบความคิดเห็นได้ละเอียดที่สุดเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเนื่องจากการตีความต้องพิจารณาละเอียดลงไปถึงเหตุผลที่ถูกโต้แย้งหรือเสนอความคิดเห็นที่สอดคล้องควรมีเครื่องบันทึกเสียง 2 เครื่องบันทึกข้อมูลเหลื่อมล้ำกัน 5 นาทีเพื่อที่จะได้บันทึกข้อมูลส่วนที่เสียไประหว่างการเปลี่ยนเทปและป้องกันการผิดพลาดรวมไปถึงการแบ่งกันฟังกรณีมีผู้ร่วมวิจัยหลายคนนอกจากเครื่องบันทึกเสียงแล้วยังมีสมุดบันทึกคำสนทนาและอุปกรณ์เครื่องเขียนที่จำเป็นในการจดบันทึกเป็นต้น

5.6 อุปกรณ์เสริมการสนทนากลุ่มเป็นอุปกรณ์ที่ช่วยให้วงการสนทนากลุ่มดำเนินไปด้วยบรรยากาศราบรื่นและเป็นธรรมชาติไม่เคร่งเครียดสร้างบรรยากาศให้เป็น “ การจับเข่าคุยกัน ” อุปกรณ์ที่จะช่วยเสริมการสนทนากลุ่มให้ดูเป็นธรรมชาติ ได้แก่ น้ำดื่มขนมของคบเคี้ยวเป็นต้น

5.7 สถานที่ที่จะจัดสนทนากลุ่ม (Location) ควรกำหนดให้แน่นอนศึกษาในหมู่บ้านไหนก็จะจัดกลุ่มที่นั้นให้สะดวกแก่ผู้ร่วมสนทนามากที่สุดผู้ร่วมสนทนากลุ่มต้องรู้จักดี แต่จำเป็นต้องเงียบไม่มีเสียงรบกวนอากาศถ่ายเทได้สะดวกแดดไม่ร้อนไม่เป็นจุดสนใจของคนในหมู่บ้านที่ผ่านไปมา

5.8 ของสมนาคุณแก่ผู้ที่ร่วมสนทนา (Remuneration) มอบให้ผู้ร่วมสนทนากลุ่มก่อนจากกันที่ได้สละเวลาอันมีค่าของเขามาร่วมวงสนทนากับเรามิใช่เป็นค่าจ้าง แต่มอบเป็นที่ระลึกถึงกันว่าเราเคยมาร่วมถกประเด็นปัญหาด้วยกัน

5.9 ระยะเวลา (Time) ระยะเวลาของการสนทนากลุ่มควรใช้เวลาไม่เกิน 1 ชั่วโมง 30 นาที (ทวีศักดิ์ นพเกสร, 2548) เพราะถ้านานกว่านี้ผู้ร่วมสนทนาจะเหนื่อยล้าคำตอบที่ได้จะไม่ค่อยตั้งใจคิดจะตอบเพื่อให้จบ ๆ ไปการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจะน้อยลง

6. การดำเนินการสนทนากลุ่มการดำเนินการสนทนากลุ่มเมื่อผู้ร่วมสนทนามาพร้อมก็เริ่มดำเนินการสนทนาโดยผู้ดำเนินการสนทนาแนะนำตัวเองและทีมงาน (ผู้จดบันทึกและผู้ช่วยทั่วไป) ให้ผู้ร่วมสนทนารู้จักอธิบายถึงจุดมุ่งหมายในการมาทำการสนทนากลุ่มวัตถุประสงค์ของการศึกษาและ

บอกให้ทราบว่าจะมีการบันทึกเสียงตลอดจนการจดประเด็นปัญหาแล้ว จึงเริ่มเกริ่นนำด้วยคำถามอุ่นเครื่องสร้างบรรยากาศให้เป็นกันเอง สร้างความคุ้นเคยให้เกิดขึ้นในการสนทนาแล้วจึงเริ่มคำถามที่จัดเตรียมไว้โดยทิ้งช่วงให้มีการถกประเด็นและโต้แย้งกันพอสมควรพยายามสร้างบรรยากาศให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันในกลุ่มผู้ร่วมสนทนาควบคุมเกมไม่ให้หยุดนิ่งอย่ารักใครคนใดคนหนึ่งจนเกินไปคำถามที่ถามไม่เจาะจงถามใครเพียงคนเดียว แต่เป็นการสร้างประเด็นปัญหาถามทั้งกลุ่มให้กลุ่มถกประเด็นแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ในการสนทนาจะพบกับคนที่พูดมากที่สุดและคนที่พูดน้อยที่สุด ดังนั้นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มต้องควบคุมเกมให้ได้อย่าให้เกิดการข่มทางความคิดหรือชักนำผู้อื่นให้คล้อยตามกับคนที่พูดเก่ง (Dominate) และพยายามกระตุ้นให้คนที่พูดน้อยได้แสดงความคิดเห็นในการสนทนากลุ่มควรมีประมาณ 6-10 คำถามเป็นคำถามปลายเปิดเช่น“ คุณรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับ“ .....”คุณได้ข้อมูลเกี่ยวกับ.....มาอย่างไร

7. การประมวลผลและการวิเคราะห์ข้อมูล

การประมวลผลและการวิเคราะห์ข้อมูลจากการรวบรวมข้อมูลแบบการสนทนากลุ่มข้อมูลของการสนทนาจะถูกบันทึกไว้ในแบบจดบันทึกและเทปบันทึกเสียงข้อมูลในเทปควรถูกถอดอย่างละเอียดทุกคำพูดจะช่วยให้อ่านแล้วเข้าใจและสามารถมองภาพของการสนทนาได้ว่ามีบรรยากาศเป็นอย่างไรการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมสนทนาเป็นอย่างไรมีการโต้แย้งอย่างไรความตะกุกตะกักของคำพูดและสำนวนวาจาจะช่วยให้ผู้วิจัยสามารถวิเคราะห์และเข้าใจประเด็นคำตอบหรือแม้แต่ความน่าเชื่อถือได้ของคำตอบ แต่บางกรณีการถอดเทปอาจมีเพียงบางส่วนก็เป็นได้ทั้งนี้แล้วแค่วัตถุประสงค์ของการศึกษาตลอดจนงบประมาณและระยะเวลาที่มีในการวิเคราะห์ข้อมูลนักวิจัยจะจดคำดอบที่ละเอียดที่สุดและให้เหตุผลที่ดีที่สุดเขียนเรียงคำตอบไว้ในเครื่องหมายคำพูดว่าเป็นคำพูดของใครกลุ่มไหนจัดเมื่อไรเรียงไว้ในคำถามเรื่องอะไรแล้วนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

สรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) หมายถึง กระบวนการที่ผู้ปฏิบัติงาน ศึกษาการปฏิบัติงานของตนเอง โดยใช้ระเบียบวิธีทางวิทยาศาสตร์ เพื่อค้นพบความจริงเกี่ยวกับสิ่งที่ปฏิบัติเพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหางานที่ปฏิบัติอยู่ โดยดำเนินการวิจัยในพื้นที่ปฏิบัติงานนั้น ผลการวิจัยจะไม่สามรถสรุปอ้างอิงไปยังกลุ่มอื่นๆ ซึ่งการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ การวิจัยที่ผู้วิจัยเป็นผู้เชี่ยวชาญ (Technical Action Research) การวิจัยที่ผู้วิจัยมีส่วนร่วมกับผู้ร่วมวิจัยมากขึ้น (Practical Action Research) และการวิจัยที่ทั้งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ต่างมีส่วนร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ และร่วมประเมินผล (Participatory Action Research) ดังนั้นในการวิจัยเพื่อการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะ

จึงได้นำการวิจัยที่ทั้งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ต่างมีส่วนร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ และร่วมประเมินผล (Participatory Action Research) มาใช้เป็นแนวทางการศึกษาวิจัยครั้งนี้

2.5 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการสำรวจผลการศึกษาหัวข้อที่ใกล้เคียงกับหัวข้อในการศึกษาพบว่ามีงานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องดังนี้

สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน (2560) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ จากการออกแบบร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 40 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง กลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดย 6 กิจกรรมดังนี้ 1) การให้ความรู้ผู้ดูแล 2) การพบปะผู้สูงอายุที่วัด 3) สาธิตการเสริมคุณค่าผู้สูงอายุ 4) กิจกรรมกลุ่มพบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 5) การสร้างต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุ การใช้สมุนไพรพื้นบ้าน 6) การสร้างรอยยิ้ม และสันทนาการ ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยบทบาทผู้ดูแลพบว่า ผู้ดูแลมีความรู้เฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบการดูแลสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=12.22$; $p\text{-value} <0.001$) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุในระดับมากที่สุด และผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลสุขภาพจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความพึงพอใจ ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ในส่วนระยะการปรับปรุงรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแล ผู้สูงอายุ ผู้เชี่ยวชาญพึงพอใจรูปแบบอยู่ในระดับมากขึ้นไปสามารถให้ผู้ดูแลนำไปใช้ดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุได้

วิไล ตาปะสี และคณะ (2560) ศึกษารูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดย การมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลวังตะกูจังหวัดนครปฐม พบว่า 1) ปัญหาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ ขาดความรู้ในการรับประทานยา มีความเชื่อในการใช้ยาไม่ถูกต้อง ญาติผู้ดูแลขาดความรู้ในการประกอบอาหารให้กับผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้สะดวก เนื่องจาก ไม่มีญาติพาไปและ 2) ความต้องการได้รับการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ การมีบริการการตรวจ รักษาที่บ้านการมีผู้ช่วยเหลือพาเข้าห้องน้ำ พาเดินไปตรวจที่โรงพยาบาล การได้รับความรู้เรื่อง ผลข้างเคียงของยา การออกกำลังกาย การให้มีแพทย์ประจำมารักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลและการมีองค์กรบริหารส่วนตำบลวังตะกูมาเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นและให้มีพระมา โปรดที่บ้าน

กมลชนก ทองเอียด และคณะ (2564) ศึกษารูปแบบการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลช้างซ้าย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการวิจัยพบว่า ภาพรวมของคุณภาพ

ชีวิตผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=3.08) มีความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=2.08) โดยมีความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านร่างกายมากที่สุด ($\bar{X}$=2.37) และรูปแบบการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่สร้างขึ้น ประกอบด้วย การจัดอบรมให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองแก่ผู้สูงอายุ การบริการตรวจสุขภาพประจำปีแก่ผู้สูงอายุ การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา และบำเพ็ญประโยชน์แก่สังคม การจัดสวัสดิการแจกสิ่งของที่จำเป็นแก่ผู้สูงอายุ และการจัดกิจกรรมส่งเสริมให้บุคคลในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถนำไปสู่นโยบายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น

ปาหนัน กนกวงศ์นุวัฒน์ และคณะ (2564) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในตำเลเขาวงกต อำเภอแก่งหางแมว จังหวัดจันทบุรี ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุตำบลเขาวงกตครอบคลุมคุณภาพชีวิตด้านกาย จิตใจ สังคม และสภาพแวดล้อม ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ สูงกว่าก่อนการพัฒนา p>0.001คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังการพัฒนารูปแบบ อยู่ในระดับมาก (3.9±0.3) จำแนกรายด้าน ด้านการมีส่วนร่วมในชุมชนสูงมากที่สุด รองลงมาได้แก่ ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสภาพแวดล้อม และด้านสุขภาพกายตามลำดับ ความพึงพอใจของผู้สูงอายุหลังการพัฒนารูปแบบการดูแล อยู่ในระดับมาก (4.3±0.6) สรุป: การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในตำบลเขาวงกต ควรครอบคลุมคุณภาพชีวิตด้านกาย จิตใจ สังคม สภาพแวดล้อม เรียนรู้พึ่งพาตนเองและสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

ธีรเดช สนองทวีพร (2564) ศึกษาการมีสวนรวมในการสงเสริมการดูแลสุขภาพผูสูงอายุของชุมชนตลาดบางเขน เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า 1) ระดับการมีส่วนร่วมส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ แตกต่างกัน มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน ส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน แตกต่างกัน มีส่วนร่วมส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3) ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะการมีส่วนร่วมส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีดังนี้ ในด้านปัญหาและอุปสรรค ส่วนใหญ่ พบว่า ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุ และขาดการประสานกับหน่วยงานภาครัฐที่ให้คำแนะนำให้ความรู้ ให้คำปรึกษา สำหรับข้อเสนอแนะในการมีส่วนร่วมส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีประเด็นสำคัญ คือ ชุมชนควรจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ จัดหาคู่มือการดูแลผู้สูงอายุ สร้างเครือข่ายและเทคโนโลยีเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุ

พิมพ์ญาณินท์ พัฒน์แฟง และคณะ (2564) การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อดูแลสุขภาพแบบองค์รวมด้วยตนเองของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า 1. สภาพบริบทชมรมผู้สูงอายุและการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้สูงอายุในชมรม พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง

อายุ 60-70 ปี สามารถเข้าถึงแหล่งพลังอำนาจได้หลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นวัดเป็นศูนย์กลางในการเรียนรู้ การทำกิจกรรม โดยผู้สูงอายุมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้น และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการกำหนดทิศทางและการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีพลังอำนาจในตัวเองในการที่จะสามารถดูแลตนเองได้ เป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญของสังคมในการขับเคลื่อนและพัฒนาสังคม ชุมชนให้ดียิ่งขึ้นได้ 2. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อดูแลสุขภาพแบบองค์รวมด้วยตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า บริบทของพื้นที่ชมรมญาติธรรมบำเพ็ญประโยชน์ ชุมชนคุณธรรม วัดพรหมโลก การเสริมสร้างพลังอำนาจในชมรม การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมด้วยตนเองของผู้สูงอายุจนนำมาสู่ "PHROMLOK MODEL" มีองค์ประกอบย่อย 8 ประการคือ 1) ตัวบุคคล 2) การเสริมสร้างสุขภาพ 3) ศาสนา 4)โอกาสของการเรียนรู้ 5) การจัดการ 6) การเรียนรู้ 7) มองโลกในแง่ดี และ 8) ความรู้ 3. ผลการประเมินรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อดูแลสุขภาพแบบองค์รวมด้วยตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อดูแลสุขภาพแบบองค์รวมด้วยตนเองของผู้สูงอายุได้ผ่านการประเมินในระดับที่เป็นต้นแบบ และสามารถเผยแพร่ไปยังชมรมผู้สูงอายุอื่น ๆ ได้

พเยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ และคณะ (2565) การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการเพื่อส่งเสริมสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล: กรณีศึกษาฝึกปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการเพื่อส่งเสริมสมร รถนะการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) เนื้อหาและแนวคิดหลัก 2 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนผู้สอนและผู้รับบริการบนพื้นฐานของความเอื้ออาทร 3 กระบวนการเรียนการสอนแบบบูรณาการ และ 4) การประเมินตามสภาพจริง ใช้ระยะเวลา 1 สัปดาห์ ภายหลังการใช้รูปแบบ นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนความรู้เชิงบูรณาการสมรรถนะการคิดวิเคราะห์ คิดเชื่อมโยงและแก้ปัญหาเชิงบูรณาการในการสร้างเสริมสุขภาพสูงกว่าช่วงก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนที่มีความเครียดระดับสูงมีจำนวนลดลงจากเดิมร้อยละ 42.86 เป็นร้อยละ 14.29 ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบรวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิให้การรับรองรูปแบบที่พัฒนาขึ้นว่ามีความถูกต้อง เป็นประ โยชน์ เหมาะสม และมีความเป็นไปได้ สรุป รูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการช่วยพัฒนาสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลได้ ซึ่งสถาบันการศึกษาทางการพยาบาลสามารถนำรูปแบบนี้ไปประยุกต์ใช้ในผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตในชุมชนอื่น ๆ

มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์ และคณะ (2566) การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดบุรีรัมย์ วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ผลการวิจัย รูปแบบการจัดบริการที่พัฒนาขึ้นเรียกว่า "Buriram Elderly Seamless Care Model" ในผู้สูงอายุ 4 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มก่อนวัยสูงอายุเพิ่มจุดบริการคัดกรองสุขภาพในชุมชน เน้นการสร้างความรอบรู้เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัย

สูงอายุ 2) กลุ่มผู้สูงอายุสุขภาพดี เพิ่มการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดีเน้นการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชมรมผู้สูงอายุ 3) กลุ่มผู้สูงอายุเจ็บป่วย เพิ่มการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ เชื่อมโยงกับระบบฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง และ 4) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพิ่มความร่วมมือกับท้องถิ่นในการจัดบริการดูแลระยะยาว และการส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมในพื้นที่ ผลลัพธ์ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น ทั้งการคัดกรองสุขภาพที่สำคัญ (ร้อยละ 83.84) คัดกรองพฤติกรรมที่พึงประสงค์ (ร้อยละ 65.52) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (6,019 ราย) มีกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุม 207 จากทั้งหมด 208 อปท. (ร้อยละ 99.5 มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ 5 แห่ง ปัจจัยสำเร็จ ได้แก่ เครือข่ายท้องถิ่นที่เข้มแข็ง และระบบกำกับติดตามเป็นระยะ อุปสรรค พบว่าขาดระบบส่งต่อระหว่างคลินิกผู้สูงอายุ ดังนั้น การจัดบริการควรเริ่มตั้งแต่ก่อนวัยสูงอายุ มีระบบส่งต่ออย่างไร้รอยต่อ และขยายคลินิกผู้สูงอายุให้ครอบคลุมพื้นที่ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงระบบบริการต่อไป

ทิพวรรณ โคตรสีเขียว และดิษฐพล ใจซื่อ (2565) การพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ค่าต่ำสุด และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ขาดความรู้ความเข้าใจและแนวทางในการป้องกันการหกล้ม และการจัดสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัยที่ไม่เหมาะสม 2) กลวิธีในการพัฒนาเน้นการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน ได้แก่ การศึกษาสถานการณ์คืนข้อมูล จัดลำดับความสำคัญของปัญหา วางแผนและปรับปรุงแผน ลงมือปฏิบัติและประเมินผล ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ดังนี้ คัดกรองความเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม พัฒนาคู่มือการเรียนรู้พัฒนากิจกรรมเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา อบรมเชิงปฏิบัติการ เยี่ยมบ้าน และพัฒนานวัตกรรมเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา และปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่พักอาศัย 3) ผลลัพธ์พบว่าความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและการทรงตัวระหว่างก่อนและหลังมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี โดยทรงตัวอยู่ในช่วงเวลาน้อยกว่า 13.50 วินาที 10 คน (ร้อยละ 33.33) ซึ่งเพิ่มขึ้นกว่าก่อนทำกิจกรรม และช่วงเวลามากกว่า 20 วินาที ลดลงเหลือ 7 คน (ร้อยละ 23.33) นอกจากนั้นผู้ร่วมวิจัยเกิดการเรียนรู้ร่วมกันในการแสวงหาวิธีการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

รุจิรางค์ วรรณ์ธนาทัศน์ (2560) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ 2ส ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลตนเอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่ ps.001 มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุรา หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่ p<0.001 มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ การไม่สูบบุรี่และการไม่ดื่มสุรา หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่

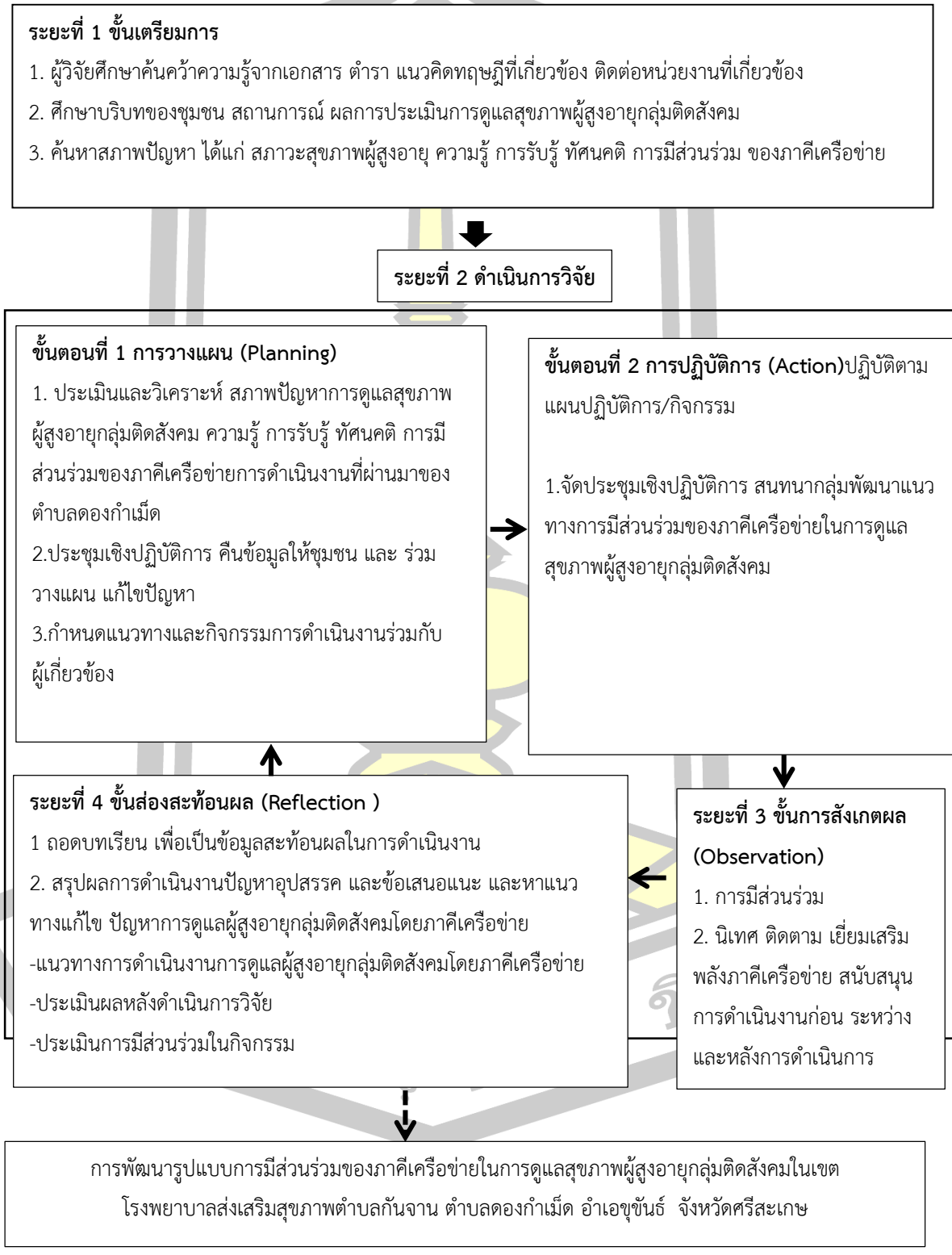
ps.00 1 และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุราหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่ p<0.001

แววดาว พิมพ์พันธ์ดี และคณะ (2562) ศึกษาการเสริมพลังความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในเขตระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออกตามหลักพุทธธรรม ผลการวิจัยพบว่า แนวทางการเสริมพลังความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุตามหลักพุทธธรรม ประกอบด้วย 3 หมวดหลัก และ 21 แนวทางหลัก 51 แนวทางย่อย คือ หมวด 1 สำหรับตัวผู้สูงอายุเองประกอบด้วย 6 ด้าน 15 แนวทางหลัก 33 แนวทางย่อย หมวด 2 สำหรับครอบครัว ประกอบด้วย 3แนวทางหลัก 9 แนวทางย่อย และหมวด 3 สำหรับชุมชน ประกอบด้วย 3 แนวทางหลัก 9 แนวทางย่อย ดังนั้น ผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้องควรนำแนวทางที่ได้จากงานวิจัยนี้ปสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุโดยเน้นให้เกิดการจัดการอารมณ์และเห็นคุณค่าตนเอง ความสามารถทางสังคม ความมั่นคงในการปฏิบัติทางจิตวิญญาณ การจัดการปัญหาชีวิตเชิงบวก การรับรู้ความสามารถและจุดมุ่งหมายในชีวิต และการดูแลสุขภาพกาย ซึ่งจะสามารถลดปัญหาภาวะพึ่งพา การเจ็บป่วย และค่าใช้จ่าย อันเป็นประโยชน์กับสังคมและประเทศชาติต่อไป

