



กระบวนการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง
จังหวัดมุกดาหาร

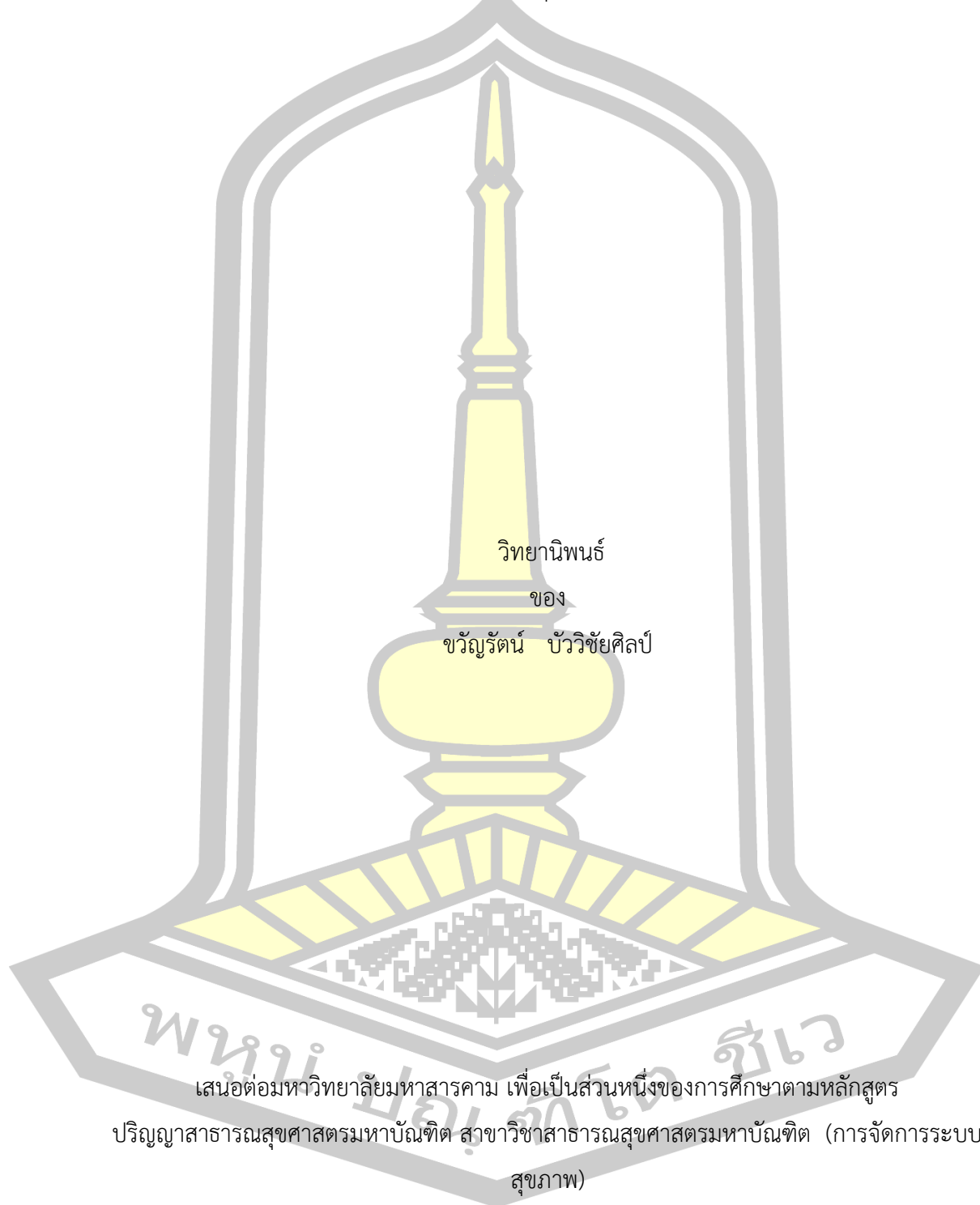
วิทยานิพนธ์
ของ
ขวัญรัตน์ บัววิชัยศิลป์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบ
สุขภาพ)

มีนาคม 2562

สงวนลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

กระบวนการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง
จังหวัดมุกดาหาร



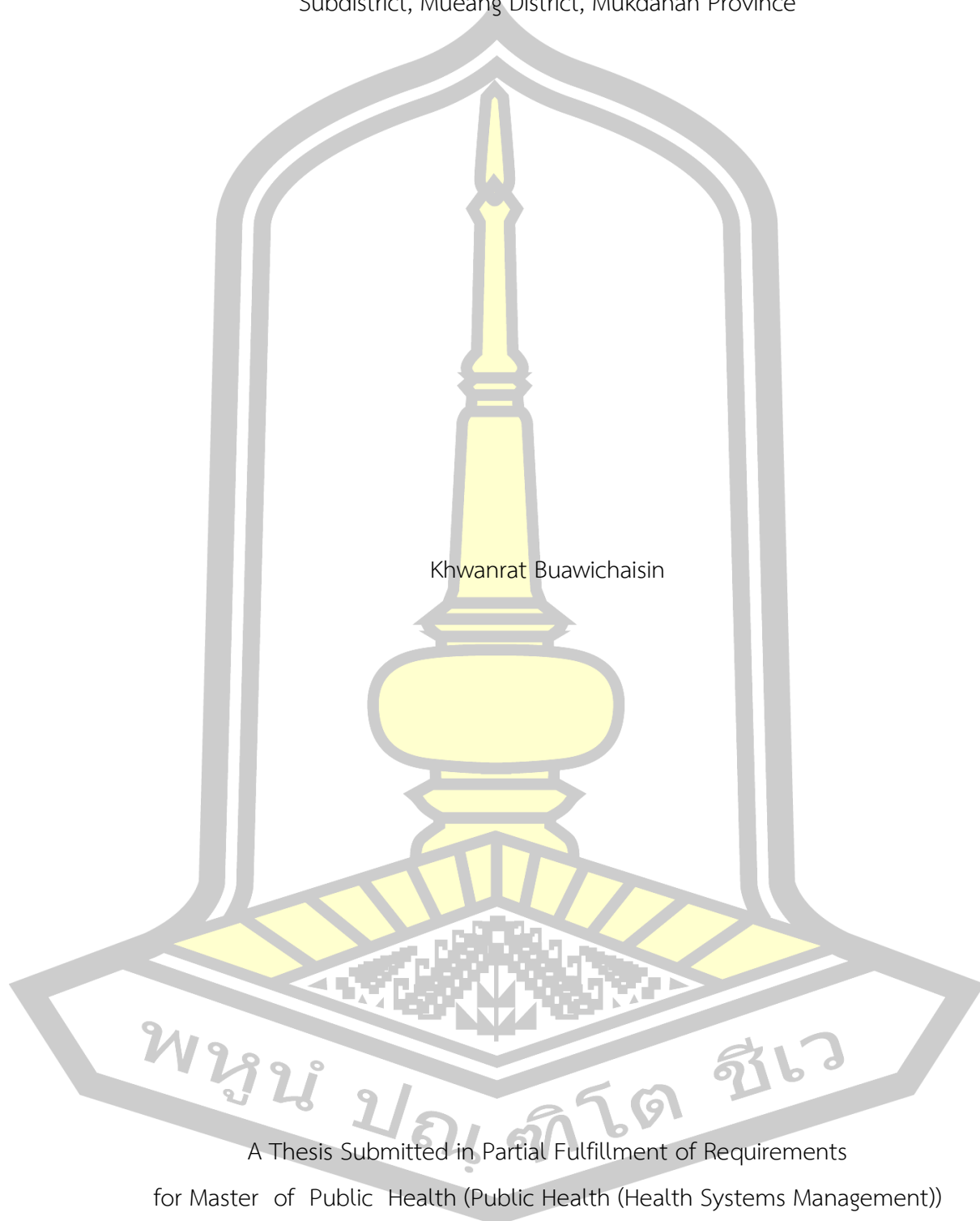
วิทยานิพนธ์
ของ
ขวัญรัตน์ บัววิชัยศิลป์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบ
สุขภาพ)

มีนาคม 2562

สงวนลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Elderly Care Process by Community Participation Napo Yai Community, Mukdahan
Subdistrict, Mueang District, Mukdahan Province



Khwanrat Buawichaisin

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Master of Public Health (Public Health (Health Systems Management))

March 2019

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวขวัญรัตน์ บัววิชัย ศิลป์ แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบสุขภาพ) ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. สุภัทนา กลางคาร)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(อ. ดร. ชัยวุฒิ บัวเนี้ยว)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(อ. ดร. อรุณ บุญสร้าง)

กรรมการ

(อ. ดร. พัดชา หิรัญวัฒน์กุล)

กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(อ. ดร. เสฐียรพงษ์ ศิวินา)

มหาวิทยาลัยขอนแก่นให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบสุขภาพ) ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

(รศ. ดร. วิทยา อยู่สุข)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

(ผศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	กระบวนการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ชุมชนนาโปใหญ่ ตำบล มุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร		
ผู้วิจัย	ขวัญรัตน์ บัววิชัยศิลป์		
อาจารย์ที่ปรึกษา	อาจารย์ ดร. ชัยวุฒิ บัวเนี้ยว อาจารย์ ดร. อรุณ บุญสร้าง		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหา บัณฑิต	สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบสุขภาพ)
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2562

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหารทำการศึกษาในกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องในกระบวนการดูแลผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน และภาคีเครือข่าย จำนวน 20 คน เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ โดยใช้เครื่องมือที่สร้างขึ้นและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในครั้งนี้ มี 8 ขั้นตอน ได้แก่ (1) ศึกษาบริบทและสภาพปัญหา (2) คั้นข้อมูลจากการศึกษา (3) ประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมเพื่อจัดทำแผน (4) ดำเนินกิจกรรมตามโครงการ (5) สังเกตการณ์การมีส่วนร่วม (6) ประเมินผล (7) จัดเวทีถอดบทเรียน และ (8) ทดสอบกระบวนการโดยผู้ทรงคุณวุฒิใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม ผลปรากฏว่า ในการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ (1) การวางแผนแบบมีส่วนร่วม (2) การดำเนินงานของภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง และ (3) การติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ผลการดำเนินงานตามขั้นตอน พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่ในระดับมาก และได้กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย (1) Nonstop health care คือ การที่ชุมชนไม่หยุดดูแลสุขภาพ (2) Action plan of community health care คือ การปฏิบัติตามแผนงานการดูแลสุขภาพ

ของชุมชน (3) Participation of health network คือ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน
(4) Observation and assessment คือ การสังเกตการณ์และการประเมินผลการดำเนินกิจกรรม

โดยสรุป ปัจจัยความสำเร็จของการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนครั้งนี้ คือ การให้ความสำคัญและสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลโดยเครือข่ายในพื้นที่และกลุ่มผู้สูงอายุเองที่ได้รับผลกระทบ ให้มีความรับผิดชอบในประเด็นปัญหานี้และมีจิตสำนึกว่าเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบร่วมกัน

คำสำคัญ : การทำงานเป็นทีมในชุมชน, การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน, ผู้สูงอายุ



TITLE	Elderly Care Process by Community Participation Napo Yai Community, Mukdahan Subdistrict, Mueang District, Mukdahan Province		
AUTHOR	Khwanrat Buawichaisin		
ADVISORS	Chaiwut Bourneow , Ph.D. Arun Boonsang , Ph.D.		
DEGREE	Master of Public Health	MAJOR	Public Health (Health Systems Management)
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2019

ABSTRACT

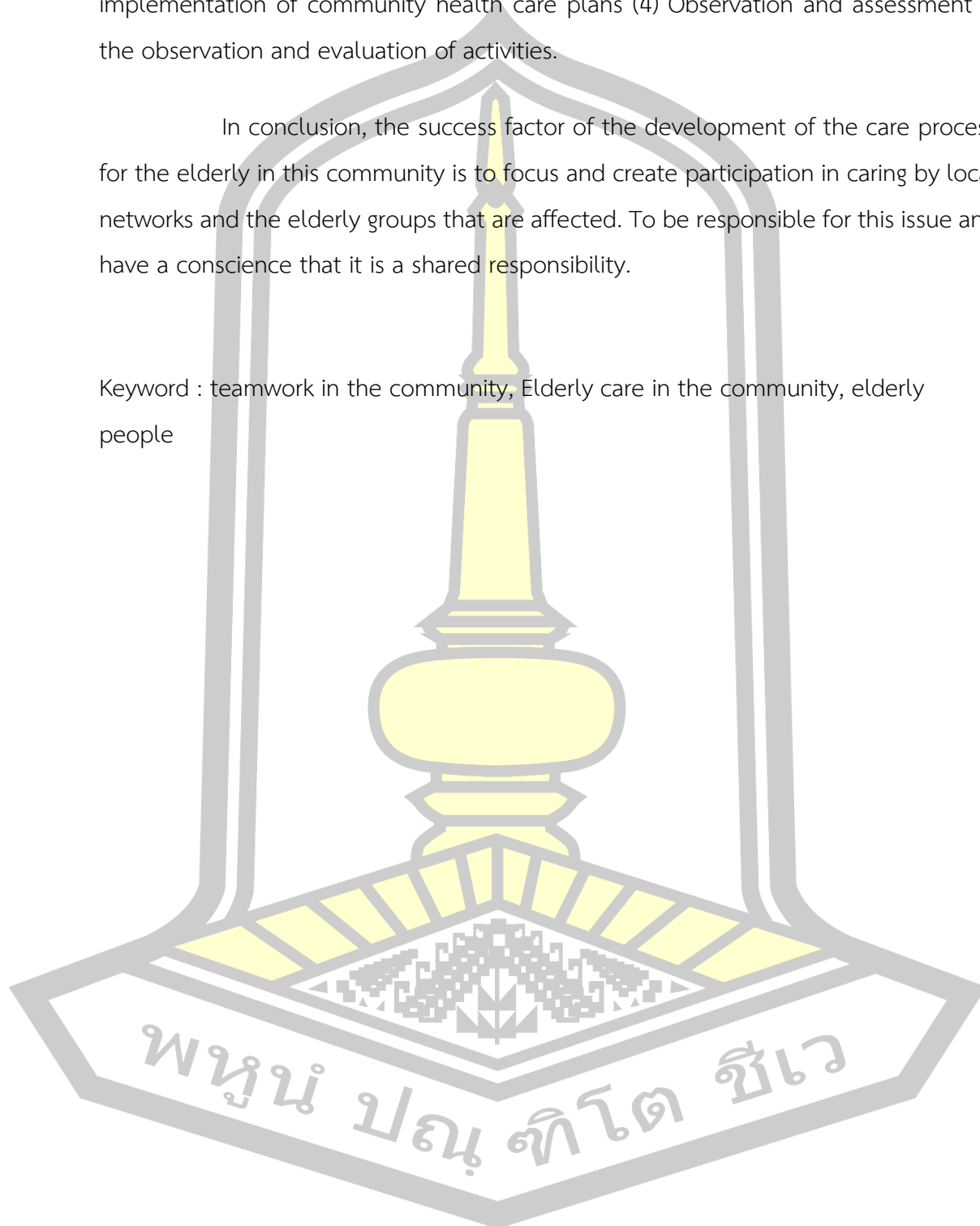
This action research The objective of this study is to study the process of developing the elderly health care model by participating in the Napa Yai community, Mukdahan Subdistrict, Mueang District, Mukdahan Province. 20 elderly and 20 network partners collect both quantitative data And qualitative By using the generated tools and analyzing the data using descriptive statistics such as mean, percentage, standard deviation And analyzing qualitative data by content analysis.

The study indicated that The process of developing the elderly health care model by participating in this community has 8 steps, namely (1) studying the context and the problem condition (2) returning information from the study (3) participatory workshop To prepare the plan (4) carry out activities according to the project (5) Observe participation (6) Evaluate (7) Arrange the stage to take off lessons and (8) Test the process by experts using the group discussion process, the results appear that in the development of the elderly care process by community participation There are 3 important elements: (1) participatory planning (2) Implementation of strong network partners and (3) continuous monitoring and evaluation Performance according to the procedure Found that community participation is at a high level And getting the elderly health care process in the community consisting of (1) Nonstop health care is that the

community does not stop health care (2) Action plan of community health care is the implementation of community health care plans (4) Observation and assessment is the observation and evaluation of activities.

In conclusion, the success factor of the development of the care process for the elderly in this community is to focus and create participation in caring by local networks and the elderly groups that are affected. To be responsible for this issue and have a conscience that it is a shared responsibility.

Keyword : teamwork in the community, Elderly care in the community, elderly people



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วย ความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจาก อาจารย์ ดร.ชัยวุฒิ บัวเนี้ยว อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก อาจารย์ ดร.อรุณ บุญสร้าง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ช่วยขัดเกลาและตรวจสอบรายละเอียด ตลอดจนช่วยแก้ไขข้อบกพร่อง วิทยานิพนธ์ฉบับนี้จึงสำเร็จสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.จุฑามาศ เป้าทองคำ อาจารย์ประจำ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี นางเจียรไน กิตติพัสคุณากร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี นางสาววันทนี ธารณธนบูลย์ นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ นายอนันต์ศักดิ์ พันธุ์พัฒน์ อาจารย์ประจำ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม นายวศินภัทร์ ปิยะพงศ์สกุล อาจารย์ประจำ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยและให้คำแนะนำการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือวิจัย

ขอขอบพระคุณ นายบัญชา ผลานูงษ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมุกดาหาร นายกเทศมนตรีเมืองมุกดาหาร เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลมุกดาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์ด้านต่างๆ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลวิจัย รวมถึงการเข้าร่วมกระบวนการวิจัยจนสำเร็จด้วยดี

ขวัญรัตน์ บัววิชัยศิลป์

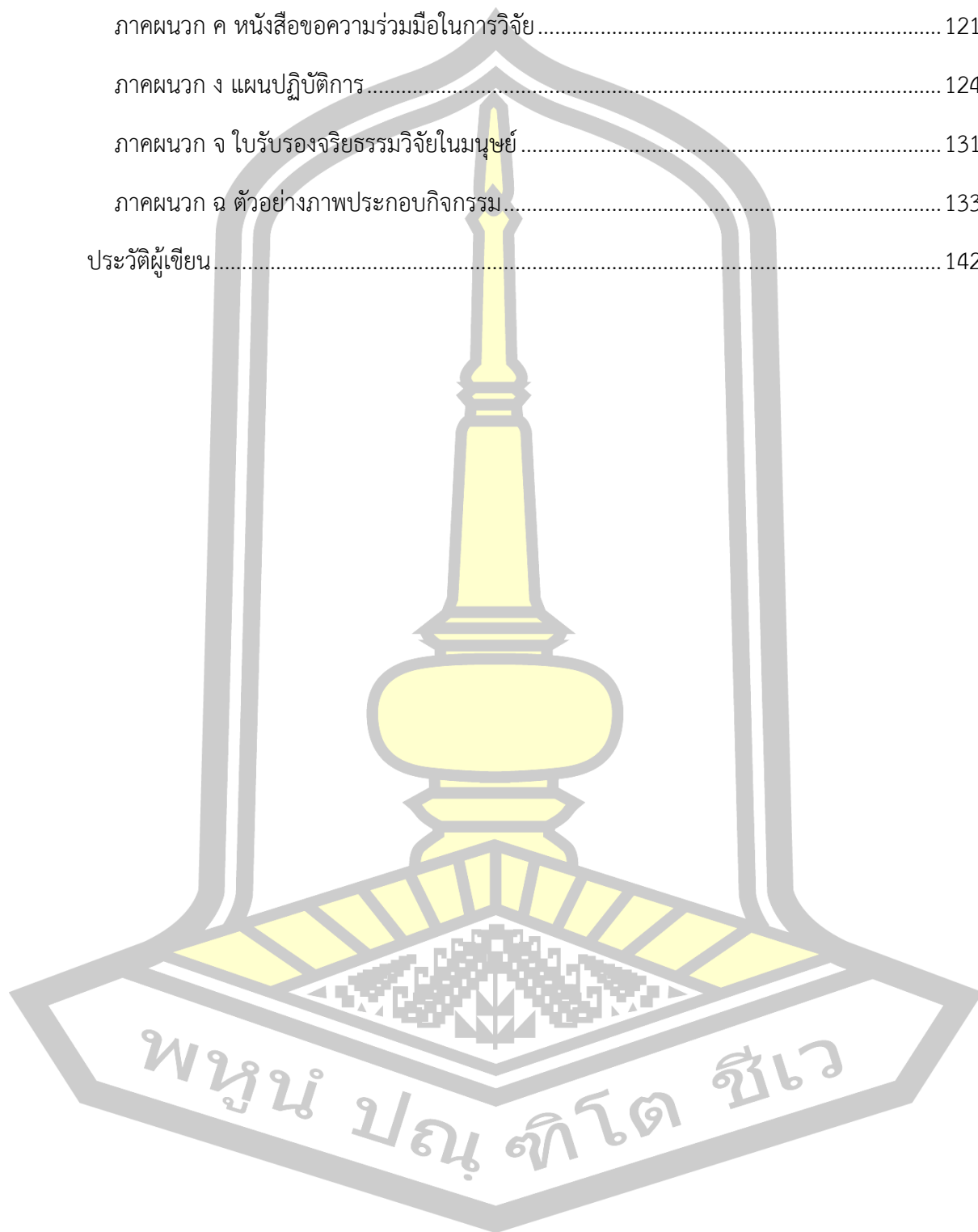
พนุน ปณ ทิโต ชีเว

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ณ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพประกอบ.....	ฐ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ภูมิหลัง.....	1
1.2 แนวคิดในการศึกษา.....	4
1.3 คำถามในการศึกษา.....	5
1.4 วัตถุประสงค์ในการศึกษา.....	5
1.5 ขอบเขตการศึกษา.....	5
1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
บทที่ 2 ปรัชญาเอกสารข้อมูล.....	8
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	8
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในสังคมไทย.....	10
2.3 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว.....	22
2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม.....	32
2.5 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ.....	38
2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	48
2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	53

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	54
3.1 รูปแบบการวิจัย	54
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	55
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	56
3.4 การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	59
3.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย	60
3.6 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล	60
3.7 สถิติที่ใช้ในการวิจัย	64
3.8 จริยธรรมในการวิจัย.....	65
บทที่ 4 ผลการวิจัย	66
4.1 บริบทและสภาพปัญหาผู้สูงอายุ ชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัด มุกดาหาร	66
4.2 กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร มีรายละเอียดดังนี้.....	69
4.3 ผลการดำเนินงานตามกระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร	75
4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วน ร่วมของชุมชนนาโปใหญ่.....	89
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	91
5.1 สรุปผล.....	91
5.2 อภิปรายผล.....	93
5.3 ข้อเสนอแนะ	96
บรรณานุกรม.....	97
ภาคผนวก.....	100
ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ	101

ภาคผนวก ข แบบทดสอบ	103
ภาคผนวก ค หนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย	121
ภาคผนวก ง แผนปฏิบัติการ	124
ภาคผนวก จ ใบรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์	131
ภาคผนวก ฉ ตัวอย่างภาพประกอบกิจกรรม	133
ประวัติผู้เขียน	142