กล่าวโดยสรุป จากการศึกษา ทบทวนทฤษฎี วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้วิจัยเข้าใจและสรุป ได้ว่า การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ทุกภาคส่วนจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมและบูรณาการทำงานร่วมกัน โดยเน้นที่ผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ควรให้ผู้ดูแล และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้อายุกลุ่มติดสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะที่แข็งแรง ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีการดูแลผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ เช่น ทฤษฎีชีววิทยา ทฤษฎีจิตวิทยา ทฤษฎี ทางสังคม ตลอดจนหลักภาวะสุขภาพและระบบการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อนำมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยเพื่อจะค้นหาแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพประกอบ 4 กรอบแนวคิดงานวิจัย

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยมีขั้นตอนวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

3.1 รูปแบบการวิจัย
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3.4 การสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล
3.7 สถิติที่ใช้ในการวิจัย
3.8 จริยธรรมในการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Practical Action Research) ในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของเคมมิสและแมกทากาด (Kemmis & McTaggart, 1988) มีกระบวนการดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอน ดังนี้

3.1.1 ขั้นวางแผน (planning) เริ่มด้วยการสำรวจปัญหาร่วมกันระหว่างบุคลากรภายในโรงเรียน เพื่อให้ได้ปัญหาที่สำคัญที่ต้องการให้แก้ไข ตลอดจนการแยกแยะรายละเอียดของปัญหานั้นเกี่ยวกับลักษณะของปัญหาเกี่ยวข้องกับใครแนวทางแก้ไขอย่างไร และจะต้องปฏิบัติอย่างไร เริ่มจากการแต่งตั้งคณะทำงานวิจัย ประสานงานหน่วยงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัย ประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์สภาพปัจจุบันของการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม วิเคราะห์และประเมินสถานการณ์การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วม สนทนากลุ่มรับรู้สภาพปัญหาร่วมกัน สรุปประเด็นปัญหาการดำเนินงาน และจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan) เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน

3.1.2 ขั้นปฏิบัติการ (action) เป็นการนำแนวคิดที่กำหนดเป็นกิจกรรมในขั้นวางแผนมาดำเนินการ โดยวิเคราะห์วิจารณ์ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมกันของทีมงานประกอบไปด้วย เพื่อทำการแก้ไขปรับปรุงแผน ฉะนั้นแผนที่กำหนดกวรจะมีความยืดหยุ่นปรับได้ ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ/กิจกรรมที่ได้จากขั้นตอนที่ 1

3.1.3 ขั้นสังเกตการณ์ (observation) เป็นการศึกษาความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยความรอบกอบซึ่งอาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งที่คาดหวังและไม่คาดหวัง โดยต้องอาศัยเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ เข้าช่วย โดยมีการประเมินนโยบายตามแบบประเมินนโยบายและโครงการประเมินผู้เข้าร่วมและผู้เกี่ยวข้องด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การรับรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ ทัศนคติการดูแลผู้สูงอายุ และประเมินผลลัพธ์การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์และการมีส่วนร่วมในการประเมินผลของภาคีเครือข่ายชุมชน

3.1.4 ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติการ (reflection) ซึ่งเป็นขั้นสุดท้ายของวงจรการทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยทำการประเมินหรือตรวจสอบกระบวนการแก้ปัญหาหรือสิ่งที่เป็นข้อจำกัดที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติการ ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มผู้เกี่ยวข้องจะต้องตรวจสอบปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่มุมโดยการการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสรุปและถอดบทเรียนปัญหาอุปสรรคปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานและวางแผนในการแก้ไขปัญหา

3.2 ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากร

การวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษากลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

3.2.2 กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้เป็นบุคคลที่อาศัยอยู่ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมครั้งนี้

3.2.2.1 กลุ่มประชากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ประกอบด้วยภาคประชาชน ภาคการเมือง ได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 41 คน ประกอบด้วย

ภาคประชาชน

1) กำนันผู้ใหญ่บ้านตำบลดองกำเม็ดทั้ง 11 หมู่บ้าน จำนวน 11 คน

2) ประธาน อสม. ตำบลดองกำเม็ดทั้ง 11 หมู่บ้าน จำนวน 11 คน

3) ตัวแทนผู้สูงอายุ จำนวน 11 คน

4) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน

5) ตัวแทนภาคประชาชนในเขตพื้นที่ ตำบลดองกำเม็ด จำนวน 2 คน

ภาคการเมือง

1) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลดองกำเม็ด จำนวน 1 คน

2) เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุข จำนวน 1 คน

ภาควิชาการ

1) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลกันจาน จำนวน 1 คน

2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 1 คน

ทั้งนี้ได้มีเงื่อนไขของการกำหนดคุณสมบัติของประชากรที่จะถูกเลือกมาศึกษาโดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) และเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้า

1) มีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

2) สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาของการวิจัย

3) ร่วมในการวิจัยไม่น้อยกว่าร้อยละ 70

4) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย

เกณฑ์ในการคัดออก

1) ไม่สามารถให้ข้อมูลระหว่างการศึกษาได้

2) ย้ายถิ่นฐานหรือย้ายสถานที่ทำงาน

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการวิจัย

3.3.1.1 แนวทางการสนทนากลุ่มในระยะสังเกตการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย

แนวคำถามในการสนทนากลุ่มในระยะตรวจสอบความรู้ทักษะ การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจานตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ
มีประเด็นหลักดังนี้

1) แนวการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

2) ประสบการณ์การการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

3) แนวทางการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

3.3.1.2 แนวทางการสังเกต ติดตาม และบันทึกการเปลี่ยนแปลง

1) แนวทางการสังเกต ติดตามและบันทึกการเปลี่ยนแปลง ใช้ในการประเมินตลอดช่วงของการดำเนินกิจกรรมทุกระยะ สังเกตสิ่งต่าง ๆ รวมทั้งพฤติกรรมของผู้ร่วมวิจัย และมีการบันทึกการสังเกตการดำเนินงานทุกขั้นตอนของการวิจัย โดยมีแนวทางการสังเกต ประกอบด้วย การสังเกตการมีส่วนร่วม ได้แก่ การสังเกตการแสดงความคิดเห็น ความสนใจขณะเข้าร่วมกลุ่ม สังเกตการเปลี่ยนแปลงและกระบวนการปฏิสัมพันธ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เช่น การรวมกลุ่ม การแสดงความคิดเห็นและการสังเกตผลลัพธ์การดำเนินการ ตามวัตถุประสงค์ รวมทั้งปัญหาและอุปสรรค อุปกรณ์ที่ใช้ในการช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เทปบันทึกเสียง ซึ่งช่วยให้มีข้อมูลที่ถูกต้องและครอบคลุมทุกประเด็น

3.3.1.3 สื่อที่ใช้ในการฝึกอบรม ประกอบด้วย วีดีทัศน์การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ชุดสไลด์สำหรับสอนความรู้เรื่องการการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมเรื่องสั้นการดูแลผู้สูงอายุ Role Model และ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

3.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ แบ่งเป็น 5 ส่วนดังนี้

สวนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน

สวนที่ 2 แบบสอบถามความรูเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ลักษณะคำถามเปนแบบทดสอบความรูเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและความรู้เกี่ยวกับระบบการส่งเสริมป้องกันฟื้นฟูดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 20 ข้อตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน

เกณฑ์ในการแปลความหมายคะแนนระดับความรู้ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับความรู้ เป็น 3 ระดับดังนี้ (สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553 อ้างอิงจาก Best, 1995)

ระดับความรู้สูง หมายถึง ได้คะแนนร้อยละ 80.0 ขึ้นไป

ระดับความปานกลางหมายถึงได้คะแนนระหว่างร้อยละ 60.0 -79.9

ระดับความรู้ต่ำ หมายถึง ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60.0 ลงมา

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมของภาคีเครือข่าย จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราสวนประเมินคา (Rating Scale) จำนวน ให้เลือกตอบ 3 คำตอบ คือ ทราบ ไม่แน่ใจ ไม่ทราบ โดยการให้คะแนนมีเกณฑ์ดังนี้

ทราบ เท่ากับ 3 คะแนน

ไม่แน่ใจ เท่ากับ 2 คะแนน

ไม่ทราบ เท่ากับ 1 คะแนน

ผู้วิจัยได้กำหนดการแปลผลของการรับรู้การเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการแบ่งระดับการรับรู้การดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโดยใช้หลักการแจกแจงแบบปกติเป็นเกณฑ์ตามแนวคิดของเบสท์ คือ (สุมัทนา กลางคารและวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553 อ้างอิงจาก Best, 1995)

พิสัยของช่วงคะแนน = (คะแนนสูงสุด –คะแนนต่ำสุด)/จำนวนระดับที่แบ่ง

พิสัยของช่วงคะแนน = (3 - 1)/3

พิสัยของช่วงคะแนน = 0.66

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวผู้วิจัยนำมาแบ่งระดับการรับรู้การดำเนินงานเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย แปลผลระดับการรับรู้

2.34 – 3.00 รับรู้การดำเนินงานระดับมาก

1.67 – 2.33 รับรู้การดำเนินงานระดับปานกลาง

1.00 – 1.66 รับรู้การดำเนินงานระดับน้อย

ส่วนที่ 4 แบบวัดทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมของภาคีเครือข่าย จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราสวนประเมินคา (Rating Scale) จำนวน 3 ตัวเลือก เลือกตอบ 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยกำหนดให้

เห็นด้วย เท่ากับ 3 คะแนน

ไม่แน่ใจ เท่ากับ 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 1 คะแนน

ผู้วิจัยได้กำหนดการแปลผลความหมายของระดับเจตคติต่อระบบเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการแบ่งระดับเจตคติใช้หลักการ แจกแจงแบบปกติเป็นเกณฑ์ตามแนวคิดของเบสท์ คือ (สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553: 100 อ้างอิงจาก Best, 1995: 19)

พิสัยของช่วงคะแนน = (คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด)/จำนวนระดับที่แบ่ง

พิสัยของช่วงคะแนน = (3 - 1)/3

พิสัยของช่วงคะแนน = 0.66

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวสามารถแปลความหมายโดยแบ่งคะแนนแบบอิงเกณฑ์ 3 ระดับดังนี้

ค่าเฉลี่ยการแปลงผลระดับเจตคติ

2.34 – 3.00 มีเจตคติในระดับมาก

1.67 – 2.33 มีเจตคติในระดับปานกลาง

1.00 – 1.66 มีเจตคติในระดับน้อย

สวนที่ 5 แบบวัดการมีสวนร่วมในการปฏิบัติงานของภาคีเครือข่ายในการการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราสวนประเมินคา (Rating Scale) เพื่อวัดการมีส่วนร่วมในการศึกษาวิจัย ซึ่งมีจำนวน 23 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด (Open Question) และคำถามปลายปิด (Close Ended Question) เป็นการวัดโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ มีคำตอบให้เลือก 3 ตัวเลือก คือ มีส่วนร่วมทุกครั้ง มีส่วนร่วมบางครั้ง และไม่เคยมีส่วนร่วม โดยมี เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ (สมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553)

มีส่วนร่วมทุกครั้ง เท่ากับ 3 คะแนน

มีส่วนร่วมบางครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน

ไม่เคยมีส่วนร่วม เท่ากับ 1 คะแนน

ผู้วิจัยได้กำหนดการแปลผลของระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและ ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการแบ่งระดับ การมีส่วนร่วม ซึ่งใช้หลักการแจกแจงแบบปกติเป็นเกณฑ์ตามแนวคิดของเบสท์ คือ (สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553 อ้างอิงจาก Best, 1995)

พิสัยของช่วงคะแนน = (คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด)/จำนวนระดับที่แบ่ง

พิสัยของช่วงคะแนน = (3 - 1)/3

พิสัยของช่วงคะแนน = 0.66

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวผู้วิจัยนำมาแบ่งระดับความพึงพอใจต่อระบบเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย การแปลผลระดับการมีส่วนร่วม

1.00 - 1.66 การมีส่วนร่วมระดับต่ำ

1.67 - 2.33 การมีส่วนร่วมการระดับปานกลาง

2.34 - 3.00 การมีส่วนร่วมการระดับสูง

3.4 การสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.4.1 ขั้นตอนการสร้างการตรวจสอบเครื่องมือ

1) กำหนดเนื้อหาของแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ ตามวัตถุปราสงค์ของการวิจัย โดยการศึกษาแนวคิดทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดตัวแปลการวิจัยและเนื้อหาของแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์

2) ร่างเครื่องมือวิจัยแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ประเด็นที่กำหนดให้ครอบถ้วนทุกตอน

3) นำเครื่องมือวิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ

4) แก้เครื่องมือวิจัยตามคำแนะนำ

5) ปรับปรุงเครื่องมือวิจัยและจัดทำเครื่องมือการวิจัยฉบับสมบูรณ์

3.4.2 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ก. ความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ประสบการณ์ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ดังนี้

1) ผศ.ดร.อารี บุตรสอน อาจารย์ประจำวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

2) อาจารย์ ดร.อรุณ บุญสร้าง อาจารย์ประจำวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

3) นายชยพล เสนาภักดิ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอศิลาลาด อำเภอศิลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ

เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency: IOC) เมื่อได้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว จึงนำมาปรับปรุงให้มีความถูกต้องสมบูรณ์และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในลำดับต่อไป การตรวจสอบเพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency: IOC) (วรรณะ ชูศรีขาว, ชัยยง ขามรัตน์ และไพศาล วรสถิตย์, 2553 อ้างอิงจาก ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ, 2539)

ให้ +1 เมื่อขอคำถามและคำตอบสอดคล่องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย

ให้ 0 เมื่อไมแนใจหรือไมสามารถตัดสินใจไดวาขอคำถามสอดคลองและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย

ให -1 เมื่อขอคำถามและคำตอบไมสอดคลองและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย

จากผลการพิจารณาตัดสินของผูเชี่ยวชาญที่ไดนำไปหาคาความตรงตามเนื้อหาและโครงสร้างไดจากสูตรของ Rowinelli และ Hambleton (ลวน สายยศ และอังคณา สายยศ, 2539 อางอิงมาจาก Rowinelli and Hambleton, 1977)

$$IOC=R/N$$

IOC หมายถึง ดัชนีความสอดคลองของขอคำถามกับเนื้อหาตามความคิดเห็นของผูเชี่ยวชาญ

R หมายถึง คะแนนความคิดเห็นรวมของผูเชี่ยวชาญ

N หมายถึง จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

กำหนดใหคาIOC (Index of Congruence) ต้องมีคาตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไปจึงจะถือไดวาวัดไดสอดคลองกับเนื้อที่ตองการศึกษาและตอบวัตถุประสงค์ ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00

3.4.2 ความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแลวนำไปทดลองใช (Try Out) ในพื้นที่ที่มีความคล้ายคลึงกับพื้นที่วิจัย โดยผูวิจัยเลือกพื้นที่ตำบลปรือใหญ่ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ เนื่องจากเป็นพื้นที่ในอำเภอเดียวกัน และมีลักษณะคลายคลึงกันกับพื้นที่ทำการวิจัย จำนวน 30 ชุด นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือหาคาความเที่ยงแบบสอบถามดวยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใชโปรแกรมสำเร็จรูปดวยสูตรของ Kuder Richardson 20 (KR-20) สำหรับแบบทดสอบความรูและวิเคราะห์หาคาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach’s Alpha Coefficient) สำหรับแบบวัดการมีส่วนร่วมการรับรู้ และทัศนคติต่อการดูแล

สุขภาพผู้สูงอายุ ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านความรูเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.78 การรับรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.82 ทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.76 และ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน เท่ากับ 0.84 ตามลำดับ

3.5 ขั้นตอนดำเนินการและเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังการตรวจสอบปรับปรุงและแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วจึงดำเนินการศึกษาวิจัยตามขั้นตอนต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

3.5.1 เตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าความรู้จากเอกสารตำราแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องขออนุญาตในการดำเนินการวิจัยเตรียมความพร้อมผู้ร่วมวิจัยโดยใช้การบูรณาการตัวผู้วิจัยเข้ากับชุมชนพบปะประสานงานกับผู้นำชุมชน และผู้ร่วมวิจัยคนอื่น ๆ เพื่อสร้างความคุ้นเคยยิ่งขึ้นพร้อมทั้งทำความเข้าใจในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยรายละเอียดของแผนการจัดกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการ

3.5.2 ดำเนินการวิจัย

ในเบื้องตนเก็บรวบรวมขอมูลที่ไดจากเอกสารทะเบียนสถิติรายงานที่เกี่ยวกับการดำเนินงานการพัฒนาระบบการดูสุขภาพผู้สูงอายุและศึกษาบริบทชุมชน ผูวิจัยไดแบงขั้นตอนในการวิจัยตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning)

1. ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย

1.1 แต่งตั้งคณะทำงานวิจัย

1.2 ประสานงานหน่วยงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัย

2. ประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์

2.1 สภาพปัจจุบันของการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

2.2 วิเคราะห์และประเมินสถานการณ์การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

2.3 สนทนากลุ่มรับรู้สภาพปัญหาร่วมกัน

2.4 สรุปประเด็นปัญหาการดำเนินงาน

3. จัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan) เพื่อขับเคลื่อนระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action)

ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ/กิจกรรมที่ได้จากขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 3 สังเกตผลการปฏิบัติ (Observation)

1. ประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุด้วยแบบประเมิน ADL

2. ประเมินผู้เข้าร่วมและผู้เกี่ยวข้อง

2.1 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

2.2 การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

2.3 ความพึงพอใจในระบบการบริการ และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

3.ประเมินผลลัพธ์

ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนผล (Reflection)

1. การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

2. สรุปและถอดบทเรียนปัญหาอุปสรรคปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานและวางแผนในการแก้ไขปัญหาในวงรอบ

3.6 การจัดทำข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์การสังเกตซึ่งผ่านการตรวจสอบข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและวิเคราะห์เชิงคุณภาพตรวจสอบความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นของข้อมูล จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเปรียบเทียบการวางแผนการพัฒนาคุณภาพก่อน และหลังดำเนินการข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการนำข้อมูลจากแนวคำถามการสังเกตการสัมภาษณ์ การพูดแบบไม่เป็นทางการและไม่เป็นทางการจากการร่วมดำเนินกิจกรรมในชุมชนการประชุมกลุ่มสนทนาและแลกเปลี่ยนประสบการณ์มารวบรวมตรวจสอบข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลตลอดระยะเวลาของการทำการวิจัย โดยพิจารณาจัดกลุ่มข้อมูลที่เป็นคำพูดของผู้ให้ข้อมูลแล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) แล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่วิเคราะห์ และพิจารณาเชิงเหตุผล พร้อมทั้งสรุปประเด็นเขียนตามกระบวนการที่เกิดการเปลี่ยนแปลงในชุมชนซึ่งจะมีการสรุปผลการดำเนินงาน และนำผลการวิเคราะห์คืนสู่ชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการพิจารณาหาวิธีการแก้ไขและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมให้ดีขึ้นต่อไป

3.7 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.7.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย ข้อมูลจากการแบบสอบถามอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในลักษณะส่วนบุคคล และการอธิบายลักษณะต่าง ๆ ในการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน

ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ จะทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา และนำเสนอเป็นค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) กรณีข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกตินำเสนอด้วยมัธยฐาน (Median) เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และ 75

3.7.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย ข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ครอบครัวผู้สูงอายุ ประชาชน ผู้ให้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จากแนวทางการสังเกต ติดตาม และบันทึกการเปลี่ยนแปลง จะทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ของข้อมูลอย่างเป็นระบบ รวบรวม ตรวจสอบและจัดกลุ่มของข้อมูล จัดหมวดหมู่ โดยทำการตรวจสอบตั้งแต่การเก็บรวบรวมข้อมูล ความครบถ้วนตรงตามที่ผู้ให้ข้อมูลให้มา และทำการตรวจสอบข้อมูล

3.7.3 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรูเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม การรับรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมและ การมีสวนรวมในการปฏิบัติงาน ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบโดยใช้สถิติทดสอบ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

3.8 จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนซึ่งผู้วิจัยจะต้องเข้าไปคลุกคลีและทำงานใกล้ชิดกับชาวบ้านซึ่งเป็นผู้ร่วมการศึกษาวิจัยในครั้งนี้และจะต้องมีกิจกรรมที่จะต้องเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของผู้ร่วมวิจัยด้วยดังนั้นผู้วิจัยต้องเคารพในสิทธิของผู้ร่วมวิจัยก่อนถ้าผู้ร่วมวิจัยยินดีให้ทำการศึกษา และเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสัมภาษณ์ และสนทนา กลุ่มผู้วิจัยถือว่าข้อมูลที่ได้จากผู้ร่วมวิจัยเป็นความลับและไม่นำไปเปิดเผยพร้อมกันนี้นั้นในการที่จะถ่ายภาพและบันทึกเทปผู้วิจัยจำเป็นที่จะต้องขออนุญาตก่อนโดยเคารพในศักดิ์ศรีและสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยมุ่งสร้างสัมพันธภาพให้เท่าเทียมกันดังนี้

3.8.1 ผู้วิจัยได้วางแผนนำโครงร่างการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัยและคณะกรรมวิจัยในคนในพื้นที่วิจัย เพื่อขออนุมัติก่อนดำเนินการ

3.8.2 ผู้วิจัยต้องพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกรายโดยการแนะนำตนเองชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยขั้นตอนการเก็บข้อมูลระยะเวลาการวิจัยและแจ้งสิทธิการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ต้องเคารพสิทธิความเป็นส่วนตัวการปกปิดความลับของผู้วิจัย

3.8.3 ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ถือเป็นความลับการนำเสนอข้อมูลผู้เข้าร่วมวิจัยไม่มีการเปิดเผยชื่อนามสกุลจริง

3.8.4 ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถบอกเลิกโดยไม่แจ้งเหตุผล

3.8.5 การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา ตามหนังสืออนุมัติเลขที่ 015/2566 วันที่ 30 มกราคม 2566



บทที่ 4
ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ เคมมิส และแมกแทกการ์ดร่วมกับการนำทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจมาออกแบบกิจกรรมผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามวงล้อของ DEMMING CYCLE (PAOR) จำนวน 3 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) โดยผลการศึกษามีรายละเอียด ดังนี้

4.1 บริบทและสถานการณ์ของพื้นที่ในการทำวิจัย

4.2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

4.3 ผลการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

4.4 ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานตามรูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

4.1 บริบททั่วไป

4.1.1 บทบาทของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตั้งอยู่ในเขตตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ตำบลดองกำเม็ด เป็นตำบลหนึ่งในอำเภอขุขันธ์ ชื่อตำบลมาจากภาษาเขมรถิ่นไทย คำว่า "ดอง" แปลว่า "ด้าม" ส่วนคำว่า "กำเม็ด" แปลว่า "มีด" ดังนั้นความหมายของชื่อตำบลนี้คือ "ด้ามมีด"มีประชากรทั้งหมด 9,232 คน จำนวนครัวเรือนทั้งหมด 2,000 หลังคาเรือน ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำนาเป็นอาชีพหลัก พอว่างจากฤดูกาลทำนาก็จะปลูกพืชผักสวนครัว ปลูกมันค้าขายและอื่น ๆ สัตว์ที่เลี้ยงส่วนใหญ่เป็นวัว ควาย ไก่พื้นเมือง เป็ด และสุกร เลี้ยงไว้กินและจำหน่ายเพื่อเป็นการเพิ่มรายได้ให้แก่ครอบครัว การย้ายถิ่นฐานเข้าไปประกอบอาชีพอยู่ต่างจังหวัด ลักษณะความสัมพันธ์ทางสังคมเป็นแบบวิถีชนบทพูดภาษาเขมร และภาษาไทย ลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวเดี่ยว และมีผู้สูงอายุอยู่บ้านเลี้ยงหลานตามวิถีชนบท ผู้สูงอายุทั้งหมดจำนวน 860 คน โดยจำแนกผู้สูงอายุประเภทต่างๆ ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนประชากรผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

ช่วงอายุ	ชาย (คน)	หญิง (คน)	รวม (คน)
อายุ 60 – 70 ปี	250	245	495
อายุ 71 – 80 ปี	115	160	465
อายุ 81 – 90 ปี	30	35	50
อายุ 91 – 100 ปี	10	5	5
อายุ 101 ปี ขึ้นไป	5	5	10
รวม	**410**	**450**	**860**

ที่มา: ฐานประชากรทะเบียนผู้สูงอายุตำบลกันจาน (พ.ศ.2561-2565)

ตำบลดองกำเม็ดตั้งอยู่ทางตอนกลางของอำเภอ มีอาณาเขตติดต่อกับเขตการปกครองข้างเคียงดังต่อไปนี้

ทิศเหนือ ติดต่อกับ บ้านหัวเสือ บ้านสระภูมิ ตำบลหัวเสือ อำเภอขุขันธ์ ทิศตะวันออก ติดต่อกับ บ้านปะอุง บ้านไลย์พัฒนา ตำบลจะกง บ้านเวียน บ้านพยอม บ้านตาเสก ตำบลตะเคียน อำเภอขุขันธ์ ทิศใต้ ติดต่อกับ บ้านชำแระเหนือ บ้านสะอาง บ้านสนวน ตำบลห้วยเหนือ อำเภอขุขันธ์ ทิศตะวันตก ติดต่อกับ บ้านใจดี บ้านใจดีกลาง บ้านใจดีเหนือ ตำบลใจดี บ้านระกา ตำบลโคกเพชร อำเภอขุขันธ์ แบ่งการปกครองเป็น 11 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 1 บ้านกันจาน หมู่ที่ 2 บ้านบิง หมู่ที่ 3 บ้านสวาย หมู่ที่ 4 บ้านตาราง หมู่ที่ 5 บ้านดองกำเม็ด หมู่ที่ 6 บ้านกระโพธิ์ช่างหม้อ หมู่ที่ 7 บ้านตราด หมู่ที่ 8 บ้านตาโคล หมู่ที่ 9 บ้านหนองปิงปอง หมู่ที่ 10 บ้านโพธิ์สยาม หมู่ที่ 11 บ้านบิงใต้

4.1.2 สถานการณ์ของพื้นที่ในการทำวิจัย

ตำบลกันจานตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์จังหวัดศรีสะเกษมีประชากรทั้งหมด 9,232 คนจำนวนครัวเรือนทั้งหมด 2,000 หลังคาเรือน มีอาสาสมัครสาธารณสุข 100 คน รับผิดชอบ 1 คน ต่อ 10 หลังคาเรือนและพบว่ามีผู้สูงอายุจำนวน 860 คนคิดเป็นร้อยละ9.31ของประชากรแบ่งเป็นกลุ่มติดสังคม 771 คน (ร้อยละ 89.65) กลุ่มติดบ้าน 81 คน (ร้อยละ 9.41) และกลุ่มติดเตียง 8 คน (ร้อยละ 0.93) มี Care Manager 1 คน Care Giver 5 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจานมีการตรวจคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในทุก ๆ กลุ่มวัยในทุก ๆ ปีโดยจำแนกเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ผู้สูงอายุกลุ่มบ้าน และ ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงเพื่อวางแผนการดูแลด้านสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมไม่ให้เป็นผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงเร็วจนเกินไปโดยใช้เครื่องมือแบบประเมิน

คัดกรองปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ (ADL) จากกรมอนามัยในการตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพซึ่งจากการตรวจประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพในปีงบประมาณ 2559 พบว่ามีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมเปลี่ยนเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านร้อยละ12.7 และเปลี่ยนจากกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดเตียงร้อยละ 6.6 และในปีงบประมาณ 2560 พบว่ามีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมเปลี่ยนไปเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านร้อยละ 12.60 และเปลี่ยนจากกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดเตียงร้อยละ 67.2 และจากการตรวจประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในปีงบประมาณ 2561 พบว่ามีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมเปลี่ยนเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านร้อยละ 11.2 และเปลี่ยนจากกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดเตียงร้อยละ 8.9 จากผลจากการตรวจประเมินจึงพบว่าร้อยละของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมกลายเป็นผู้สูงอายุติดบ้านและผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงเพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี ทั้งนี้ในด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเพิ่งพิงตำบลดองกำเม็ดได้มีการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อดูแลและให้ความช่วยเหลือโดยสหวิชาชีพ Care Manager และ Care Giver โดยมีการเขียน care plan ในการเข้าไปดูแลเป็นรายบุคคลแต่ยังไม่เพียงพอ การดำเนินงานรูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจานตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ จากการศึกษาบริบทพบแนวโน้มผู้สูงอายุตำบลดองกำเม็ดมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว พื้นฐานผู้สูงอายุเป็นพื้นถิ่นที่ใช้ภาษาเขมร เป็นพื้นที่ชนบท มีการดูแลสุขภาพตนเองตามสภาพปกติของบริบทเชื้อชาติและประชาชนที่มีวัฒนธรรมเขมร มีความเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ผี และสิ่งที่มองไม่เห็น มีการดูแลสุขภาพโดยการแพทย์พหุลักษณ์ คือ ทั้งแพทย์วิชาชีพ แพทย์ทางเลือก และการดูแลตนเอง มีเศรษฐานะที่อยู่ในระดับไม่ดีนัก ยังขาดความรู้ การรับรู้ และทัศนคติในการดูแลตนเองที่ต่ำ ขาดการมีส่วนร่วมในการเข้ามาดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างจริงจัง จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนารูปแบบหรือหาแนวทางในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูและตนเอง มีพฤติพลัง สามารถดำเนินชีวิตในสังคมอย่างปกติสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

4.2 การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบบมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอน (PAOR) ประกอบด้วย 1) ขั้นตอนการวางแผน (Planning) 2) ขั้นตอนการปฏิบัติ (Action) 3) ขั้นตอนการสังเกต (Observation) และ 4) ขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection) มีขั้นตอน ดังนี้

4.2.1 การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจานตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ครั้งที่1 วันที่ 14-15 เดือน พฤศจิกายน 2565 มีผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย 1) กำนันผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 11 คน 2) ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 11 คน 3) ตัวแทนผู้สูงอายุ จำนวน 11 คน 4) ญาติผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน 5) ตัวแทนภาคประชาชนในเขตพื้นที่ตำบลดองกำเม็ด จำนวน 2 คน 6) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลดองกำเม็ด จำนวน 1 คน 7) เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขในองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 1 คน8) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 1 คน และ 9) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 1 คน รวม 41 คน

4.2.1.1 ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจานตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

1) การประชุมเชิงปฏิบัติการเริ่มเวลา 09.00 น. ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจานตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ กระบวนการเริ่มต้นจากการแนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน โดยกิจกรรมการแนะนำตัว การทักทายโดยกิจกรรมสวัสดี กิจกรรมการจำชื่อเพื่อนในกลุ่ม และการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ แนวทางการดูแลผู้สูงอายุ ประสบการณ์การทางการดูแลผู้สูงอายุ และแรงบันดาลใจในการดูแลผู้สูงอายุ

2) กระบวนการ Future Search Conference: FSC การมองอดีต เห็นปัจจุบันและวาดภาพในอนาคตที่อยากให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดี มีความปลอดภัยเกิดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ มองปัญหาสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่ผ่านมา จากอดีตจนถึงปัจจุบันว่ามีข้อดีข้อเสียอย่างไร จากนั้นนำข้อมูลดังกล่าวมาออกแบบสิ่งที่ต้องการให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมีสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้น ร่วมกำหนดวิธีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม พร้อมการกำหนด Time Line ในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

4.2.1.2 การปฏิบัติการตามแผน (Act)

1) การดำเนินงานระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจานตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการใช้ Group Discussion ในการเสริมสร้างพลังให้กับคนในชุมชนที่เป็นตัวแทนคนทั้งพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ประกอบด้วย ผู้นำ ผู้สูงอายุ ญาติ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ท้องถิ่น

ประชาชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เข้ามามีส่วนร่วมและสร้างเสริมพลังให้คนเกิดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมทั้งที่เกิดปัญหาและไม่เกิดปัญหา โดยเริ่มจากการเล่าสถานการณ์ทั่วไปปัญหาของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม และโยนคำถามให้ทุกคนได้คิดตาม และนำแนวคิดการสร้างพลังอำนาจของกิ๊บสันร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมมาร่วมกันออกแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมผ่าน 5 กิจกรรม คือการนำเสนอข้อมูลเชิงปริมาณด้านสถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจานตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ตามสภาพการณ์ความเป็นจริง การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยจัดกิจกรรมการหาแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจานตำบลดองกำเม็ดอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ มีรายละเอียดดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “เสวนา: ทำอย่างไรผู้สูงอายุจะสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดี” เริ่มต้นจากกิจกรรมแนะนำตนเองเป็นกิจกรรมทำความรู้จักกัน ที่มุ่งเน้นให้สมาชิกกลุ่มได้รู้จักความเป็นตัวตนของแต่ละคนมากขึ้น มองสิ่งที่ ดีในตัวเองและผู้อื่น นำสิ่งดี ๆ เหล่านั้นมาพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมีมากขึ้นทั้งด้านร่างกายคือการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้น การเคลื่อนไหวน้อยลง มีภาวการณ์ดูแลตนเองได้น้อยลง มีภาวะเครียดและซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น นโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมยังไม่ชัดเจน มีปัญหาด้านการหกล้ม ปัญหาการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการรู้สึกไม่มีคุณค่าทางสังคม แล้วจะทำอย่างไรกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจะได้รับการแก้ไข มีแนวทางการแก้ไขปัญหานั้นอย่างไร

กิจกรรมที่ 2 “แนวทางการส่งเสริมสุขภาวะและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่ดีควรทำอย่างไร” ผู้แทนผู้นำชุมชนเสนอประเด็นการให้โอกาสในสังคมแก่ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุต้องการกำลังใจจากการติดตามเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอ ในส่วนของญาติต้องการให้มีการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินชีวิตและงบประมาณบางส่วน ด้านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องการสิ่งสนับสนุนการเยี่ยมบ้าน เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก ปรอทวัดไข้ เครื่องเจาะน้ำตาล ตัวแทนประชาชนต้องการให้เกิดความร่วมมือของทุกภาคส่วนในการเข้ามาร่วมกันดูและผู้สูงอายุร่วมกันท้องถิ่นเห็นว่าผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลแบบองค์รวม ทุกส่วนเข้ามาช่วยกันดูแล ท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณ และควรดำเนินการสร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกัน ด้านเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเห็นว่าผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลด้านสุขภาพเป็นหลัก เช่น การตรวจคัดกรองโรคต่าง ๆ การตรวจสุขภาพประจำปี การพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลตนเองและญาติ การได้รับการเยี่ยมอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ พัฒนาศักยภาพของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) เพื่อเป็นผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (Care giver) ในลำดับแรก จากนั้นให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้านเป็นผู้ดูแลลำดับที่สอง และทีมหมอครอบครัว เป็นผู้ให้การสนับสนุนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในลำดับถัดมา ดังตัวอย่างข้อเสนอบางส่วนดังนี้

ผู้นำชุมชน“ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีความสำคัญที่พัฒนาชุมชนมาก่อน ควรได้รับโอกาสและการให้คุณค่ากับผู้สูงอายุเพื่อให้กำลังใจและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อการมีสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดี”

ผู้สูงอายุ“กำลังใจเป็นสิ่งที่ต้องการรวมถึงการเยี่ยมสนับสนุนการทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ”

ญาติผู้สูงอายุ“ควรสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์การดำรงชีพแก่ผู้สูงอายุตามความเหมาะสมของแต่ละคน และควรพิจารณาให้การสนับสนุนค่าครองชีพบางส่วนเพิ่มเติมแก่ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้”

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน “ต้องการสิ่งสนับสนุนการเยี่ยมบ้าน เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก ปรอทวัดไข้ เครื่องเจาะน้ำตาล และวัสดุอุปกรณ์ที่ก่อให้เกิดความสะดวก ใช้งานง่าย และมีคุณภาพในการติดตามดูแลผู้สูงอายุ”

ประชาชน “ต้องการให้เกิดความร่วมมือของทุกภาคส่วนในการเข้ามาร่วมกันดูและผู้สูงอายุร่วมกัน”

ท้องถิ่น “ผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลแบบองค์รวม ทุกส่วนเข้ามาช่วยกันดู ท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณ และควรสร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกัน”

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข “ผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลด้านสุขภาพเป็นหลัก เช่น การตรวจคัดกรองโรคต่าง ๆ การตรวจสุขภาพประจำปี การพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลตนเองและญาติ การได้รับการเยี่ยมอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ พัฒนาศักยภาพของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) เพื่อเป็นผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (Care giver) ในลำดับแรก จากนั้นให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ดูแลลำดับที่สอง และทีมหมอครอบครัว เป็นผู้ให้การสนับสนุนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในลำดับถัดมา”

กิจกรรมที่ 3 “การสร้างคุณค่าในตัวเอง”

เริ่มต้นด้วยกิจกรรมการที่สร้างแรงบันดาลใจ การเสริมพลังในการดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่ดี มีคุณค่าในการดำรงอยู่ในสังคม ได้รับการยอมรับ มีพฤตพลัง มีความภาคภูมิใจและเชื่อมั่นในความเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณค่า รู้ศักยภาพของตน พร้อมที่จะนำความสามารถมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง ชุมชน สังคม และผู้อื่นได้ การสร้างคุณค่าในตนเองตั้งแต่ระดับครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมกิจกรรมที่ครอบคลุมองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ

(1) ตัวฉัน (I) คือ กิจกรรมเรื่องเล่าเพื่อสร้างให้ผู้สูงอายุตระหนักเข้าใจตนเองด้วยการทำให้ผู้สูงอายุเรียนรู้ว่า ตัวผู้สูงอายุเป็นใคร มีความสำคัญอย่างไร อยู่ที่ไหน มีบทบาทอย่างไรในครอบครัว พื้นที่ใดเป็นพื้นที่ของผู้สูงอายุ ขอบเขตของพื้นที่ในส่วนผู้สูงอายุและพื้นที่ภายนอกที่ผู้สูงอายุเป็นเจ้าของ มีความสำคัญอย่างไร จนผู้สูงอายุมีความเข้าใจตัวเองมากขึ้นและเข้าใจตัวเองอย่างลึกซึ้งพร้อมยอมรับสิ่งต่าง ๆ มากขึ้น

(2) การริเริ่ม (initiative) คือ กระบวนการที่ให้โอกาสผู้สูงอายุได้เรียนรู้ ทดลองทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุคิด แสดงออกและมีท่าทีที่เหมาะสมในการเสริมแรงทางบวกด้วยการชื่นชมหรือตั้งข้อสังเกตต่อพฤติกรรมของผู้สูงอายุโดยไม่ตำหนิ หรือตัดสินจนผู้สูงอายุเสียกำลังใจ

(3) ความเป็นอิสระ (independence) คือ การให้ผู้สูงอายุแสดงออกอย่างเป็นอิสระ ทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ไม่พึ่งพิงผู้อื่นจนไม่เหมาะสม การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ใช้ชีวิตด้วยการเป็นตัวของตัวเอง มีอิสระในการเลือกหรือตัดสินใจด้วยตัวเอง จะช่วยสร้างความเชื่อมั่นในตนเองและลดความกลัวในการดำเนินชีวิต

(4) การมีปฏิสัมพันธ์ (interaction) คือ การช่วยให้เกิดการเรียนรู้เรื่องการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นอย่างเหมาะสมของผู้สูงอายุ ยอมรับข้อจำกัดและชื่นชมข้อดีของผู้สูงอายุและคนอื่นและรู้จักเลือกที่จะใช้ท่าทีที่เหมาะสมในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม

กิจกรรมที่ 4 “สร้างการรับรู้ ความรู้ ทัศนคติ และปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ”

การอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องทักษะชีวิตครั้งที่ 1 เริ่มจากการเสนอสถานการณ์ปัญหาสุขภาวะและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่ จากนั้นประเมินผู้ร่วมฝึกอบรมผ่านการพูดคุยซักถามสังเกต และการตอบแบบสอบถาม หลังจากนั้นเติมส่วนขาดที่เหมาะสมกับผู้เข้ารับการอบรมผ่านกระบวนการกลุ่มและการให้ข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อเพิ่มการรับรู้ ความรู้ ทัศนคติที่เหมาะสมต่อการดูแลสุขภาวะและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ดำเนินการสนทนากลุ่มย่อยเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ความคิดเห็น ทำแบบทดสอบก่อนและหลังร่วมกิจกรรม

กิจกรรมที่ 5 “กิจกรรมทักษะการดำเนินชีวิต”

กิจกรรมนี้เน้นผู้สูงอายุโดยตรงเนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเปราะบางและเป็นผู้ได้รับประโยชน์จากกิจกรรมซึ่งลักษณะของกิจกรรมในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ คือ กิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลคนเอง ค้นหาตนเอง และประเมินสุขภาวะและคุณภาพชีวิตของตนเอง มีกิจรรมที่ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมร่วมกันกับครอบครัว ชุมชน และสังคมเหมือนที่เคยเป็นมาในอดีตก่อนการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ได้ลงมือกระทำกิจกรรมลักษณะร่วมกับชุมชน ทำกิจกรรมจิตอาสาเพื่อให้เกิดประโยชน์จากประสบการณ์ตรงที่ผ่านเข้ามาในชีวิต จะทำให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาทักษะชีวิต

ด้านการเสริมสร้างสัมพันธภาพและใช้ทักษะการสื่อสาร ฝึกการจัดการอารมณ์และความเครียดของตนเอง ได้รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ทำให้เข้าใจผู้อื่น นำไปสู่การยอมรับความคิดเห็นผู้อื่น รู้จักไตร่ตรอง ทำความเข้าใจและตรวจสอบตนเองทำให้เข้าใจตนเองและเห็นคุณค่าของตนเองต่อสังคม ได้รับการยอมรับจากกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกันรวมถึงคนรอบข้างและเพื่อนบ้านหรือคนในสังคม จนทำให้ผู้สูงอายุที่เข้ารับการฝึกอบรมมีทักษะการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม มีความสามารถในการดำเนินชีวิต สามารถแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองด้วยความรู้ ความเข้าใจ และรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ และสังคม สามารถเลือกแนวทางการดูแลสุขภาวะและคุณภาพชีวิตของตนเองและแก้ปัญหาของตนเองอย่างเหมาะสม ทำให้เกิดทักษะการดำรงชีวิตมีสุขภาวะและคุณภาพชีวิตของตนเองที่ดีมีความสุข

4.2.1.3 การติดตามการปฏิบัติการตามแผน (Observe) การติดตามกิจกรรมที่วางแผนไว้ว่าเป็นไปตาม Time Line และมีการดำเนินกิจกรรมตามแผนที่วางไว้หรือไม่ โดยการติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม และผู้สูงอายุกลุ่มอื่นว่าได้เข้าร่วมกิจกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตตามแผนกิจกรรมหรือไม่ รวมถึงการกระตุ้นเตือนโดยการเยี่ยมเสริมพลังจากภาคีเครือข่ายและหน่วยความร่วมมือทั้งภายในและภายนอกพื้นที่อย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป ผู้วิจัยใช้แบบสังเกตุในการบันทึกการสังเกตุร่วมกับการสอบถามคนในชุชมชนถึงการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุของเครือข่าย

4.2.1.4 การสะท้อนผล (Reflect) จากการประเมินติดตามกิจกรรมการดำเนินงานตามการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบประเด็นที่อาจต้องบันทึกเป็นกิจกรรมหลายประเด็นเพื่อเป็นแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ เช่น การสร้างคุณค่าให้กับผู้สูงอายุ การให้การยอมรับ การสร้างการมีส่วนร่วมในสังคมเหมือนเดิมก่อนการเป็นผู้สูงอายุ ความรักและความผูกพันของคนในครอบครัวและคนในชุมชน รวมถึงการสร้างเครือข่ายในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบผู้สูงอายุยังขาดการดูแลที่ใกล้ชิดและขาดผู้ดูแลที่ชัดเจน และขาดการเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด

4.2.2 การประชุมพัฒนากระบวนการครั้งที่ 2 วันที่ 7 เดือน ธันวาคม 2565 ผู้ร่วมประชุมประกอบด้วย 1) กำนันผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 11 คน 2) ประธาน อสม. จำนวน 11 คน 3) ตัวแทนผู้สูงอายุ จำนวน 11 คน 4) ญาติผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน 5) ตัวแทนภาคประชาชนในเขตพื้นที่ตำบลดองกำเม็ด จำนวน 2 คน 6) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลดองกำเม็ด จำนวน 1 คน 7) เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขในองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 1 คน 8) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพ จำนวน 1 คน และ 9) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 1 คน รวม 41 คน เริ่มจากการทบทวนแนวทางการพัฒนารูปแบบและการดำเนินการตามการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ถึงผลการดำเนินกิจกรรม ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินกิจกรรมมีอะไรบ้าง พบว่า รูปแบบและการดำเนินการตามการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษมีเครือข่ายที่ร่วมสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ มีการติดตามดูแลจากเครือข่ายและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิด เกิดความเข้าใจระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน รวมถึงประชาชนในพื้นที่ที่เข้ามาร่วมกันในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกัน เกิดการประสานงานทั้งข้อมูล สถานการณ์ และการดำเนินกิจกรรมที่มีความต่อเนื่อง สิ่งที่ต้องเพิ่มเติมคือเรื่องการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ค่อนข้างยากในการกำกับดูแล ซึ่งอาจต้องปรับเปลี่ยนผู้ดูแล (Care giver) เป็นคนในครอบครัวเพื่อความใกล้ชิด ทันเวลา และความเต็มใจในการบริบาล และประเด็นที่ต้องเพิ่มเติมคือการป้องกันการหกล้ม และการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) เพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ตรงตามความต้องการและการบริบาลด้วยความรักและศรัทธา เพิ่มคุณค่าการดูแลผ่านแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่เริ่มต้นจากความรักและความผูกพันกับผู้สูงอายุ อันจะทำให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

4.2.3 การประชุมพัฒนากระบวนการครั้งที่ 3 วันที่ 17 เดือน มกราคม 2566 ผู้ร่วมประชุมประกอบด้วย 1) กำนันผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 11 คน 2) ประธาน อสม. จำนวน 11 คน 3) ตัวแทนผู้สูงอายุ จำนวน 11 คน 4) ญาติผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน 5) ตัวแทนภาคประชาชนในเขตพื้นที่ตำบลดองกำเม็ด จำนวน 2 คน 6) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลดองกำเม็ด จำนวน 1 คน 7) เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขในองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 1 คน 8) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 1 คน และ 9) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 1 คน รวม 41 คน