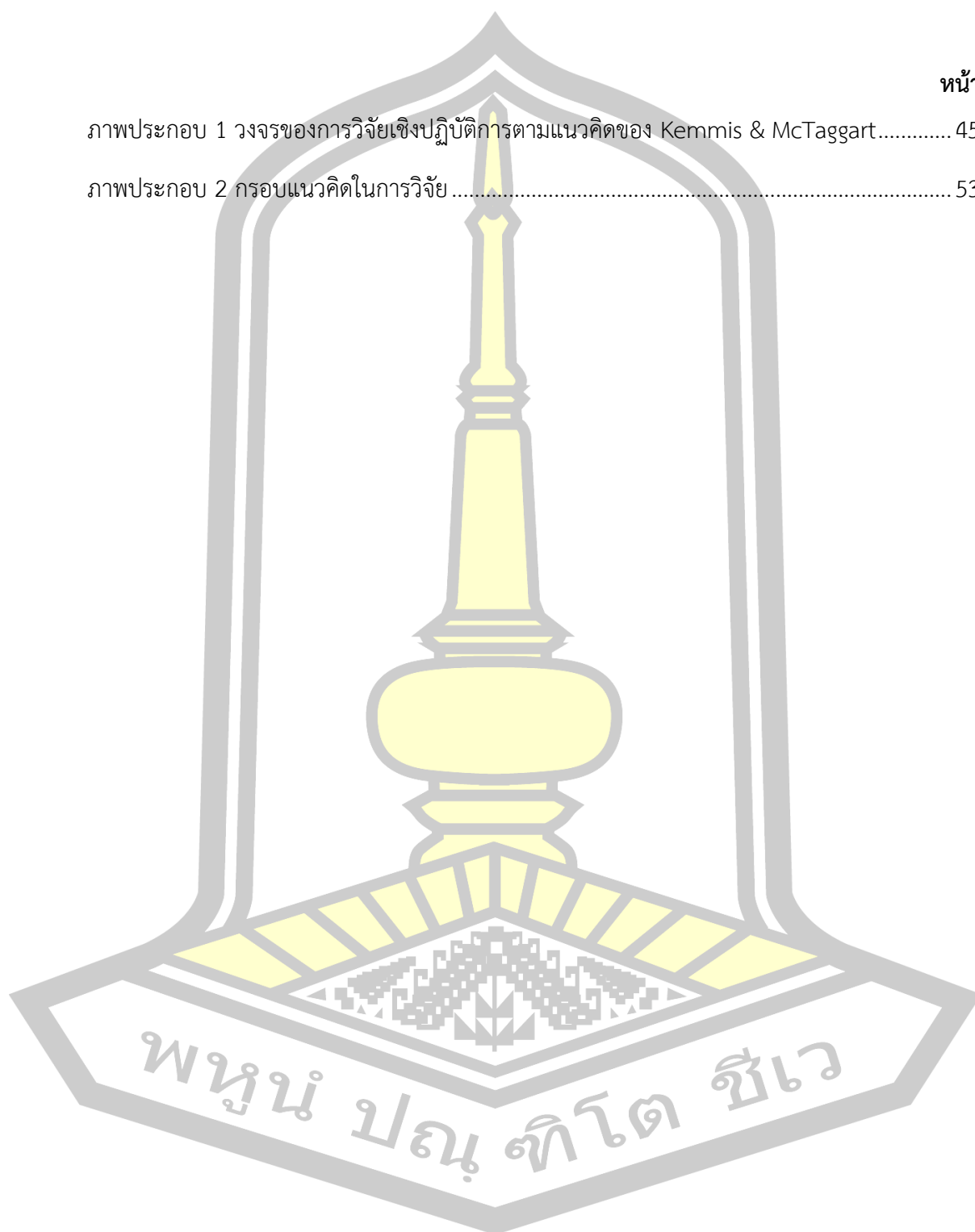
สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 การสัมภาษณ์มุมมองความคิดต่อผู้สูงอายุในชุมชนนาโปลีใหญ่.....	68
ตาราง 2 แสดงความถี่และร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามลักษณะประชากร.....	76
ตาราง 3 แสดงคะแนนระดับความรู้ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกเป็นรายข้อ.....	79
ตาราง 4 ระดับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกรายข้อ.....	81
ตาราง 5 เจตคติของผู้สูงอายุ จำแนกรายข้อ.....	84
ตาราง 6 การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชุมชน.....	86
ตาราง 7 แบบบันทึกการสังเกตการณ์อย่างมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมกิจกรรม.....	88



สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบ 1 วงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart.....	45
ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย	53



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ภูมิหลัง

ปัจจุบันประชากรโลก ได้เพิ่มจำนวนมากขึ้นเป็นลำดับ โดยการเปลี่ยนแปลงของประชากรโลก เกิดจากอัตราการเกิดและการตาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อเช่นเดียวกัน ในทุกประเทศทั่วโลก ด้วยองค์การสหประชาชาติ ได้เห็นความสำคัญของประชากรหรือมนุษย์ ซึ่งเป็นตัวแปรหลัก ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสภาวะต่างๆ มีแนวโน้มว่าจะมีวัยเด็กลดน้อยลง โดยจำนวนของประชากรสูงอายุ มีแนวโน้มที่จะสูงขึ้น แสดงว่าโครงสร้างของประชากรได้เปลี่ยนแปลงเข้าไปสู่สังคมผู้สูงอายุ (Anging Society) ซึ่งขณะนี้ยุโรปกลายเป็นภูมิภาคที่มีผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก โดยเฉพาะอิตาลี กรีซ เยอรมัน สวิสเซอร์แลนด์ จึงพยายามศึกษาและวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุมากขึ้น เพื่อพัฒนาประเทศของตนให้มีคุณภาพกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพต่อไปในอนาคต (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)

สำหรับประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว เช่นเดียวกับหลายประเทศทั่วโลก โดยปัจจุบันมีจำนวนผู้สูงอายุเกิน 60 ปี ราว 10 ล้านคน จำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คาดว่าจำนวนผู้สูงอายุไทยจะเพิ่มเป็นร้อยละ 21 และ 24 ของประชากรรวมในอีกสิบและสิบสี่ปีข้างหน้าตามลำดับ และสังคมไทยจะก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ตามนิยามของสหประชาชาติ ในปี พ.ศ.2568 กล่าวคือ ทุกๆ 5 คน ที่เดินผ่านไปจะมีผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป 1 คน และ ทุกๆ 100 คนที่เดินผ่านไปจะมีผู้ที่มีอายุเกิน 65 ปีขึ้นไปถึง 14 คน โดยจะเพิ่มเป็น 20.5 ล้านคนในปี 2583 ขณะเดียวกัน สัดส่วนของผู้สูงอายุวัยปลายก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน อายุเฉลี่ยของหญิงไทยอยู่ที่ 78.4 ปี ในขณะที่ชายไทยมีอายุเฉลี่ย 71.6 ปี (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทยและสถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2558) ซึ่งจากการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 6,394,022 คน ในปี 2558 โดยกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ร้อยละ 79 (5 ล้านคน) คือ ผู้สูงอายุติดสังคมหรือกลุ่มที่ยังช่วยเหลือตัวเองได้ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ และอีกร้อยละ 21 (1.3 ล้านคน) คือ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือ เรียกว่า กลุ่มติดบ้านติดเตียง และต้องการการดูแลทั้งด้านสุขภาพและสังคม (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

ข้อมูลจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นของประเทศไทย ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงด้านระบอบการปกครองและการเจ็บป่วยของประชาชน จากโรคติดต่อแบบเฉียบพลันเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องได้รับการดูแลแบบต่อเนื่อง ในขณะที่ศักยภาพของครัวเรือนในการดูแลผู้สูงอายุถดถอยลง และจากขนาดครัวเรือนที่เล็กมีการเคลื่อนย้ายของวัยแรงงานจากชนบทสู่เมือง สตรีมีบทบาทในการทำงานนอกบ้านมากขึ้น ตลอดถึงการเปลี่ยนแปลงของสังคมจากสังคมชนบทไปสู่สังคมเมืองมากขึ้น โดยหากเปรียบเทียบสัดส่วนของประชากรวัยทำงานต่อประชากรวัยสูงอายุ 1 คน ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงสภาพของภาวะพึ่งพิงนั้นพบว่า จากเดิมที่มีประชากรวัยทำงานจำนวนประมาณ 4.5 คน คอยดูแลประชากรวัยสูงอายุ 1 คน สัดส่วนดังกล่าวจะลดลงอย่างเห็นได้ชัด โดยคงเหลือประชากรวัยทำงานจำนวนเพียงแค่ 2.5 คนที่ดูแลประชากรวัยสูงอายุ 1 คน ส่งผลให้ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพปรากฏต่อสังคมยิ่งขึ้น ภาพผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงหรือติดบ้าน และผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือทำได้จำกัด ภาพผู้สูงอายุสมองเสื่อมถูกทอดทิ้ง ภาพผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และต้องอยู่บ้านคนเดียวเพราะลูกหลานต้องออกไปทำงานในช่วงกลางวัน แม้ในครอบครัวที่มีผู้ดูแล ก็เป็นภาระของผู้ดูแลไม่น้อย โดยเฉพาะเมื่อผู้สูงอายุได้จากไปแล้วอาจส่งผลกระทบต่อโอกาสในด้านต่างๆทางสังคมของผู้ดูแลได้ ขณะที่ระบบบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมที่ผ่านมา อยู่ในภาวะตั้งรับสามารถให้บริการแก่กลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างจำกัด และเป็นในรูปแบบการสงเคราะห์ชั่วคราว ไม่ต่อเนื่อง เหล่านี้ คือความจำเป็นที่ต้องสร้างระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ขึ้นมารองรับการดูแลผู้สูงอายุ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

สถานการณ์จังหวัดมุกดาหาร มีจำนวนประชากรเพิ่มขึ้นตามลำดับ จากข้อมูลประชากรจังหวัดมุกดาหาร พบว่า มีประชากรผู้สูงอายุ ในปี 2558 จำนวน 54,300 คน ปี 2557 ผู้สูงอายุจำนวน 40,811 คน และปี 2556 จำนวน 34,430 คน (สำนักงานสถิติจังหวัดมุกดาหาร : 2558)

เขตเทศบาลเมืองมุกดาหาร 34 ชุมชน ปี 2558 ผู้สูงอายุ จำนวน 4,123 คน ปี 2557 ผู้สูงอายุจำนวน 3,479 คน ปี พ.ศ. 2556 มีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 3,468 คน ตามลำดับ (สำนักงานสถิติจังหวัดมุกดาหาร, 2558)

ข้อมูลการคัดกรองเพื่อจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองมุกดาหาร ปี 2559 มีจำนวนผู้สูงอายุติดสังคม 4,025 คน ร้อยละ 97.62 ผู้สูงอายุติดบ้าน 50 คน ร้อยละ 1.21 และผู้สูงอายุติดเตียง 48 คน ร้อยละ 0.11 และปี 2558 มีจำนวนผู้สูงอายุติดสังคม 3,379 คน ร้อยละ 97.12 ผู้สูงอายุติดบ้าน 48 คน ร้อยละ 1.38 และผู้สูงอายุติดเตียง 52 คน ร้อยละ 1.5 (กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมุกดาหาร, 2559)

ชุมชนนาโปใหญ่ ตั้งอยู่ในเขตเทศบาลเมืองมุกดาหาร ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2559 จำนวน 124 คน พ.ศ. 2558 จำนวน 100 คน ปี พ.ศ.2557 จำนวน 96 คน ตามลำดับ ข้อมูลการคัดกรองสุขภาพอนามัยผู้สูงอายุ ตามมาตรฐานผู้สูงอายุมีอนามัยที่พึงประสงค์ ชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร ปี พ.ศ. 2559 พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน จำนวน 61 คน ร้อยละ 49.12 ด้านการออกกำลังกาย มีผู้สูงอายุออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 97 คน ร้อยละ 78.23 การออกกำลังกายที่นิยมใช้ได้แก่ ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ และเดินเร็ว ซึ่งเป็นการออกกำลังกายเพียงลำพัง และมีผู้สูงอายุออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 21.77 ด้านการคัดกรองภาวะซึมเศร้าไม่พบผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุที่เข้าข่ายความจำเสื่อม จำนวน 1 คน ร้อยละ 0.81 และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่ามีผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.81 กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 123 คน ร้อยละ 99.19 ผู้สูงอายุดังกล่าวอาศัยอยู่เพียงลำพังในช่วงเวลาที่ผู้ดูแลออกไปทำงาน และในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม พบผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 14 คน ร้อยละ 11.30 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 23 คน ร้อยละ 18.55 และด้านอื่นๆที่ผู้สูงอายุในชุมชนเสนอแนะ ปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุในชุมชน คืออาการปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดตามข้อ ปวดหลัง ปวดเอว ซึ่งผู้สูงอายุต้องการใช้วิธีการนวด (กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมุกดาหาร, 2559)

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมา อาจถูกจำกัดอยู่ 2 แบบ คือ การดูแลตนเองในครอบครัว และการดูแลโดยรัฐจัดให้ นอกจากนี้ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมา มีการจัดบริการแบบแยกส่วน คือ การดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยกระทรวงสาธารณสุข ที่มีจุดมุ่งหมาย เพื่อช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่างๆของผู้สูงอายุ การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุก็เกิดปัญหาด้านบริหารจัดการ และขาดการสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงาน ซึ่งล้วนส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่เข้าร่วมกิจกรรม จนทำให้เกิดกิจกรรมไม่ต่อเนื่อง ส่วนการสนับสนุนในครอบครัวดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ซึ่งเป็นบรรทัดฐานที่ดีของสังคมไทย หากครอบครัวไม่พร้อมย่อมส่งผลให้คุณภาพการดูแลลดลง แสดงให้เห็นว่า การดูแลผู้สูงอายุเป็นเรื่องละเอียดอ่อน และจำเป็นจะต้องคำนึงถึงบริบทต่างๆ อย่างลึกซึ้ง (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2555)

สถานการณ์ผู้สูงอายุและการดูแลผู้สูงอายุดังกล่าวข้างต้น ทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และอื่นๆ มีแผนงาน นโยบาย และมาตรการต่างๆ รองรับสถานการณ์ผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากสังคมไทย ผู้สูงอายุมีความต้องการที่จะอยู่กับบ้าน เพื่อได้รับการเอาใจใส่ในการดูแลของครอบครัวมากกว่าได้รับการดูแลจากสถานบริการภายนอกชุมชน ทั้งโรงพยาบาลและสถานดูแลคนชรา รวมทั้งข้อจำกัดในด้านทรัพยากรของภาครัฐ ทำให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพไม่เพียงพอ ถึงแม้จะมีระบบการดูแล และกลไกต่างในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่หลากหลายแล้วก็ตาม แต่ที่ผ่าน

มาการดำเนินงานดังกล่าว ยังไม่เกิดการเชื่อมโยงแบบบูรณาการของระบบการดูแลระยะยาวในชุมชนอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน จำเป็นอย่างยิ่งที่ชุมชนจะต้องเตรียมพร้อมรับสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นและการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้ฐานชุมชนเป็นหลัก รวมทั้งส่งเสริมบทบาทครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการเหมาะสมอย่างยิ่งกับสังคม ชนบทธรรมนิยมประเพณี วัฒนธรรมในชุมชน เรื่องของการพึ่งพาตนเอง การช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ชุมชนจะต้องมีการรวมตัวกันหรือรวมกลุ่มกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการรวบรวมปัญหาต่างๆ นำมาวิเคราะห์วางแผน ดำเนินงาน เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้ผู้สูงอายุสามารถแสดงศักยภาพได้ตามความต้องการ เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2555)

ข้อมูลกระบวนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร กระบวนการดำเนินงานเดิม คือการดูแลผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากรัฐ ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยจากกระทรวงสาธารณสุขที่รองรับในการรักษาเพียงอย่างเดียว ขาดการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ขาดการทำงานโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ซึ่งจากการศึกษางานวิจัยพบว่า หากภาคีเครือข่ายและผู้ดูแลเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ มีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงาน จะส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลทั่วถึงและต่อเนื่องจากชุมชน ผู้วิจัยจึงได้ ดำเนินงานวิจัยนี้ เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และเพื่อให้ได้กระบวนการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพและเป็นการแบ่งเบาภาระของครอบครัวทำให้ผู้สูงอายุในสังคมมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

1.2 แนวคิดในการศึกษา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยมีกลุ่มเป้าหมายผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ คือ เจ้าอาวาสวัดแจ้งนาโปใหญ่ 1 รูป ประธานชุมชนนาโปใหญ่ 1 คน คณะกรรมการชุมชน 3 คน สมาชิกเทศบาล 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 10 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบกลุ่มวัยผู้สูงอายุ 3 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 20 คน ผู้สูงอายุในชุมชน 20 คน ที่สนใจเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมืองมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร จำนวน 60 คน โดยมีขั้นตอนด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยใช้แนวคิดของ เคมมิสและแม็คแท็กการ์ด (Kemmis & McTaggart, 1988)

1.3 คำถามในการศึกษา

กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหารเป็นอย่างไร

1.4 วัตถุประสงค์ในการศึกษา

1.4.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร

1.4.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.4.2.1 เพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร

1.4.2.2 เพื่อศึกษากระบวนการการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร

1.4.2.3 เพื่อศึกษาผลของกระบวนการพัฒนารูปแบบผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร

1.4.2.4 เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จตามกระบวนการพัฒนารูปแบบผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร

1.5 ขอบเขตการศึกษา

1.5.1 ขอบเขตเนื้อหาการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเพื่อกระบวนการพัฒนารูปแบบวิธีการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยรวบรวมข้อมูลปัญหา จำนวนผู้สูงอายุและจัดกลุ่มผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม ความต้องการของชุมชน และวิเคราะห์การจัดการของชุมชน ชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร

1.5.2 ด้านพื้นที่ศึกษาพื้นที่ชุมชนในเขตเทศบาลเมืองมุกดาหาร จำนวน 34 ชุมชน ตำบลมุกดาหารและตำบลศรีบุญเรือง อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร ที่ยังไม่มีระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งจากการสำรวจข้อมูลชุมชนที่มีปัญหาด้านการดูแลผู้สูงอายุและสมัครใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร

1.5.3 ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.5.3.1 ประชากร จำนวน 282 คน เป็นอาสาสมัครเจ้าหน้าที่ 1 รูป ประธานชุมชน นานาโปใหญ่ 1 คน คณะกรรมการชุมชน 15 คน สมาชิกเทศบาล 2 คน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน 12 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบกลุ่มวัยผู้สูงอายุ 3 คน ผู้สูงอายุในชุมชน 124 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ 124 คน

1.5.3.2 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาวิจัยในครั้งนี้ จำนวน 60 คน ได้แก่ เจ้าอาสาสมัครเจ้าหน้าที่ 1 รูป ประธานชุมชนนานาโปใหญ่ 1 คน คณะกรรมการชุมชน 3 คน สมาชิกเทศบาล 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 12 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานกลุ่มวัยผู้สูงอายุ 3 คน ผู้สูงอายุในชุมชน 20 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 20 คน ที่สนใจเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน นานาโปใหญ่

1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.6.1 ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งชายและหญิง ที่อาศัยอยู่ในชุมชนนานาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร

1.6.2 ผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่คอยดูแลผู้สูงอายุ เป็นบุตร พี่น้อง ญาติ หรือญาติที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน

1.6.3 ชุมชน หมายถึง ชุมชนนานาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร

1.6.4 การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน หมายถึง การดูแลผู้สูงอายุในด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการจัดการความเครียดและอารมณ์ของผู้สูงอายุ ด้านกิจกรรมในสังคม และด้านความมั่นคงแห่งชีวิตและสวัสดิการของผู้สูงอายุ

1.6.5 กระบวนการ หมายถึง กิจกรรมที่กำหนดขึ้น เป็นแนวทางที่ยอมรับในการมีส่วนร่วมของชุมชนนานาโปใหญ่ โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม

1.6.6 การมีส่วนร่วม หมายถึง การมีส่วนร่วมของชุมชน ในด้านวิเคราะห์ปัญหา วางแผนลงมือปฏิบัติ ร่วมรับผลประโยชน์ ร่วมรับผิดชอบ และติดตามประเมินผลของชุมชนนานาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร

1.6.7 กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง กิจกรรม ที่ดำเนินการโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ ญาติเครือญาติ และผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุ ซึ่งดำเนินการในรูปแบบกิจกรรม โครงการของหน่วยงานด้านสาธารณสุข

1.6.8 ภาคีเครือข่าย หมายถึง ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุข เทศบาลเมืองมุกดาหาร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข วัด อยู่ในเขต รับผิดชอบของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมุกดาหาร

1.6.9 บริบทชุมชนนาโปใหญ่ หมายถึง ชุมชนนาโปใหญ่มีพื้นที่ในเขตเทศบาลเมือง ตั้งอยู่ที่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร ทิศเหนือติดต่อกับเขตบ้านคำผักหนอก ทิศใต้ติดกับ เขตชุมชนนาโปกลาง ทิศตะวันออกจรดกับแม่น้ำโขง ทิศตะวันตกติดต่อกับเขตชุมชนโคกสุวรรณ



บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ประกอบในการศึกษาและจัดทำกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยมีประเด็นต่างๆ ในการนำเสนอ ดังนี้

- 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในสังคมไทย
- 2.3 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
- 2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม
- 2.5 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
- 2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

2.1.1 คำนิยามของผู้สูงอายุ

องค์การสหประชาชาติ กำหนดให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก คือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (Nations, 2007)

องค์การอนามัยโลกให้ความหมายผู้สูงอายุว่าผู้ที่มีอายุ 60 ปีหรือมากกว่า เมื่อนับตามวัยหรือผู้ที่สังคมยอมรับว่าสูงอายุจากการกำหนดของสังคมหรือผู้ที่เกษียณอายุจากการทำงาน เมื่อนับตามสภาพเศรษฐกิจในประเทศพัฒนาแล้ว ส่วนใหญ่จะใช้เกณฑ์ที่อายุ 65 ปี (World Health Organization, 2010)

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 กำหนดให้บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ และมีสัญชาติไทยเป็นผู้สูงอายุ (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2552) แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุได้ 3 กลุ่มคือ ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) ผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป)