4.2.3.1 ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

ใช้กลไกการสร้างคุณค่า การได้รับโอกาส การยอมรับ การให้เข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ การได้รับการดูแลเอาใจใส่ การได้รับสิ่งสนับสนุนทั้งทางด้านวัตถุและจิตใจ โดยการประยุกต์ใช้หลักการให้คุณค่าของ คือ บุคคลที่มีการยอมรับในตนเองได้ และสามารถปรับตัวให้เหมาะสมกับความเป็นจริง จะเป็นบุคคลที่มีการมองเห็นคุณค่าในตนเอง การมีจุดเด่น ผลสัมฤทธิ์ ความสามารถที่เหมาะสมต่อสภาพการณ์ต่างๆ การบรรลุเป้าหมายและความสามารถ ความเชื่อมั่น การพึ่งพาตนเอง และความมีอิสระเสรี มีอำนาจในการตัดสินใจ การมีชื่อเสียง การได้รับการยอมรับ ได้รับความสนใจ เกียรติยศ สถานภาพ มีความสำคัญ ศักดิ์ศรี เป็นที่ชื่นชมของผู้อื่น

4.2.3.2 เป้าหมายการพัฒนา

1) การสร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจานตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

2) ดูแลคุณภาพชีวิตและให้ความช่วยเหลือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ให้ได้รับการดูแลตามความเหมาะสม

3) การพัฒนาพื้นที่ต้นแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ และเป็นศูนย์การเรียนรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

จัดประชุมกลุ่มเพื่อระดมสมอง สะท้อนคิดในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 3 วงรอบ ซึ่งผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมจนได้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่นำมาใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของพื้นที่ โดยมีรูปแบบดังนี้

1) การสร้างคุณค่า (Value) หมายถึง โอกาส การยอมรับ การให้เข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ การได้รับการดูแลเอาใจใส่ การได้รับสิ่งสนับสนุนทั้งทางด้านวัตถุและจิตใจ โดยการประยุกต์ใช้หลักการให้คุณค่าของ คือ บุคคลที่มีการยอมรับในตนเองได้ และสามารถปรับตัวให้เหมาะสมกับความเป็นจริง จะเป็นบุคคลที่มีการมองเห็นคุณค่าในตนเอง การมีจุดเด่น ผลสัมฤทธิ์ ความสามารถที่เหมาะสมต่อสภาพการณ์ต่างๆ การบรรลุเป้าหมายและความสามารถ ความเชื่อมั่นการพึ่งพาตนเอง และความมีอิสระเสรี มีอำนาจในการตัดสินใจ การมีชื่อเสียง การได้รับการยอมรับได้รับความสนใจ เกียรติยศ สถานภาพ มีความสำคัญ ศักดิ์ศรี เป็นที่ชื่นชมของผู้อื่น

2) ความรอบรู้ (Health Literacy) หมายถึง ความรู้ แรงจูงใจ และความสามารถของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตลอดจนการตัดสินใจในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแลอย่างมีหลักการและความรอบรู้เท่าทันปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นในปัจจุบันละอนาคตที่จะมาถึง เช่น ความเสื่อมของร่างกาย การป้องกันและควบคุมโรค ภาวะคุกคามของโรคที่ฉวยโอกาสในผู้สูงอายุ และอื่น ๆ

3) ความสัมพันธ์ในครอบครัว (Family Relationship) หมายถึง ความรักความผูกพันของผู้สูงอายุกับคนในครอบครัว เช่น ลูก หลาน ญาติ และคนอื่น ๆ ที่อาศัยในครอบครัวเดียวกัน หรือ ที่มีความสัมพันธ์กันทางสายเลือด ความสัมพันธ์ดังกล่าวจะเป็นปัจจัยสนับสนุน ส่งเสริม

ให้กำลังใจ และเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจานตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

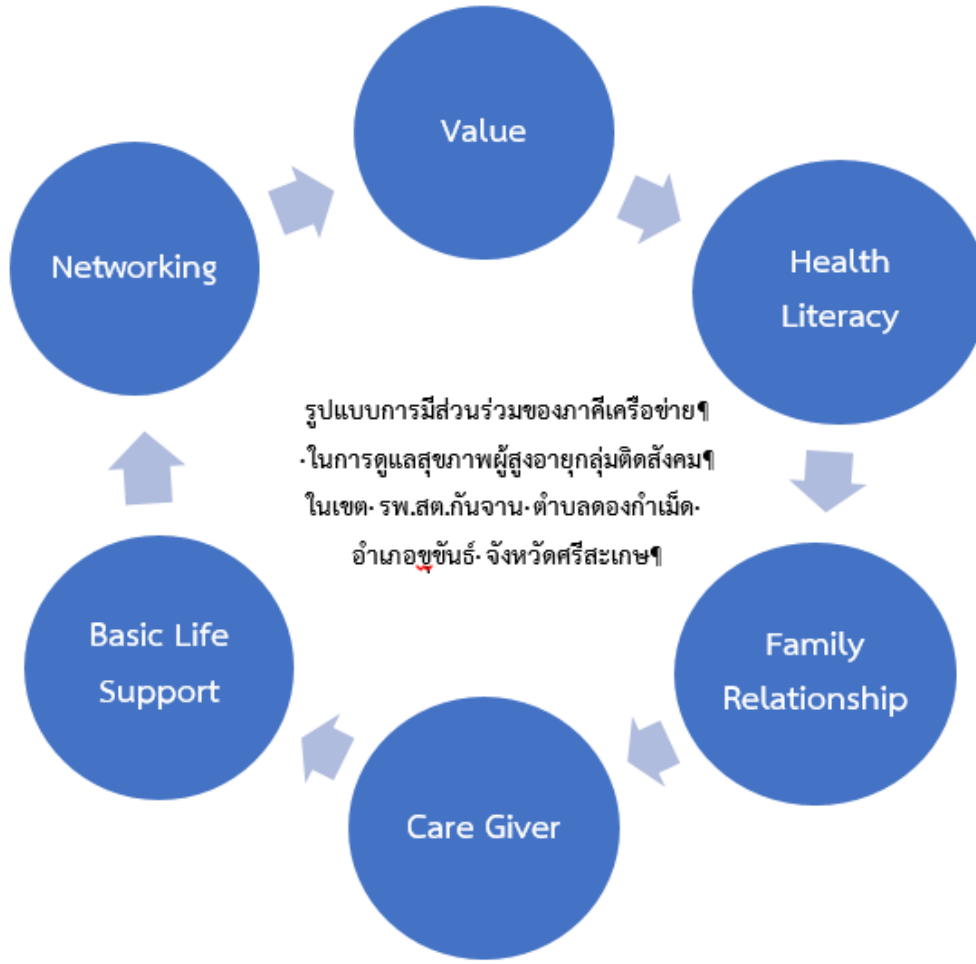
4) ผู้ดูแลในครอบครัว (Care Giver) หมายถึง แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) ที่พัฒนาจากคนในครอบครัวเพื่อมาดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในครอบครัวตัวเอง มีความพิเศษ คือ การให้การบริบาลผู้สูงอายุด้วยความเต็มใจ รัก ศรัทธา และมีความมุ่งมั่นในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวอย่างไม่เขินอาย โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นนักบริบาลมือ 2 ที่คอยให้ความช่วยเหลือทั้งด้านวิชาการและกำลังใจ

5) สิ่งสนับสนุนการดำรงชีพ (Basic Life Support) หมายถึง เครื่องมือ อุปกรณ์การช่วยชีวิต นโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่ชัดเจน ทีมสหวิชาชีพให้ความช่วยเหลือ อุปกรณ์ในการติดตามเยี่ยมบ้าน สิ่งสนับสนุนการดำเนินชีวิตผู้สูงอายุตามความจำเป็น และงบประมาณในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เพียงพอ

6) เครือข่าย (Networking) หมายถึง กลุ่มหรือทีมงาน หน่วยงาน องค์กร และสถาบันต่าง ๆ ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจานตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ เช่น ท้องถิ่น ชุมชน องค์กรเอกชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ นักวิชาการทางด้านสุขภาพ เป็นความร่วมมือที่เกิดขึ้นเพื่อมุ่งหวังในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจานตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ให้เกิดประสิทธิภาพตามเป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีคำสั่งของคณะกรรมการพัฒนาสุขภาพอำเภอ (พชอ.) ในการกำหนดบทบาทหน้าที่และประเด็นการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในระดับอำเภอ ตำบล (พชต.) และหมู่บ้านี (พชบ.)

จากการการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 3 วงรอบ ได้รูปแบบ การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจานตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ดังภาพประกอบ

พหูน ปณ ฑิโต ชีเว



ภาพประกอบ 5 รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

4.3 ผลลัพธ์ของรูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

4.3.1 คุณลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.48 เป็นผู้สูงอายุร้อยละ 14 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 58.53 มีสถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 73.17 ประกอบอาชีพรับราชการ ร้อยละ 41.46 มีมัธยฐานของรายได้เท่ากับ 12,000 บาท (เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 เท่ากับ 7,000 บาท และเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75เท่ากับ 15,000 บาท) ตามลำดับ รายละเอียดตามตาราง 3

ตาราง 3 จำนวน ร้อยละ คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n=41)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	8	19.51
หญิง	33	80.48
2. อายุ		
น้อยกว่า 60 ปี	27	65.85
ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	14	34.41
3. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน 0	5	12.19
ประถมศึกษา1	5	12.19
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า2 3 4	6	14.63
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า 5 6	24	58.53
4. สถานภาพสมรส		
โสด	5	12.19
สมรส	30	73.17
หม้าย/หย่า/แยก	6	14.63
5. อาชีพ		
ไม่มีอาชีพ	8	19.51
เกษตรกร	17	41.46
รับจ้าง	6	14.63
รับราชการ	10	24.39
5. รายได้		
Median (P_{25} : P_{75})	12,000 (7,000 : 15,000)	

4.3.2 ความรูเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การรับรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และการมีสวนรวมในการปฏิบัติงานก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจานตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ รายละเอียดดังนี้

4.3.2.1 ระดับความรูเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุก่อนการพัฒนา และหลังการพัฒนา

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละความรูเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุก่อนและหลังการการพัฒนา (n=41)

ข้อความ	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
	ร้อยละ	ร้อยละ
1. ผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการรับประทานอาหาร ควรรับประทานอาหารมื้อละจำนวนน้อย ๆ แต่บ่อยครั้งขึ้น	36.0	99.0
2. ผู้สูงอายุที่ได้รับประทานอาหารจืดมากเกินไปทำให้เกิดโรคอ้วนเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูงได้	37.0	100.0
3. ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำ 6-8 แก้วต่อวัน	41.0	97.0
4. ลดช่วงเวลานอนการงีบหลับเวลากลางวันเพราะจะทำให้ผู้สูงอายุนอนไม่หลับในเวลากลางคืนได้	45.0	91.0
5. ผู้สูงอายุนอนควรพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง	100.0	81.0
6. การออกกำาลังกายทำให้สมรรถภาพทางร่างกายดีขึ้น ชะลอการเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย	99.0	81.0
7. การบริหารร่างกายเป็นประจำช่วยให้ร่างกายผู้สูงอายุแข็งแรง	69.0	78.0
8. การออกกำลังกายของผู้สูงอายุในท่าบริหารร่างกายทำให้เลือดไหลเวียนของเลือด	43.0	72.0
9. ปัญหาสำคัญของการขับถ่ายของผู้สูงอายุคือภาวะท้องผูกอุจจาระแข็งถ่ายไม่ออก	99.0	69.0
10. ผู้สูงอายุที่ไม่ทำกิจกรรมมีส่วนทำให้อาการท้องอืด ได้	71.0	68.0
11. การรับประทานผลไม้หลังอาหารทำให้ผู้สูงอายุขับถ่ายอุจจาระง่าย	43.0	64.0

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละความรูเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุก่อนและหลังการการพัฒนา (n=41) (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
	ร้อยละ	ร้อยละ
12. การจัดพื้นที่ภายในบ้านให้เหมาะสมและเป็น ระเบียบเรียบร้อยเป็นสิ่งที่พึงกระทำสำหรับบ้านที่มี ผู้สูงอายุ	29.0	66.0
13. การติดแผ่นกันลื่นในห้องน้ำเป็นการป้องกันอันตรายที่จะเกิดในห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุ	14.0	69.0
14. ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านสายตาจะมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้บ่อย	71.0	72.0
15. หากผู้สูงอายุเครียดจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้	22.0	79.0
16. บ้านที่อากาศไม่ถ่ายเททำให้ความดันโลหิตสูงได้	35.0	75.0
17. บ้านที่อากาศไม่ถ่ายเททำให้ผู้สูงอายุเกิดโรคระบบทางเดินหายใจ	29.0	79.0
18. ความสัมพันธ์ทางด้านครอบครัวเป็นจุดสำคัญต่อการดำเนินชีวิตที่ปกติของผู้สูงอายุ	58.0	81.0
19. การให้ความเคารพนับถือกับผู้สูงอายุเป็นผลดีต่อสุขภาพทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ	32.0	94.0
20. ปัญหาสุขภาพจิตที่พบในผู้สูงอายุคือ โรคซึมเศร้า	34.0	89.0

จากตาราง 4 พบว่า ก่อนการพัฒนากลุ่มภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ มีความรู้มากที่สุด คือ ผู้สูงอายุนอนควรพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 100.0 รองลงมา คือ การออกกำลังกายทำให้สมรรถภาพทางร่างกายดีขึ้น ชะลอการเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย และปัญหาสำคัญของการขับถ่ายของผู้สูงอายุคือภาวะ ท้องผูกอุจจาระแข็งถ่ายไม่ออก คิดเป็นร้อยละ 99.0 ตามลำดับ หลังการพัฒนา ภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ มีความรู้มากที่สุด คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับประทานอาหารจืดมากเกินไปทำให้ เกิดโรคอ้วน เบาหวาน หรือความดันโลหิตสูงได้ คิดเป็นร้อยละ 100.0 รองลงมา คือ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการ

รับประทานอาหาร ควรรับประทานอาหารมื้อละจำนวนน้อย ๆ แต่บ่อยครั้งขึ้น คิดเป็นร้อยละ 99.0 และผู้สูงอายุควรดื่มน้ำ 6-8 แก้วต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 97.0

4.3.2.2 ระดับความรูเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุก่อนพัฒนาและหลังพัฒนา

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของระดับความรูเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุก่อนและหลังพัฒนา (n=41)

ระดับความรู้	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
	ร้อยละ	ร้อยละ
สูง	0.0	52.0
ปานกลาง	22.0	47.0
ต่ำ	78.0	1.0

จากตาราง 5 พบว่า ก่อนการพัฒนากลุ่มภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ มีระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 78.0 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 22.0 ตามลำดับ หลังการพัฒนากลุ่มภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ มีระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 52.0 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 47.0 และระดับต่ำ ร้อยละ 1.0

พหูน ปณฺฑิโต ชีเว

4.3.2.3 การรับรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมของภาคีเครือข่ายก่อนพัฒนาและหลังการพัฒนา

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละการรับรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมของภาคีเครือข่ายก่อนพัฒนาและหลังการพัฒนา (n=41)

ข้อความ	ก่อนพัฒนา			หลังพัฒนา		
	Mean	SD.	ระดับ	Mean	SD.	ระดับ
1. ปฏิบัติตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข	1.28	0.68	ต่ำ	2.34	0.90	ปานกลาง
2. เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ หรือจัดรณรงค์และให้ ความรู้ทางด้านสาธารณสุข	1.48	0.81	ต่ำ	1.97	1.00	ปานกลาง
3. ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน	1.58	0.87	ต่ำ	1.89	0.85	ปานกลาง
4. อาสาสมัครสาธารณสุขประจ าหมู่บ้าน จะต้องดำเนินการตามมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	1.93	0.90	ปานกลาง	1.85	0.85	ปานกลาง
5. ประสานการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชน และปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่หน่วยงานของรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	1.94	0.91	ปานกลาง	1.80	0.94	ปานกลาง
6. ฉันสามารถแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสมรรถนะอาสาสมัครประจำหมู่บ้านได้เสร็จสิ้นและประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี	1.98	0.91	ปานกลาง	1.72	0.93	ปานกลาง
7. ฉันได้รับโอกาสและการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้นำท้องถิ่นและเพื่อนร่วมงาน ให้ได้รับการพัฒนาศักยภาพอยู่เสมอ เช่น การฝึกอบรม ศึกษาดูงาน ประกวดแข่งขันในระดับตำบล/อำเภอ/จังหวัด/เขต/ประเทศ	1.72	0.92	ปานกลาง	1.88	0.97	ปานกลาง
8. ฉันได้รับการสนับสนุนให้ปฏิบัติงานตามความเหมาะสมกับความสามารถและหน้าที่	1.68	0.90	ปานกลาง	1.97	0.82	ปานกลาง
9. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเพื่อนร่วมงานแสดงความห่วงใยเมื่อท่านออกทำงานส่งเสริมสุขภาพประชาชน	1.52	0.80	ต่ำ	2.27	0.92	ปานกลาง

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละการรับรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมของภาคีเครือข่ายก่อนพัฒนาและหลังการพัฒนา (n=41) (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนพัฒนา			หลังพัฒนา		
	Mean	SD.	ระดับ	Mean	SD.	ระดับ
10. ให้ความรู้ ด้านการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสาธารณสุขการมีส่วนร่วมในการเสนอความเห็นของชุมชนเกี่ยวกับนโยบายด้านสุขภาพแก่ประชาชน	1.24	0.64	ต่ำ	2.69	0.72	สูง

จากตาราง 5 พบว่า ก่อนการพัฒนากลุ่มภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ มีการรับรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมากที่สุด คือ สามารถแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสมรรถนะอาสาสมัครประจำหมู่บ้านได้เสร็จสิ้นและประสบความสำเร็จเป็นอย่างดีในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =1.98,SD=0.91) รองลงมา คือ ประสานการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชนและปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่หน่วยงานของรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =1.94,SD=0.91) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจ าหมู่บ้านจะต้องดำเนินการตามมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =1.93,SD=0.90) ตามลำดับ หลังการพัฒนา กลุ่มภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ มีการรับรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมากที่สุด คือ ให้ความรู้ ด้านการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสาธารณสุขการมีส่วนร่วมในการเสนอความเห็นของชุมชนเกี่ยวกับนโยบายด้านสุขภาพแก่ประชาชนในระดับสูง ($\bar{X}$ =2.69,SD=0.72) รองลงมา คือ ปฏิบัติตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.34,SD=0.90) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเพื่อนร่วมงานแสดงความห่วงใยเมื่อท่านออกทำงานส่งเสริมสุขภาพประชาชนในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.27,SD=0.92)

4.3.2.5 ทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมของภาคีเครือข่ายก่อนและหลังการพัฒนา

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมของภาคีเครือข่ายก่อนและหลังการการพัฒนา (n=41)

ข้อความ	ก่อนพัฒนา			หลังพัฒนา		
	Mean	SD.	ระดับ	Mean	SD.	ระดับ
1. จำนวนหลังคาเรือนที่ท่านรับผิดชอบท่านคิดว่ามีความเหมาะสมดีแล้ว	2.78	0.63	สูง	2.96	0.20	สูง
2. ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายในการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพในชุมชน	2.66	0.74	สูง	2.65	0.56	สูง
3. การที่ต้องคอยให้ความรู้ คำแนะนำคนในชุมชนทำให้รบกวนงานประจำของท่าน	1.97	0.50	ปานกลาง	2.73	0.68	สูง
4. ท่านรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้ปฏิบัติงานส่งเสริมกิจกรรมสุขภาพด้านสุขศึกษาต่อชุมชน	1.94	0.40	ปานกลาง	2.47	0.69	สูง
5. ท่านรู้สึกว่าเมื่อท่านให้ความรู้ ให้คำแนะนำหรือว่าทำกิจกรรมในชุมชนชาวบ้านไม่ค่อยให้ความร่วมมือ	1.96	0.40	ปานกลาง	2.62	0.51	สูง
6. ท่านอยากดูแลผู้สูงอายุเพราะอยากทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพชุมชน	2.55	0.77	สูง	2.69	0.62	สูง
7. ท่านรู้สึกมีความสุขทุกครั้งเมื่อเห็นคนในชุมชนของท่านมีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์	2.48	0.79	สูง	1.81	0.78	ปานกลาง
8. ท่านรู้สึกอึดอัดที่ต้องปฏิบัติงานด้านสุขศึกษา	1.08	0.39	ต่ำ	2.58	0.50	สูง
9. ท่านได้นำข่าวสารหรือความรู้ที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปแจ้งให้เพื่อนบ้านทราบทุกครั้ง	1.02	0.20	ต่ำ	2.03	0.99	ปานกลาง
10. ท่านคิดว่าเอาเวลาที่ท่านปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุเป็นเรื่องเสียเวลาไปทำอย่างอื่นน่าจะมีประโยชน์ต่อท่านมากกว่า	1.02	0.20	ต่ำ	2.87	0.49	สูง

จากตาราง 7 พบว่า พบว่า ก่อนการพัฒนากลุ่มภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ มีทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมากที่สุด คือ จำนวนหลังคาเรือนที่ท่านรับผิดชอบท่านคิดว่ามีความเหมาะสมดีแล้วในระดับสูง ($\overline{X} = 2.78, SD = 0.63$) รองลงมา คือ รู้สึกเบื่อหน่ายในการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพในชุมชนในระดับสูง ($\overline{X} = 2.66, SD = 0.74$) และอยากดูแลผู้สูงอายุเพราะอยากทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพชุมชนในระดับสูง ($\overline{X} = 2.55, SD = 0.77$) ตามลำดับ หลังการพัฒนากลุ่มภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ มีจำนวนหลังคาเรือนที่ท่านรับผิดชอบท่านคิดว่ามีความเหมาะสมดีแล้วในระดับสูง ($\overline{X} = 2.96, SD = 0.20$) รองลงมา คือ เอาเวลาที่ท่านปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุเป็นเรื่องเสียเวลาไปทำอย่างอื่นน่าจะมีประโยชน์ต่อท่านมากกว่าในระดับสูง ($\overline{X} = 2.87, SD = 0.49$) และการที่ต้องคอยให้ความรู้ คำแนะนำคนในชุมชนทำให้รบกวนงานประจำของท่านในระดับสูง ($\overline{X} = 2.73, SD = 0.68$)

4.3.2.7 การมีสวนร่วมในการปฏิบัติงานของภาคีเครือข่ายในการการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมก่อนพัฒนาและหลังการพัฒนา

ตาราง 8 จำนวนและร้อยละการมีสวนร่วมในการปฏิบัติงานของภาคีเครือข่ายในการการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมก่อนพัฒนาและหลังการพัฒนา (n=41)

ข้อความ	ก่อนพัฒนา			หลังพัฒนา		
	Mean	SD.	ระดับ	Mean	SD.	ระดับ
ด้านการวางแผนและตัดสินใจ						
1. ท่านมีส่วนร่วมจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	1.00	0.00	ต่ำ	1.24	0.65	ต่ำ
2. ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงาน คัดกรองสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนด้านกาย จิตและสังคม	1.02	0.20	ต่ำ	1.44	0.83	ต่ำ
3. ท่านมีส่วนร่วมค้นหาวิธีแก้ไขปัญหาการขาดการเข้ารับบริการการตรวจสุขภาพประจำปี ของผู้สูงอายุในชุมชน	1.00	0.00	ต่ำ	1.80	0.64	ปานกลาง