นักชราวิทยาแบ่งช่วงสูงอายุ ออกเป็น 4 ช่วง ได้แก่ 1) ช่วงไม่ค่อยแก่ (the young – old) อายุประมาณ 60–69 ปี เป็นช่วงที่คนต้องประสบกับความเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เป็นภาวะวิกฤตหลายด้าน เช่นการเกษียณอายุการจากไปของมิตรสนิทคู่ครอง โดยทั่วไปยังเป็นคนที่แข็งแรง แต่อาจต้องพึ่งพิงผู้อื่นบ้าง สำหรับบุคคลที่มีการศึกษารู้จักปรับตัวยังเข้าร่วมกับกิจกรรมต่างๆทางสังคมทั้งในครอบครัวและนอกครอบครัว 2) ช่วงแก่ปานกลาง (the middle-aged old) อายุประมาณ ตั้งแต่ 70–79 ปี เป็นช่วงที่คนเริ่ม เจ็บป่วย เข้าร่วมกิจกรรมของสังคมน้อยลง คือ ไม่ค่อยยุ่งเกี่ยวกับกิจกรรมของครอบครัวและสังคมนัก และ 3) ช่วงแก่จริง (the old-old) อายุประมาณ 80–90 ปี ผู้มีอายุยืนถึงนี้ปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมมากขึ้น เพราะสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับคนอายุถึงขั้นนี้ ต้องมีความเป็นส่วนตัวมากขึ้น ไม่วุ่นวาย ระยะนี้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากกว่าในวัยที่ผ่านมา เริ่มย้อนนึกถึงอดีตมากขึ้น

2.1.2 การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

ธรรมชาติและการเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ มีลักษณะโดยรวมเหมือนกันในทุกคนทุกเชื้อชาติ ศาสนา เพียงแต่ระยะเวลาความช้าหรือเร็วของการเข้าสู่ความชราจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น สิ่งแวดล้อม การดูแลสุขภาพ พันธุกรรม และภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล อย่างไรก็ตามความสูงวัยย่อมเกิดอย่างแน่นอนเพียงแต่จะช้าหรือเร็วเท่านั้น ความสูงวัยนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายเริ่มเสื่อมถอยลง เช่น ตามัว หูตึง ข้อต่อติดขัด เดินไม่สะดวก ระบบย่อยอาหารไม่ดี อ้วน ปัสสาวะไม่อยู่ ความจำเสื่อม บางคนมีโรคประจำตัวร่วมด้วย เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ เป็นต้น การปรับตัว ผู้สูงอายุควรดูแลสุขภาพของตนเองให้ดี โดยออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ในปริมาณที่เพียงพอ หลีกเลี่ยงอาหารหวานจัด เค็มจัด มันจัด ฝึกสมองด้วยการคิด จำ และคำนวณอยู่เป็นประจำเพื่อชะลอการเสื่อมของสมอง

2) การเปลี่ยนแปลงทางการงาน โดยผู้ที่ทำงานจะเกษียณอายุงาน ทำให้มีเวลาว่างอาจรู้สึกเบื่อหน่าย เซ็งชีวิต หรือใช้เวลาจับผิดบุตรหลานในบ้าน ทำให้มีปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวได้ การปรับตัว ผู้สูงอายุควรทำกิจกรรมประจำวันอยู่เสมอ เช่น การทำงานบ้าน การทำงานอดิเรก ดูแลสัตว์เลี้ยง เป็นต้น อย่าย่ำว่าง เพราะจะทำให้คิดฟุ้งซ่าน และสุขภาพก็จะอ่อนแอตามไปด้วย นอกจากนี้ หากสามารถทำกิจกรรมนอกบ้านได้ด้วยก็จะเป็นการดี เช่น การร่วมกิจกรรมของชุมชน การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในท้องถิ่น การบำเพ็ญสาธารณประโยชน์ การทำงานเพื่อหารายได้เสริม เป็นต้น เพื่อให้รู้สึกว่าคุณค่ายังมีอยู่

3) การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม ผู้สูงอายุจะอยู่กับบ้านมากขึ้น ทำให้การเข้าสังคมน้อยลง โดยเฉพาะเมื่อเวลาผ่านไป คู่สมรส หรือเพื่อนร่วมรุ่นจะทยอยเสียชีวิตลง ทำให้รู้สึกเหงาและว้าเหว่ การปรับตัว ผู้สูงอายุควรขยายวงสังคมของตนเองออกไป อาจช่วยเหลือเด็ก พูดคุยกับวัยรุ่น วัยหนุ่มสาว ใช้เวลาว่างในการท่องเที่ยว หรือคบเพื่อนใหม่ ๆ โดยอาจเลือกคบเพื่อนที่ต่างวัยหรืออ่อนวัยกว่าก็ได้ เพื่อจะได้เรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ไม่ตกยุค

4) การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ผู้สูงอายุอาจมีความวิตกกังวลสูง รู้สึกว่าขาดความรักความอบอุ่นจากบุตรหลาน ขาดการยอมรับนับถือ กลัวการเจ็บป่วย กลัวการผ่าตัด กลัวตาย โดยเฉพาะผู้ที่ไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง หรือฐานะยากจน อาจต้องวิตกกังวลกับความเป็นอยู่ของตัวเองเพิ่มมากขึ้นด้วยนอกจากนี้ การยึดมั่นถือมั่นในความคิดของตนเองว่าถูกต้องเสมอ อาจทำให้ขัดแย้งกับคนรอบข้าง ทำให้ไม่มีความสุขได้ การปรับตัวผู้สูงอายุควรเรียนรู้การทำจิตใจให้สงบ ด้วยการยึดหลักศาสนาที่ตนเองนับถือ โดยปฏิบัติศาสนกิจ เข้าวัด ฟังเทศน์ฟังธรรม ฝึกสมาธิด้วยวิธีการต่าง ๆ จะช่วยให้รู้สึกปลอดวาง ลดความวิตกกังวล และความคิดฟุ้งซ่านลงได้

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีการเปลี่ยนแปลง 4 ด้าน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านการทำงาน การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม และการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ที่กล่าวมาข้างต้นนี้ จำเป็นจะต้องดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าใจธรรมชาติในการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ และสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ได้

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในสังคมไทย

การดูแลผู้สูงอายุ อาจมีลักษณะและความต้องการที่แตกต่างกัน โดยแบ่งออกเป็น 4 รูปแบบ ได้แก่ 1) การดูแลภายในครอบครัว คือ การให้ความดูแลเอาใจใส่แก่ผู้สูงอายุในปัจจัยสี่ ไม่ว่าจะเป็นการให้อาหาร เสื้อผ้า จัดที่อยู่อาศัย การดูแลสุขภาพ รักษาพยาบาล รวมทั้งการให้เงิน การดูแลเอาใจใส่ทั้งด้านร่างกายจิตใจ เป็นต้น 2) การดูแลในสถาบัน แยกเป็นการดูแลในสถานสงเคราะห์ และการดูแลในสถานพยาบาลหรือสถานที่ รับผิดชอบเฉพาะผู้สูงอายุ 3) การดูแลโดยชุมชน เพื่อสร้างจิตสำนึกให้คนใน ชุมชนเกิดการแก้ไขปัญหา ระดมความร่วมมือและพัฒนาระบบบริการต่างๆ ให้แก่สมาชิกในชุมชนของตนระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน องค์กร และ สถาบันทางสังคมต่างๆ ซึ่งมีรูปแบบและลักษณะบริการแตกต่างกัน และ 4) การดูแลในสถานการณพิเศษ โดยเน้นในกลุ่มที่มีปัญหาดูแลอย่างไม่เหมาะสม ซึ่งมีจำนวน 10 แนวทาง ได้แก่ 1.ตั้งใจและใส่ใจฟังเรื่องราวจากมุมมองของผู้ป่วยสูงอายุ โดยไม่ตั้งใจสงสัย เพราะเป็นความจริงที่เกิดขึ้นในส่วนของเขา เขารู้สึกว่าถูกทรมาณ เป็นทุกข์จากสภาพดังกล่าว 2.ประเมินความปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุก่อนเสมอ 3.ซักประวัติและ

ตรวจร่างกายอย่างละเอียด รวมทั้งตรวจทางห้องปฏิบัติการเท่าที่จำเป็น เพื่อประเมินสภาพโรคของผู้ป่วยสูงอายุ 4. ให้สังเกตปฏิกิริยาระหว่างญาติกับผู้ป่วยก่อน อย่าใกล้ชิดหรือก่อกวนความขัดแย้งระหว่างคนสองฝ่ายในทันที 5. ประเมินความต้องการของทั้งผู้ป่วยสูงอายุและญาติว่าต่างฝ่ายต่างต้องการอะไรทำอย่างไรจึงจะอยู่กันได้อย่างมีความสุขขึ้น 6. เยี่ยมบ้านเพื่อหาหนทางให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้นที่บ้านจะได้เป็นภาระกับ ญาติน้อยลง อย่าทำให้ญาติรู้สึกว่าเป็นภาระที่เขาไม่ดูแลผู้สูงอายุ 7. เมื่อไปเยี่ยมบ้านประเมินการใช้ชีวิตด้วยตนเองของผู้ป่วยสูงอายุที่บ้าน ความเสี่ยงอันตรายต่าง ๆ โอกาสในการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน เช่น พื้นที่ออกกำลังกาย หรือทำกายภาพบำบัด 8. ปรีกษาทีมสหวิชาชีพ เพื่อร่วมกันหาทางช่วยเหลือสุขภาพองค์รวม เช่น แพทย์ หาทางควบคุมอาการ ปรับตำรับยาให้ใช้ง่ายไม่ยุ่งยาก พยาบาล เยียวาสภาพจิตใจ สภาพบาดแผล ความไม่สุขกาย สุขใจต่าง ๆ นักสังคมสงเคราะห์ ช่วยครอบครัวหาทางออก แก้ปัญหาเศรษฐกิจด้วยตนเองได้ในระยะยาว ประสานกับผู้นำชุมชนเพื่อดูแลสมาชิกชุมชนเดียวกัน นักกายภาพบำบัด ออกแบบท่าทางการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่เหมาะสมกับสภาพบ้าน และการใช้ชีวิต เป็นต้น 9. นัดหมายติดตามดูแลครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ปรับเป้าหมายเมื่อสถานการณ์เปลี่ยนไป อาจนัดพบกันที่บ้านหรือสถานพยาบาลที่สะดวกกับทุกฝ่าย 10. สนับสนุนส่งเสริมให้ครอบครัวและผู้ป่วยมีทักษะการแก้ไขปัญหาความสัมพันธ์และปัญหารอบตัวได้ดีขึ้น จึงจะส่งผลต่อสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุในระยะยาว

2.2.1 การดูแลผู้สูงอายุด้วยตัวผู้สูงอายุเอง

หลักสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุด้วยตัวผู้สูงอายุเอง ก็คือ ต้องให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นสามารถดำเนินชีวิตได้ ด้วยตนเอง โดยพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด และมีความสุขกายสบายใจในบั้นปลายของชีวิต ดังคำที่ว่า “เป็นร่มโพธิ์ร่มไทรของลูกหลาน” การดูแลผู้สูงอายุด้วยตัวผู้สูงอายุเอง หมายถึง จะทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีคือ ผู้สูงอายุที่มีความสุขความพอใจตามอัตภาพ สามารถทำประโยชน์ทั้งต่อตนเอง ต่อผู้อื่น ต่อชุมชน และต่อสังคม เพื่อที่จะนำไปสู่การได้รับค้ำยกย่องและสรรเสริญจากสังคมโดยรวม สิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่เป็นสุขคือ การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งอาจจะขึ้นอยู่กับปัจจัยหรือองค์ประกอบของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ จำนวน 3 ประการ ดังนี้

1. การมีสุขภาพดี หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา โดยเชื่อมโยงเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ประกอบด้วย สุขภาพกายที่ดี สุขภาพจิตที่ดี สุขภาพทางสังคมที่ดี และ สุขภาพทางปัญญาที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่ง จะต้องเน้นที่จะทำให้ร่างกายอยู่ในสภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ร่วมกับส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามที่สภาพร่างกาย จิตใจ และเวลาเอื้ออำนวย โดยยึด หลัก 11 อ. เพื่อสุขภาพกายใจที่ดี คือ อาหาร ออกกำลังกาย อนามัย อุจจาระ/ปัสสาวะ อากาศ (แสง) อาทิตย์ อารมณ์ อติเรก อนาคต อบอุ่น และ

อุบัติเหตุ ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุจะต้องปรับการดูแลให้เหมาะสมตามสภาพปัญหาที่แตกต่างกัน หรือ การเปลี่ยนแปลงที่ไม่เท่ากัน โดยขึ้นอยู่กับสุขภาพและการใช้ชีวิตในวัยที่ผ่านมา

2. การร่วมแรงร่วมใจกันทำงาน คือ มีส่วนร่วมในการประกอบกิจการงานต่าง ๆ ตามอัธยาศัย โดยยังประโยชน์ต่อตนเองและประโยชน์ต่อผู้อื่นสมเป็นสัปบุรุษ (คนดี) กล่าวคือ ต้องเตรียมตัวเตรียมใจยอมรับสภาพการณ์ในชีวิต ควรจะหางานอดิเรกหรือกิจกรรมต่าง ๆ ทำเพื่อประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น เช่น การอ่าน เขียนหนังสือ ทำบุญทำทาน ออกกำลังกาย การรดน้ำต้นไม้ และเก็บกวาดบ้าน เป็นต้น ดังนั้น ผู้สูงอายุต้อง ทำงานเพื่อเป็นการพึ่งตนเองให้มากที่สุด และอย่าพึ่งคนอื่นเป็นดีที่สุด

3. มีความมั่นคงในชีวิต หมายถึง มีหลักประกันในชีวิตหรือความมั่นคง 3 เรื่อง ประกอบด้วย 1) ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ คือ มีเงินใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน มีการสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจ จะต้องรู้จัก เก็บหอมรอมริบตั้งแต่วัยหนุ่มสาว เพื่อจะได้มีไว้ใช้ในอนาคต ทั้งยามปกติ ยามชรา และยามเจ็บป่วย 2) ความ มั่นคงในชีวิตและทรัพย์สิน คือ สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปลอดภัย ไปไหนมาไหนไม่มีใครมาทำร้าย รวมไปถึงอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี มีที่อยู่อาศัยที่เป็นส่วนตัว บรรยากาศดี และมีเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็น และ 3) ความมั่นคงในครอบครัว ชุมชน และสิ่งแวดล้อม คือ มีครอบครัวที่ดี อยู่ร่วมกันด้วยความ ร่มเย็นเป็นสุข ครอบครัวดี ร่มเย็นเป็นสุข ชุมชนก็จะดี ร่มเย็นเป็นสุข เมื่อชุมชนดี ร่มเย็นเป็นสุข ประเทศชาติ ก็ดี ร่มเย็นเป็นสุขเช่นกัน รวมไปถึงการมีสิ่งแวดล้อมที่ดีก็จะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย

2.2.2 การดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว

การดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนในชนบทไทย ซึ่งเป็นการถอดตัวแบบพฤติกรรมของผู้ดูแลที่มีต่อผู้สูงอายุ โดยมุ่งหวังให้เกิดผลทางจิตวิทยา มากกว่าการลอกเลียนซึ่งพบว่า ตัวแบบการดูแลที่ดีของครอบครัวประกอบด้วย ตัวชี้วัดหลัก 9 ประการ ได้แก่ การดูแลสุขภาพจิต ส่วนบุคคล การจัดการเรื่องยา การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว การดูแลแผลกดทับ การจัดการอาหารที่เหมาะสม การป้องกันอาหาร การดูแลด้านการขับถ่าย การสร้างความมั่นคงทางด้านอารมณ์และการดูแลด้านอารมณ์จิตใจและจิตวิญญาณ โดยผู้ดูแลในครอบครัวเป็นองค์ประกอบแรกที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมากที่สุด ครอบครัวและคนในชุมชนเป็นกลุ่มที่มีความใกล้ชิดและสนิทสนมกับผู้สูงอายุมากที่สุด มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน คือ คำนึงความกตัญญูทวดที่ดูแลเอาใจใส่บุพการีหรือผู้สูงอายุด้วยความเคารพ เยี่ยมเยียน พุดคุย และให้กำลังใจ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุคลายเหงา และมีความสุขได้ระดับหนึ่ง ดังนั้น ครอบครัวจึงเป็นกลุ่มที่ให้การดูแลผู้สูงอายุครอบคลุม 5 มิติ ประกอบด้วย

1. บทบาทในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเน้นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั่วไป และกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียง ซึ่งจะต้องให้ความช่วยเหลือและดูแลเรื่องการทำกิจวัตรประจำวัน ครอบคลุมทุกอย่าง ตั้งแต่เรื่องอาหาร การกิน แต่งตัว ทำความสะอาดร่างกาย การใช้ห้องน้ำห้องส้วม เคลื่อนที่ภายในบ้าน และออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน ซึ่งจะต้องสลับเวลาในการร่วมกันดูแล เนื่องจากมีภาระต้องทำมาหากิน หรือมีธุระต้องทำ รวมไปถึง การนอนเฝ้าเวลากลางคืน

2. บทบาทในการให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตประจำวันสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ให้เงินใช้ รับผิดชอบดูแลค่าใช้จ่ายในบ้าน เช่น ค่ากับข้าว ค่าน้ำค่าไฟ ค่ารักษาพยาบาล หรือจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ที่จำเป็นต่าง ๆ สำหรับการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง เช่น กระจาดชำระ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป เป็นต้น

3. บทบาทในการดูแลอาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ คือ จัดเตรียมและทำอาหารให้ผู้สูงอายุทั่วไปและผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว

4. บทบาทในการดูแลผู้สูงอายุตามบรรทัดฐานและค่านิยมที่ดีของวัฒนธรรมไทย คือ ประณินบัติ ดูแล เอาใจใส่ผู้สูงอายุทั้งยามปกติยามเจ็บป่วย รวมไปถึงเยี่ยมเยียน พุดคุย และให้กำลังใจ

5. บทบาทในการจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ โดยการจัดบ้าน สภาพแวดล้อม บรรยากาศทั้งในบ้านและรอบ ๆ บ้าน จัดหาเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้เอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ แต่ก็พบว่าบางบ้านก็ยังมี การจัดบรรยากาศ สถานที่ และจัดหาเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ไม่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น ความสะอาด ฝุ่นละออง และแม้ว่าสังคมไทยจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ แต่ยังมีบางครอบครัวที่มีระบบการดูแลที่ดี โดยพบว่าปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญ คือ การคัดเลือกผู้ดูแลหลักที่เหมาะสม การดูแลแบบองค์รวมบนพื้นฐานของความรักหรือความกตัญญู ความรู้สึกภาคภูมิใจในความสามารถของตนเอง ของผู้ดูแลและการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแล

2.2.3 การดูแลผู้สูงอายุโดยหน่วยงานหรือองค์กร

หน่วยงานและองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้กำหนดมาตรการ แผนงาน และนโยบายต่าง ๆ เพื่อให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุและครอบครัว ตั้งแต่การจัดตั้งสถานสงเคราะห์คนชรา สวัสดิการ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาล บริการประกันสังคม สวัสดิการ รักษาพยาบาลของภาคราชการ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการประกันกับบริษัทเอกชน นอกจากนี้แล้ว ยังได้กล่าวถึงสวัสดิการด้าน การศึกษา อาชีพ และบริการสังคม ไม่ว่าจะเป็นการศึกษา นอกโรงเรียน การศึกษาระดับอุดมศึกษา การฝึกอาชีพ การกู้ยืมเงินทุนประกอบอาชีพ ศูนย์บริการ ผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน การจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุและคนพิการในที่สาธารณะ และการลดหย่อนค่าโดยสารขนส่งมวลชน ที่เห็นได้อย่างชัดเจน ก็คือ กระทรวง

สาธารณสุขได้จัดสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีสิทธิรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่ระบุไว้ ตามระเบียบว่าด้วยการสงเคราะห์ ผู้สูงอายุ ด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2535 แต่ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวและอาการเจ็บป่วยเรื้อรังต่างๆ ก็จำเป็นต้องเข้ารับบริการรักษาพยาบาลในสถานบริการทั้งภาครัฐ และเอกชน ซึ่งจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุทางตรง ก็คือ ค่ายา ค่าตรวจบริการทาง การแพทย์ ค่าอาหาร และค่าเดินทางของผู้ป่วย โดยค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นเงิน 7,040 บาทต่อคนต่อปี มีผู้ป่วยเฉลี่ยปีละ 1.05 ล้านคน รวมเป็นงบประมาณที่ใช้กว่า 8,000 ล้านบาท ทั้งนี้ยังไม่ได้รวมค่าใช้จ่ายทางอ้อม คือ ค่าใช้จ่ายของญาติที่พาผู้สูงอายุไปรักษา รวมถึงการสูญเสียรายได้ของผู้สูงอายุและญาติ

จำแนกบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบขององค์กรต่าง ๆ ที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุทั้งภายในและภายนอกชุมชน ดังนี้

องค์กรระดับนโยบาย ที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 3 องค์กรหลัก ได้แก่ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จะทำการโอนงบประมาณให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/เบี้ยผู้พิการ ค่าจัดการศพ จัดอบรมให้ความรู้แก่อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน งบประมาณชุมชน บ้านผู้สูงอายุที่ยากจน และอื่นๆ 2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทำหน้าที่บริหาร ขับเคลื่อนนโยบายด้านสุขภาพตามที่กำหนด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่ สนับสนุนงบประมาณดำเนินงานผ่าน เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เพื่อจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ ประเพณีวัฒนธรรม และอื่นๆ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทหลักในการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ คือ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เบี้ยผู้พิการ และประสานการจัดสวัสดิการตามปัญหาความเดือดร้อนกรณีต่าง ๆ บทบาทรองคือ สนับสนุนการรวมกลุ่ม/จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ รวมไปถึงสนับสนุนงบประมาณดำเนินงานในการจัดกิจกรรมทัศนศึกษา วันผู้สูงอายุ วันสงกรานต์ จัดหาเครื่องออกกำลังกายและวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้กับชุมชน รวมทั้งจัดอบรมให้ความรู้แก่ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ส่งเสริมอาชีพ ส่งเสริมสิ่งของเครื่องใช้ต่าง ๆ และจัดกิจกรรมดูแลสุขภาพพร้อมกับ โรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นต้น

สถานบริการทางสุขภาพ ทั้งโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ล้วนมีบทบาทหลักใน “การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ” เช่นเดียวกัน โดยจะมีการประสานความร่วมมือกับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้สูงอายุ และผู้นำชุมชนในการลงพื้นที่เยี่ยมเยียนดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยจะมีการแบ่งกลุ่มเพื่อให้สะดวกและง่ายต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น ผู้สูงอายุ 5 กลุ่ม (กลุ่มปกติกลุ่มเสี่ยงที่จะเป็นโรคเบาหวานและความดัน กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดัน กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดัน และโรคแทรกซ้อน และกลุ่ม