ตาราง 8 จำนวนและร้อยละการมีสวนร่วมในการปฏิบัติงานของภาคีเครือข่ายในการการดูแลผู้สูงอาย กลุ่มติดสังคมก่อนพัฒนาและหลังการพัฒนา (n=41) (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนพัฒนา			หลังพัฒนา		
	Mean	SD.	ระดับ	Mean	SD.	ระดับ
ด้านการปฏิบัติงานตามแผน						
4. ท่านมีส่วนร่วมปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อสอบถามปัญหาด้านสุขภาพ	1.02	0.14	ต่ำ	1.11	0.31	ต่ำ
5. ท่านมีส่วนร่วมให้คำแนะนำความรู้วิธีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างถูกสุขอนามัยแก่พี่เลี้ยงผู้ดูแลผู้สูงอายุ	1.03	0.22	ต่ำ	2.03	0.46	ปานกลาง
6. ท่านมีส่วนร่วมแนะนำเรื่องการรับประทานยาอย่างถูกวิธีแก่ผู้สูงอายุในชุมชน ที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	1.68	0.51	ปานกลาง	1.24	0.65	ต่ำ
7. ท่านมีส่วนร่วมปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการคัดกรองสภาวะสุขภาพด้านกาย จิต สังคม แก่ผู้สูงอายุในชุมชน	1.02	0.20	ต่ำ	2.03	0.46	ปานกลาง
8. ท่านมีส่วนร่วมให้คำแนะนำในการรักษาพยาบาลเบื้องต้น เมื่อผู้สูงอายุในชุมชนเจ็บป่วย	1.68	0.51	ปานกลาง	2.16	0.99	ปานกลาง
9. ท่านมีส่วนร่วมในการส่งต่อผู้ป่วยแก่สถานพยาบาล เมื่อ ผู้สูงอายุในชุมชนเจ็บป่วย	1.22	0.58	ต่ำ	2.04	0.47	ปานกลาง
ด้านการปฏิบัติงานตามแผน						
10. ท่านมีส่วนร่วมกระตุ้นเตือนผู้สูงอายุในชุมชนให้เข้ารับสวัสดิการตรวจตาต้อกระจกประจำปี	1.49	0.58	ต่ำ	1.73	0.93	ปานกลาง

ตาราง 8 จำนวนและร้อยละการมีสวนร่วมในการปฏิบัติงานของภาคีเครือข่ายในการการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคมก่อนพัฒนาและหลังการพัฒนา (n=41) (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนพัฒนา			หลังพัฒนา		
	Mean	SD.	ระดับ	Mean	SD.	ระดับ
11. ท่านมีส่วนร่วมจัดรวมกลุ่มผู้สูงอายุให้เข้าร่วมโครงการ ออกกำลังกายในชุมชน	1.67	0.49	ต่ำ	1.35	0.74	ต่ำ
12. ท่านมีส่วนร่วมประกาศข่าวสารสวัสดิการต่างๆ จากหน่วยงานราชการให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชนได้ทราบอย่างทั่วถึง	1.26	0.63	ต่ำ	2.58	0.81	สูง
13. ท่านมีส่วนร่วมในการคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุในชุมชน ทางด้านสาธารณสุข เช่น การขึ้นทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพ	1.33	0.68	ต่ำ	1.75	0.94	ปานกลาง
14. ท่านมีส่วนร่วมเป็นแกนนำร่วมกับชุมชนในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุเนื่องในวันสำคัญ เช่น ประเพณีรดน้ำดำหัวผู้ใหญ่ในวันสงกรานต์	1.73	0.47	ปานกลาง	2.05	0.46	ปานกลาง
ด้านการมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์						
15. ท่านมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุสามารถนำความรู้ไปดูแลสุขภาพครอบครัวตนเองทำให้มีสุขภาพอนามัยที่ดีขึ้น	1.60	0.89	ต่ำ	2.06	0.45	ปานกลาง
16. ท่านมีส่วนร่วมได้รับการพัฒนาจากภาคราชการ เช่น การอบรมเสริมความรู้ การศึกษาดูงานนอกพื้นที่	1.84	0.86	ปานกลาง	1.84	0.98	ปานกลาง
17. ท่านมีส่วนร่วมได้รับสิ่งสนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น วัสดุอุปกรณ์ครุภัณฑ์ ยาและ กระเป๋ายา	1.27	0.45	ต่ำ	2.25	0.94	ปานกลาง

ตาราง 8 จำนวนและร้อยละการมีสวนร่วมในการปฏิบัติงานของภาคีเครือข่ายในการการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคมก่อนพัฒนาและหลังการพัฒนา (n=41) (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนพัฒนา			หลังพัฒนา		
	Mean	SD.	ระดับ	Mean	SD.	ระดับ
18. ท่านมีส่วนร่วมได้รับค่าตอบแทนพิเศษนอกเหนือจากสวัสดิการ เช่น ได้ศึกษาต่อ กศน.ได้อบรมความรู้คอมพิวเตอร์ ได้รับยกย่องจากชุมชน	2.40	0.89	สูง	1.73	0.91	ปานกลาง
19. ท่านมีส่วนร่วมได้รับความภาคภูมิใจในเกียรติยศชื่อเสียง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	1.07	0.26	ต่ำ	1.94	0.34	ปานกลาง
ด้านการติดตามและประเมินผล						
20. ท่านมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุในการออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุในชุมชน	1.72	0.49	ปานกลาง	1.99	0.96	ปานกลาง
21. ท่านมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลสุขภาพกาย จิตและด้านสังคม ของผู้สูงอายุในชุมชนพร้อมทำรายงานเสนอต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	1.10	0.36	ต่ำ	2.11	0.97	ปานกลาง
22. ท่านมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อรับความช่วยเหลือด้านกาย อุปกรณ์ เช่น รถเข็น ไม้เท้า เตียงปรับระดับจากส่วนราชการ	1.14	0.45	ต่ำ	1.51	0.85	ต่ำ
23. ท่านมีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่ของรัฐในการประเมินผลผู้สูงอายุในชุมชนที่มีสุขภาพอนามัยแข็งแรงดีเด่น	1.16	0.51	ต่ำ	1.94	0.99	ปานกลาง

จากตาราง 8 พบว่า ก่อนการพัฒนากลุ่มภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ มีการมี สวนร่วมในการปฏิบัติงานของภาคีเครือข่ายในการการดูแลผู้สูงอายุมากที่สุด คือ มีส่วนร่วมได้รับค่าตอบแทนพิเศษนอกเหนือจากสวัสดิการ เช่น ได้ศึกษาต่อ กศน.ได้อบรมความรู้คอมพิวเตอร์ ได้รับยกย่องจากชุมชนในระดับสูง ($\overline{X}$=2.40, SD=0.89) รองลงมา คือ มีส่วนร่วมได้รับการพัฒนาจากภาคราชการ เช่น การอบรมเสริมความรู้ การศึกษาดูงานนอกพื้นที่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$=1.84, SD=0.86) และมีส่วนร่วมเป็นแกนนำร่วมกับชุมชนในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุเนื่องในวันสำคัญเช่น ประเพณีรดน้ำดำหัวผู้ใหญ่ในวันสงกรานต์ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$=1.73, SD=0.47) ตามลำดับ หลังการพัฒนากลุ่มภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ มีการมีสวนร่วมในการปฏิบัติงานของภาคีเครือข่ายในการการดูแลผู้สูงอายุมากที่สุด คือ มีส่วนร่วมประกาศข่าวสารสวัสดิการต่างๆ จากหน่วยงานราชการให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชนได้ทราบอย่างทั่วถึงในระดับสูง ($\overline{X}$=2.58, SD=0.81) รองลงมา คือ มีส่วนร่วมได้รับสิ่งสนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น วัสดุอุปกรณ์ ครุภัณฑ์ ยาและ กระเป๋ายาในระดับปานกลาง ($\overline{X}$=2.25, SD=0.94) และมีส่วนร่วมให้คำแนะนำในการรักษาพยาบาลเบื้องต้น เมื่อผู้สูงอายุในชุมชนเจ็บป่วยในระดับปานกลาง ($\overline{X}$=2.16, SD=0.99)

4.3.3 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรูเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การรับรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และการมีสวนรวมในการปฏิบัติงานก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ รายละเอียดดังนี้

4.3.3.1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรูเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุก่อนและหลังพัฒนา

พหุน ปณฺ ฑิโต ชีเว

ตาราง 9 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรูเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนา (n=41)

ความรูเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	n	Mean	SD	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
ก่อนพัฒนา	41	10.07	1.77				
				5.87	5.40-6.33	24.91	<0.001**
หลังพัฒนา	41	15.94	1.78				

**p-value<0.01

จากตาราง 9 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรูเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุก่อนและหลังพัฒนา พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรูเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความรูเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนการทดลอง 5.87 คะแนน (95% CI = 5.40-6.33)

4.3.3.2 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนา

ตาราง 10 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนา (n=41)

การรับรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	n	Mean	SD	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
ก่อนพัฒนา	41	16.35	4.46				
				4.01	3.77-4.24	34.34	<0.001**
หลังพัฒนา	41	20.36	4.22				

**p-value<0.01

จากตาราง 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนการทดลอง 4.01 คะแนน (95% CI = 3.77-4.24)

4.3.3.3 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนา

ตาราง 11 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนา (n=41)

ทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	**n**	**Mean**	**SD**	$\bar{d}$	**95%CI**	**t**	**p-value**
ก่อนพัฒนา	41	19.46	2.08				
				5.95	5.52-6.37	28.07	<0.001**
หลังพัฒนา	41	25.41	1.71				

จากตาราง 11 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนการทดลอง 5.95 คะแนน (95% CI = 5.52-6.37)

4.3.3.4 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานก่อนและหลังการพัฒนา

ตาราง 12 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานก่อนและหลังการพัฒนา

การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน	**n**	**Mean**	**SD**	$\bar{d}$	**95%CI**	**t**	**p-value**
ก่อนพัฒนา	100	31.21	5.14	10.75	9.36-12.13	15.35	<0.001**
หลังพัฒนา	100	41.96	10.73				

**p-value<0.01

จากตาราง 12 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสูงกว่าก่อนการทดลอง 10.75 คะแนน (95% CI = 9.36-12.13)

4.3.3.5 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรูเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การรับรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และการมีสวนรวมในการปฏิบัติงานก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ในภาพรวม

พหูน ปณ ฑิโต ชีเว

ตาราง 13 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรูเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การรับรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และการมีสวนรวมในการปฏิบัติงานก่อนและหลังการพัฒนา (n=41)

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน	**ก่อน (n=41)** $\bar{X}$ **(SD)**	**หลัง (n=41)** $\bar{X}$ **(SD)**	$\bar{d}$	**95%CI**	**t**	**p-value**
ความรูเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	10.07 (1.77)	15.94 (1.78)	5.87	5.40-6.33	24.91	<0.001**
การรับรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	16.35 (4.46)	20.36 (4.22)	4.01	3.77-4.24	34.34	<0.001**
ทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	19.46 (2.08)	25.41 (1.71)	5.95	5.52-6.37	28.07	<0.001**
การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน	31.21 (5.14)	41.96 (10.73)	10.75	9.36-12.13	15.35	<0.001**

**p-value<0.01

จากตาราง 13 พบว่า หลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรูเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การรับรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และการมีสวนรวมในการปฏิบัติงาน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยพบว่าหลังการทดลองใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรูเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง 5.87 คะแนน (95%CI=5.40-6.33) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 4.01 คะแนน (95%CI=3.77-4.24) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 5.95 คะแนน (95%CI=5.52-6.37) และผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีสวนรวมในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น 10.75 คะแนน (95%CI=9.36-12.13)

4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

จากกิจกรรมการถอดบทเรียนของการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำ

เม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ เป็นกิจกรรมภายใต้กระบวนการวิจัยเชิง ปฏิบัติการตามแนวคิด PAOR ของ Kemmis & McTaggart ซึ่งผู้วิจัยได้จัดประชุม เพื่อเปิดโอกาสให้คณะทำงานร่วม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ แนวคิด เจตคติ ในการ ประเมินผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ปัญหา และอุปสรรค ตลอดจนปัจจัยแห่งความสำเร็จในการ การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งมีผู้เข้าร่วมประชุมจำนวน 41 คนลักษณะของการประชุม เป็นรูปแบบของการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และในการประชุมครั้งนี้มี ประเด็นที่ต้องติดตามประเมินผล คือ ผลการดำเนินงานการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

จากการ สนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) พบว่า กลุ่มผู้เข้าร่วมประชุมวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน โดยพบปัญหาและอุปสรรค แนวทางการแก้ไขปัญหา และปัจจัยแห่งความสำเร็จ มีดังนี้

4.4.1 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

1) การดำเนินกิจกรรมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามแผน เนื่องจากภาระงานของผู้รับผิดชอบงานมีความทับซ้อนในบางสัปดาห์ เช่น การประชุม การรับประเมิน เป็นต้น

2) การพัฒนาความรู้ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมบางส่วนยัง ไม่สามารถจดจำการดูแลที่เป็นลักษณะเฉพาะด้าน ได้อย่างครบถ้วน

4.4.2 แนวทางการแก้ไขปัญหา

1) ผู้วิจัยนำปัญหาเข้าในที่ประชุมเพื่อกำหนดแนวทางการแก้ไข ซึ่งจากการประชุมถอดบทเรียน ผู้เข้าร่วมมีมติในการแก้ไขปัญหา คือ หากมีสัปดาห์ที่ ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมได้ ให้เร่งดำเนินการในสัปดาห์ถัดไป

2) การพัฒนาความรู้ด้านทักษะการดูแลผู้สุขภาพสูงอายุ ควรมีกิจกรรมเพิ่มเติมองค์ความรู้อย่างสม่ำเสมอ ผ่านกิจกรรมกลุ่มหรือการอบรม

4.4.3 ปัจจัยแห่งความสำเร็จการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

จากการสนทนากลุ่มเพื่อถอดบทเรียน ในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

1) มีการสร้างภาคีเครือข่ายชุมชนในการเข้ามามีส่วนร่วม ในด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ให้มีความรู้ ความเข้าใจ รู้บทบาทหน้าที่ การให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพของ

ผู้สูงอายุ การรับรู้สภาพปัญหา แนวทางการแก้ไขปัญหา ตระหนักถึงความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม และการบูรณาการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายให้มีแนวทางการปฏิบัติงานที่สอดคล้องในทิศทางเดียวกันในทุกมิติ โดยมีตัวอย่างบทสนทนา ดังนี้

“การช่วยกันทำงานหลายๆ ภาคส่วน แก้ปัญหาร่วมกัน น่าจะทำให้การดูแลผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี”

(ผู้บริหารท้องถิ่น คนที่ 1)

“ต่างคนต่างมีบทบาทหน้าที่ต่างกัน แต่การกำหนดบทบาทหน้าที่ ทำให้เราทำงานไปในทิศทางเดียวกันได้ค่ะ”

(ตัวแทนองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นคนที่ 1)

“ควรดำเนินการร่วมกันค่ะ เพราะที่ผ่านมาส่วนใหญ่จะเป็นทาง สาธารณสุขอาจจะทำให้การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมนั้นยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร หากได้บูรณาการร่วมกัน ดิฉันเชื่อว่าต้องดีขึ้นอย่างแน่นอนค่ะ”

(บุคลากรสาธารณสุข คนที่ 1)

2) มีการกำกับ ติดตาม และประเมินผล การดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่อย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็นการกระตุ้นการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับ บริบทของชุมชน โดยมีการคืนข้อมูลแก่ผู้เกี่ยวข้องเป็นระยะ เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน โดยมีตัวอย่างบทสนทนาดังนี้

“การที่คุณหมอ แจ้งข้อมูลทำให้เราได้มีโอกาสทราบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จะได้ช่วยติดตามใน ชุมชนได้อย่างต่อเนื่องค่ะ”

(อาสาสมัครสาธารณสุข คนที่ 1)

“มีการกำกับติดตามบ่อย ๆ จะทำให้ระบบการดำเนินงานของเราสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี”

(ผู้บริหารท้องถิ่น คนที่ 1)

3) มีนโยบายสนับสนุน โดยรัฐบาลได้มอบนโยบายในปี พ.ศ. 2566 ในการให้ความสำคัญของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ภายใต้นโยบาย 2566 ปีแห่งสุขภาพผู้สูงวัย “กระทรวงสาธารณสุขส่งมอบสุขภาพดีให้ผู้สูงอายุทั่วประเทศ” คัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน ในชุมชน 12 ล้านคน คลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล 901 แห่ง ทั่วประเทศบริการด้านสุขภาพและสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ แว่นสายตา ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ฟันเทียม และรากฟันเทียม เพื่อให้ผู้สูงอายุทุกคนมีสุขภาพดี และเกิดความร่วมมือจากหลายภาคส่วนในการดำเนินงานร่วมกัน ซึ่งส่งผลให้หน่วยงานภาครัฐที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้ให้ความสำคัญ และให้ ความร่วมมือตลอดการศึกษาวิจัยเป็นอย่างดี โดยมีตัวอย่างบทสนทนา ดังนี้

“นโยบายการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุถือเป็นสิ่งที่ดี เพราะทำให้ผู้สูงอายุทุกคนได้รับการดูแลด้านสุขภาพและสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น”

(ตัวแทนผู้สูงอายุ คนที่ 5)

“ควรทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมทุกคนเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เนื่องจากมีนโยบายที่สนับสนุนเรื่องนี้โดยเฉพาะ”

(อาสาสมัครสาธารณสุข คนที่ 3)

4) การออกแบบกิจกรรม ตลอดจนแนวทางในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่ปรับให้มีความเหมาะสมกับบริบทส่งผลให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามามี บทบาทในการดำเนินกิจกรรมอย่างชัดเจน โดยมีตัวอย่างบทสนทนา ดังนี้

“การฝึกทักษะด้านต่างๆ สอดคล้องกับการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม อาจจะต้องมีการปรับรายละเอียดเพิ่มอีกเล็กน้อย”

(ญาติของผู้สูงอายุ คนที่ 4)

“ต้องประยุกต์หากิจกรรมที่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและความเป็นอยู่ในชุมชนของเราเพื่อการดูแลสุขภาพและความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ”

(ผู้นำชุมชนคนที่ 3)

“วิธีการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คงต้องไปฝึกฝนตามที่คุณหมอได้แนะนำ จะได้หานำไปปรับใช้กับผู้สูงอายุที่บ้าน”

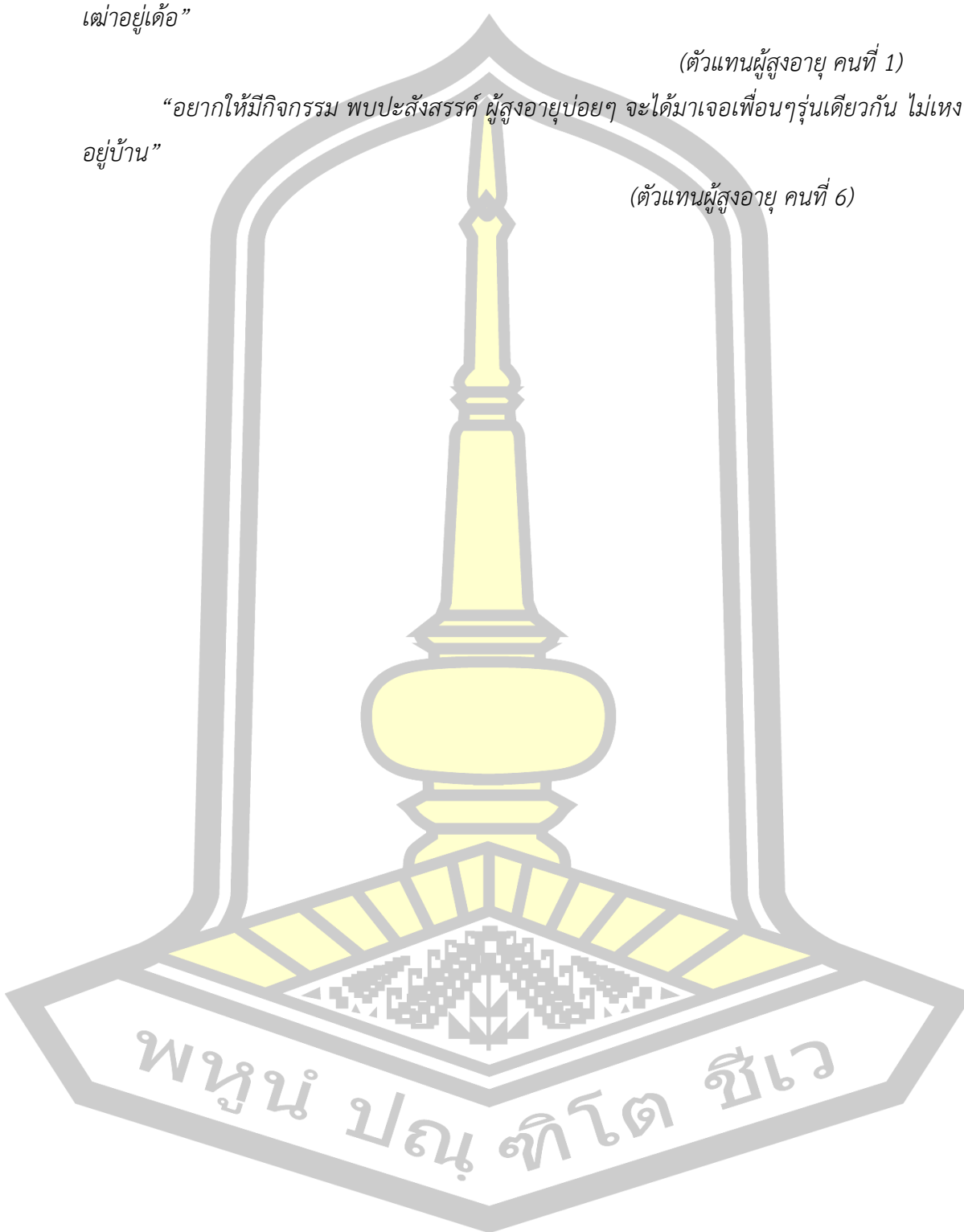
(ตัวแทนภาคประชาชน คนที่ 1)

“เป็นกิจกรรมที่ดีมากๆ สำหรับผู้สูงอายุ ขอบคุณที่ยังให้ความสำคัญกับ พวก่คนแก่ คนเฒ่าอยู่เด้อ”

(ตัวแทนผู้สูงอายุ คนที่ 1)

“อยากให้มีกิจกรรม พบปะสังสรรค์ ผู้สูงอายุบ่อยๆ จะได้มาเจอเพื่อนๆรุ่นเดียวกัน ไม่เหงาอยู่บ้าน”

(ตัวแทนผู้สูงอายุ คนที่ 6)



บทที่ 5
สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยเรื่องการการวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยภายใต้แนวคิดของการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และ การสะท้อนผล (Reflection) ซึ่งผู้วิจัยมีลำดับขั้นตอนของการนำเสนอ ดังนี้

5.1 สรุปผล

5.2 อภิปรายผล

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผล

5.1.1 บริบทพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตั้งอยู่ในเขตตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ตำบลดองกำเม็ด เป็นตำบลหนึ่งในอำเภอขุขันธ์ มีประชากรทั้งหมด 9,232 คน จำนวนครัวเรือนทั้งหมด 2,000 หลังคาเรือน มีอาสาสมัครสาธารณสุข 100 คน รับผิดชอบ 1 คนต่อ 10 หลังคาเรือนและพบว่ามีผู้สูงอายุจำนวน 860 คนคิดเป็นร้อยละ9.31ของประชากรแบ่งเป็นกลุ่มติดสังคม 771 คน (ร้อยละ 89.65) กลุ่มติดบ้าน 81 คน (ร้อยละ 9.41) และกลุ่มติดเตียง 8 คน (ร้อยละ 0.93) มี Care Manager 1 คน Care Giver 5 คน

5.1.2 บริบทการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลกันจานตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษมี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจานมีการตรวจคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในทุก ๆ กลุ่มวัยในทุก ๆ ปีโดยจำแนกเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ผู้สูงอายุกลุ่มบ้าน และ ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงเพื่อวางแผนการดูแลด้านสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมไม่ให้เป็นผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงเร็วจนเกินไปโดยใช้เครื่องมือแบบประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ (ADL) จากกรมอนามัยในการตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพซึ่งจากการตรวจประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพในปีงบประมาณ 2559 พบว่ามีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมเปลี่ยนเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 12.7 และเปลี่ยนจากกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 6.6 และในปีงบประมาณ 2560 พบว่ามีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมเปลี่ยนไปเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 12.60 และเปลี่ยนจากกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 67.2 และจากการตรวจประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในปีงบประมาณ 2561 พบว่ามีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมเปลี่ยนเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ร้อยละ