ผู้ป่วยติดเตียง) ผู้สูงอายุ 4 กลุ่ม (กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และกลุ่มป่วยซับซ้อน) หรือผู้สูงอายุ 2 กลุ่มใหญ่ (กลุ่มสีเขียว และกลุ่มสีแดง) ซึ่งมีการ จัดบริการดังนี้ 1) จัดบริการเชิงรับ โดยให้บริการพื้นฐานด้านงานรักษาพยาบาล งานวางแผนครอบครัว งานอนามัยแม่และเด็ก งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และงานอนามัยโรงเรียน 2) จัดบริการเชิงรุกในชุมชน (เยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ) และ 3) จัดบริการพิเศษ สำหรับผู้สูงอายุ เช่น คลินิกผู้สูงอายุ กลุ่ม อัมพฤกษ์อัมพาต และผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสายตา ส่วนบทบาทรองก็คือ สนับสนุนให้เกิดการรวมกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน จัดกิจกรรมตามเทศกาล ประเพณีวัฒนธรรม และวันสำคัญต่าง ๆ ให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และสนับสนุนสถานที่ เครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

ชมรมผู้สูงอายุ มีบทบาทในการส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการรวมกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน และจัดกิจกรรมด้านต่าง ๆ ทั้งจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ (ฌาปนกิจสงเคราะห์ เพื่อนช่วยเพื่อน เยี่ยมเยียนผู้สูงอายุ) สนับสนุนกิจกรรมด้านประเพณีวัฒนธรรมสำหรับผู้สูงอายุ และกิจกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน บางแห่งมีสภาสาขาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย/สมาคมชมรมผู้สูงอายุ ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงที่จะส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิด การรวมกลุ่ม/จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุทั้งระดับอำเภอ และระดับจังหวัด และช่วยเหลือในการจัดสวัสดิการด้านต่าง ๆ เช่น เยี่ยมเยียนและช่วยเหลือสมาชิกกรณีปกติ เจ็บป่วย และเสียชีวิต

กลุ่มจิตอาสา คือ เน้นการส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการรวมกลุ่มจิตอาสา/อาสาสมัคร เพื่อให้การช่วยเหลือและดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ และเชิญชวนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ประเพณีวัฒนธรรม และวันสำคัญต่าง ๆ

องค์กรศาสนา จะเน้นการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ประเพณี วัฒนธรรม และวันสำคัญต่าง ๆ บางแห่งสนับสนุนในการดูแลสุขภาพกายและใจแก่ผู้สูงอายุในชุมชนบางแห่งมี หน่วยงานสาธารณสุขอยู่ในพื้นที่เพื่อให้บริการดูแลรักษาสุขภาพทั่วไปแก่ผู้สูงอายุและคนในชุมชน ตลอดจนเป็นแหล่งการเรียนรู้ ศึกษาดูงาน และฝึกงานด้านส่งเสริมอาชีพแก่ผู้สูงอายุและคนในชุมชน

สถาบันการศึกษามีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุไม่เด่นชัดมากนัก ที่ผ่านมามีเพียงเชิญผู้สูงอายุมาเป็นวิทยากรสอนเด็กนักเรียนด้านภูมิปัญญาด้านต่าง ๆ เช่น การเกษตร ปลูกผัก จักสาน และดนตรีไทย เป็นต้น

โรงงานอุตสาหกรรม มีบางแห่งสนับสนุนงบประมาณดำเนินงานเพื่อให้ความช่วยเหลือและดูแล ผู้สูงอายุ เช่น จัดตั้งศูนย์การเรียนรู้หรือห้องสมุดชุมชน จัดงานวันผู้สูงอายุและเลี้ยงอาหาร เป็นต้น

กลุ่มองค์กรชุมชนอื่น ๆ ส่วนใหญ่เน้นการส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการรวมกลุ่มทางสังคม และจัดสวัสดิการชาวบ้านเพื่อช่วยเหลือและดูแลคนในชุมชนทุกกลุ่ม เช่น กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ กลุ่มวิสาหกิจชุมชน กลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มการเกษตร/เลี้ยงสัตว์ กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มภูมิปัญญาท้องถิ่น และกลุ่ม 5 เลือผ้าชุมชน (ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน สมาชิกเทศบาล/สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล 2 คน และผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 2 คน)

สรุปได้ว่า กระทรวงสาธารณสุขได้มีรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ผู้สูงอายุมีสิทธิรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่ารักษาพยาบาล และชมรมผู้สูงอายุมีบทบาทในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

2.2.4 การดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน

ปัจจุบันมีแนวคิดสำหรับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นการเข้าถึงระบบบริการ การดูแลอย่างต่อเนื่อง การบริการแบบผสมผสาน การดูแลแบบองค์รวม การประสานการดูแล และการเสริมพลังชุมชน หรือเรียกว่าการดูแลผู้สูงอายุโดยการสร้างเสริมครอบครัวให้เข้มแข็งและการสนับสนุนจากท้องถิ่นและชุมชน การสนับสนุนศักยภาพผู้สูงอายุและการดูแลต่อเนื่องทั้งในแง่ระบบและผู้ดูแล การมีนโยบายชุมชนเข้มแข็ง และการจัดบริการเฉพาะในกลุ่มด้อยโอกาสโดยชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับระยะหลังที่ได้มีแนวคิดกระจายงานด้านต่าง ๆ ให้อยู่ภายใต้การบริหารจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนให้มากที่สุด เช่น การพัฒนาความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน โดยพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพและสวัสดิการ สังคมแก่ผู้สูงอายุเชิงบูรณาการ ที่เน้นดำเนินงาน 4 เรื่อง คือ สร้างรูปแบบการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตผู้สูงอายุ จัดระบบบริการแก้ไขปัญหาโรคตา ฟันพุ่มสมรรถภาพผู้สูงอายุที่ป่วยและให้บริการผู้สูงอายุเคลื่อนที่โดยชุมชนเป็นเจ้าภาพแก้ไขปัญหาแบบบูรณาการพร้อมกัน

บางชุมชนที่มีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดี ก็จะเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ชุมชนมีการดูแลที่ดีด้วย ได้แก่ ชุมชนเข้มแข็งและมีระบบสนับสนุนที่ดี การมีทุนทางสังคม การบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ การบูรณาการบทบาทในชุมชน และการมีฐานข้อมูลในชุมชน โดยกลวิธีการจัดการของชุมชนที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุ ก็คือ มีบริการด้านสุขภาพและบริการด้านสังคมที่มีประสิทธิภาพและมีการเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง ซึ่งจำแนกได้ ดังนี้

1. บริการด้านสุขภาพ ที่ดำเนินการโดยพยาบาลร่วมกับอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดูแลผู้สูงอายุครอบคลุมทั้งการคัดกรองโรค ควบคุมอาการของโรคและฟื้นฟูสุขภาพ เป็นการให้บริการเชิงรุก เช่น วัดความดัน เจาะเลือดตรวจ น้ำตาล และนำยารักษาโรคไปให้ที่บ้าน เป็นต้น

2. บริการด้านสังคม โดยมีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นบุคลากรที่สำคัญในการประสานการดูแลด้านปัจจัยสี่ รวมทั้งช่วยเหลือเมื่อเสียชีวิต และประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ ก่อนประสานขอการสนับสนุนปัจจัยต่าง ๆ จากองค์กรภาครัฐ และเอกชน

3. การเข้าถึงบริการ คลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว/ศูนย์บริการสาธารณสุข การจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุ โดยความร่วมมือของ อาสาสมัครส่งเสริมสิทธิ/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการสำรวจข้อมูล เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการอย่างทั่วถึง และบูรณาการ บริการทั้งทางด้านสุขภาพและสังคม นอกจากนี้แล้ว นักวิชาการบางท่านได้กล่าวถึงการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีบทบาทหลักในการดำเนินงานโดยใช้หลัก “หัวใจการบริการผู้สูงอายุในชุมชน” 3 ส่วน คือ 1. ภาควิชาในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน คือ ภาควิชาบริการชุมชน/ท้องถิ่น ภาควิชาบริการสุขภาพ และภาควิชาบริการสังคม 2. เจตคติผู้ให้บริการต่อผู้สูงอายุและความสูงอายุ โดยขจัดเจตคติทางลบต่อผู้สูงอายุและ เสริมเจตคติทางบวกทั้งผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ เป็นพื้นฐานการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ 3. รูปแบบบริการใหม่ที่ใส่ใจผู้สูงอายุ: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เอื้ออาทรผู้สูงอายุ ประกอบด้วย บุคลากรที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ คือ ผู้ให้บริการที่มีเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุและความสูงอายุ มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ และมีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ คือ บุคลากรที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ ระบบบริการที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ คือ หน่วยบริการที่มีระบบการให้บริการที่นำความรู้ เกี่ยวกับผู้สูงอายุมาเป็นตัวซ้ำ มีกระบวนการทำอย่างเป็นระบบ และครอบคลุมเป้าหมายของทุกกลุ่มผู้ สูงวัย และสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ คือ สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยเข้าถึงได้ และต้องเอาใส่ใจ ทั้งสิ่งแวดล้อมในหน่วยบริการ ในชุมชน และที่บ้าน

สรุปได้ว่า การดูแลผู้สูงอายุเชิงบูรณาการ ประกอบด้วย สร้างรูปแบบการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตผู้สูงอายุ การจัดระบบบริการแก้ไขปัญหาโรคตา การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่ป่วยและการให้บริการผู้สูงอายุเคลื่อนที่โดยชุมชนเป็นเจ้าภาพ จะส่งผลให้มีระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมีความต่อเนื่องและยั่งยืน

2.2.5 ปัญหาหรือข้อจำกัดของการจัดการดูแลผู้สูงอายุ

เครือข่ายที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุมากที่สุด แม้ว่าจะปฏิบัติต่อผู้สูงอายุด้วยความรัก ความหวังดีและเต็มใจ แต่ก็มีอุปสรรคต่อการดูแลผู้สูงอายุก็คือ ขาดแคลนผู้ดูแล ความยากจน ขาดความรู้ และขาดคุณภาพในการดูแล ในส่วนของเครือข่ายองค์การบริหารส่วนตำบล พยาบาลดูแลที่บ้าน และอาสาสมัครในชุมชน ซึ่งต่างก็เป็นปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคต่อการดูแลที่ติดันพบ ว่าอุปสรรคที่สำคัญคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เป็นคนเดียวกัน ความรู้และบทบาทหน้าที่ที่มีอยู่ไม่เพียงพอต่อการให้บริการ ส่วนพยาบาลก็ภาระงานที่มากเกินไปจนเกิดความจำเป็น และ อาจทำให้เกิดการลดลงของคุณภาพการดูแลด้านสุขภาพ รวมไปถึงระบบ

บริหารงานในองค์กรภาครัฐที่มีการแยก ส่วนสุขภาพและสังคมออกจากกันอย่างชัดเจน และขาดแคลนบุคลากรด้านพัฒนาสังคม กลไกต่าง ๆ ในชุมชน ทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชมรมผู้สูงอายุ จิตอาสา วัด โรงเรียน ครอบครัว และคนในชุมชน ได้มีการจัดกิจกรรมต่าง ๆ สำหรับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอยู่บ้างแล้วในระดับหนึ่ง แต่ก็ยังไม่เพียงพอกับความต้องการของผู้สูงอายุ เนื่องจากยังมีข้อจำกัด หรือช่องว่างในการดำเนินงานด้วยเหตุปัจจัยหลาย ประการ ดังต่อไปนี้

1. ช่องว่างในการดำเนินงานของกลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คือ ไม่มีแผนงานพัฒนาผู้สูงอายุเฉพาะด้านอย่างเด่นชัด เช่น การดูแลระยะยาวและการจัดการสิ่งแวดล้อม เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ความเข้าใจในการทำงานด้านผู้สูงอายุ ไม่มีข้อมูลผู้สูงอายุที่ครอบคลุมและทั่วถึง และปัญหาการบริหารจัดการเรื่องเบี้ยยังชีพ ดังนั้น จึงมีความต้องการที่จะพัฒนาศักยภาพบุคลากร เช่น การบริหารจัดการและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ รวมทั้งสร้างและประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายการทำงานต่าง ๆ ทั้งชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. ปัญหาในการดำเนินงานของสถานบริการทางสุขภาพทั้งโรงพยาบาล หรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก็คือ บุคลากรไม่เพียงพอ และขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ ขาดภาคีเครือข่ายการทำงานร่วมกันในพื้นที่ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และปัญหาระบบให้บริการสุขภาพ คือ ขาดการทำงานเชิงรุกในพื้นที่ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียง และไม่ลงลึกหรือจำเพาะเจาะจงในการดูแลด้านจิตใจหรือภาวะซึมเศร้า ควบคู่กันไปด้วย ดังนั้น จึงมีความต้องการเพิ่มจำนวนบุคลากร และพัฒนาศักยภาพโดยอบรมให้ความรู้แก่ เจ้าหน้าที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแล รวมทั้งประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายการทำงานต่าง ๆ คือ ชมรมผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้บริการเยี่ยมบ้านอย่างครอบคลุม และสม่ำเสมอ

3. จุดอ่อนของชมรมผู้สูงอายุ ก็คือ บางแห่งไม่มีชมรมผู้สูงอายุ บางแห่งอยู่ระหว่างจัดตั้งใหม่ หรือถ้ามีก็ประสบปัญหาด้านต่าง ๆ ทั้งการจัดตั้งที่ซ้ำซ้อนระหว่าง โรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่มีคณะกรรมการ ไม่มีกองทุน ขาดการประสานงาน/ประชาสัมพันธ์ ขาดการทำกิจกรรมที่หลากหลาย/ต่อเนื่อง ขาดแกนนำผู้สูงอายุในการขับเคลื่อนและขาดการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ดังนั้น จึงมีความต้องการได้รับการสนับสนุนในเรื่องการจัด อบรมให้ความรู้แก่กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ สถานที่ดูแลผู้สูงอายุและครอบครัว การจัดกิจกรรมผู้สูงอายุ และวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุ

4. กลุ่มจิตอาสา (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน /อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน) ยังเข้าไม่ถึงการทำงานกับกลุ่มผู้สูงอายุ เพราะไม่มีเวลาทำงานเนื่องจาก สวมหมวกหลายใบ ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุ และขาดปัจจัยสนับสนุนการทำงาน ดังนั้น จึงมีความต้องการได้รับพัฒนาหรือเสริมศักยภาพการทำงานด้านต่าง ๆ เช่น ค่าน้ำมันรถ ของเยี่ยม และเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งจัดอบรมให้ความรู้แก่กลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพให้นานที่สุด

5. บางชุมชนไม่มีองค์กรศาสนาและสถาบันการศึกษาในพื้นที่ กรณีที่มีก็ไม่มียุทธศาสตร์เด่นชัดเกี่ยวกับ ผู้สูงอายุมากนัก ยกเว้นกิจกรรมศาสนา ประเพณีวัฒนธรรม และการศึกษาเด็กเยาวชน

6. ผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพ ปัญหาสุขภาพ ความเครียด ขาดเงิน/ขาดอุปกรณ์ในการดูแลของผู้ดูแล และขาดความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมของคนในชุมชน ดังนั้น จึงมีความต้องการให้มีผู้นำชุมชนที่เข้มแข็งและลงมือทำกิจกรรม ต้องการให้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประสานความร่วมมือในการทำงาน ต้องการได้รับการดูแลทางสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและทั่วถึง ต้องการให้บุตรหลานมาเยี่ยมเยียนอย่างสม่ำเสมอ และให้มีจิตสภาวะแวดล้อมให้เอื้อต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้แล้ว ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุอย่างไม่เหมาะสม คือ การกระทำหรือการละเว้นกระทำที่ส่งผลให้เกิดอันตรายหรือความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ มีทั้งที่เกิดจากการจงใจหรือไม่จงใจ ส่วนใหญ่เกิดจาก สมาชิกในครอบครัวที่เป็นคนใกล้ชิดของผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถจำแนกประเภทการดูแลผู้ป่วยสูงอายุไม่เหมาะสม จำนวน 5 เรื่อง ได้แก่

6.1 การทำร้ายร่างกาย (Physical abuse) คือ การกระทำที่ก่อให้เกิดอันตรายแก่กาย เจ็บปวด บาดแผล ความพิการ เช่น ผลักให้ล้ม หยิก เขย่าตัว กระแทกกระทั้น

6.2 การเพิกเฉยละเลย ทอดทิ้ง (Physical neglect) คือ ผู้ดูแลไม่ดูแลให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตร ประจำวันขั้นพื้นฐานได้ตามสมควร หรือสามารถป้องกันอันตรายที่อาจเกิดแก่ตนเองได้อย่างเหมาะสม หรือจัดหาข้าวของเครื่องใช้ที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตได้ ไม่พามาหาหมอเมื่อเจ็บป่วย

6.3 การทำร้ายจิตใจ (Psychological abuse) คือ การกระทำที่ทารุณจิตใจ เช่น ประชดประชัน กระทบกระทั่งเปรียบเปรย ตำว่า ทำให้รู้สึกไร้ค่า พุดลับหลัง อาจเป็นการกระทำด้วยวาจา (Verbal abuse) หรือ อวจนะภาษาก็ได้ (Emotional abuse) เช่น กิริยาปรายหางตามองเหยียดหยาม ทำท่าเบื่อ หน่ายรำคาญ เป็นต้น

6.4 การโกงเงินผู้สูงอายุ (Financial exploitation) คือ การนำเงินผู้สูงอายุไปใช้อย่างไม่เหมาะสม เพื่อประโยชน์ของตนเองหรือผู้อื่นแทนที่จะใช้เพื่อประโยชน์ของผู้สูงอายุเอง เช่น ขอยืมเงินหรือขอเงินโดยไม่คืน การเอาทรัพย์สินของผู้สูงอายุไปจำหน่ายหรือขายโดยไม่ได้รับความยินยอมพร้อมใจ

6.5 การละเมิดสิทธิมนุษยชน (Violation of rights) คือ การกระทำที่เพิกเฉยไม่เคารพต่อศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ จำกัดอิสรภาพ ทำลายข้าวของทรัพย์สินของผู้สูงอายุ ประจานให้ได้ยินในที่สาธารณะ การไม่ถามความสมัครใจของผู้สูงอายุเพราะถือว่าแก่แล้ว ไม่มีสิทธิ์ไม่มีเสียงเพราะชราภาพ ป่วยหรือพิการแล้วจึงไม่ต้องออกความเห็นก็ได้ เป็นต้น เมื่อลงลึกในสภาพปัญหาการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน ที่สำคัญ 4 ประการ คือ 1) การลดลงของผู้ดูแลในครอบครัว 2) การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง 3) ความต้องการการดูแลที่บ้านมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และ 4) ปัญหาการได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสม จึงได้ให้ข้อเสนอเชิงนโยบายบูรณาการที่มีรูปแบบผสมผสานระหว่างบ้านและศูนย์บริการ (Integrated home-service center model) บูรณาการบริการ ด้านกาย จิตปัญญาและสังคมบนพื้นฐานของครอบครัว ชุมชน และผู้สูงอายุ ตลอดจนการบริหารจัดการที่ดี ภายใต้ความสามารถของหน่วยงานและประชาชนในชุมชน

2.2.6 ข้อเสนอแนะสำหรับเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุ

ข้อมูลในส่วนนี้ เป็นข้อเสนอแนะแนวทางสำหรับการส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาบทบาทของกลไกต่าง ๆ ในชุมชน ทั้ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานบริการทางสุขภาพ ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มจิตอาสา วัด โรงเรียน กลุ่มครอบครัว และคนในชุมชน รวมทั้งในภาพรวม อันจะนำไปสู่การขับเคลื่อนวิธีการทำงานและพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมต่อไป ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 6 กลุ่ม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อเสนอแนะที่มีต่อการพัฒนาบทบาทของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย

1.1 บูรณาการภาคีเครือข่ายการทำงานต่าง ๆ ในชุมชน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรเป็นผู้นำในการขับเคลื่อน และแสวงหาความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายการทำงานต่าง ๆ ทั้งวัด โรงเรียน และอื่นๆ เพื่อสนับสนุนการทำงานและพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมต่อไป

1.2 ส่งเสริมและสนับสนุนด้านการพัฒนาและเสริมศักยภาพแก่กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดอบรมให้ความรู้เรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การดูแลด้านร่างกายและจิตใจ การจิตสภาพแวดล้อม และการมีส่วนร่วมทางสังคมของครอบครัว/ชุมชน

2. ข้อเสนอแนะที่มีต่อการพัฒนาบทบาทของสถานบริการทางสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน คือ เน้นพัฒนาบริการเชิงรุกในชุมชนที่มีบริการดูแล ทั้งแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นักสังคมสงเคราะห์ และอาสาสมัคร ลงพื้นที่เยี่ยมเยียนที่บ้านหรือให้บริการในจุดศูนย์กลางของชุมชน โดยให้บริการอย่างทั่วถึงและ สม่ำเสมอ เช่น ตรวจวัดความดันโลหิต และตรวจน้ำตาลในเลือด

3. ข้อเสนอแนะที่มีต่อการพัฒนาบทบาทของชมรมผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน คือ การจัดตั้งหรือรวมกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนอย่างเข้มแข็ง และยกระดับหรือพัฒนาคุณภาพชมรมผู้สูงอายุ ให้มีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีกว่าเดิม ตัวอย่างเช่น พัฒนาเป็นศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หรือศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเวลากลางวัน (Day care) เหมือนศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ใช้สถานที่ในชุมชนและใกล้บ้าน

4. ข้อเสนอแนะที่มีต่อการพัฒนาบทบาทของกลุ่มจิตอาสาในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน คือ พัฒนาและเสริมศักยภาพแก่กลุ่มจิตอาสาในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยจัดอบรมให้ความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแล ผู้สูงอายุในชุมชนเรื่องต่าง ๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพและการจัดการ/ดูแลโรคเรื้อรัง การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ อาหารและโภชนาการ เป็นต้น

5. ข้อเสนอแนะที่มีต่อการพัฒนาบทบาทขององค์กรอื่น ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน คือ พัฒนา บทบาทของวัด โรงเรียน และองค์กรอื่น ๆ ในการรองรับการทำงานด้านผู้สูงอายุ เช่น ส่งเสริมและสนับสนุนให้โรงเรียนเชิญผู้สูงอายุไปสอนภูมิปัญญาท้องถิ่นให้กับเด็กนักเรียน พัฒนาและสร้างแรงจูงใจให้เด็กรุ่นใหม่ ๆ ได้เห็น คุณค่าและมีจิตสำนึกในการช่วยดูแลผู้สูงอายุ

6. ข้อเสนอแนะที่มีต่อการพัฒนาบทบาทของครอบครัวและคนในชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน คือ พัฒนาและเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุที่ดี โดยจะต้องพึ่งพาตัวเอง/ดูแลตัวเอง และเก็บหอมรอมริบเล็ก ๆ น้อย ๆ เพื่ออนาคตข้างหน้า และสร้างความตระหนักแก่สถาบันครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน รวมทั้งแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มเติมตลอดเวลา

7. ข้อเสนอแนะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยภาพรวม คือ บูรณาการภาคีเครือข่ายการทำงานต่าง ๆ ในชุมชน ทั้ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานบริการทางสุขภาพ องค์กรชุมชน คนในชุมชนและองค์กรอื่น ๆ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมและสนับสนุนทรัพยากรดำเนินงานด้านผู้สูงอายุให้ประสบผลสำเร็จ เช่น งบประมาณ บุคลากร และองค์ความรู้ต่าง ๆ

สรุปได้ว่า ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ อาจแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ประกอบด้วย 1) ระดับปัจเจกหรือปัญหาของตัวผู้สูงอายุเองเกี่ยวกับจำนวนที่เพิ่มมากขึ้น และความร่วมมือในการดูแล 2) ระดับครอบครัว/ผู้ดูแล เกี่ยวกับปัญหาความเครียด ขาดเงิน ขาดวัสดุอุปกรณ์ ขาดความรู้ ขาดคนดูแล และการดูแลที่ไม่เหมาะสม (ทำร้ายร่างกายและจิตใจ เพิกเฉย ทอดทิ้ง) 3) ระดับองค์กรเกี่ยวกับปัญหา

การขาดบุคลากร บุคลากรขาดความรู้ ความเข้าใจ ขาดงบประมาณ/เครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ขาดการบริหารจัดการที่ดี และขาดภาคีเครือข่ายการทำงานร่วมกันในพื้นที่ เป็นแนวทางในการวิเคราะห์ปัญหาสู่แนวทางปฏิบัติ และรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้

2.3 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

2.3.1 ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว

ระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) หมายถึง การจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบากอันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังการประสบอุบัติเหตุความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวันโดยมีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการ (ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคม) และไม่เป็นทางการ (ดูแลโดยครอบครัวอาสาสมัครเพื่อนเพื่อนบ้าน) ซึ่งบริการทดแทนดังกล่าวมักเป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟูบำบัดรวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มคนเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเพื่อให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เป็นบริการสาธารณสุขและบริการสังคมที่จัดสำหรับผู้ที่มิภาวะพึ่งพิงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุที่นอน ตีตเดียวหรือติดบ้านโดยบริการด้านสาธารณสุขมักเป็นเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพการพยาบาลในขณะที่ความต้องการบริการด้านสังคมมีมากกว่าและมีทั้งในเรื่องการช่วยเหลือในชีวิตประจำวันเช่นอาหารการกินการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลการขับถ่าย งานบ้านรวมไปถึงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่เป็นต้น (คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะยาว, 2559)

3.2.2 ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่

การขับเคลื่อนการพัฒนาาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่จำเป็นต้องมีการพัฒนาทั้งระบบทั้งในด้านระบบบริการระบบการเงินการคลังระบบกำลังคนระบบการอภิบาลและบริหารจัดการรวมถึงระบบข้อมูลทั้งนี้ได้มีความพยายามในการขับเคลื่อนในทุกเรื่องไปพร้อมๆ กัน ทั้งนี้แม้แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะได้รับความเห็นชอบในหลักการจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้วก็ตามแต่คณะกรรมการฯมอบหมายให้คณะกรรมการด้านการเงินการคลังฯไปพิจารณาด้านความเหมาะสมของงบประมาณที่ต้องใช้และมีข้อสังเกตและประเด็นคำถามหลายประเด็นที่จำเป็นต้องทำให้มีความชัดเจนก่อนจะขยายไปทั่วประเทศโดยประเด็นที่ถูกตั้งคำถามคือ 1) รูปแบบการจัดระบบการดูแลระยะยาวที่เป็นมาตรฐานเป็นอย่างไรโดยใคร 2) รูปแบบการอภิบาลระบบและการบริหารจัดการใน

พื้นที่เป็นอย่างไร 3) ชุดสิทธิประโยชน์จะประกอบไปด้วยอะไรบ้าง 4) เครื่องมือต่างๆรวมถึงหลักสูตรในการพัฒนาบุคลากรที่เป็นมาตรฐาน

2.3.3 เป้าประสงค์การพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่

บุคคลครอบครัวและชุมชนได้รับการสนับสนุนให้มีขีดความสามารถในการดูแลสูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีในครอบครัวและชุมชนและได้รับบริการทั้งด้านสาธารณสุขและบริการด้านสังคมที่เชื่อมโยงกันอย่างมีประสิทธิภาพ

2.3.4 เป้าหมายเฉพาะของการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่

1. ผู้สูงอายุทุกคนได้รับการคัดกรองและมีระบบส่งเสริมป้องกันฟื้นฟูและการดูแลตามระดับความจำเป็นในการดูแลระยะยาวให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี
2. ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสนับสนุนเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง
3. มีระบบการเงินการคลังที่ยั่งยืนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างครบวงจร
4. ทุกชุมชนมีระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้อยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุขเช่นมีสถานที่ดูแลชั่วคราว ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน
5. สถานพยาบาลทุกแห่งมีระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนและครอบครัว

2.3.5 หลักการสำคัญในการพัฒนา

1. ผู้มีภาวะทุพพลภาพและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดเตียงและติดบ้าน) สามารถเข้าถึงระบบการดูแลระยะยาวที่พึ่งพิงได้ได้อย่างเหมาะสมต่อเนื่องโดยมีการเชื่อมโยงของระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่สถานพยาบาลชุมชนและครอบครัว
2. การสนับสนุนการจัดระบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่หรือชุมชนไม่ไปแย่งชิงบทบาทหน้าที่การดูแลของครอบครัวโดยครอบครัวยังคงเป็นผู้ดูแลหลักและระบบเข้าไปสนับสนุนยกเว้นในรายที่ไม่มีผู้ดูแลโดยการสนับสนุนเป็นไปตามศักยภาพของครอบครัวในการดูแลและระดับการพึ่งพิง
3. ในการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขอาศัยบุคลากรที่มีวิชาชีพเป็นหลักเช่นผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุโดยมีบุคลากรด้านวิชาชีพเช่นแพทย์พยาบาลนักกายภาพบำบัดเป็นผู้สนับสนุนในการจัดระบบการดูแล
4. ทุกพื้นที่มีการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่โดยอาศัยต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนเช่นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่โรงพยาบาล ชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาสาสมัครวัดและโรงเรียน เป็นต้น

2.3.6 แนวคิดการพัฒนาการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่

1. แนวคิดหลักในการพัฒนาคือพัฒนาจากต้นทุนทางสังคมและทรัพยากรที่มีอยู่โดยในขณะนี้เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกหลักในการบูรณาการการจัดบริการต่างๆ ที่ลงไปสู่ชุมชนขณะเดียวกันในปัจจุบันกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ซึ่งเกิดจากความร่วมมือระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นกลไกหลักในการสนับสนุนการดำเนินงานต่างๆ ในชุมชนขณะเดียวกันเรามีทรัพยากรบุคคลที่มีอยู่ในชุมชนที่สามารถสนับสนุนการดำเนินงานเรื่องนี้ได้ เช่นอาสาสมัครสาธารณสุขอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ผู้ช่วยเหลือดูแลรวมถึงชมรมผู้สูงอายุที่มีการจัดตั้งในทุกพื้นที่

2. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมจำเป็นต้องมีการสำรวจและจำแนกผู้สูงอายุโดยผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุตามระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุโดยจำแนกผู้สูงอายุเป็นสองกลุ่มคือ 1) กลุ่มติดบ้านหรือกลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้างมีปัญหาการกิน/การขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสนและกลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้างมีภาวะสับสนและอาจมีปัญหาการกิน/การขับถ่าย 2) กลุ่มติดเตียงหรือกลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ไม่มีปัญหาการกิน/การขับถ่ายหรือเจ็บป่วยรุนแรงและกลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต

3. ต้องมีการประเมินระดับการพึ่งพิง และความต้องการสนับสนุนในการดูแลระยะยาวซ้ำทั้งสี่กลุ่มโดยผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่ (Long Term Care manager) เพื่อประเมินว่าผู้สูงอายุแต่ละรายจำเป็นต้องได้รับการดูแลด้านสาธารณสุข อะไรบ้างและจัดการให้เข้าถึงบริการที่จำเป็นขณะเดียวกันก็ทำการประเมินซ้ำและติดตามเป็นระยะๆ เพื่อดูแลเปลี่ยนแปลงและการเข้าถึงบริการ

4. ผู้จัดการระบบต้องนำข้อมูลของผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลประชุมร่วมกับภาคีภาคส่วนที่เกี่ยวข้องและทีมสหวิชาชีพเพื่อวางแผนการดูแลแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละรายรวมถึงกำหนดบทบาทว่าภาคีภาคส่วนใดต้องเข้าไปสนับสนุนและช่วยเหลือการดูแลอย่างไรบ้าง

5. ระบบการดูแลที่จัดครอบคลุมบริการด้านสาธารณสุขโดยในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงมากหรือเคลื่อนไหวเองไม่ได้ (ติดเตียง) มุ่งเน้นการฟื้นฟูป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมาและการดูแลช่วยเหลือด้านการกินอยู่ในชีวิตประจำวันส่วนกลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง (ติดบ้าน) มุ่งเน้นการฟื้นฟูป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงเพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีพได้อย่างอิสระได้นานที่สุดและลดภาระในการดูแลในระยะยาว

2.3.7 การคัดกรองและตรวจประเมินภาวะพึ่งพิงจำเป็น

การคัดกรองระดับภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุนั้นมีความจำเป็นสำหรับการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะรายอย่างเหมาะสมมิได้ทำเพื่อเพียงให้มีข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเท่านั้นขณะเดียวกันการคัดกรองจะมีประโยชน์ก็ต่อเมื่อมีบริการสาธารณสุขรองรับเมื่อพบผู้สูงอายุที่มี

ภาวะพึ่งพิงหากไม่มีบริการก็ไม่มีประโยชน์ใดๆกับในผู้สูงอายุในการคัดกรองทั้งนี้การคัดกรองเบื้องต้นสามารถดำเนินการได้โดยอาสาสมัครสาธารณสุขหรือผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุโดยใช้แบบคัดกรองที่ดัดแปลงมาจากแบบประเมินที่พัฒนาขึ้น โดยกรมอนามัยและผ่านการทดสอบมาแล้วซึ่งเมื่อทำการตรวจคัดกรองแล้วจะสามารถจำแนกผู้สูงอายุได้เป็นสามกลุ่มคือ

1. ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ (กลุ่มติดสังคม) ช่วยเหลือผู้อื่นชุมชนและสังคมได้มีคะแนนรวมความสามารถทางร่างกายเท่ากับหรือมากกว่า 12/20 คะแนนและมีคะแนนรวมความสามารถทางความคิดความเข้าใจเท่ากับหรือมากกว่า 5/8 คะแนน

2. ผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวได้บ้างช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีคะแนนรวมความสามารถทางร่างกายอยู่ในช่วง 5-11/20 คะแนนและมีคะแนนรวมความสามารถทางความคิดความเข้าใจน้อยกว่า 5/8 คะแนน

3. ผู้สูงอายุกลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีคะแนนรวมความสามารถทางร่างกายอยู่ในช่วง 0-4/20 คะแนนและมีคะแนนรวมความสามารถทางความคิดความเข้าใจน้อยกว่า 5/8 คะแนน

การตรวจประเมินภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุร่วมกับประเมินศักยภาพของครอบครัวในการดูแลและระดับความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลเฉพาะรายผู้ที่จัดอยู่ในกลุ่มติดบ้านและติดเตียงเมื่อผ่านการคัดกรองจำแนกข้างต้นแล้วต้องได้รับการประเมินโดยผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Long Term Care manager) เป็นระยะๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ประเมินซ้ำเพื่อดูความถูกต้องของการคัดกรองร่วมกับประเมินความจำเป็นด้านสาธารณสุขและด้านสังคมของผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลและได้รับการบริการ

2. เพื่อจัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย (care plan) สำหรับผู้ต้องได้รับการสาธารณสุขและการดูแล

3. ทำการประเมินซ้ำเป็นระยะตามความจำเป็นเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของระดับการพึ่งพิงและการได้รับการตอบสนองตามความจำเป็นของผู้สูงอายุเมื่อมีการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแล้ว ทั้งนี้ข้อมูลจากการคัดกรองและประเมินภาวะพึ่งพิงผู้สูงอายุนี้ยังเป็นเครื่องมือสำคัญสำหรับการหารือประชุมร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างความตระหนักของคนในชุมชนท้องถิ่นและวางแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะรายนั้นๆร่วมกัน

2.3.8 บุคลากรที่จำเป็นสำหรับการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่

ในการจัดระบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่นั้นจำเป็นต้องมีบุคลากรที่ทำหน้าที่ในการจัดการระบบเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพหรือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสมได้แก่ ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care manager)

ขณะเดียวกันก็ต้องมีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุภาคทางการ (Care Giver) เพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน นอกเหนือจากบุคลากรที่มีอยู่แล้วในระบบอื่นๆ เช่น บุคลากรสหวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขและอาสาสมัครต่างๆในที่นี่จะเน้นหนักในบุคลากรสองประเภทใหม่ที่ต้องมีคือผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขและผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุภาคทางการ

1. ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Long Term Care manager) เป็นบุคคลสำคัญที่จำเป็นต้องมีหน้าที่หลักในการค้นหาประเมินวางแผนและจัดการให้ผู้ที่มิภาวะพึ่งพิง (ติดบ้าน/ติดเตียง) สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสมโดยทำการประชุมร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้องและทีมสหวิชาชีพเพื่อวางแผนการดูแลเฉพาะรายรวมถึงติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานนอกจากนั้นผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขยังมีบทบาทในการมอบหมายภารกิจให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุภาคทางการรวมถึงการกำกับเข้าไปจัดบริการด้านสาธารณสุข แก่ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและสรุปประเมินผลการดำเนินงาน คุณสมบัติของบุคคลที่จะทำหน้าที่เป็นผู้จัดการควรต้องจบปริญญาตรีเป็นอย่างน้อยและมีองค์ความรู้และประสบการณ์ในด้านการดูแลผู้สูงอายุโดยอาจเป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเช่นพยาบาลนักกายภาพบำบัด หรือบุคลากรด้านสาธารณสุขอื่นหรือหากไม่ใช่บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข ก็ควรมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ เช่นนักสังคมสงเคราะห์เป็นต้นเบื้องต้นเพื่อความสะดวกน่าจะเป็นบุคลากรสาธารณสุขเช่นพยาบาลที่โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือบุคลากรสาธารณสุขของท้องถิ่น (ท้องถิ่นขนาดใหญ่ที่มีสถานพยาบาล กองสาธารณสุข) นักสังคมสงเคราะห์เป็นต้น โดยจำนวนของผู้จัดการระบบฯขึ้นกับขนาดของประชากรผู้มิภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลเป็นหลัก ในสัดส่วนผู้จัดการระบบ 1 คนต่อผู้ช่วยเหลือดูแล 5-10 คน

2. ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุภาคทางการ (Trained Care Giver) หมายถึงผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่โดยเป็นผู้ผ่านการอบรมและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุทั้งนี้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุภาคทางการนี้อาจพัฒนาขึ้นมาจากอาสาสมัครสาธารณสุขหรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุมารับการอบรมและได้รับค่าตอบแทนอย่างเป็นทางการเนื่องจากบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขนั้นเป็นบริการที่จำเป็นต้องมีการจัดอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอไม่เหมาะสำหรับการจัดในลักษณะอาสาสมัครเพราะอิงกับความสะดวกของผู้อาสา บทบาทหน้าที่ของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุนั้นประกอบด้วย การช่วยเหลือในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงการดูแลกรณีใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยสายสวนต่างๆ การให้อาหารทางสายการใช้เครื่องช่วยหายใจเครื่องดูดเสมหะ) การดูแลแผลกดทับการทักทายกายภาพบำบัดเบื้องต้นการดูแลระยะสุดท้ายเป็นต้นทั้งนี้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุภาคทางการจำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมโดยในปัจจุบันมีหลักสูตรการอบรมที่จัดโดยหลายหน่วยงานเช่น

กระทรวงศึกษาธิการกระทรวงแรงงานและปัจจุบันมีของกรมอนามัยร่วมด้วยทั้งนี้หลักสูตรมาตรฐานตามที่ กรมแรงงานกำหนดคือ 420 ชั่วโมงซึ่งเมื่ออบรมหลักสูตรนี้แล้วสามารถมาสอบขึ้นทะเบียนได้หาก สอบได้จะได้รับประกาศนียบัตรและได้รับการคุ้มครองด้านแรงงาน (ค่าตอบแทน) ดังนั้นเพื่อรักษา สิทธิแก่ผู้ช่วยเหลือดูแลจึงควรจัดการอบรมให้ได้ตามมาตรฐานกฎหมายแรงงานกำหนดอย่างไรก็ดีใน การอบรมนั้นควรอบรมเป็นระยะและให้ปฏิบัติงานไปด้วยเช่นอาจจะเริ่มที่ 70 ชั่วโมงและให้ไปทำงาน และฝึกอบรมเฉพาะเพิ่มเติมเมื่อมีผู้สูงอายุในแต่ละลักษณะเป็นต้นและสะสมให้ได้ครบ 420 ชั่วโมงผู้ ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุภาคทางการ 1 คนควรดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 5-10 รายคละระดับของการ มีภาวะพึ่งพิง นอกเหนือจากบุคลากรทั้งสองประเภทที่กล่าวข้างต้นแล้วต้นทุนทางสังคมหลักที่ทุก พื้นที่มีคืออาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ วัด โรงเรียนซึ่งสามารถ นำมาสนับสนุนการจัดระบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม

3. ภาคีเกี่ยวข้องและทีมสหวิชาชีพเพื่อวางแผนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข เฉพาะราย (Case conference and setting care plan) เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต้องการบริการสาธารณสุขที่หลากหลายและจำเพาะเพื่อตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพที่ แตกต่างกันของแต่ละคนและไม่สามารถจัดบริการได้เบ็ดเสร็จในหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งอย่างน้อย ก็ต้องมีการบูรณาการการดูแลร่วมกันระหว่างบริการด้านสาธารณสุขและบริการด้านสังคมซึ่งในการ จัดบริการดูแลให้แก่ครอบครัวจำเป็นต้องระดมภาคีที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมหารือและวางแผนการดูแล เฉพาะราย

3.1 การระดมภาคีเกี่ยวข้อง ในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้าน สาธารณสุขจำเป็นต้องมีการสำรวจต้นทุนด้านสังคมของพื้นที่ว่าในชุมชนมีต้นทุนทางสังคมอะไรอยู่ บ้างเพื่อนำมาใช้ให้เกิดการดูแลอย่างเหมาะสมต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่จะเป็นพื้นฐานในการกำหนด ภาคีหลักที่เกี่ยวข้องเพื่อมาร่วมหารือกำหนดบทบาทสนับสนุนการจัดบริการให้เป็นไปตามแผนการ ดูแล (Care Plan) โดยทั่วไปภาคีหลักที่เกี่ยวข้องได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลแม่ข่าย อาสาสมัครสาธารณสุข/อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุในบางพื้นที่ที่ขึ้นกับบริบทในแต่ละพื้นที่อาจมีการขยายการมีส่วนร่วมไปยังวัดและ โรงเรียนตลอดจนขยายบทบาทหน้าที่ของคุณยพัฒนาคุณภาพชีวิตและอาชีพผู้สูงอายุซึ่งกระทรวง พัฒนาสังคมฯได้ริเริ่มไว้ในพื้นที่ให้มาจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่ชุมชนร่วมด้วย นอกจากนี้ยังมีต้นทุนทางสังคมบางประเภทอาจอยู่นอกพื้นที่อาทิกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็น ต่อสุขภาพระดับจังหวัด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานพัฒนาสังคมและความ มั่นคงของมนุษย์ สภาผู้สูงอายุ ฯลฯ ซึ่งจะเป็นแหล่งทรัพยากรสำคัญที่จะสนับสนุนการดูแล

3.2 การประชุมร่วมเพื่อวางแผนการดูแล เมื่อสำรวจต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่และกำหนดภาคีหลักแล้วการจัดประชุมเพื่อระดมความเห็นจากภาคีเกี่ยวข้องในการออกแบบระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขจัดทำผังการดูแล (Care Map) กำหนดบทบาทของภาคีหลักและระดมทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนเพื่อมาบริหารจัดการให้เกิดระบบการดูแลโดยผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Long Term Care manager) จะเป็นบุคคลสำคัญที่มีหน้าที่หลักในการค้นหาประเมินวางแผนและบริหารจัดการให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดบ้าน/ติดเตียง) เข้าถึงบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมได้อย่างเหมาะสม

3.3 การวางแผนการดูแลเฉพาะราย (Care Plan) ผู้จัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Long Term Care manager) จะทำการตรวจประเมินภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ และศักยภาพของครอบครัวผู้สูงอายุเพื่อประเมินหาความต้องการด้านบริการสาธารณสุข จัดลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อจัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย (Care Plan) อาจจัดทำเป็นแผนงานรายสัปดาห์ (Weekly Plan) รายเดือน (Monthly Plan) ตามชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่กำหนด

จากนั้นผู้จัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Long Term Care manager) นำเสนอแผนการดูแลเฉพาะราย (Care Plan) แก่ภาคีเกี่ยวข้องโดยจัดการประชุมการจัดการดูแลเฉพาะราย(Case Conference) ร่วมกับภาคีหลักเพื่อร่วมอภิปรายแผนการดูแลให้มีความเหมาะสมเป็นไปได้และกำหนดตารางการดูแลผู้รับผิดชอบการดูแลบริการด้านสาธารณสุขให้ชัดเจน ซึ่งประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพแพทย์พยาบาลนักกายภาพบำบัดเภสัชกรนักโภชนาการนักการแพทย์แผนไทยนักสังคมสงเคราะห์ นักพัฒนาชุมชนรวมทั้งกรมอบหมายภารกิจแก่ผู้ช่วยเหลือดูแลภาคีทางการ (Care Giver) ก่อนที่จะมีการดำเนินการตามแผนการดูแลผู้จัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Long Term Care manager) ต้องมีการเตรียมการและอธิบายให้ครอบครัวผู้สูงอายุเข้าใจมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและยอมรับในแผนการดูแล

กล่าวโดยสรุปผู้จัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Long Term Care manager) จะมีหน้าที่ประเมินปัญหาจัดทำแผนการดูแลเฉพาะรายประสานงาน/สนับสนุนจัดสรรทรัพยากรภาคีเกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดการดูแลตามแผนการดูแลที่กำหนด

การควบคุมกำกับและติดตามประเมินผล การควบคุมติดตามกำกับขึ้นอยู่กับเป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งในการตั้งเป้าหมายการดูแลนั้นจะขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาความต้องการด้านสาธารณสุขของผู้สูงอายุแต่ละรายโดยกำหนดเป็นเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวเมื่อมีการมอบหมายบทบาทภาคีเกี่ยวข้องตามแผนการดูแลผู้จัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข(Long Term Care manager) มีหน้าที่ควบคุมกำกับให้เป็นไปตามแผนที่กำหนดและประเมินซ้ำเป็นระยะๆอย่างเหมาะสมประชุมร่วมภาคีเกี่ยวข้องเพื่อประเมินผลแผนการดูแลเพื่อ