11.2 และเปลี่ยนจากกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 8.9 จากผลจากการตรวจประเมินจึงพบว่าร้อยละของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมกลายเป็นผู้สูงอายุติดบ้านและผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงเพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี ทั้งนี้ในด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเพิ่งพิงตำบลดองกำเม็ดได้มีการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อดูแลและให้ความช่วยเหลือโดยสหวิชาชีพ Care Manager และ Care Giver โดยมีการเขียน care plan ในการเข้าไปดูแลเป็นรายบุคคลแต่ยังไม่เพียงพอ การดำเนินงาน รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจานตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ จากการศึกษาบริบทพบแนวโน้มผู้สูงอายุตำบลดองกำเม็ดมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว พื้นฐานผู้สูงอายุเป็นพื้นถิ่นที่ใช้ภาษาเขมร เป็นพื้นที่ชนบท มีการดูแลสุขภาพตนเองตามสภาพปกติของบริบทเชื้อชาติและประชาชนที่มีวัฒนธรรมเขมร มีความเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ผี และสิ่งที่มองไม่เห็น มีการดูแลสุขภาพโดยการแพทย์พหุลักษณ์ คือ ทั้งแพทย์วิชาชีพ แพทย์ทางเลือก และการดูแลตนเอง มีเศรษฐานะที่อยู่ในระดับไม่ดีนัก ยังขาดความรู้ การรับรู้ และทัศนคติในการดูแลตนเองที่ต่ำ ขาดการมีส่วนร่วมในการเข้ามาดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างจริงจัง

จากการวิเคราะห์ปัญหา พบว่าจึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนารูปแบบหรือหาแนวทางในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูและตนเอง มีพฤติพลัง สามารถดำเนินชีวิตในสังคมอย่างปกติสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป และยังขาดการกำหนดรูปแบบในการดำเนินงานที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง ขาดการติดตามและยังขาดการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมไม่ได้รับการดูแลด้านสุขภาพอย่างเต็มที่

5.1.3 กระบวนการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

5.1.3.1 ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) ผู้วิจัยได้ออกแบบกิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมการศึกษาบริบท กิจกรรมคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล การสัมภาษณ์เชิงลึกและการประชุมกลุ่มย่อย กิจกรรมการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อการ วิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุ และกิจกรรมการวางแผนปฏิบัติการ ซึ่งมีรายละเอียดตามกิจกรรมดังนี้

1) ศึกษาบริบท เก็บรวบรวมข้อมูล เป็นกระบวนการศึกษาบริบททั่วไปของชุมชนตำบลโชง และบริบทการดูแลผู้สูงอายุตำบลดองกำเม็ด เพื่อวิเคราะห์ปัญหา ได้แก่ การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้อายุกลุมติดสังคม อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานกับพื้นที่เพื่อทำการวิจัยมีการคัดเลือกผู้ร่วมวิจัย โดยการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อชี้แจงกระบวนการในการศึกษาวิจัย ซึ่งการคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย การคัดเลือก

แบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วยกลุ่มเป้าหมาย 41 คน ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม หลังจากที่ได้ผู้เข้าร่วมวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In - deep Interview) และการประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group Discussion) ในประเด็นของรูปแบบเดิมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ในช่วงเวลาที่ผ่านปัญหาอุปสรรคและแนว ทางการแก้ไข ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

2) การประชุมเชิงปฏิบัติการ การประชุมเชิงปฏิบัติการเริ่มเวลา 09.00 น. ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์จังหวัดศรีสะเกษ กระบวนการเริ่มต้นจากการแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน โดยกิจกรรมการแนะนำตัว การทักทายโดยกิจกรรมสวัสดี กิจกรรมการจำชื่อเพื่อนในกลุ่ม และการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุแนวทางการดูแล ผู้สูงอายุ ประสบการณ์การทางการดูแลผู้สูงอายุ และแรงบันดาลใจในการดูแลผู้สูงอายุ

3) กิจกรรม Future Search Conference: FSC การมองอดีต เห็นปัจจุบัน และวาดภาพในอนาคตที่อยากให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดี มีความปลอดภัยเกิดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ มองปัญหาสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่ผ่านมา จากอดีตจนถึงปัจจุบันว่ามีข้อดีข้อเสียอย่างไร จากนั้นนำข้อมูลดังกล่าวมาออกแบบสิ่งที่ต้องการให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมีสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้น ร่วมกำหนดวิธีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม พร้อมการกำหนด Time Line ในการดำเนินงาน

5.1.3.1 การปฏิบัติการตามแผน (Act) เป็นขั้นตอนของการนำแผนปฏิบัติการไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งมี รายละเอียดของกิจกรรม ดังนี้

การดำเนินงานระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจานตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการใช้ Group Discussion ในการเสริมสร้างพลังให้กับคนในชุมชนที่เป็นตัวแทนคนทั้งพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ประกอบด้วย ผู้นำ ผู้สูงอายุ ญาติ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ท้องถิ่น ประชาชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เข้ามามีส่วนร่วมและสร้างเสริมพลังให้คนเกิดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมทั้งที่เกิดปัญหาและไม่เกิดปัญหา โดยเริ่มจากการเล่าสถานการณ์ทั่วไปปัญหาของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม และโยนคำถามให้ทุกคนได้คิดตาม และนำแนวคิดการสร้างพลังอำนาจของกิ๊บสันร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมมาร่วมกันออกแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมผ่าน 5

กิจกรรม คือการนำเสนอข้อมูลเชิงปริมาณด้านสถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจานตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ตามสภาพการณ์ความเป็นจริง การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยจัดกิจกรรมการหาแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจานตำบลดองกำเม็ดอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ มีรายละเอียดดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “เสวนา: ทำอย่างไรผู้สูงอายุจะสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดี” เริ่มต้นจากกิจกรรมแนะนำตนเองเป็นกิจกรรมทำความรู้จักกัน ที่มุ่งเน้นให้สมาชิกกลุ่มได้รู้จักความเป็นตัวตนของแต่ละคนมากขึ้น มองสิ่งที่ ดีในตัวเองและผู้อื่น นำสิ่งดี ๆ เหล่านั้นมาพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมีมากขึ้นทั้งด้านร่างกายคือการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้น การเคลื่อนไหวน้อยลง มีภาวการณ์ดูแลตนเองได้น้อยลง มีภาวะเครียดและซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น นโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมยังไม่ชัดเจน มีปัญหาด้านการหกล้ม ปัญหาการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการรู้สึกไม่มีคุณค่าทางสังคม แล้วจะทำอย่างไรกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจะได้รับการแก้ไข มีแนวทางการแก้ไขปัญหานั้นอย่างไร

กิจกรรมที่ 2 “แนวทางการส่งเสริมสุขภาวะและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่ดีควรทำอย่างไร” ผู้แทนผู้นำชุมชนเสนอประเด็นการให้โอกาสในสังคมแก่ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุต้องการกำลังใจจากการติดตามเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอ ในส่วนของญาติต้องการให้มีการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินชีวิตและงบประมาณบางส่วน ด้านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องการสิ่งสนับสนุนการเยี่ยมบ้าน เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก ปรอทวัดไข้ เครื่องเจาะน้ำตาล ตัวแทนประชาชนต้องการให้เกิดความร่วมมือของทุกภาคส่วนในการเข้ามาร่วมกันดูและผู้สูงอายุร่วมกันท้องถิ่นเห็นว่าผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลแบบองค์รวม ทุกส่วนเข้ามาช่วยกันดูแลท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณ และควรดำเนินการสร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกัน ด้านเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเห็นว่าผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลด้านสุขภาพเป็นหลัก เช่น การตรวจคัดกรองโรคต่าง ๆ การตรวจสุขภาพประจำปี การพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลตนเองและญาติ การได้รับการเยี่ยมอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ พัฒนาศักยภาพของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) เพื่อเป็นผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (Care giver) ในลำดับแรก จากนั้นให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ดูแลลำดับที่สอง และทีมหมอครอบครัว เป็นผู้ให้การสนับสนุนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่ 3 “การสร้างคุณค่าในตัวเอง”

เริ่มต้นด้วยกิจกรรมการที่สร้างแรงบันดาลใจ การเสริมพลังในการดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่ดี มีคุณค่าในการดำรงอยู่ในสังคม ได้รับการยอมรับ มีพฤตพลัง มีความภาคภูมิใจและเชื่อมั่นในความเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณค่า รู้ศักยภาพของตน พร้อมที่จะนำความสามารถมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง ชุมชน สังคม และผู้อื่นได้ การสร้างคุณค่าในตนเองตั้งแต่ระดับครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมกิจกรรมที่ครอบคลุมองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ

(1) ตัวฉัน (I) คือ กิจกรรมเรื่องเล่าเพื่อสร้างให้ผู้สูงอายุตระหนักเข้าใจตนเองด้วยการทำให้ผู้สูงอายุเรียนรู้ว่า ตัวผู้สูงอายุเป็นใคร มีความสำคัญอย่างไร อยู่ที่ไหน มีบทบาทอย่างไรในครอบครัว พื้นที่ใดเป็นพื้นที่ของผู้สูงอายุ ขอบเขตของพื้นที่ในส่วนผู้สูงอายุและพื้นที่ภายนอกที่ผู้สูงอายุเป็นเจ้าของ มีความสำคัญอย่างไร จนผู้สูงอายุมีความเข้าใจตัวเองมากขึ้นและเข้าใจตัวเองอย่างลึกซึ้งพร้อมยอมรับสิ่งต่าง ๆ มากขึ้น

(2) การริเริ่ม (initiative) คือ กระบวนการที่ให้โอกาสผู้สูงอายุได้เรียนรู้ ทดลองทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุคิด แสดงออกและมีท่าทีที่เหมาะสมในการเสริมแรงทางบวกด้วยการชื่นชมหรือตั้งข้อสังเกตต่อพฤติกรรมของผู้สูงอายุโดยไม่ตำหนิ หรือตัดสินจนผู้สูงอายุเสียกำลังใจ

(3) ความเป็นอิสระ (independence) คือ การให้ผู้สูงอายุแสดงออกอย่างเป็นอิสระ ทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ไม่พึ่งพิงผู้อื่นจนไม่เหมาะสม การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ใช้ชีวิตด้วยการเป็นตัวของตัวเอง มีอิสระในการเลือกหรือตัดสินใจด้วยตัวเอง จะช่วยสร้างความเชื่อมั่นในตนเองและลดความกลัวในการดำเนินชีวิต

(4) การมีปฏิสัมพันธ์ (interaction) คือ การช่วยให้เกิดการเรียนรู้เรื่องการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นอย่างเหมาะสมของผู้สูงอายุ ยอมรับข้อจำกัดและชื่นชมข้อดีของผู้สูงอายุและคนอื่นและรู้จักเลือกที่จะใช้ท่าทีที่เหมาะสมในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม

กิจกรรมที่ 4 “สร้างการรับรู้ ความรู้ ทัศนคติ และปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ”

การอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องทักษะชีวิตครั้งที่ 1 เริ่มจากการเสนอสถานการณ์ปัญหาสุขภาวะและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่ จากนั้นประเมินผู้ร่วมฝึกอบรมผ่านการพูดคุยซักถาม สังเกต และการตอบแบบสอบถาม หลังจากนั้นเติมส่วนขาดที่เหมาะสมกับผู้เข้ารับการอบรมผ่านกระบวนการกลุ่มและการให้ข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อเพิ่มการรับรู้ ความรู้ ทัศนคติที่เหมาะสมต่อการดูแลสุขภาวะและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ดำเนินการสนทนากลุ่มย่อยเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ความคิดเห็น ทำแบบทดสอบก่อนและหลังร่วมกิจกรรม

กิจกรรมที่ 5 “กิจกรรมทักษะการดำเนินชีวิต”

กิจกรรมนี้เน้นผู้สูงอายุโดยตรงเนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเปราะบางและเป็นผู้ได้รับประโยชน์จากกิจกรรมซึ่งลักษณะของกิจกรรมในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ คือ กิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลคนเอง ค้นหาตนเอง และประเมินสุขภาวะและคุณภาพชีวิตของตนเอง มีกิจรรมที่ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมร่วมกันกับครอบครัว ชุมชน และสังคมเหมือนที่เคยเป็นมาในอดีตก่อนการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ได้ลงมือกระทำกิจกรรมลักษณะร่วมกับชุมชน ทำกิจกรรมจิตอาสาเพื่อให้เกิดประโยชน์จากประสบการณ์ตรงที่ผ่านเข้ามาในชีวิต จะทำให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาทักษะชีวิตด้านการเสริมสร้างสัมพันธภาพและใช้ทักษะการสื่อสาร ฝึกการจัดการอารมณ์และความเครียดของตนเอง ได้รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ทำให้เข้าใจผู้อื่น นำไปสู่การยอมรับความคิดเห็นผู้อื่น รู้จักไตร่ตรอง ทำความเข้าใจและตรวจสอบตนเองทำให้เข้าใจตนเองและเห็นคุณค่าของตนเองต่อสังคม ได้รับการยอมรับจากกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกันรวมถึงคนรอบข้างและเพื่อนบ้านหรือคนในสังคม จนทำให้ผู้สูงอายุที่เข้ารับการฝึกอบรมมีทักษะการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม มีความสามารถในการดำเนินชีวิตสามารถแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองด้วยความรู้ ความเข้าใจ และรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ และสังคม สามารถเลือกแนวทางการดูแลสุขภาวะและคุณภาพชีวิตของตนเองและแก้ปัญหาของตนเองอย่างเหมาะสม ทำให้เกิดทักษะการดำรงชีวิตมีสุขภาวะและคุณภาพชีวิตของตนเองที่ดีมีความสุข

5.1.3.3 การติดตามการปฏิบัติการตามแผน (Observe) การติดตามกิจกรรมที่วางแผนไว้ว่าเป็นไปตาม Time Line และมีการดำเนินกิจกรรมตามแผนที่วางไว้หรือไม่ โดยการติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม และผู้สูงอายุกลุ่มอื่นว่าได้เข้าร่วมกิจกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตตามแผนกิจกรรมหรือไม่ รวมถึงการกระตุ้นเตือนโดยการเยี่ยมเสริมพลังจากภาคีเครือข่ายและหน่วยความร่วมมือทั้งภายในและภายนอกพื้นที่อย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป ผู้วิจัยใช้แบบสังเกตุในการบันทึกการสังเกตุร่วมกับการสอบถามคนในชุชมชนถึงการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุของเครือข่าย

5.1.3.4 การสะท้อนผล (Reflect) จากการประเมินติดตามกิจกรรมการดำเนินงานตามการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบประเด็นที่อาจต้องบันทึกเป็นกิจกรรมหลายประเด็นเพื่อเป็นแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ เช่น การสร้างคุณค่าให้กับผู้สูงอายุ การให้การยอมรับ การสร้างการมีส่วนร่วมในสังคมเหมือนเดิมก่อนการเป็นผู้สูงอายุ ความรักและความผูกพันของคนในครอบครัวและคนในชุมชน รวมถึงการสร้างเครือข่ายในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ

ผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบผู้สูงอายุยังขาดการดูแลที่ใกล้ชิดและขาดผู้ดูแลที่ชัดเจน และขาดการเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด

5.1.2.5 การประชุมพัฒนากระบวนการครั้งที่ 2 วันที่ 7 เดือน ธันวาคม 2565 ผู้ร่วมประชุมประกอบด้วย 1) กำนันผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 11 คน 2) ประธาน อสม. จำนวน 11 คน 3) ตัวแทนผู้สูงอายุ จำนวน 11 คน 4) ญาติผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน 5) ตัวแทนภาคประชาชนในเขตพื้นที่ตำบลดองกำเม็ด จำนวน 2 คน 6) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลดองกำเม็ด จำนวน 1 คน 7) เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขในองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 1 คน 8) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 1 คน และ 9) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 1 คน รวม 41 คน เริ่มจากการทบทวนแนวทางการพัฒนารูปแบบและการดำเนินการตามการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ถึงผลการดำเนินกิจกรรม ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินกิจกรรมมีอะไรบ้าง พบว่า รูปแบบและการดำเนินการตามการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษมีเครือข่ายที่ร่วมสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ มีการติดตามดูแลจากเครือข่ายและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิด เกิดความเข้าใจระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน รวมถึงประชาชนในพื้นที่ที่เข้ามาร่วมกันในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกัน เกิดการประสานงานทั้งข้อมูล สถานการณ์และการดำเนินกิจกรรมที่มีความต่อเนื่อง สิ่งที่ต้องเพิ่มเติมคือเรื่องการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ค่อนข้างยากในการกำกับดูแล ซึ่งอาจต้องปรับเปลี่ยนผู้ดูแล (Care giver) เป็นคนในครอบครัวเพื่อความใกล้ชิด ทันเวลา และความเต็มใจในการบริบาล และประเด็นที่ต้องเพิ่มเติมคือการป้องกันการหกล้ม และการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) เพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ตรงตามความต้องการและการบริบาลด้วยความรักและศรัทธา เพิ่มคุณค่าการดูแลผ่านแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่เริ่มต้นจากความรักและความผูกพันกับผู้สูงอายุ อันจะทำให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

5.1.2.6 การประชุมพัฒนากระบวนการครั้งที่ 3 วันที่ 17 เดือน มกราคม 2566 ผู้ร่วมประชุมประกอบด้วย 1) กำนันผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 11 คน 2) ประธาน อสม. จำนวน 11 คน 3) ตัวแทนผู้สูงอายุ จำนวน 11 คน 4) ญาติผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน 5) ตัวแทนภาคประชาชนในเขตพื้นที่ตำบลดองกำเม็ด จำนวน 2 คน 6) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลดองกำเม็ด จำนวน 1 คน 7) เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขในองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 1 คน 8) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 1 คน และ 9) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 1 คน รวม 41 คน

เริ่มจากการทบทวนแนวทางการพัฒนารูปแบบและการดำเนินการตามการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ถึงผลการดำเนินกิจกรรม ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินกิจกรรมมีอะไรบ้าง พบว่า รูปแบบและการดำเนินการตามการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษมีเครือข่ายที่ร่วมสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ มีการติดตามดูแลจากเครือข่ายและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิด เกิดความเข้าใจระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน รวมถึงประชาชนในพื้นที่ที่เข้ามาร่วมกันในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกัน เกิดการประสานงานทั้งข้อมูลสถานการณ์ และการดำเนินกิจกรรมที่มีความต่อเนื่องมากขึ้นกว่าครั้งที่ผ่านๆมา ผู้เกี่ยวข้องมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้ดูแล (Care giver) มีความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ค่อนข้างยากในการกำกับดูแล ซึ่งอาจต้องปรับเปลี่ยนผู้ดูแล มีแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) ซึ่งผู้เข้าร่วมประชุมมีความคิดเห็นไปในทำนองเดียวกัน ว่าหลังการพัฒนารูปแบบในครั้งนี้ในครั้งนี้ทำให้ได้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

ในการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ มีกิจกรรมกลุ่มเพื่อระดมสมอง สะท้อนคิดในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 3 วงรอบ ซึ่งผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมจนได้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่นำมาใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของพื้นที่

จากการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 3 วงรอบ ได้รูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ดังภาพประกอบที่ 4.3

5.1.3 ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

5.1.3.1 คุณลักษณะของกลุ่มเป้าหมายในการร่วมศึกษาวิจัย

1) คุณลักษณะของกลุ่มเป้าหมายศึกษาวิจัย ประชากรส่วนใหญ่ที่เป็นผู้ร่วมวิจัยในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.48 เป็นผู้สูงอายุร้อยละ 14 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 58.53 มีสถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 73.17 ประกอบอาชีพรับราชการ ร้อยละ 41.46 มีมัธยฐานของรายได้เท่ากับ 12,000 บาท (เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 เท่ากับ 7,000 บาท และเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75เท่ากับ 15,000 บาท)

5.1.3.1 ผลต่อกลุ่มตัวอย่าง

การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรูเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การรับรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และการมีสวนรวมในการปฏิบัติงานก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ในภาพรวม พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรูเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การรับรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และการมีสวนรวมในการปฏิบัติงาน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยพบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรูเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง 5.87 คะแนน (95%CI=5.40-6.33) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 4.01 คะแนน (95%CI=3.77-4.24) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 5.95 คะแนน (95%CI=5.52-6.37) และผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีสวนรวมในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น 10.75 คะแนน (95%CI=9.36-12.13) จากผลการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรูเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การรับรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และการมีสวนรวมในการปฏิบัติงานก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ แสดงให้เห็นว่า หลังการพัฒนาเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการสนทนากลุ่มเพื่อถอดบทเรียนในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ สามารถสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้ดังนี้

1) มีการสร้างภาคีเครือข่ายชุมชนในการเข้ามามีส่วนร่วม ในด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ให้มีความรู้ ความเข้าใจ รู้บทบาทหน้าที่ การให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ การรับรู้สภาพปัญหา แนวทางการแก้ไขปัญหา ตระหนักถึงความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม และการบูรณาการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายให้มีแนวทางการปฏิบัติงานที่สอดคล้องในทิศทางเดียวกันในทุกมิติ

2) มีการกำกับ ติดตาม และประเมินผล การดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่อย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็นการกระตุ้นการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับ บริบทของชุมชน โดยมีการคืนข้อมูลแก่ผู้เกี่ยวข้องเป็นระยะ เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน

3) มีนโยบายสนับสนุน โดยรัฐบาลได้มอบนโยบายในปี พ.ศ. 2566 ในการให้ความสำคัญของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ภายใต้นโยบาย 2566 ปีแห่งสุขภาพผู้สูงวัย “กระทรวงสาธารณสุขส่งมอบสุขภาพดีให้ผู้สูงอายุทั่วประเทศ” คัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน ในชุมชน 12 ล้านคน คลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล 901 แห่ง ทั่วประเทศบริการด้านสุขภาพและสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ แว่นสายตา ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ฟันเทียม และรากฟันเทียม เพื่อให้ผู้สูงอายุทุกคนมีสุขภาพดี และเกิดความร่วมมือจากหลายภาคส่วนในการดำเนินงานร่วมกัน ซึ่งส่งผลให้หน่วยงานภาครัฐที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้ให้ความสำคัญ และให้ ความร่วมมือตลอดการศึกษาวิจัยเป็นอย่างดี

4) การออกแบบกิจกรรม ตลอดจนแนวทางในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่ปรับให้มีความเหมาะสมกับบริบทส่งผลให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามามี บทบาทในการดำเนินกิจกรรมอย่างชัดเจน

5.2 อภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ เป็นไปตามทฤษฎีการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิส และแมกแทกการ์ด (Kemmis and McTaggart, 1988) ร่วมกับการนำทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คุณค่าออกแบบกิจกรรมผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามวงล้อของ DEMMING CYCLE (PAOR) จำนวน 3 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย ขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ดำเนินการวิจัยในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ระยะเวลาดำเนินการจำนวน 16 สัปดาห์ ได้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่เนื่องมาจากผู้วิจัยพัฒนาภายใต้บริบทของพื้นที่ ศึกษาบริบทของผู้สูงอายุ รวมถึงสำรวจปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบกับการพัฒนารูปแบบที่มีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าร่วมกระบวนการอย่างครบถ้วน ขั้นตอนการจัดกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ทุกคนทุกส่วนได้เสนอแนวทาง วิธีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีอิสระ ไม่ตัดความคิดเห็นของคนใดคนหนึ่งออก มีความเป็นกลางในการสรุปความคิดเห็นเพื่อให้เกิดแนวทางรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่มีความถูกต้อง เหมาะสม ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมีการดูแลตนเองที่ดี เครือข่ายมีการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตได้ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