ปรับเปลี่ยนแผนการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลงตลอดจนการประเมินผลระบบการดูแลในพื้นที่การมีส่วนร่วมของภาคีเกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาให้ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

2.3.9 บทบาทหน้าที่ของส่วนต่างๆ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานส่วนกลาง

การจัดทำกรอบแนวทางประกาศระเบียบพื้นที่เป้าหมายร่วมกับเขตและกระทรวงสาธารณสุข การจัดสรรงบประมาณรายเขตที่จะโอนให้กองทุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่เข้าร่วมดำเนินงาน การสนับสนุนด้านข้อมูลวิชาการองค์ความรู้และเครื่องมือต่างๆที่จำเป็นต้องใช้ กำหนดชุดสิทธิประโยชน์และเกณฑ์การได้รับการสนับสนุนตามชุดสิทธิประโยชน์ การพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการวางแผนและบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สนับสนุนด้านการพัฒนาบุคลากรในส่วนกลางเขตและพื้นที่ จัดกระบวนการถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่ และการติดตามและประเมินผล การศึกษาและพัฒนาขยายผล

2.3.9.1 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตและเขตบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

- 1) ประชุมชี้แจงทำความเข้าใจแนวทางการดำเนินงานแก่กองทุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่
- 2) บริหารจัดการงบประมาณเพื่อสนับสนุนกิจกรรมการดำเนินงานได้แก่ การจัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานในระดับพื้นที่การฝึกอบรม Care Manager Care Giver เป็นต้น
- 3) ประสานสนับสนุนการดำเนินงานกลไกคณะกรรมการได้แก่ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่และคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอเพื่อบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- 4) ร่วมจัดกระบวนการถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่
- 5) ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานและพัฒนาขยายผล

2.3.9.2 หน่วยบริการปฐมภูมิ (เช่นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน)

- 1) จัดบริการ/บริหารการจัดบริการตรวจคัดกรองตรวจประเมินความต้องการดูแลผู้สูงอายุการวางแผนการดูแลโดยสหสาขาวิชาชีพรวมถึงกิจกรรมบริการตามชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ

2) จัดทำฐานข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่รับผิดชอบในระดับอำเภอกระตุ้นให้ภาคีเครือข่ายในระดับอำเภอใช้ข้อมูลและทรัพยากรที่มีอยู่เป็นฐานในการจัดบริการเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ทั้งในด้านบริการทางการแพทย์และบริการด้านสังคม

3) สนับสนุนงบประมาณสนับสนุนวิชาการแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดำเนินกิจกรรมบริการตามชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

4) ปรับระบบการจัดบริการของสถานพยาบาลเพื่อรองรับความจำเป็นด้านสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป (จาก acute care oriented เป็น chronic care oriented) ซึ่งต้องมีการจัดกระบวนการปรับเปลี่ยนมนทัศน์การจัดการบริการ

5) แสวงหาความร่วมมือจากหน่วยบริการหน่วยบริหารจัดการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน รวมถึงสมาคมชมรมเครือข่ายภาคประชาชนร่วมจัดบริการร่วมสนับสนุนการจัดบริการ

6) พัฒนาการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในชุมชนที่มีความเชื่อมโยงกับสถานพยาบาลและบูรณาการระหว่างบริการด้านการแพทย์และบริการด้านสังคม

2.3.9.3 เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (เช่นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) เป็นหน่วยบริการที่เป็นจุดเชื่อมต่อจากชุมชนเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน และศูนย์บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่ (ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดังนี้

1) จัดบริการเชิงรุก/บริหารการจัดบริการตรวจคัดกรองตรวจประเมินความต้องการดูแลผู้สูงอายุการวางแผนการดูแลโดยสหสาขาวิชาชีพรวมถึงกิจกรรมบริการตามชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุทั้งบริการด้านการแพทย์และบริการด้านสังคม

2) จัดทำแผนงาน/โครงการในการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ร่วมกับศูนย์บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่

3) จัดทำฐานข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่รับผิดชอบในระดับตำบลกระตุ้นให้ภาคีเครือข่ายในระดับตำบลใช้ข้อมูลและทรัพยากรที่มีอยู่เป็นฐานในการจัดบริการเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ทั้งในด้านบริการทางการแพทย์และบริการด้านสังคม

4) ประสานงานกับผู้จัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขควบคุมกำกับการทำงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) เพื่อให้ดำเนินงานตามภารกิจได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

5) ให้การสนับสนุนด้านวิชาการแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ภาคประชาชนในการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

6) ร่วมกับผู้จัดการระบบฯ เป็นพี่เลี้ยงให้แก่ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ในการทำงานเชิงรุกในระดับพื้นที่ทั้งการนิเทศติดตามการให้คำปรึกษาทั้งทางด้านการดูแลและการทำงานเช่นปัญหาด้านสัมพันธภาพด้านความเครียด

7) เสริมพลังแก่ครอบครัวผู้สูงอายุและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการให้ความรู้/คำปรึกษา/คำแนะนำ

8) แสวงหาประสานความร่วมมือจากโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงสมาคมชมรมเครือข่ายภาคประชาชนพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ร่วมจัดบริการร่วมสนับสนุนการจัดบริการสนับสนุนงบประมาณ

9) ร่วมกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

2.3.9.4 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทหลักในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เน้นการจัดบริการด้านสาธารณสุขโดยบูรณาการกับการบริการด้านสวัสดิการสังคมจึงมีบทบาทโดยตรงในการสนับสนุนให้เกิดระบบสวัสดิการสังคมให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้แก่สวัสดิการเบี้ยยังชีพการปรับสภาพแวดล้อมที่บ้านการสนับสนุนการเดินทางเพื่อมารับบริการการสนับสนุนกายอุปกรณ์การพัฒนาด้านอาชีพรายได้แก่ทั้งผู้สูงอายุ/ผู้ดูแลการสนับสนุนด้านสังคมอื่นๆ เช่น การจัดตั้งศูนย์บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขศูนย์ดูแลผู้สูงอายุศูนย์ฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุการสนับสนุนงบประมาณให้แก่หน่วยงาน/องค์กร/ชมรมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุร่วมจัดทำแผนงาน/โครงการในการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่และร่วมกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

สรุปได้ว่า การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นการดูแลผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม คือกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดสังคม จะเน้นการดูแลผู้ช่วยกลุ่มติดเตียงหรือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะได้รับดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพของหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ให้บริการดูแลด้านสาธารณสุขถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ตามปัญหาสุขภาพและชุดสิทธิประโยชน์โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่นให้ผู้สูงอายุ พัฒนาการดูแลผู้สูงอายุควบคู่ไปกับการพัฒนาทีมหมอครอบครัวและอาสาสมัครในชุมชน

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

2.4.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

นักวิชาการหลายท่านได้ศึกษาและให้ความหมายของการมีส่วนร่วมไว้ ดังนี้

เบอร์นาร์ด (Bernard, 1959) ให้ความหมายการมีส่วนร่วมว่า หมายถึง การแสดงออกถึงปฏิสัมพันธ์ทางสังคมต่อสถานะร่วมสถานการณ์ของกลุ่ม

รีดเดอร์ (Reeder, 1963) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่า หมายถึง การมีส่วนร่วมในการปะทะสังสรรค์ด้านสังคม ซึ่งรวมทั้งการมีส่วนร่วมของปัจเจกบุคคลและการมีส่วนร่วมของกลุ่ม

คีธ (Keith, 1971) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่า หมายถึง การเกี่ยวข้องทางจิตใจและอารมณ์ของบุคคลหนึ่งในสถานการณ์กลุ่ม ซึ่งผลของการเกี่ยวข้องดังกล่าว เป็นเหตุเร้าใจให้กระทำการบรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่มนั้นกับทั้งให้เกิดความรู้สึกร่วมรับผิดชอบกับกลุ่มดังกล่าวด้วย

เออร์วิน (Erwin, 1976) ได้ให้แนวคิดการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมว่า หมายถึง กระบวนการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในการดำเนินการพัฒนา ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ แก้ปัญหาของตนเองใช้ความคิดสร้างสรรค์และความชำนาญของประชาชน ร่วมกับการใช้วิทยาการที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา

WHO / UNICEF (2978:4-8) ให้ความหมายว่า การมีส่วนร่วมคือการที่กลุ่มของประชาชนก่อให้เกิดการรวมตัวที่สามารถจะกระทำการตัดสินใจใช้ทรัพยากร และมีความรับผิดชอบในกิจกรรมที่กระทำในกลุ่ม

การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการสื่อสารสองทางระหว่างบุคคลกลุ่มบุคคลชุมชนหรือประชาชนกับเจ้าหน้าที่ของรัฐผู้ดำเนินโครงการหรือนโยบายสาธารณะหรือการจัดการทรัพยากรธรรมชาติซึ่งการมีส่วนร่วมของประชาชนจะเกี่ยวข้องกับการร่วมในกระบวนการตัดสินใจ การร่วมในกระบวนการดำเนินการและร่วมรับผลประโยชน์โดยมีเป้าหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชน (ดวงใจ ปินตามูล, 2555)

การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการที่ให้ประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้ตระหนักรู้ รับรู้ มีโอกาสเข้ามาแสดงบทบาท ทักษะ และความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการพัฒนา ร่วมคิดร่วมตัดสินใจในการแก้ปัญหาชุมชนของตนเอง เป็นการเน้นการมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์และความชำนาญและมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและมีทักษะของประชาชนในการแก้ไขปัญหา ร่วมกับการใช้วิทยาการภูมิปัญญาที่เหมาะสมชัดเจน โปร่งใส ต่อเนื่อง และเป็นระบบ (วีระกิตต์ หาญปริพรรณ์ และคณะ, 2551)

สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ลงมือปฏิบัติ ร่วมรับผลประโยชน์ และติดตามประเมินผล

2.4.2 ขั้นตอนการมีส่วนร่วม

นัยนา เดชะ (2557) ขั้นตอนการมีส่วนร่วมสรุปเป็น 5 ขั้นตอน คือ

1. การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา และสาเหตุของปัญหา ตลอดจนการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา สภาพของชุมชนการดำเนินชีวิต ทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม เพื่อใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการทำงาน
2. การมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหาโดยจะมีการรวมกลุ่มอภิปรายและแสดงความคิดเห็นเพื่อกำหนดนโยบาย วัตถุประสงค์ วิธีการ แนวทางการดำเนินงาน และทรัพยากรที่จะต้องใช้
3. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและการดำเนินการพัฒนาโดยการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ แรงงานเงินทุน หรือเข้าร่วมบริหารงาน การใช้ทรัพยากร การประสานงาน และดำเนินการขอความช่วยเหลือ
4. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์จากการพัฒนา เป็นการนำเอากิจกรรมมาใช้ให้เกิดประโยชน์ ทั้งด้านวัตถุ และจิตใจ โดยอยู่บนพื้นฐานของความเท่าเทียมกันของบุคคล และสังคม
5. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลเพื่อที่จะแก้ไขปัญหาดังกล่าว ที่เกิดขึ้น

2.4.3 หลักการและกระบวนการของการมีส่วนร่วม

หลักการของการมีส่วนร่วม ในความหมายของการบริหารจัดการจะมีการเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิด “การตัดสินใจ” นั่นคือการมีส่วนร่วมจะนำไปสู่การตัดสินใจอย่างมีคุณค่าและอย่างชอบธรรม และต้องเป็นการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง (Meaningful Participations) ไม่วางระบบไว้ให้ดูเหมือนว่า ได้จัดกระบวนการให้มีส่วนร่วมแล้วดังนี้คือ

1. การระดมความคิดคือการคิดค้นและวิเคราะห์ปัญหาร่วมกันในลักษณะของการร่วมคิดมิใช่ฝ่ายหนึ่งฝ่ายเดียวบนพื้นฐานความศรัทธาว่าทุกคนที่เข้ามามีส่วนร่วมนั้นมีศักยภาพ
2. การวางแผนคือนำสิ่งที่ร่วมกันคิดมากำหนดเป็นแผนปฏิบัติการร่วมกันด้วยการระดมทรัพยากรจากทุกฝ่าย (คนสิ่งของงบประมาณเวลาฯลฯ)
3. การลงมือทำคือการนำแผนงานที่ได้ไปร่วมกันทำหรือแบ่งงานกันรับผิดชอบ เพื่อให้เป็นไปตามแผนหรือเป้าหมายที่วางไว้
4. การติดตามประเมินผลคือร่วมกันติดตามผลงานที่ทำและแก้ไขปัญหากที่เกิดขึ้นระหว่างการทำงานร่วมกันคิดพัฒนาปรับปรุงให้งานดีขึ้น

2.4.4 เทคนิคการทำงานอย่างมีส่วนร่วมกับชุมชน (Participatory Rural Appraisal :

PRA)

2.4.4.1 เทคนิคการทำงานอย่างมีส่วนร่วมกับชุมชน (Participatory Rural Appraisal: PRA) (อุทัยวรรณ กาญจนกุล, 2549 อ้างใน เรือเอกวิวัฒน์ สิงห์นาครอง, 2557) คือการเปิดโอกาสกลุ่มคนที่เกี่ยวข้องกับชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการแลกเปลี่ยนจากข่าวสารข้อมูลและตัดสินใจนั้นได้รับการยอมรับกันอย่างแพร่หลายว่าเป็นกระบวนการที่เกี่ยวกับประชาธิปไตยและได้พิสูจน์แล้วว่าเป็นวิธีการที่จะนำไปสู่การพัฒนาที่เหมาะสมและยั่งยืนเพราะการเป็นผู้แทนของชุมชนได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข่าวสารข้อมูลและการตัดสินใจนั้นเป็นการสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานพัฒนาสร้างการยอมรับและสร้างความรู้สึกร่วมของการมีส่วนร่วมซึ่งจะส่งผลให้การพัฒนาดำเนินไปได้อย่างราบรื่นต่อเนื่องมีประสิทธิภาพและการพัฒนานั้นๆ ก็ยังเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของชาวบ้านผู้เกี่ยวข้องในชุมชนการเปิดโอกาสให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการได้มีโอกาสเรียนรู้ข้อมูลข่าวสารและสิ่งทีนอกเหนือจากประสบการณ์ของตนเอง จะทำให้สามารถนำความรู้ที่ได้ไปประกอบการตัดสินใจ ข้อดีอีกประการหนึ่งคือเป็นการเปิดโอกาสให้บุคคลที่เกี่ยวข้องสามารถเรียนรู้หรือรับฟังประสบการณ์ใหม่ๆ ที่จะประโยชน์ในการวางแผนดำเนินงานในแต่ละส่วนให้สอดคล้องกันซึ่งหมายถึงช่องทางและวิธีการที่จะช่วยให้ชุมชนสามารถเห็นคุณค่าของการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์การวิเคราะห์ภาวะชีวิตของชุมชนการวางแผน และการดำเนินการโดยชุมชน นักวิจัย นักพัฒนาหรือนักวิชาการจะมีบทบาทช่วยแนะวิธีการเทคนิคต่างๆ เพื่อให้การวิเคราะห์ชุมชนเป็นไปอย่างรวดเร็วไม่เครียดและมีส่วนร่วม

2.4.4.2 หลักการของ (Participatory Rural Appraisal : PRA) หลักการที่สำคัญที่สุดของการศึกษาวิเคราะห์ชุมชนอย่างมีส่วนร่วมโดยวิธีนี้คือ การให้ชุมชนมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในกระบวนการศึกษาผู้จัดต้องพยายามที่จะสอดแทรกหรือทักท้วงให้น้อยที่สุดควรปล่อยให้กลุ่มเป้าหมายที่ร่วมกิจกรรมได้แสดงความคิดเห็นเต็มที่การศึกษาชุมชนโดยวิธีนี้โดยทั่วไปแล้วจะใช้กลุ่มเป้าหมายประมาณ 6-10 คนถ้ากลุ่มเป้าหมายมีจำนวนมากเกินไปจะทำให้สับสนและควบคุมประเด็นได้ยากแต่ถ้ากลุ่มเป้าหมายมีจำนวนน้อยเกินไปก็จะขาดการยืนยันและตรวจสอบข้อมูลจากกันและกันจุดเด่นของวิธีนี้การนี้คือสมาชิกที่มาร่วมกิจกรรมไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ที่รู้หนังสือ (ภาษาเขียน) และแม้แต่ผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาพูดกับผู้จัดได้ก็ยังสามารถใช้วิธีนี้ได้ถ้ามีล่ามหรือผู้ที่คอยอธิบายประเด็นให้กลุ่มเป้าหมายเข้าใจ ซึ่งมีหลักการต่างๆ ไปของ (Participatory Rural Appraisal : PRA) ดังนี้

- 1) การเรียนรู้จากชาวบ้านยึดหลักการเรียนรู้จากชาวบ้านโดยตรงถือชาวบ้านเป็นครูโดยเรียนรู้เกี่ยวกับสภาพทางกายภาพความรู้ทางด้านเทคนิคและทางสังคม

2) การเรียนรู้อย่างรวดเร็วและก้าวหน้าค้นหาความจริงอย่างจริงจังโดยคำนึงถึงความยืดหยุ่นของวิธีการการใช้โอกาสให้เป็นประโยชน์การทำตัวอย่างเพื่อให้เกิดการเรียนรู้การถามซ้ำ การตรวจสอบความถูกต้องทั้งนี้ไม่มีอีกรูปแบบและวิธีการที่ตายตัวแต่ปรับตัวให้เข้ากับกระบวนการเรียนรู้ที่กำลังดำเนินอยู่

3) การลดความผิดพลาดที่อาจเกิดจากการเรียนรู้ที่ผิดสมมติฐานของตนเองเป็นเกณฑ์มักจะมีสมมติฐานของเราต่อการเรียนรู้หนึ่งในหมู่บ้านซึ่งเป็นเหตุให้เกิดการเรียนรู้ที่ผิดพลาดได้ ดังนั้นเราจึงควรยึดการฟังให้มากที่สุดให้น้อยไม่รีบร้อนแต่เรียนรู้อย่างชัดเจนและตามสบายไม่ยึดเอาตัวเองเป็นสำคัญและเป็นการสั่งการประการสำคัญคือหาโอกาสพูดคุยกับคนยากจนและสตรีเพื่อเรียนรู้ปัญหาและความจำเป็นเร่งด่วนของเขา

4) การจัดความสมดุลควรจัดความสมดุลระหว่างค่าใช้จ่ายกับประโยชน์ที่ได้รับจากการเรียนรู้ข้อมูลที่เป็นจริงโดยพิจารณาจากเกณฑ์ในเรื่องของปริมาณความแม่นยำความทันใช้ความสอดคล้องกับเรื่องที่ทำอยู่กล่าวคือควรรู้ว่าเรื่องใดไม่คุ้มค่าต่อการเรียนรู้เรื่องใดไม่ต้องการความแม่นยำแต่ผิด

5) การตรวจสอบความถูกต้องตรวจสอบความถูกต้องโดยใช้สิ่งต่างๆ ประกอบกัน เช่นวิธีการหาข้อมูลประเภทของข้อมูลผู้วิจัยสาขาวิชาเป็นต้นซึ่งอาจใช้ถึง 3 อย่างเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง

6) ความหลากหลายยึดหลักการแสวงหาความแตกต่างมากกว่าการใช้ค่าเฉลี่ยโดยเจาะจงหาตัวอย่างที่มีความหลากหลายแทนการสุ่มตัวอย่าง

7) การกระตุ้นและอำนวยความสะดวกให้ชาวบ้านเป็นผู้ทำการศึกษาจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกและกระตุ้นให้ชาวบ้านทำการศึกษาค้นคว้าเองวิเคราะห์เองและเสนอผลการศึกษาเอง การกระทำดังกล่าวเป็นกระบวนการที่ชาวบ้านได้เรียนรู้เรื่องราวที่ทำการศึกษาและมีความรู้สึกเป็นเจ้าของสิ่งที่เขาค้นพบเราผู้เป็นนักวิจัยอาจจะมีความจำเป็นในระยะเริ่มแรกของกระบวนการเรียนรู้ หลังจากนั้นเราจะถอยไปอยู่ด้านหลังโดยไม่มีการสัมภาษณ์หรือขัดจังหวะในขณะที่ชาวบ้านกำลังดำเนินการศึกษา โดยสรุปอาจกล่าวได้ว่าผู้วิจัยจะเปลี่ยนบทบาทจากผู้วิจัยหรือผู้ค้นคว้าหาข้อเท็จจริงเป็นผู้อำนวยความสะดวก

8) ความตื่นตัวและความรับผิดชอบต่อการตรวจสอบข้อบกพร่องของผู้วิจัยซึ่งต่อไปนี้จะถือว่าเป็นผู้อำนวยความสะดวกจะตรวจสอบพฤติกรรมของตนเองตลอดเวลาและความพยายามที่จะทำให้ดีขึ้นโดยประกอบด้วย 2 ส่วนคือประการแรกน้อมรับวิจารณ์ญาติที่ดีที่สุดของตนเองหรือผู้ร่วมงานมากกว่ากฎเกณฑ์ตายตัวในคู่มือ

9) การเรียนรู้จากกันและกันมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลและแนวคิดระหว่างชาวบ้านด้วยกันเองระหว่างชาวบ้านกับนักวิจัยเองนอกจากนี้ควรมีการแลกเปลี่ยนระหว่างหน่วยงานในเรื่องการอบรมพื้นที่สนามประสบการณ์

2.4.5 ประโยชน์ของการมีส่วนร่วม

ในการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมเป็นเรื่องที่สำคัญยิ่งที่จะทำให้การพัฒนาก้าวไปสู่จุดหมายที่วางไว้ได้มากที่สุดเพราะการมีส่วนร่วมจะนำไปสู่การตัดสินใจที่ถูกต้องทำให้การติดต่อสื่อสารมีประสิทธิภาพผลที่ตามมาจึงต้องเป็นสิ่งที่น่าพอใจก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นและได้มีผู้ที่กล่าวถึงประโยชน์ของการมีส่วนร่วมไว้ดังนี้ (คุณพวงค์ คตวงศ์, 2557)

1. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาย่อมก่อให้เกิดการพึ่งตนเองได้ในที่สุดเนื่องจากเกิดการเรียนรู้วิถีแก้ปัญหาและสร้างความเจริญให้กับชุมชนหรือหมู่บ้านของตนผ่านกิจกรรมและกระบวนการทำงานตามโครงการ
2. การส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาเป็นการสะท้อนถึงความจริงใจของรัฐที่มีต่อการสนับสนุนให้ประชาชนมีเสรีภาพในการตัดสินใจและกำหนดชะตากรรมของท้องถิ่นของตน
3. เป็นทางสะท้อนถึงปัญหาความต้องการที่แท้จริงของท้องถิ่นให้ถูกต้องตรงประเด็น
4. เป็นการสร้างฉันทามติร่วมกันซึ่งจะก่อให้เกิดความชอบธรรมในการตัดสินใจเนื่องจากเป็นการสร้างข้อตกลงที่จะเกิดการยอมรับร่วมกันภายในกลุ่ม
5. เป็นการพัฒนาศักยภาพบุคคลย่อมจะต้องมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และข้อคิดเห็นระหว่างกันดังนั้นการมีส่วนร่วมของประชาชนจึงเป็นเสมือนเวทีการเรียนรู้ที่มีประโยชน์อย่างมาก
6. เป็นการสนับสนุนการพัฒนาความรักท้องถิ่นและความรับผิดชอบต่อสังคมให้เกิดขึ้นในพฤติกรรมของประชาชนในท้องถิ่น
7. ประชาชนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของผลงานอันเนื่องมาจากโครงการพัฒนาที่จัดทำขึ้นในหมู่บ้านและจะช่วยแบ่งเบาภาระของรัฐในการดูแลบำรุงรักษาจากนั้นยังได้แสดงทรรศนะเพิ่มเติมว่าการมีส่วนร่วมจะช่วยให้วิถีชีวิตความเป็นอยู่ของชาวบ้านดีขึ้นและเสริมสร้างความสามัคคีใน หมู่บ้านให้แน่นยิ่งขึ้นซึ่งเมื่อไหร่ที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาชุมชนอย่างแท้จริงย่อมส่งผลต่อความเจริญของหมู่บ้านและประเทศโดยรวม

2.4.6 ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความร่วมมือ

ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความร่วมมือ ได้แก่

1. ความกระตือรือร้นของสมาชิกในองค์กรที่เกี่ยวข้องเป็นปัจจัยสำคัญของการทำงานร่วมกันเพื่อให้สัมฤทธิ์ผลมีการกระจายงานและความรับผิดชอบแต่หากสมาชิกเพิกเฉยไม่รับผิดชอบการดำเนินงานก็จะมีปัญหาหรือล้มเหลวหรือปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือหากสมาชิกมี

ความยึดมั่นในความคิดหรือประโยชน์ส่วนตัวเป็นใหญ่ก็จะมีปฏิกริยาโต้ตอบซึ่งจะเกิดความล้มเหลวเช่นกัน3. มีการกระจายข้อมูลอย่างเพียงพอแก่สมาชิกและผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดทั้งข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเฉพาะที่จะใช้ในการวินิจฉัยปัญหาต่างๆ

2. มีบรรยากาศในเชิงสร้างสรรค์ที่เอื้ออำนวยต่อการทำงานป้องกันความขัดแย้งและทัศนคติในเชิงลบระหว่างสมาชิกจะทำให้พลังงานหรือความพยายามที่จะทำงานร่วมกันหมดไปเหลือแต่ความระแวงมองบุคคลในแง่ร้ายและในไม่ช้าก็จะทำให้ซึ่งตนเองต่างคนต่างอยู่ในที่ทำงานของตนเองและไม่พยายามเกี่ยวข้องกับคนอื่น ๆ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความร่วมมือของสมาชิกในองค์กรอยู่ในขั้นโคม่า

3. ผู้นำของโครงการต้องมีทักษะในการบริหารงานในลักษณะนี้อย่างแท้จริงเพราะเป็นการบริหารในแนวใหม่เป็นกระบวนการทัศน์ใหม่ในการพัฒนาซึ่งจะต้องใช้กระบวนการความคิดและการปฏิบัติหน้าที่ทุกฝ่ายจะต้องมาทำงานร่วมกันทักษะเหล่านี้ต้องใช้ทั้งด้านเทคนิควิธีการบริหารด้านการจัดการและแก้ปัญหาด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลระหว่างกลุ่มและระหว่างองค์กรนอกจากนั้นผู้นำจะต้องมีจินตภาพที่กว้างไกลศักยภาพในการเรียนรู้และมีความสนใจสร้างสรรค์ระบบการทำงานอย่างจริงจังจริงใจจะพัฒนาตนเองให้เป็นผู้บริหารที่จะให้เกิดความร่วมมืออย่างแท้จริงโดยเฉพาะอย่างยิ่งการลดความขัดแย้งและสร้างความกระตือรือร้นของสมาชิกตลอดจนการจัดระบบข้อมูลข่าวสารที่หมุนเวียนได้รวดเร็วและทั่วถึงหากผู้นำขาดคุณสมบัติดังกล่าวแล้วจะทำให้เกิดปัญหาความขัดแย้งและในที่สุดจะขาดความร่วมมือ

4. ผู้นำควรมอบการตัดสินใจและรับผิดชอบให้แก่กลุ่มแต่ก็ยังสามารถควบคุมได้ในฐานะประธานในการประชุมสิ่งที่จะต้องคอยระวังคือประธานต้องคอยควบคุมกำกับความดีและข้อตกลงที่จะทำงานร่วมกันและจะต้องคำนึงถึงกฎระเบียบด้วย

2.4.7 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของประชาชน

ในการดำเนินโครงการต่างๆของภาครัฐ ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆดังนี้

2.7.1 ปัจจัยเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ ปัจจัยเกี่ยวกับกลุ่มสังคมเช่นครอบครัวชุมชนโรงเรียน เป็นต้น ปัจจัยเกี่ยวกับชนชั้นทางสังคมเช่นอาชีพรายได้การศึกษา เป็นต้น และปัจจัยเกี่ยวกับบุคลิกภาพอันเกิดจากพันธุกรรมแรงขับเคลื่อนกลไกทางการเมืองความต้องการทางจิตและสรีระความรู้สึกผูกพันกับชุมชนรวมทั้งความรู้ความเข้าใจความเชื่อและเจตคติทางการเมือง

2.7.2 ปัจจัยเกี่ยวกับลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมเช่นประเพณีศาสนาความเชื่อและปทัสถานของแต่ละสังคม

2.7.3 ปัจจัยเกี่ยวกับลักษณะของระบบการเมืองเช่นแนวคิดและปรัชญาของระบบการเมืองการเปิดโอกาสในการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชน

2.7.4 ปัจจัยเกี่ยวกับผลประโยชน์และผลกระทบที่ประชาชนเกี่ยวข้องเช่นความใกล้ชิดกับปัญหาข้อมูลข่าวสารที่ได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจการเมืองและสังคม

2.5 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.5.1 ความหมายและพัฒนาการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ในปัจจุบันนี้การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นที่รู้จักและได้รับการกล่าวถึงกันอย่างกว้างขวางและยิ่งไปกว่านั้นยังได้ถูกนำไปใช้เป็นเครื่องมือสำหรับการพัฒนาในชุมชนสถานศึกษาสถาบันหรือองค์กรต่างๆ ทั้งในภาครัฐและเอกชนของประเทศไทยมากยิ่งขึ้นเป็นลำดับซึ่งได้มีนักวิชาการให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการไว้ดังต่อไปนี้ (วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์, 2558)

จอห์นสัน (Johnson, 2008: 28) ให้ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการว่าเป็นการวิจัยระหว่างการทำงานเพื่อแก้ปัญหาที่ผู้ปฏิบัติงานกำลังเผชิญอยู่โดยเป็นกระบวนการศึกษาสภาพหรือสถานการณ์ที่เป็นจริงของสถานศึกษาเพื่อทำความเข้าใจและพัฒนาปรับปรุงคุณภาพของการปฏิบัติงาน

เคมมิสและแมคแทกกาท (Kemmis & Mc Taggart, 1988: 10) กล่าวว่าการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นรูปแบบหนึ่งของการวิจัยที่ไม่ได้แตกต่างไปจากการวิจัยอื่นๆ ในเชิงเทคนิคแต่แตกต่างในด้านวิธีการซึ่งวิธีการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการคือการทำงานที่เป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติงานของตนเองที่เป็นวงจรแบบขดลวด (Spiral of Self-Reflecting) โดยเริ่มต้นที่ขั้นตอนการวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observing) และการสะท้อนกลับ (Reflecting) เป็นการวิจัยที่จำเป็นต้องอาศัยผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการสะท้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการพัฒนาปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้น

องอาจ นัยวัฒน์ (2548: 338) กล่าวว่าการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการวิจัยที่ทำโดยนักวิจัยและคณะบุคคลที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานองค์กรหรือชุมชนโดยมีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อนำผลการศึกษาวิจัยที่ค้นพบหรือสรรสร้างขึ้นไปใช้ปรับปรุงแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานได้อย่างทันต่อเหตุการณ์สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่ต้องการแก้ไขรวมทั้งกลมกลืนกับโครงสร้างการบริหารงานตลอดจนบริบททางด้านสังคมและวัฒนธรรมและด้านอื่นๆที่แวดล้อมหรือเกิดขึ้นในสถานที่เหล่านั้น จากที่กล่าวมาสามารถสรุปได้ว่าการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการศึกษารวบรวมหรือการแสวงหาข้อเท็จจริงโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อสรุปอันจะนำไปสู่การแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ทั้งในด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงานในขอบข่ายที่รับผิดชอบโดยผู้วิจัยสามารถดำเนินการได้หลายๆครั้งจนกระทั่งผลการปฏิบัติงานนั้นบรรลุวัตถุประสงค์หรือแก้ไขปัญหาที่

ประสบความสำเร็จโดยกำหนดขั้นตอนของการวิจัยประกอบด้วยการวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection)

วีระยุทธ ชาตะกาญจน์ (2558) การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีจุดกำเนิดมาจากการแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหาสังคมของเลวิน (Kurt Lewin) นักจิตวิทยาสังคมชาวอเมริกาที่ต้องการจะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์และเพื่อปรับปรุงคุณภาพของความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์โดยอาศัยแนวความคิดสำคัญ 2 ประการคือการร่วมกันตัดสินใจของกลุ่มและความตั้งใจที่จะทำการปรับปรุงในส่วนของการศึกษานั้นอาจกล่าวได้ว่าคอร์รี่ (Stephen M. Corey) จากมหาวิทยาลัย Columbia สหรัฐอเมริกาเป็นผู้นำการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้ในการจัดการการศึกษาเป็นบุคคลแรกในลักษณะของการปรับปรุงหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอน

ค.ศ. 1967 - 1972 สเต็นเฮ้าส์ (Lawrence Stenhouse) แห่งมหาวิทยาลัย East Anglia ซึ่งเป็นผู้อำนวยการโครงการ Humanities Curriculum Project ได้กระตุ้นให้ครูผู้สอนนำวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้ในการจัดการศึกษามุ่งเปลี่ยนสภาพของครูจากการเป็นผู้สอนตามปกติให้เป็นครูในฐานะนักวิจัย

ค.ศ. 1973 - 1975 แอนเลียร์ทและอเดลแมน (John Elliott & Clem Adelman) ได้นำวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้ในโครงการ Ford Teaching Project โดยให้ครูได้พัฒนาการจัดการเรียนการสอนในชั้นเรียนแล้วนำผลการปฏิบัติงานมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับคนอื่นๆโดยใช้วิธีการติดตามผลการกระทำที่เกิดจากช่องว่างระหว่างความคาดหวังกับการปฏิบัติงานจริงของครูสำหรับเป็นแนวทางช่วยเหลือครูให้ได้ทำการพัฒนาการเรียนการสอนเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และสืบสวนสอบสวนในชั้นเรียนและเน้นการปฏิบัติงานด้วยการควบคุมตนเองหรือด้วยกลุ่มมากกว่าการใช้ผู้ควบคุมคุณภาพที่มาจากภายนอก

ค.ศ. 1982 เคมมิส, คาร์และแมคทาเกาท (Stephen Kemmis, Wilf Carr & Robin McTaggart) ได้เสนอกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่สมบูรณ์แบบมากยิ่งขึ้นและเป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลายในรูปของวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (The Action Research Spiral) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือการวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) ซึ่งเมื่อครบวงจรหนึ่งๆจะพิจารณาปรับปรุงแผน (Re - Planning) เพื่อนำไปปฏิบัติในวงจรต่อไปจนกว่าจะบรรลุความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติงาน

องอาจ นัยพัฒน์ (วีระยุทธชาตะกาญจน์, 2558 อ้างอิงจาก องอาจ นัยพัฒน์, 2548: 334) ได้ชี้ให้เห็นถึงสาเหตุที่ทำให้การวิจัยเชิงปฏิบัติการได้รับความสนใจมากขึ้นในปัจจุบันนี้น่าจะมาจากปรากฏการณ์ต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. กระแสเรียกร้องจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่เป็นผู้ปฏิบัติอยู่ในชุมชนหรือองค์กรระดับท้องถิ่นต้องการมีบทบาทในการทำวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนของตนเองมากขึ้น

2. ผลของการศึกษาวิจัยตามรูปแบบดั้งเดิมที่มีลักษณะมุ่งเน้นวิชาการดำเนินการโดยนักวิจัยจากภายนอกแต่เพียงฝ่ายเดียวมีความสอดคล้องกลมกลืนกับบริบทและสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนน้อยยิ่งไปกว่านั้นยังมีลักษณะที่ยากต่อการทำความเข้าใจและการนำไปใช้ในการแก้ปัญหาของผู้ปฏิบัติงานในระดับล่างได้น้อย

3. ความเคลื่อนไหวเกี่ยวกับแนวคิดในการพัฒนานวัตกรรมหรือการปฏิรูปใดๆ โดยองค์กรหรือชุมชนเป็นรากฐานสำคัญซึ่งเน้นหนักในการบูรณาการเชื่อมโยงระหว่างแนวคิดเชิงทฤษฎีและการปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวันของนักเรียนครูและผู้บริหารการศึกษาในโรงเรียนหรือประชาชนในชุมชนซึ่งในปัจจุบันแนวคิดดังกล่าวนี้กำลังได้รับความสนใจจากนักวิชาการและสาธารณชนมากขึ้น

4. การตอบสนองต่อกระแสเรียกร้องของสาธารณชนที่ต้องการให้มีการตรวจสอบผลการปฏิบัติงานตามพันธภาระรับผิดชอบ (Accountability) ของผู้ปฏิบัติงานแต่ละระดับของหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆว่ามีคุณภาพมากน้อยเพียงใดกระแสเรียกร้องดังกล่าวเป็นแรงผลักดันสำคัญที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานแต่ละคนหรือกลุ่มจะต้องมีบทบาทในการติดตามตรวจสอบคุณภาพผลการปฏิบัติงานที่ตนรับผิดชอบอย่างต่อเนื่องในลักษณะการใคร่ครวญตรวจสอบหรือสะท้อนผลการปฏิบัติงานด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

5. การเกิดขึ้นของวิธีวิทยาการแสวงหาความรู้ความจริงตามแนวคิดที่เป็นคลื่นลูกใหม่ (New Wave) ที่นำมาใช้ในวงการวิจัยและการประเมินโดยเฉพาะอย่างยิ่งวิธีการพัฒนามาจากฐานคติเชิงปรัชญาตามกระบวนทัศน์แบบตีความ/สร้างสรรค์นิยม (Interpretivist/Constructivist) ที่มุ่งเน้นการตีความหมายข้อค้นพบซึ่งได้รับการแสวงหาเพื่อให้เกิดความเข้าใจปรากฏการณ์ใดๆที่นักวิจัยมีความสนใจใคร่รู้

2.5.2 ความเชื่อพื้นฐานของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีความเชื่อพื้นฐาน (Basic Assumptions) อยู่ 4 ประการคือ

1. วิธีการแก้ปัญหาที่ได้มาจากการศึกษาค้นคว้าจะมีประสิทธิภาพและเชื่อถือได้มากกว่าวิธีแก้ปัญหาที่ได้มาจากการสั่งการของผู้มีอำนาจหรือผู้บริหารโดยการแก้ปัญหาแบบสั่งการนั้นมักเกิดมาจากการสั่งสมประสบการณ์และการใช้สามัญสำนึกเป็นหลักซึ่งมักจะขาดข้อมูลและหลักฐานที่จะใช้ประกอบการตัดสินใจ

2. การวิจัยเพื่อการแก้ไขปัญหาของผู้ปฏิบัติงานที่ดำเนินการเองโดยผู้ปฏิบัติงานจะมีโอกาสแก้ปัญหาของเขาได้สำเร็จมากกว่าการวิจัยเพื่อการแก้ไขปัญหาที่ทำโดยบุคคลอื่น

3. การวิจัยเป็นเรื่องของการวิเคราะห์ปัญหาการค้นหาค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา การทดสอบและการประเมินผลวิธีการแก้ปัญหาการวิจัยเป็นทักษะที่สามารถเรียนรู้และพัฒนาได้โดย ผู้ปฏิบัติงานทุกคนการวิจัยไม่ได้เป็นสิทธิพิเศษของผู้เชี่ยวชาญคนใดคนหนึ่งหรือกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง

4. การพัฒนาความสามารถของบุคคลโดยการฝึกหัดถือว่าเป็นรากฐานของการพัฒนาการปฏิบัติงาน

2.5.3 ลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางการศึกษา

ยาใจ พงษ์บริบูรณ์ (วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์, 2558 อ้างอิงจาก ยาใจ พงษ์บริบูรณ์, 2537: 12) ได้เสนอกรอบลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางการศึกษา (Action Research in Education) ไว้ที่น่าสนใจดังต่อไปนี้

1. เป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วมและมีการร่วมมือ (Participation and Collaboration) ใช้การทำงานเป็นกลุ่มผู้ร่วมวิจัยทุกคนมีส่วนร่วมสำคัญและมีบทบาทเท่าเทียมกันในทุกกระบวนการของการวิจัยทั้งการเสนอความคิดเชิงทฤษฎีการปฏิบัติตลอดจนการวางแผนนโยบายการวิจัย

2. เน้นการปฏิบัติการ (Action Orientation) การวิจัยชนิดนี้ใช้การปฏิบัติเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและศึกษาผลของการปฏิบัติเพื่อมุ่งให้เกิดการพัฒนา

3. ใช้การวิเคราะห์วิจารณ์ (Critical Function) กิจกรรมการวิเคราะห์การปฏิบัติ อย่างลึกซึ้งจากสิ่งที่สังเกตได้จะนำไปสู่การตัดสินใจที่สมเหตุสมผลเพื่อการปรับแผนการปฏิบัติการ

4. ใช้วงจรการปฏิบัติการ (The Action Research Spiral) ตามแนวคิดของเคมมิส และแมคทาากาท (Kimmis & McTaggart) คือการวางแผน (Planning) ตลอดจนการปรับปรุงผล (Re - Planning) เพื่อนำไปปฏิบัติในวงจรต่อไปจนกว่าจะได้รูปแบบของการปฏิบัติงานที่เป็นที่พึงพอใจและได้เสนอเชิงทฤษฎีเพื่อเผยแพร่ต่อไป

องอาจ นัยพัฒน์ (วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์, 2558 อ้างอิงจาก องอาจ นัยพัฒน์, 2548: 335) ได้อธิบายเกี่ยวกับลักษณะสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการไว้ 8 ประการดังต่อไปนี้

1. เกี่ยวข้องกับปัญหาทางด้านการปฏิบัติงาน (Practical Problem) ที่ผู้ปฏิบัติงานระดับล่างมักจะประสบในขณะที่ทำงานอยู่ประจำหรือปฏิบัติหน้าที่อื่นๆที่เกี่ยวข้องในแต่ละวันมากกว่า การเกี่ยวข้องกับปัญหาทางด้านทฤษฎี (Theoretical Problem) ซึ่งได้รับการนิยามหรือกล่าวถึงโดยนักวิจัยบริสุทธิ์ในสาขาวิชาความรู้ใดๆโดยเฉพาะ

2. มีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อการทำความเข้าใจ (Understanding) ต่อสภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของครูผู้บริหารการศึกษาอย่างลุ่มลึกและกระจ่างชัดภายใต้กระบวนการใคร่ครวญตรวจสอบในลักษณะสะท้อนกลับของยุทธวิธีปฏิบัติที่นักวิจัยเชิงปฏิบัติการได้ลงมือกระทำลงไปอย่างวิพากษ์วิจารณ์ (Critically) อันจะนำไปสู่การได้แนวทางปฏิบัติการสำหรับใช้แก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทแวดล้อมมากยิ่งขึ้นสำหรับการดำเนินงานในลำดับต่อไป

นอกจากนี้ยังมีจุดมุ่งหมายเพื่อการปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานรวมทั้งสภาวการณ์เงื่อนไขต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานมากกว่าการมีจุดมุ่งหมายเพื่อการสร้างสรรค์องค์ความรู้เชิงวิชาการอย่างใดอย่างหนึ่งเป็นการเฉพาะ

3. มุ่งเน้นการตีความหมายเหตุการณ์หรือสภาวการณ์ของปัญหาที่เกิดขึ้นตามความคิดเห็นหรือทัศนะของผู้ปฏิบัติงานหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับเหตุการณ์หรือสภาวการณ์ของปัญหาดังกล่าวมากกว่าการอาศัยแนวคิดทฤษฎีหรือหลักการของวิทยาศาสตร์ธรรมชาติทั้งนี้เพราะเชื่อว่าท่าทางการกระทำที่ติดต่อกันหรือพฤติกรรมใดๆ ของมนุษย์ทั้งที่ปรากฏให้เห็นเด่นชัดหรือไม่เห็นเด่นชัดในเหตุการณ์หรือสภาวการณ์ของปัญหาหนึ่งๆ สามารถตีความหมายได้โดยการสรุปอ้างอิง (Inference) จากแรงจูงใจความเชื่อเจตนาหรือจุดมุ่งหมายของผู้แสดงพฤติกรรมประกอบเข้ากับบริบทแวดล้อมที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมหรือการกระทำเหล่านั้นขึ้นเช่นบรรทัดฐานค่านิยมและกฎเกณฑ์ต่างๆ ทางสังคมเป็นสำคัญโดยนัยดังกล่าวนี้แสดงว่านักวิจัยไม่สามารถตีความหมายพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคลใดๆ ได้เลยถ้าปราศจากการพิจารณาบริบทแวดล้อมพฤติกรรมนั้นๆ มาประกอบด้วย

4. เสนอผลการวิจัยในรูปแบบเรียงง่ายการเสนอรายงานผลการศึกษาวิจัยในรูปแบบด้วยการเลือกใช้ถ้อยคำสำนวนในระดับเดียวกับผู้ปฏิบัติงานโดยพยายามหลีกเลี่ยงคำศัพท์เฉพาะสาขาวิชา (Technical Term) และภาษาที่มีลักษณะค่อนข้างเป็นนามธรรมเพื่อทำให้ง่ายต่อการติดตามทำความเข้าใจของผู้ปฏิบัติงานนอกจากนี้คำอธิบายเกี่ยวกับผลการวิจัยตลอดจนกระบวนการวิจัยอื่นๆ สามารถตรวจสอบความตรง (Validity) ได้จากการสนทนาแบบเป็นกันเองกับผู้ปฏิบัติงานหรือผู้มีส่วนร่วมหรือเกี่ยวข้องในทุกๆ ระยะของกระบวนการวิจัย

5. มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการในทุกขั้นตอนจะต้องอยู่ภายใต้บรรยากาศการมีส่วนร่วมการร่วมมือร่วมใจการเชื่อถือและไว้วางใจการเป็นมิตรรวมทั้งความเป็นอิสระและความเสมอภาคในการแสดงความคิดเห็น