ผลการพัฒนารูปแบบ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ครั้งนี้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรูเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การรับรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และการมีสวนรวมในการปฏิบัติงานก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ในภาพรวม พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรูเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การรับรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และการมีสวนรวมในการปฏิบัติงาน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยพบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรูเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง 5.87 คะแนน (95%CI=5.40-6.33) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 4.01 คะแนน (95%CI=3.77-4.24) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 5.95 คะแนน (95%CI=5.52-6.37) และผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีสวนรวมในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น 10.75 คะแนน (95%CI=9.36-12.13) จากผลการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรูเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การรับรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และการมีสวนรวมในการปฏิบัติงานก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ แสดงให้เห็นว่า หลังการพัฒนาเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของกมลชนก ทองเอียด และคณะ (2564) ศึกษารูปแบบการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลช้างซ้าย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการวิจัยพบว่า ภาพรวมของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 3.08) มีความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 2.08) โดยมีความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านร่างกายมากที่สุด ($\bar{X}$= 2.37) และรูปแบบการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่สร้างขึ้น ประกอบด้วย การจัดอบรมให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองแก่ผู้สูงอายุ การบริการตรวจสุขภาพประจำปีแก่ผู้สุงอายุ การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา และบำเพ็ญประโยชน์แก่สังคม การจัดสวัสดิการแจกสิ่งของที่จำเป็นแก่ผู้สูงอายุและการจัดกิจกรรมส่งเสริมให้บุคคลในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถนำไปสู่นโยบายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น และสอดคล้องกับการศึกษาของง ปาหนัน กนกวงศ์นุวัฒน์ และคณะ (2564) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในตำบลเขาวงกต อำเภอแก่งหางแมว จังหวัดจันทบุรี ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการ

ดูแลผู้สูงอายุตำบลเขาวงกตครอบคลุมคุณภาพชีวิตด้านกาย จิตใจ สังคม และสภาพแวดล้อม ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ สูงกว่าก่อนการพัฒนา p>0.001 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังการพัฒนารูปแบบ อยู่ในระดับมาก (3.9+0.3) จำแนกรายด้าน ด้านการมีส่วนร่วมในชุมชนสูงมากที่สุด รองลงมาได้แก่ ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสภาพแวดล้อม และด้านสุขภาพกายตามลำดับ ความพึงพอใจของผู้สูงอายุหลังการพัฒนารูปแบบการดูแล อยู่ในระดับมาก (4.3±0.6) สรุป: การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในตำบลเขาวงกต ควรครอบคลุมคุณภาพชีวิตด้านกาย จิตใจ สังคม สภาพแวดล้อม เรียนรู้พึ่งพาตนเองและสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ธีรเดช สนองทวีพร (2564) ศึกษาการมีสวนรวมในการสงเสริมการดูแลสุขภาพ ผูสูงอายุของชุมชนตลาดบางเขน เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า 1) ระดับการมีส่วนร่วมส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ แตกต่างกัน มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน ส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน แตกต่างกัน มีส่วนร่วมส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3) ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะการมีส่วนร่วมส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีดังนี้ ในด้านปัญหาและอุปสรรค ส่วนใหญ่ พบว่า ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุ และขาดการประสานกับหน่วยงานภาครัฐที่ให้คำแนะนำ ให้ความรู้ ให้คำปรึกษา สำหรับข้อเสนอแนะในการมีส่วนร่วมส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีประเด็นสำคัญ คือ ชุมชนควรจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ จัดหาคู่มือการดูแลผู้สูงอายุ สร้างเครือข่ายและเทคโนโลยีเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุ พิมพ์ญาณินท์ พัฒน์แฟง และคณะ (2564) การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อดูแลสุขภาพแบบองค์รวมด้วยตนเองของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า 1. สภาพบริบทชมรมผู้สูงอายุและการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้สูงอายุในชมรม พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-70 ปี สามารถเข้าถึงแหล่งพลังอำนาจได้หลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นวัดเป็นศูนย์กลางในการเรียนรู้ การทำกิจกรรม โดยผู้สูงอายุมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้น และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการกำหนดทิศทางและการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีพลังอำนาจในตัวเองในการที่จะสามารถดูแลตนเองได้ เป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญของสังคมในการขับเคลื่อนและพัฒนาสังคม ชุมชนให้ดียิ่งขึ้นได้ 2. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อดูแลสุขภาพแบบองค์รวมด้วยตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า บริบทของพื้นที่ชมรมญาติธรรมบำเพ็ญประโยชน์ ชุมชนคุณธรรม วัดพรหมโลก การเสริมสร้างพลังอำนาจในชมรม การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมด้วยตนเองของผู้สูงอายุจนนำมาสู่ "PHROMLOK MODEL" มีองค์ประกอบย่อย 8 ประการคือ 1) ตัวบุคคล 2) การเสริมสร้างสุขภาพ 3) ศาสนา 4)โอกาสของการเรียนรู้ 5) การจัดการ 6) การเรียนรู้ 7) มองโลกในแง่ดี และ 8) ความรู้ 3. ผลการประเมินรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อดูแลสุขภาพแบบองค์รวมด้วยตนเองของผู้สูงอายุ

พบว่า รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อดูแลสุขภาพแบบองค์รวมด้วยตนเองของผู้สูงอายุได้ผ่านการประเมินในระดับที่เป็นต้นแบบ และสามารถเผยแพร่ไปยังชมรมผู้สูงอายุอื่น ๆ ได้

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

5.3.1.1 รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ คือ การสร้างคุณค่าให้กับผู้สูงอายุ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สัมพันธ์ในครอบครัว การมีผู้ดูแลในครอบครัว สิ่งสนับสนุนการดำรงชีพ และการมีเครือข่าย ดังนั้นรูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำเป็นต้องคำนึงถึงประเด็นดังกล่าว โดยเฉพาะการให้คุณค่าและความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษเนื่องจากผู้พัฒนารูปแบบมีความเห็นตรงกันว่าเป็นหัวใจสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมให้มีสุขภาพที่ดีได้ รวมถึงการมีผู้ดูแลบริบาลที่บ้านและการสร้างเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ไม่ได้ดำเนินการโดยลำพังแต่มีผู้ให้การสนับสนุนส่งเสริมอย่างเข้มแข็งและต่อเนื่อง

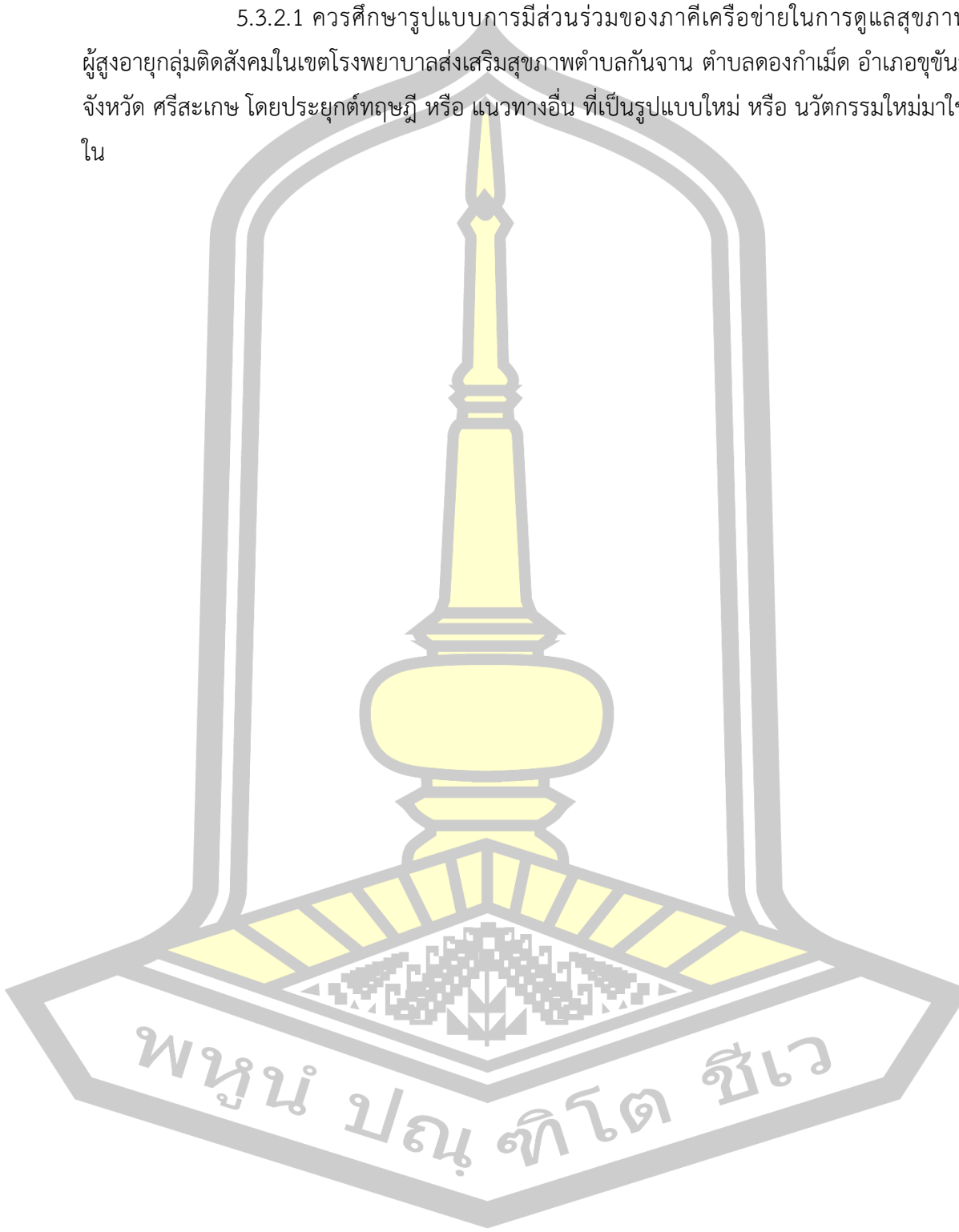
5.3.1.2 การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ควรพัฒนาภายใต้การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ให้ยั่งยืนและมีประสิทธิผลต่อไป

5.3.1.3 ผู้สูงอายุขาดการให้คุณค่าและความสำคัญหน่วยงานและบุคคลที่เกี่ยวข้องควรหากิจกรรมหรือการแสดงที่บ่งบอกถึงการให้คุณค่าแก่ผู้สูงอายุ ให้เกียรติ และเห็นความสำคัญในการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ชุมชน และครอบครัว เปิดโอกาสให้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนเสมือนหนึ่งยังไม่ได้เป็นผู้สูงอายุ

5.3.1.4 รูปแบบที่ได้มีความสอดคลองกับวัตถุประสงค์คือสามารถสร้างความร่วมมือของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ จึงควรนำไปขยายผล

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

5.3.2.1 ควรศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัด ศรีสะเกษ โดยประยุกต์ทฤษฎี หรือ แนวทางอื่น ที่เป็นรูปแบบใหม่ หรือ นวัตกรรมใหม่มาใช้ใน



บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

กมลชนก ทองเอียด และคณะ. (2564). *รูปแบบการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลช้างซ้าย จังหวัดสุราษฎร์ธานี.* วารสารชุมชนวิจัย.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2559). รายงานการสำรวจสุขภาวะผูสูงอายุไทย ป 2559 ภายใตแผนงานสงเสริมสุขภาพผูสูงอายุและผูพิการ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพวัชรินทร พี พี.

กรมอนามัย. (2557). *การจำแนกกลุ่มของผู้สูงอายุ.* กระทรวงสาธารณสุข.

กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2551). ระบบการดูแลระยะยาว: การวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อเสนอแนะเชิงนโยบาย. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 14, 2551.

เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. (2551). ถึงเวลา!!! เตรียมพร้อมรับ สังคมผู้สูงอายุ. *นิตยสารการศึกษาอัพเกรด*, 2(92), 10.

ขนิฏฐา กาญจนรังษีนนท์. (2558). http://train.cdd.go.th/research/view.php?id_view=66. Retrieved from http://train.cdd.go.th: http://train.cdd.go.th/research/view.php?id_view=66

จรูญลักษณ์ ป้องเจริญ และคณะ. (2556). ศึกษาเรื่องผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการฟื้นฟูสภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 26(1), 1-12.

ชาญชัย จิวจินดา. (2561). ศึกษารูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมจังหวัดปทุมธานี. *วารสารนวัตกรรมการบริหารและการจัดการ*, 6 (2), 1-9.

ชุติกาญจน์ กล้าหาญ. (2552). *ศึกษาการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเมืองพัทยา อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี.* ปัญหาพิเศษรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารทั่วไป วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.

ชูศักดิ์ เวชแพทย์. (2538). *สรีรวิทยาของผู้สูงอายุ.* พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ณัฐฑิฎา นะกุลรัมย์, จตุพร เหลืองอุบล และกิตติภูมิ ภิญโย. (2560). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมโดยชุมชนบ้านอังกัญ ตำบลท่าสว่าง อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์. *วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา,* 23(1), 52–63.

ทวีศักดิ์ นพเกสร. (2548). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ: คู่มือปฏิบัติการวิจัยประยุกต์เพื่อพัฒนาคนองค์กร ชุมชนสังคม*. กรุงเทพฯ: ชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย,

ทิพวรรณ โคตรสีเขียว และดิษฐพล ใจซื่อ. (2565). การพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน. *วารสารสานักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น.*

ธีรเดช สนองทวีพร. (2564). ศึกษาการมีสวนรวมในการสงเสริมการดูแลสุขภาพผูสูงอายุของชุมชนตลาดบางเขน เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร. *วารสารการบริหารและสังคมศาสตรปริทรรศน.*

ประเวศ วะสี. (2546). *การปฏิวัติเงียบ : การปฏิรูประบบสุขภาพ.* กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพ.

ปาหนัน กนกวงศ์นุวัฒน์ และคณะ. (2564). ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในตำเลเขาวงกต อำเภอแก่งหางแมว จังหวัดจันทบุรี. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทย์ศาสตร์คฺลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า.*

พเยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ และคณะ (2565). การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการเพื่อส่งเสริมสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล: กรณีศึกษาฝึกปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิดเวชและสุขภาพจิต.*

พิมพ์ญาณินท์ พัฒน์แฟง และคณะ. (2564). การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อดูแลสุขภาพแบบองค์รวมด้วยตนเองของผู้สูงอายุ. *วารสารวิชาการสังคมมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช.*

พิมพวรรณ เรืองพุทธ และวรัญญา จิตรบรรทัด. (2556). ความรู้และการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจา หมู่บ้านในการดูแลคนพิการในชุมชน: กรณีศึกษาชุมชนนาเคียน ตำบลนาเคียน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข*, 13(1039), 32-43

มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์ และคณะ. (2566). การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9.*

มรกต สงหคะเชนทร์. (2546). *สถานการณการเปลี่ยนแปลงของงานสวสดการสงคมผูสงอายุไทย.* เอกสารเสนอในการประชมเวทีผูสูงอายุภาคกลาง โครงการวิจัยเรื่องปัจจยที่มผลต่อความต้องการสวัสดิการสังคมของผสูงอายุในเขตชนบท โรงแรมมีราเคิลแกรนด์ กรุงเทพฯ.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2553). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2552. กรุงเทพมหานคร: อัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2560). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559. กรุงเทพฯ.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2561). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ.

ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุจำแนกตาม ค่า ADL. สืบค้น 9 มิถุนายน 2562, จาก https://hdcservice.moph.go.th/

รติมา คชนันทน์. (2561). *เศรษฐกิจหมุนเวียน (Circular Economy).* กรุงเทพฯ: สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการสภา ผู้แทนราษฎร. สืบค้นจาก http://www.parliament.go.th/library

รศรินทร์ เกรย์ และคณะ. (2556). *มโนทัศน์ใหม่ของนิยามผู้สูงอายุ: มุมมองเชิงจิตวิทยาสังคมและสุขภาพ*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. ค้นเมื่อ 18/05/57 เข้าถึงจากhttp://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsr-th/download_PublicationBook/2556/ebook_new%20concept%20of%20older%20persons.pdf

ริรัตน์ เพียขันทา และคณะ. (2565). ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการรับรู้การป้องกันโรคและการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล,* 28(2), 1-12.

รุจิรางค์ วรรณ์ธนาทัศน์. (2560). ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ 2ส ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม. *วารสารแพทย์เขต 4-5*.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจานตำบลดองกำเม็ด. (2565). *ข้อมูลสถิติของผู้สูงอายุตำบลกันจานตำบลดองกำเม็ด*. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจานตำบลดองกำเม็ดอำเภอขุขันธ์จังหวัดศรีสะเกษ.

ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. (2539). *เทคนิคการวัดผลการเรียนรู้.* กรุงเทพฯ: ชมรมเด็ก.

วรรณดี สุทธินรากร. (2548). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมและกระบวนการทางสำนึก.* กรุงเทพฯ : สยามปริทัศน์.

วรรณะ ชูศรีขาว, ชัยยง ขามรัตน์ และไพศาล วรสถิตย์. (2553). การประยุกต์ใช้โปรแกรมแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับกระบวนการสร้างพลังของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ที่มีต่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลเพียราม อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์. *วารสารควบคุมโรค,* 37(1), 38-45, มกราคม-มีนาคม.

วันเพ็ญ วงศ์จันทรา. (2539). *แบบแผนสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่.* วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วิไล ตาปะสี และคณะ. (2560).รูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลวังตะกูจังหวัดนครปฐม. *วารสารเกื้อการุณย์*, 24, 42-54.

วิไลวรรณ ทองเจริญ**.** (2554). *หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ**:** บุญศิริการพิมพ์.

วีรชัย เปียกไธสง (2565). ศึกษาเรื่องการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจาหมู่บ้านอำเภอสร้างคอมจังหวัดอุดรธานี. *วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา*, 5(1), 1-12.

แววดาว พิมพ์พันธ์ดี และคณะ. (2562). ศึกษาการเสริมพลังความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในเขตระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออกตามหลักพุทธธรรม. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร* 7(3), พฤษภาคม-มิถุนายน.

ศิริภัททรา จุฑามณี และคณะ. (2565). ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19). *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 30(1).

สนธยา ศรีมาตร. (2565). ศึกษาเรื่องกระบวนการมีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจรของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี. *วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา*, 5(1), 1-12.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2558). *ผลดำเนินงานสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ปี 2558.* รายงานประจำปี 2558 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2559). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564.* สำนักนายกรัฐมนตรี.

สำนักงานสถิติจังหวัดศรีสะเกษ. (2563). *วิเคราะห์และสรุปสถานการณ์เรื่อง "ผู้สูงอายุ"จังหวัดศรีสะเกษ.* ที่ทำการปกครองจังหวัดศรีสะเกษ.

สำนักสถิติแห่งชาติ. (2557). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557.* กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.

สุนีย์ ศรีเพชร. (2553). *ผลการใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมต่อการดำเนินงาน ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลแกใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์.* วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต. (2553). *หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ.* พิมพ์ครั้งที่ 6. มหาสารคาม: สารคามการ พิมพ์สาคามเปเปอร์.

สุรกุล เจนอบรม. (2541). *วิสัยทัศน์ผู้สูงอายุและการศึกษานอกระบบสำหรับผู้สูงอายุไทย.* กรุงเทพฯ: นิชินแอดเวอร์ไทยซิ่งกรุ๊พ.

สุรพงษ์ มาลี. (2561). *มาตรการบริหารและพัฒนากาลังคนภาครัฐ (พ.ศ. 2557 –2561) : แนวทางการดำเนินการตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 15 ตุลาคม 2556*. กลุ่มแผนยุทธศาสตร์และนวัตกรรม สำนักพัฒนาระบบจำแนกตำแหน่งและค่าตอบแทน สำนักงาน ก.พ.

สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สุงอายุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 9(3), 57-69.

อัจฉรียา ยินดีสุข. (2551). *แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)ในพื้นที่ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี.* ปัญหาพิเศษรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารงานทั่วไป วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. (2553). *แนวทางและหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การจัดสรรเงินค่าป่วยการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2553.* ปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

Adelman, C. (1993). Kurt Lewin and the Origins of Action Research. *Educational Action Research*, 1(1): 7-24.

Best, John W. (1995). *Research in Education*. New Jersey: Prentice-Hill.

Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1981). *Rural Development Participation : Concept and Measures for Project Design Implementation and Evaluation.* Ithaca, NY: Rural Development Committee Center for International Studies, Cornell University.

Kemmis, S. & McTaggart, R. (1988). *The Action research planner*. 3 rd ed. Geelong: Deakin University, Australia.

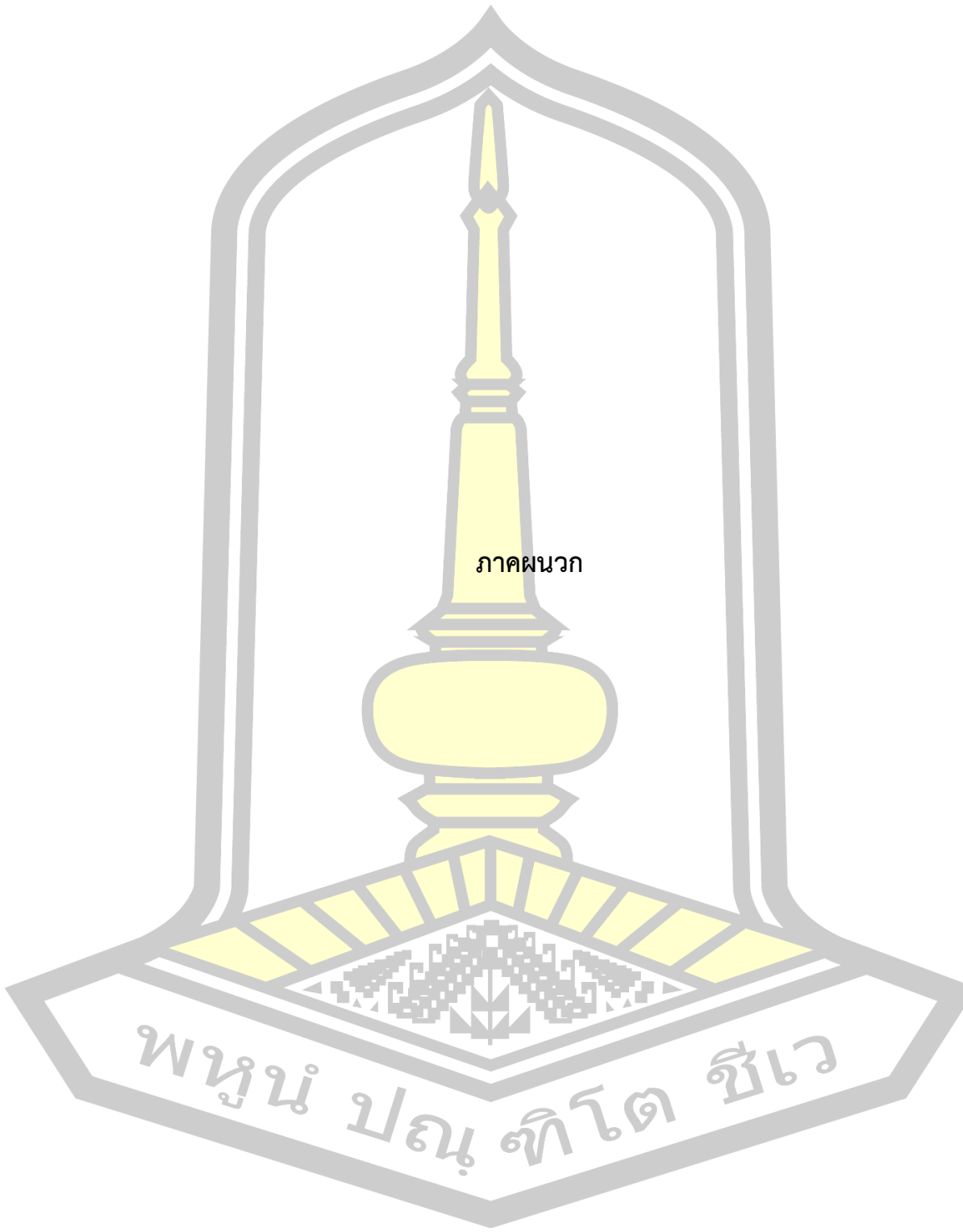
Koufman, H. F. (1949). *Participation in Organized Activities in Selected Kentucky Localities.* Lexington, KY: Kentucky. Agricultural Experiment Station, University of Kentucky.

Johnson, C. S., & Kromann-Kelly, I. (1995). Using Action Research to Assess Instruction. *Reading Horizons*, 35(3), 199-208.

Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Tijdschrift voor Onderwijsresearch, 2*(2), 49–60.

Winslow, C. A. E. (1981). *The mental hygiene movement and its founder, in National Committee on Mental Hygiene, The Mental Hygiene Movement.* Garden City, NY, Country Life Press, 303-17.

พหูน ปณฺ ฑิโต ชีเว



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

หนังสือรับรองการอนุมัติการวิจัยในมนุษย์



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 015-424/2566

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) DEVELOPMENT OF THE PARTICIPATION OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS FOR THE ELDERLY CARE MODE KHANJAN PROMOTING HEALTH HOSPITAL, PRANG KU DISTRICT, SISAKET PROVINCE.

ผู้วิจัย : นางสาวเปมิกา ไชยศรีษะ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 30 มกราคม 2566 **วันหมดอายุ :** 29 มกราคม 2567

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เภสัชกรหญิงราตรี สว่างจิตร)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



MAHASARAKHAM UNIVERSITY ETHICS COMMITTEE FOR
RESEARCH INVOLVING HUMAN SUBJECTS

Certificate of Approval

Approval number: 015-424/2023

Title : DEVELOPMENT OF THE PARTICIPATION OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS FOR THE ELDERLY CARE MODE KHANJAN PROMOTING HEALTH HOSPITAL, PRANG KU DISTRICT, SISAKET PROVINCE.

Principal Investigator : Miss. Pemika Chaisrisa
Responsible Department : Faculty of Public Health
Research site : Khanjan Promoting Health Hospital, Prang Ku District, Sisaket Province.

Review Method : Expedited Review

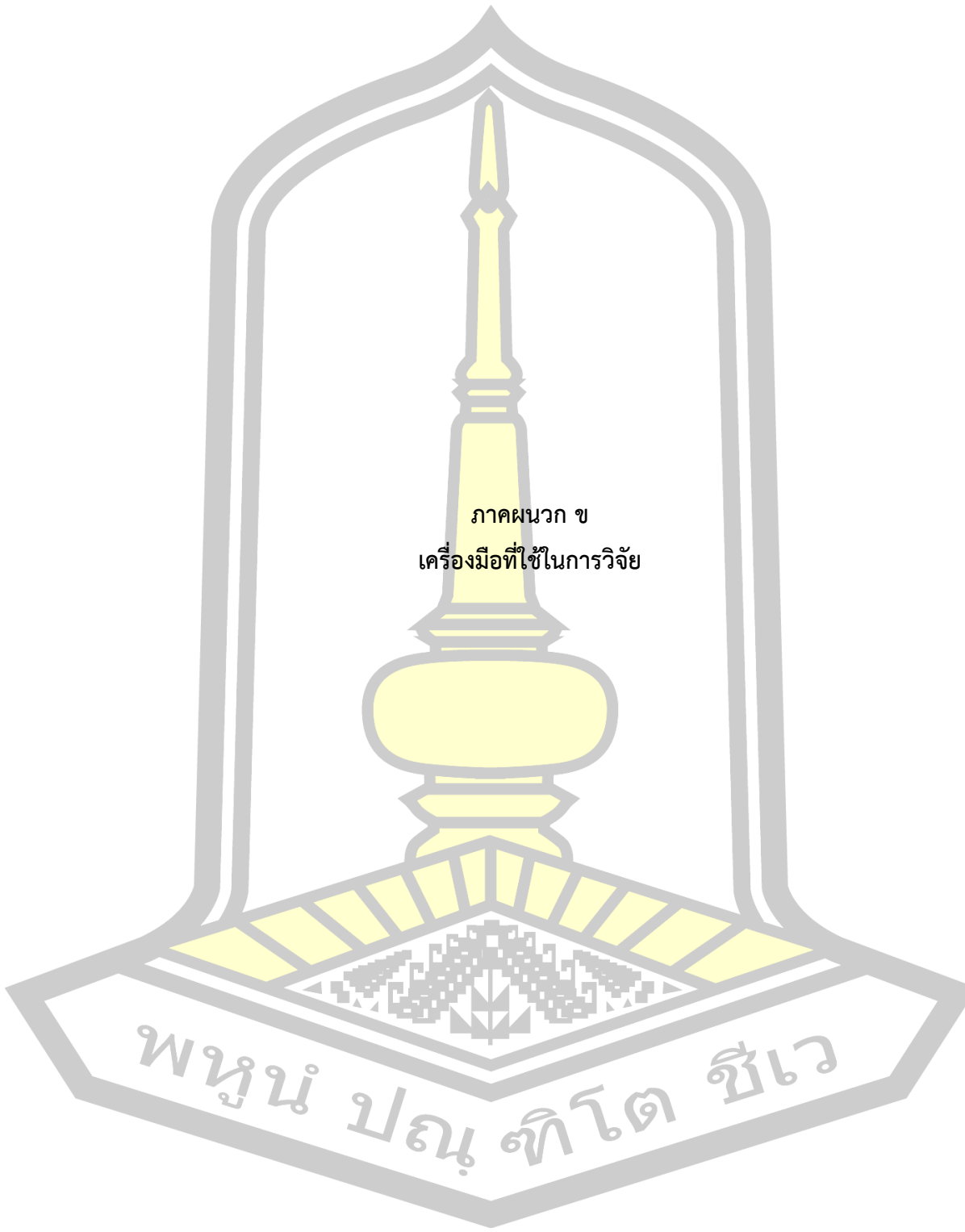
Date of Manufacture : 30 January 2023 **expire :** 29 January 2024

This research application has been reviewed and approved by the Ethics Committee for Research Involving Human Subjects, Mahasarakham University, Thailand. Approval is dependent on local ethical approval having been received. Any subsequent changes to the consent form must be re-submitted to the Committee.

Ratree S.

(Asst. Prof. Ratree Sawangjit)
Chairman

Approval is granted subject to the following conditions: (see back of this Certificate)



ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แนวทางการสัมภาษณ์ภาคประชาชน ภาคการเมือง และภาควิชาการ
เรื่อง การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม
ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด
อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

<u>คำชี้แจง</u>

เครื่องมือนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์จังหวัดศรีสะเกษ ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสัมภาษณ์นี้ ผู้วิจัยจะนาไปใช้ทางวิชาการเท่านั้น และจะไม่มีผลกระทบต่อท่านและองค์กรของท่านแต่ประการใด

1. แนวทางการดูแลสุขภาพประชาชนตามบทบาทของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ดอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ เป็นอย่างไร
2. นโยบายรูปแบบการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจานตำบลดองกำเม็ดอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ
3. แนวทางการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจานตำบลดองกำเม็ดอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ เป็นอย่างไร
4. ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจานตำบลดองกำเม็ดอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ เป็นอย่างไร

****

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

เครื่องมือคัดลอกข้อมูลบริบท

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

<u>คำชี้แจง</u>

เครื่องมือนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจานตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสัมภาษณ์นี้ ผู้วิจัยจะนาไปใช้ทางวิชาการเท่านั้น และจะไม่มีผลกระทบต่อท่านและองค์กรของท่านแต่ประการใด

1. แบบคัดลอกข้อมูลจำนวนภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมการเข้าร่วมโครงการ กระประเมินตนเอง การประเมินจากผู้ประเมินภายนอก ระดับอำเภอ และบริบทอื่น ๆ
2. รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ผ่านมา
3. นโยบายการดำเนินงานรูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ในอนาคต
4. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานรูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

****

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

แบบสนทนากลุ่มย่อย (Focus Group Discussion)

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

<u>คำชี้แจง</u>

เครื่องมือนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์จังหวัดศรีสะเกษ ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสัมภาษณ์นี้ ผู้วิจัยจะนาไปใช้ทางวิชาการเท่านั้น และจะไม่มีผลกระทบต่อท่านและองค์กรของท่านแต่ประการใด

<u>แนวทางการสนทนากลุ่มย่อย</u>

1. รูปแบบการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ผ่านเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

2. ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานรูปแบบการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจานตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ผ่านเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

3. แนวทาง หรือ รูปแบบการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจานตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ผ่านเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

4. ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่อการดำเนินงานรูปแบบการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ผ่านประกอบด้วยใครบ้าง และ ควรมีบทบาทอย่างไร

.....

.....

.....

5. หัวใจหรือปัจจัยของการดำเนินงานรูปแบบการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย

.....

.....

.....

.....

6. การวางแผน ดำเนินงาน ประสานงาน และประเมินการดำเนินงานรูปแบบการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจานตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ เป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

****

พหูน ปณฺ ฑิโต ชีเว

แบบสังเกตการสนทนากลุ่มย่อย

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

<u>คำชี้แจง</u>

เครื่องมือนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสัมภาษณ์นี้ ผู้วิจัยจะนาไปใช้ทางวิชาการเท่านั้น และจะไม่มีผลกระทบต่อท่านและองค์กรของท่านแต่ประการใด

<u>แนวทางการสังเกต</u>

1. ปฏิกิริยา ความตั้งใจ และ ใส่ใจที่จะร่วมกิจกรรมการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

   .....

   .....

2. การมีส่วนร่วมในการเสนอปัญหาและแนวทางการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

   .....

   .....

3. การมีปฏิสัมพันธ์ หรือ สัมพันธภาพภายในกลุ่มในการสนทนาการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

   .....

   .....

4. การยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นด้วยเหตุและผลขณะสนทนาการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

   .....

   .....

5. สภาพแวดล้อม วัสดุอุปกรณ์ สิ่งสนับสนุนกระบวนการ และบรรยากาศการการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจานตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

   .....

   .....

****

พหูน ปณฺ ฑิโต ชีเว

แบบสอบถาม เลขที่.....

แบบสอบถามการวิจัย เรื่อง

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ดอำเภอขุขันธ์จังหวัดศรีสะเกษ

****

คำชี้แจง

ข้าพเจ้า นางสาวเปมิกา ไชยศรีษะ นิสิตหลักสูตร สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (สม.) สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังดำเนินงานวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันจาน ตำบลดองกำเม็ดอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ในการนี้ข้าพเจ้าใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถาม โดยให้ตอบทุกข้อตรงกับความจริงของท่าน แบบสอบถามนี้ ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่าน ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอในภาพรวมและจะนำไปใช้ประโยชน์ในทางการศึกษาเพื่อการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในชุมชนต่อไป

คำแนะนำ

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 5 ส่วน

สวนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน 6 ข้อ
สวนที่ 2 ความรูเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	จำนวน 20 ข้อ
สวนที่ 3 การรับรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	จำนวน 10 ข้อ
สวนที่ 4 ทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	จำนวน 10 ข้อ
สวนที่ 5 การมีสวนรวมในการดูแลผู้สูงอายุ	จำนวน 23 ข้อ

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี ขอขอบคุณท่านมา ณ โอกาสนี้

นางสาวเปมิกา ไชยศรีษะ
หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
โทร.0902239209

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดกรอกเครื่องหมาย ☐ ลงใน ☐ หน้าข้อที่ตรงกับคำตอบของท่านมากที่สุด

1. เพศ

☐ 1 ชาย

☐ 2 หญิง

2. อายุปัจจุบัน.....ปี (เกิน 6 เดือน ให้นับเป็น 1 ปี)

3. ระดับการศึกษาสูงสุด

☐ 0 ไม่ได้เรียน

☐ 1 ประถมศึกษา

☐ 2 มัธยมศึกษาตอนต้น

☐ 3 มัธยมศึกษาตอนปลาย

☐ 4 ปวช.

☐ 5 ปวส. หรืออนุปริญญา

☐ 6 ปริญญาตรีหรือสูงกว่า

4. สถานภาพสมรส

☐ 0 สมรส

☐ 1 โสด

☐ 2 หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่

5. ท่านประกอบอาชีพอะไร

☐ 0 ไม่มีอาชีพ

☐ 1 เกษตรกร

☐ 2 รับจ้าง

☐ 3 รับราชการ

☐ 4 นักเรียน/นักศึกษา

☐ 5 อื่นๆ ☐ ระบุ .....

6. รายได้ครัวเรือนเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

พหุปญฺโต ชีเว

ส่วนที่ 2 ความรูเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

คำชี้แจง: โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ลงในช่องท้ายของข้อคำถามที่ตรงกับสิ่งที่ท่านคิดว่าถูกต้องมากที่สุดโดยมีเกณฑ์การในการเลือกดังนี้

ใช่ หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับสิ่งที่ท่านรู้และเป็นความจริง

ไม่ใช่ หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริง

ข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการรับประทานอาหาร ควรรับประทานอาหารมื้อละจำนวนน้อย ๆ แต่บ่อยครั้งขึ้น		
2. ผู้สูงอายุที่ได้รับประทานอาหารจืดมากเกินไปทำให้ เกิดโรคอ้วนเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูงได้		
3. ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำ 6-8 แก้วต่อวัน		
4. ลดช่วงเวลานอนการงีบหลับเวลากลางวันเพราะจะทำให้ผู้สูงอายุนอนไม่หลับในเวลากลางคืนได้		
5. ผู้สูงอายุนอนควรพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง		
6. การออกกำาลังกายทำให้สมรรถภาพทางร่างกายดีขึ้น ชะลอการเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย		
7. การบริหารร่างกายเป็นประจำช่วยให้ร่างกายผู้สูงอายุ แข็งแรง		
8. การออกกำลังกายของผู้สูงอายุในท่าบริหารร่างกายทำให้เลือดไหลเวียนของเลือด		
9. ปัญหาสำคัญของการขับถ่ายของผู้สูงอายุคือภาวะ ท้องผูกอุจจาระแข็งถ่ายไม่ออก		
10. ผู้สูงอายุที่ไม่ทำกิจกรรมมีส่วนทำให้อาการท้องอืด ได้		
11. การรับประทานผลไม้หลังอาหารทำให้ผู้สูงอายุ ขับถ่ายอุจจาระง่าย		
12. การจัดพื้นที่ภายในบ้านให้เหมาะสมและเป็น ระเบียบเรียบร้อยเป็นสิ่งที่พึงกระทำสำหรับบ้านที่มี ผู้สูงอายุ		
13. การติดแผ่นกันลื่นในห้องน้ำเป็นการป้องกันอันตราย ที่จะเกิดในห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุ		
14. ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านสายตาจะมีโอกาสเกิด อุบัติเหตุได้บ่อย		
15. หากผู้สูงอายุเครียดจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้		
16. บ้านที่อากาศไม่ถ่ายเททำให้ความดันโลหิตสูงได้		
17. บ้านที่อากาศไม่ถ่ายเททำให้ผู้สูงอายุเกิดโรคระบบทางเดินหายใจ		
18. ความสัมพันธ์ทางด้านครอบครัวเป็นจุดสำคัญต่อการดำเนินชีวิตที่ปกติของผู้สูงอายุ		
19. การให้ความเคารพนับถือกับผู้สูงอายุเป็นผลดีต่อสุขภาพทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ		
20. ปัญหาสุขภาพจิตที่พบในผู้สูงอายุคือ โรคซึมเศร้า		

ส่วนที่ 3 การรับรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายของข้อคำถามที่ตรงกับความคิดเห็นท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	ทราบ	ไม่แน่ใจ	ไม่ทราบ
1. ปฏิบัติตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข			
2. เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ หรือจัดรณรงค์และให้ความรู้ทางด้านสาธารณสุข			
3. ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน			
4. อาสาสมัครสาธารณสุขประจ าหมู่บ้านจะต้องดำเนินการตามมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน			
5. ประสานการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชนและปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่หน่วยงานของรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น			
6. ฉันสามารถแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสมรรถนะอาสาสมัครประจำหมู่บ้านได้เสร็จสิ้นและประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี			
7. ฉันได้รับโอกาสและการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้นำท้องถิ่นและเพื่อนร่วมงาน ให้ได้รับการพัฒนาศักยภาพอยู่เสมอ เช่น การฝึกอบรม ศึกษาดูงาน ประกวดแข่งขันในระดับตำบล/อำเภอ/จังหวัด/เขต/ประเทศ			
8. ฉันได้รับการสนับสนุนให้ปฏิบัติงานตามความเหมาะสมกับความสามารถและหน้าที่			
9. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเพื่อนร่วมงานแสดงความห่วงใยเมื่อท่านออกทำงานส่งเสริมสุขภาพประชาชน			
10. ให้ความรู้ ด้านการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสาธารณสุขการมีส่วนร่วมในการเสนอความเห็นของชุมชนเกี่ยวกับนโยบายด้านสุขภาพแก่ประชาชน			

ส่วนที่ 4 ทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของภาคีเครือข่าย

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายของข้อคำถามที่ตรงกับความคิดเห็นท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. จำนวนหลังคาเรือนที่ท่านรับผิดชอบท่านคิดว่ามีความเหมาะสมดีแล้ว			
2. ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายในการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพในชุมชน			
3. การที่ต้องคอยให้ความรู้ คำแนะนำคนในชุมชนทำให้รบกวนงานประจำของท่าน			
4. ท่านรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้ปฏิบัติงานส่งเสริมกิจกรรมสุขภาพด้านสุขศึกษาต่อชุมชน			
5. ท่านรู้สึกว่าเมื่อท่านให้ความรู้ ให้คำแนะนำ หรือว่าทำกิจกรรมในชุมชนชาวบ้านไม่ค่อยให้ความร่วมมือ			
6. ท่านอยากดูแลผู้สูงอายุเพราะอยากทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพชุมชน			
7. ท่านรู้สึกมีความสุขทุกครั้งเมื่อเห็นคนในชุมชนของท่านมีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์			
8. ท่านรู้สึกอึดอัดที่ต้องปฏิบัติงานด้านสุขศึกษา			
9. ท่านได้นำข่าวสารหรือความรู้ที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปแจ้งให้เพื่อนบ้านทราบทุกครั้ง			
10. ท่านคิดว่าเอาเวลาที่ท่านปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุเป็นเรื่องเสียเวลาไปทำอย่างอื่นน่าจะมีประโยชน์ต่อท่านมากกว่า			

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

ส่วนที่ 5 การมีสวนรวมในการดูแลผู้สูงอายุ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายของข้อคำถามที่ตรงกับความคิดเห็นท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	มีส่วนร่วมมาก	มีส่วนร่วมปานกลาง	มีส่วนร่วมน้อย
ด้านการวางแผนและตัดสินใจ			
1. ท่านมีส่วนร่วมจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข			
2. ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงาน คัดกรองสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนด้านกาย จิตและสังคม			
3. ท่านมีส่วนร่วมค้นหาวิธีแก้ไขปัญหา การขาดการเข้ารับบริการการตรวจสุขภาพประจำปี ของผู้สูงอายุในชุมชน			
ด้านการปฏิบัติงานตามแผน			
4. ท่านมีส่วนร่วมปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อสอบถามปัญหาด้านสุขภาพ			
5. ท่านมีส่วนร่วมให้คำแนะนำความรู้วิธีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างถูกสุขอนามัยแก่พี่เลี้ยงผู้ดูแลผู้สูงอายุ			
6. ท่านมีส่วนร่วมแนะนำเรื่องการรับประทานยาอย่างถูกวิธีแก่ผู้สูงอายุในชุมชน ที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง			
7. ท่านมีส่วนร่วมปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการคัดกรองสภาวะสุขภาพด้านกาย จิต สังคม แก่ผู้สูงอายุในชุมชน			
8. ท่านมีส่วนร่วมให้คำแนะนำในการรักษาพยาบาลเบื้องต้นเมื่อผู้สูงอายุในชุมชนเจ็บป่วย			
9. ท่านมีส่วนร่วมในการส่งต่อผู้ป่วยแก่สถานพยาบาล เมื่อผู้สูงอายุในชุมชนเจ็บป่วย			
ด้านการปฏิบัติงานตามแผน			
10. ท่านมีส่วนร่วมกระตุ้นเตือนผู้สูงอายุในชุมชนให้เข้ารับสวัสดิการตรวจตาต้อกระจกประจำปี			
11. ท่านมีส่วนร่วมจัดรวมกลุ่มผู้สูงอายุให้เข้าร่วมโครงการออกกำลังกายในชุมชน			

ข้อคำถาม	มีส่วนร่วมมาก	มีส่วนร่วมปานกลาง	มีส่วนร่วมน้อย
12. ท่านมีส่วนร่วมประกาศข่าวสารสวัสดิการต่างๆ จากหน่วยงานราชการให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชนได้ทราบอย่างทั่วถึง			
13. ท่านมีส่วนร่วมในการคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุในชุมชน ทางด้านสาธารณสุข เช่น การขึ้นทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพ			
14. ท่านมีส่วนร่วมเป็นแกนนำร่วมกับชุมชนในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุเนื่องในวันสำคัญเช่น ประเพณีรดน้ำดำหัวผู้ใหญ่ในวันสงกรานต์			
ด้านการมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์			
15. ท่านมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุสารมารถนำความรู้ไปดูแลสุขภาพครอบครัวตนเองทำให้มีสุขภาพอนามัยที่ดีขึ้น			
16. ท่านมีส่วนร่วมได้รับการพัฒนาจากภาคราชการ เช่น การอบรมเสริมความรู้ การศึกษาดูงานนอกพื้นที่			
17. ท่านมีส่วนร่วมได้รับสิ่งสนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น วัสดุอุปกรณ์ ครุภัณฑ์ ยาและ กระเป๋ายา			
18. ท่านมีส่วนร่วมได้รับค่าตอบแทนพิเศษนอกเหนือจากสวัสดิการ เช่น ได้ศึกษาต่อ กศน.ได้อบรมความรู้คอมพิวเตอร์ ได้รับยกย่องจากชุมชน			
19. ท่านมีส่วนร่วมได้รับความภาคภูมิใจในเกียรติยศชื่อเสียงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง			
ด้านการติดตามและประเมินผล			
20. ท่านมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุในการออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุในชุมชน			
21. ท่านมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลสุขภาพกาย จิตและด้านสังคม ของผู้สูงอายุในชุมชนพร้อมทำรายงานเสนอต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข			
22. ท่านมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อรับความช่วยเหลือด้านกาย อุปกรณ์ เช่น รถเข็น ไม้เท้าเตียงปรับระดับจากส่วนราชการ			

ข้อคำถาม	มีส่วนร่วมมาก	มีส่วนร่วมปานกลาง	มีส่วนร่วมน้อย
23.ท่านมีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่ของรัฐในการประเมินผลผู้สูงอายุในชุมชนที่มีสุขภาพอนามัยแข็งแรงดีเด่น			



ภาคผนวก ง

รูปภาพการดำเนินงาน





ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางสาวเปมิกา ไชยศรีษะ
วันเกิด	วันที่ 24 มีนาคม พ.ศ. 2538
สถานที่เกิด	โรงพยาบาลขุขันธ์ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 106 หมู่ 1 ตำศรีสะอาด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ รหัสไปรษณีย์ 33140
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	นักวิชาการสาธารณสุข
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ รหัสไปรษณีย์ 33140
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2552 มัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนขุขันธ์ราษฎร์บำรุง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ
	พ.ศ. 2554 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนขุขันธ์ราษฎร์บำรุง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ
	พ.ศ. 2560 ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต (วท.บ.) สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์
	พ.ศ. 2566 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พหูน ปณฺ ฑิโต ชีเว