6. ผ่อนคลายความเข้มงวดเกี่ยวกับระเบียบวิธีการศึกษาวิจัยการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่ยึดติดอยู่ภายใต้กรอบการจัดกระทำทางการทดลองและการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนอย่างเคร่งครัดแบบตายตัวด้วยแบบแผนการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research Design) หรือวิธีการทางสถิติใดๆ (Statistical Control) แนวคิดพื้นฐานดังกล่าวนี้ไม่ได้หมายความว่าการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการละเลยหรือมองข้ามความสำคัญของการศึกษาค้นคว้าด้วยการอาศัยวิธีการทางวิทยาศาสตร์หากแต่ปรับวิธีการศึกษาค้นคว้าด้วยวิธีการดังกล่าวให้กลมกลืนหรือสอดคล้องกับลักษณะของปัญหาสภาวการณ์ต่างๆ รวมทั้งบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่แวดล้อมปัญหาที่ต้องการแสวงหาความรู้ความจริงด้วยเหตุนี้การวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยทั่วไปอาจเลือกใช้รูปแบบการ

วิจัยเชิงปริมาณที่อาศัยแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Design) หรือการวิจัยเชิงคุณภาพ

7. ไม่เน้นการสรุปอ้างอิงผลการศึกษาวิจัยข้ามไปยังบริบทอื่นการสรุปอ้างอิงผลการวิจัยหรือการขยายผลการวิจัยให้ครอบคลุมไปยังห้องเรียนหรือโรงเรียนที่มีทำเลที่ตั้งหรือบริบทอื่นๆ แตกต่างไปจากทำเลที่ตั้งหรือบริบทที่ทำการวิจัยจริงมีลักษณะค่อนข้างจำกัดกว่าการวิจัยเชิงทดลองทางวิทยาศาสตร์ทั้งนี้การสรุปอ้างอิงผลของการวิจัยที่ได้จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่สามารถอาศัยกฎของความครอบคลุม (Covering Law) ตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความสัมพันธ์หรือการอ้างอิงเชิงสาเหตุ (Causal Relationships) ดังนั้นในทางปฏิบัติโดยทั่วไปการสรุปอ้างอิงผลของการวิจัยที่ได้จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงมีแนวโน้มกระทำเฉพาะในขอบเขตของสถานที่บุคคลและเวลาที่ทำการศึกษาวิจัยอย่างไรก็ตามถ้าต้องการขยายผลของการวิจัยให้ครอบคลุมข้ามไปยังขอบเขตอื่นที่นอกเหนือก็สามารถกระทำได้ถ้าปัจจัยที่เกี่ยวข้องในบริบทเหล่านั้นมีลักษณะคล้ายคลึงหรืออยู่ในสภาวะการณ์ที่ใกล้เคียงกันรวมทั้งได้รับการยืนยันจากผลการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ประกอบด้วย

8. สร้างดุลยภาพและความเสมอภาคระหว่างทัศนะของบุคคลภายในและภายนอกนักวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เป็นบุคคลภายใน (insider) และบุคคลภายนอก (outsider) ของสถานที่ทำการศึกษาวิจัยมีบทบาทสำคัญ 2 ประการคือบุคคลภายในมีบทบาทเป็นทั้งผู้ปฏิบัติงานตามหน้าที่ปกติและเป็นนักวิจัยปฏิบัติการในสถานที่ทำงานของตนเองในขณะที่บุคคลภายนอกมีบทบาทเป็นผู้เชี่ยวชาญ/ ผู้ให้คำปรึกษาทางวิชาการให้กับบุคคลภายในและเป็นนักวิจัยเชิงปฏิบัติการเช่นเดียวกับบุคคลภายในนักวิจัยเชิงปฏิบัติการทั้งที่เป็นบุคคลภายในและบุคคลภายนอกจะต้องปรับบทบาทของตนเองให้มีดุลยภาพทางแนวความคิดความเชื่อและการปฏิบัติอยู่เสมอในแต่ละสภาวะการณ์นอกจากนี้ จะจากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการพัฒนาขึ้นมาจากฐานคติความเชื่อ (assumption) สำคัญที่ว่า การสร้างสรรค์และการใช้ความรู้เชิงปฏิบัติการ (Action or Practical Knowledge) สำหรับการแก้ไขปัญหาหรือการพัฒนาใดๆ ในองค์กรชุมชนหรือสังคมหนึ่งๆ จะต้องตั้งอยู่บนหลักการพื้นฐานของความเป็นประชาธิปไตยความยุติธรรมความสันติสุขและความสอดคล้องกลมกลืนกับบริบททางด้านวัฒนธรรมและสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติรวมทั้งอยู่ใต้บรรยากาศของความเอื้ออาทรหรือเป็นแบบกัลยาณมิตรที่นักวิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวิจัยมีการเรียนรู้ร่วมกัน รวมทั้งยอมรับฟังความคิดเห็นและให้เกียรติซึ่งกันและกันความรู้เชิงปฏิบัติการที่เป็นผลผลิตอันเกิดจากความร่วมมือร่วมใจระหว่างนักวิจัยกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholders) โดยผู้ปฏิบัติงานซึ่งมีความใกล้ชิดกับปัญหาได้เกิดความรู้สึกในการเป็นเจ้าของความรู้จึงเป็นปัจจัยผลักดันสำคัญต่อแนวโน้มชุมชนหรือสังคมให้ดียิ่งๆ ขึ้นไปซึ่งลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

โดยทั่วไปจะมีการนำความรู้ต่างๆ ไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาหรือปรับปรุงเปลี่ยนแปลงใดๆในองค์กร

2.5.4 จุดมุ่งหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

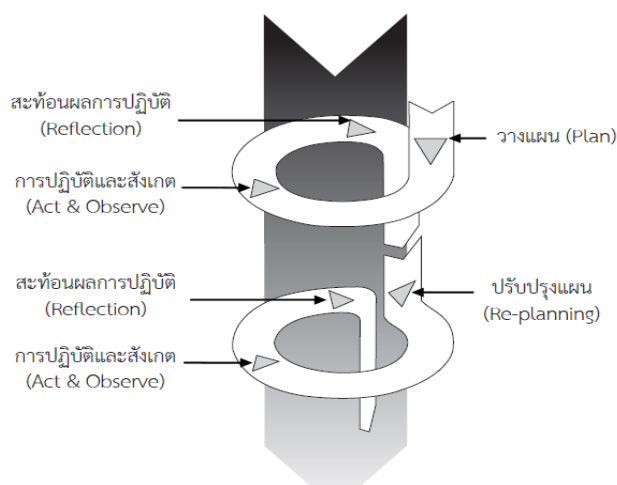
จุดมุ่งหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อจะปรับปรุงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการปฏิบัติงานประจำให้ดีขึ้นโดยนำเอางานที่ปฏิบัติอยู่มาวិเคราะห์สภาพปัญหาอันเป็นเหตุให้งานนั้นไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควรนอกจากนั้นต้องใช้แนวคิดทางทฤษฎีและประสบการณ์จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมาเสาะหาข้อมูลและวิธีการที่คาดว่าจะแก้ปัญหาดังกล่าวได้แล้วสะท้อนวิธีการดังกล่าวไปทดลองใช้กับกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้นๆ

2.5.5 กระบวนการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

เนื่องจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการพัฒนามาจากฐานคติความเชื่อที่มุ่งเน้นบูรณาการเชื่อมโยงความรู้หรือทฤษฎีเชิงปฏิบัติการที่ได้จากการทำวิจัยกับการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นจริงๆ ในสนามหรือสถานที่ปฏิบัติงานผสมผสานเข้าด้วยกันโดยอาศัยการสะท้อนความคิดใคร่ครวญไปมาในเชิงวิพากษ์ผลการปฏิบัติงานที่ได้ลงมือกระทำไปตามแผนการที่วางไว้ว่าสามารถแก้ไขปัญหาได้สำเร็จหรือไม่อย่างไรรวมทั้งมีปัจจัยเกื้อหนุนและขัดขวางความสำเร็จในการแก้ปัญหาอะไรบ้างและจะต้องดำเนินการอย่างไรจึงจะทำให้เข้าสู่สภาวะการณ์ที่นำความสำเร็จนั้นมาตั้งนั้นกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยที่มีลักษณะเป็นเกลียวเวียนหรือวงจรถัดเนื่องกันไป (Spiral of Steps)

กระบวนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart กระบวนการดำเนินงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของKemmis & McTaggart (1988: 11) ประกอบด้วยกิจกรรมการวิจัยที่สำคัญ 4 ขั้นตอนหลักคือ 1) การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (Planning) 2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action) 3) สังเกตการณ์ (Observation) และ 4) สะท้อนกลับ (Reflection) กระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (Re - Planning) โดยดำเนินการเช่นนี้ต่อไปเรื่อยๆ (วีระยุทธ ชาติกาญจน์, 2558) เป็นดังแสดงรายละเอียดตามภาพที่ 1

พูน ปรณ ทิโต ชิว



ภาพประกอบ 1 วงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart

ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการวิจัยหลักซึ่งมีการหมุนเวียนไปเป็นวัฏจักรของกระบวนการวิจัยดังกล่าว จึงเป็นเสมือนแหล่งที่ก่อให้เกิดความรู้เชิงปฏิบัติการและกลไกการนำความรู้ที่ได้รับไปใช้แก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่องซึ่งกล่าวอีกนัยหนึ่งคือเป็นการดำเนินงานวิจัยที่ไม่แยกกิจกรรมการสืบค้นหาความรู้ความจริงออกจากกิจกรรม ซึ่งกิจกรรมการวิจัยหลักแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การวางแผน (Planning) เป็นการกำหนดแนวทางปฏิบัติการไว้ก่อนล่วงหน้า โดยอาศัยการคาดคะเนแนวโน้มของผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ประกอบกับการระลึกถึงเหตุการณ์ หรือเรื่องราวในอดีตที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขตามประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมของผู้วางแผนภายใต้การไตร่ตรองถึงปัจจัยสนับสนุนขัดขวางความสำเร็จ ในการแก้ไขปัญหาการต่อต้านรวมทั้งสภาวะการณ์เงื่อนไขอื่น ๆ ที่แวดล้อมปัญหาอยู่ในเวลานั้น โดยทั่วไปการวางแผนจะต้องคำนึงถึงความยืดหยุ่น ทั้งนี้เพื่อจะสามารถปรับเปลี่ยนให้เข้ากับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอนาคต

2. การปฏิบัติการ (Action) เป็นการลงมือดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้อย่างระมัดระวังและควบคุมการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามที่ระบุไว้ในแผน อย่างไรก็ตามในความเป็นจริงการปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้มีโอกาสแปรเปลี่ยนไปตามเงื่อนไข และข้อจำกัดของสภาวะการณ์เวลานั้นได้ ด้วยเหตุนี้แผนปฏิบัติการที่ดีจะต้องมีลักษณะเป็นเพียงแผนชั่วคราว ซึ่งเปิดช่องให้ผู้ปฏิบัติการสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามเงื่อนไข และปัจจัยที่เป็นอยู่ในขณะนั้นการปฏิบัติการที่ดีจะต้องดำเนินไปอย่างต่อเนื่องเป็นพลวัตรภายใต้การใช้ดุลยพินิจในการตัดสินใจ

3. การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการ และผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานที่ได้ ลงมือกระทำลงไป รวมทั้งสังเกตการณ์ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยอุปสรรคการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ตลอดจนประเด็นปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่าง ปฏิบัติการตามแผนว่ามีสภาพหรือลักษณะเป็นอย่างไร การสังเกตการณ์ที่ดีจะต้องมีการวางแผนไว้ ก่อนล่วงหน้าอย่างคร่าวๆ โดยจะต้องมีขอบเขตไม่แคบ หรือจำกัดจนเกินไปเพื่อจะได้เป็นแนวทาง สำหรับการสะท้อนกลับกระบวนการและผลการปฏิบัติที่จะเกิดขึ้นตามมา

4. การสะท้อนกลับ (Reflection) เป็นการให้ข้อมูลถึงการกระทำตามที่บันทึกข้อมูลไว้ จากการสังเกตในเชิงวิพากษ์กระบวนการ และผลการปฏิบัติงานตามที่วางแผนไว้ ตลอดจนการ วิเคราะห์เกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรคการพัฒนารวมทั้งประเด็นปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น ว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่การสะท้อนกลับโดยอาศัยกระบวนการกลุ่มในลักษณะ วิพากษ์วิจารณ์หรือประเมินผลการปฏิบัติงานระหว่างบุคคลที่มีส่วนร่วมในการวิจัยจะเป็นวิธีการ ปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานตามแนวทางดั้งเดิมไปเป็นการปฏิบัติงานตามวิธีการใหม่ ซึ่งใช้เป็นข้อมูล พื้นฐานสำหรับการทบทวนและปรับปรุงวางแผนปฏิบัติการในวงจรกระบวนการวิจัยในรอบหรือ เกลียวต่อไป

2.5.6 ขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

กระบวนการวิจัยนี้ เมื่อก้าวในเชิงการนำไปใช้ เพื่อพัฒนาและปรับปรุงการปฏิบัติงาน ในโรงเรียนสามารถอธิบายวิธีการดำเนินการตามวงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการได้ดังนี้

1. การจำแนกหรือพิจารณาปัญหาที่ประสงค์จะศึกษาผู้วิจัยและกลุ่มที่ทำการวิจัย จะต้องศึกษารายละเอียดของปัญหาที่จะศึกษาอย่างชัดเจนปัญหาที่เกิดขึ้นในโรงเรียนที่จะทำการวิจัย เชิงปฏิบัติการจะต้องศึกษาค้นคว้าแสวงหาหลักการและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้นๆ ให้กว้างขวาง พอสมควร

2. เลือกปัญหาสำคัญที่เป็นสาระควรแก่การศึกษาวิจัยโดยอาศัยพื้นฐานจากหลักการ และทฤษฎีมาใช้ในการวิเคราะห์ลักษณะของปัญหาแล้วสร้างวัตถุประสงค์และสมมุติฐานของการวิจัย ในรูปแบบของข้อความที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ของปัญหากับหลักการหรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

3. เลือกเครื่องมือดำเนินการวิจัยที่จะช่วยให้ได้คำตอบของปัญหาตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้โดยเครื่องมือที่จะใช้ในการวิจัยมีอยู่ 2 ลักษณะคือเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองปฏิบัติหรือการฝึกหัด ตามวิธีการและเครื่องมือที่ใช้สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็นผลจากการปฏิบัติการเช่น แบบทดสอบแบบสังเกตพฤติกรรม เป็นต้น

4. บันทึกเหตุการณ์อย่างละเอียดในแต่ละขั้นตอนของการวิจัยทั้งส่วนที่เป็นความก้าวหน้าและที่เป็นอุปสรรคตามวงจรของการปฏิบัติการทั้ง 4 ขั้นตอนโดยจะต้องเก็บสะสมข้อบันทึกต่างๆ ไว้เพื่อใช้ในการปรับปรุงวงจรปฏิบัติในรอบต่อไปและเพื่อเป็นการรวบรวมข้อมูลสำหรับใช้วิเคราะห์หาคำตอบของสมมติฐาน

ขั้นวางแผน (Planning) เริ่มด้วยการสำรวจปัญหาพร้อมกันระหว่างบุคลากรภายในโรงเรียนเพื่อให้ได้ปัญหาที่สำคัญที่ต้องการให้แก้ไขตลอดจนการแยกแยะรายละเอียดของปัญหานั้นเกี่ยวกับลักษณะของปัญหาเกี่ยวข้องกับใครแนวทางแก้ไขอย่างไรและจะต้องปฏิบัติอย่างไร

ขั้นปฏิบัติการ (Action) เป็นการนำแนวคิดที่กำหนดเป็นกิจกรรมในขั้นวางแผนมาดำเนินการโดยวิเคราะห์วิจารณ์ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมกันของทีมงานประกอบไปด้วยเพื่อทำการแก้ไขปรับปรุงแผนขณะนั้นแผนที่กำหนดควรจะมีควมยืดหยุ่น

ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) เป็นการศึกษาความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยความรอบคอบซึ่งอาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งที่คาดหวังและไม่คาดหวังโดยต้องอาศัยเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ เข้าช่วย

ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติการ (Reflection) ซึ่งเป็นขั้นสุดท้ายของวงจรการทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยทำการประเมินหรือตรวจสอบกระบวนการแก้ปัญหาหรือสิ่งที่เป็นข้อจำกัดอันเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติการผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มผู้เกี่ยวข้องจะต้องตรวจสอบปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่มุมต่างๆ ที่สัมพันธ์กับสภาพสังคมสิ่งแวดล้อมและระบบการศึกษาของโรงเรียนที่ประกอบกันอยู่ โดยผ่านการร่วมอภิปรายปัญหาและการประเมินโดยกลุ่มซึ่งจะทำให้ได้แนวทางของการพัฒนาและขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมเพื่อจะได้ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่นำไปสู่การปรับปรุงและวางแผนการปฏิบัติต่อไป

5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ในด้านต่างๆ ของข้อมูลที่ได้รวบรวมไว้ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพทำการตรวจสอบรายละเอียดของข้อมูลเพื่อให้มั่นใจในความถูกต้องแสดงรายละเอียดในการอธิบายเหตุการณ์ต่างๆ จัดหมวดหมู่และแยกประเภทของกลุ่มข้อมูลตามหัวข้อที่เหมาะสมเปรียบเทียบกับข้อแตกต่างและความคล้ายคลึงของข้อมูลแต่ละประเภทโดยการวิเคราะห์อย่างลึกซึ้งร่วมกับกลุ่มผู้วิจัย

6. ตรวจสอบข้อมูลที่กลุ่มวิจัยได้ร่วมกันพิจารณาไว้แล้วอีกครั้งหนึ่งเพื่อสรุปหาคำตอบที่เป็นสาเหตุวิธีการแก้ปัญหาและผลที่ได้รับตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่ได้กำหนดไว้ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดหากผู้วิจัยสามารถทำการประมวลและสรุปเป็นหลักการ (Principle) รูปแบบ (Model) ของการปฏิบัติข้อเสนอเชิงทฤษฎี (Proposition) หรือทฤษฎี (Theory) ของปฏิบัติการแก้ปัญหาต่างๆ ได้ทั้งนี้ต้องอาศัยหลักตรรกวิทยาโดยวิธีอุปนัย (Induction) และความรู้เชิงทฤษฎีของผู้วิจัยเป็นสำคัญ

2.5.7 การเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

หลักการสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ต้องตระหนักอยู่เสมอคือกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องมีความสำคัญต่อกระบวนการดำเนินการวิจัยนั้นคือการวิจัยชนิดนี้ไม่ควรจะทำตามลำพังและควรใช้วงจรของกระบวนการวิจัยซึ่งประกอบด้วยการวางแผนการปฏิบัติการสังเกตและการสะท้อนผลการปฏิบัติเพื่อนำมาปรับปรุงแผนงานแล้วดำเนินกิจกรรมที่ปรับปรุงใหม่ซึ่งวงจรของทั้ง 4 ขั้นตอนดังกล่าวจะมีลักษณะการดำเนินการเป็นบันไดเวียน (Spiral) กระทำซ้ำตามวงจรจนกว่าจะได้ผลปฏิบัติการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพร้อมกับต้องบันทึกผลในทุกๆ ขั้นตอนที่สำคัญนั้นคือ

1. บันทึกผลของการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมและการฝึกปฏิบัติ
2. บันทึกผลของการเปลี่ยนแปลงการใช้ภาษาและการสื่อสารในห้องเรียนหรือหน่วยงานและกับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องการแก้ไข
3. บันทึกผลของการเปลี่ยนแปลงการสัมพันธภาพทางสังคมและการจัดระบบองค์กรที่ช่วยลดอุปสรรคต่อการฝึกปฏิบัติ
4. บันทึกผลของการพัฒนาการที่เป็นข้อค้นพบที่สำคัญของการวิจัย

2.5.8 การวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยเชิงปฏิบัติการจะใช้วิธีการของการวิจัยเชิงคุณภาพหรือการแจกแจงข้อค้นพบที่สำคัญเชิงอธิบายความซึ่งจะนำไปสู่การสรุปเป็นผลงานวิจัยและแสดงให้เห็นแนวทางหรือรูปแบบการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพเพื่อการแก้ไขปัญหาของสิ่งที่ศึกษานั้น

สรุปได้ว่า การทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีหลักการในการทำ โดยเริ่มตั้งแต่การวางแผน นำแผนไปสู่การปฏิบัติ สังเกตและประเมินผล แล้วสุดท้ายสะท้อนผลของการทำวิจัยว่าสำเร็จหรือไม่ อาจต้องทำมากกว่า 1 รอบถึงจะทำให้เกิดองค์ความรู้ใหม่หรือแนวคิดรูปแบบใหม่เกิดขึ้น และต้องอาศัยเทคนิคการมีส่วนร่วม มาผสมผสานในการทำตั้งแต่เริ่มโครงการจนถึงสิ้นสุดโครงการ แล้วสรุปผลออกมาพร้อมหาแนวทางแก้ไขในสิ่งที่ผิดพลาดหรือไม่ประสบผลสำเร็จ และในการทำวิจัยครั้งนี้ได้ใช้ P-A-O-R รวมทั้งหมด 4 ขั้นตอนด้วยกัน คือ วางแผน (Plan) ปฏิบัติ (Action) สังเกต ติดตาม ประเมินผล (Observe) และสะท้อนผลของการดำเนินงาน (Reflection) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนมาใช้ในการศึกษา

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องงานวิจัยในประเทศดังนี้

จิราภรณ์ อุ่นเสียม (2559) ได้ศึกษา การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning

Process) กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 กลุ่มแกนนำหน่วยงานภาครัฐ กลุ่มที่ 2 กลุ่มแกนนำภาคเอกชน และ กลุ่มที่ 3 กลุ่มแกนนำภาคประชาชน โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการประชุมกลุ่ม ผสานวิธีกับการวิจัยเชิงสำรวจ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลสุขภาพ ประกอบการสัมภาษณ์ กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มี 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นตอน 1 การรวบรวมข้อมูลและสถานการณ์ ขั้นตอน 2 การวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุ ขั้นตอน 3 การวางแผนการดำเนินงาน ขั้นตอน 4 การปฏิบัติการ และขั้นตอน 5 การติดตามและประเมินผล มีผลทำให้ภาคีที่เกี่ยวข้องได้รับรู้ข้อมูล และเข้าใจสถานการณ์ปัญหาาระบบ การดูแลผู้สูงอายุอย่างแท้จริง เกิดการเรียนรู้ร่วมกันอย่างเข้าใจ ส่งผลให้ภาคีเครือข่ายทุกระดับ รวมทั้งท้องถิ่น และชุมชน รู้จักตนเองมากยิ่งขึ้น รวมทั้งได้รับรู้ถึงทุนทางสังคมที่มีอยู่ สามารถนำมาช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการวางระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว นำไปสู่การจัดทำแผนระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

สมพงษ์ จันทรโรวาท และคณะ (2558) ได้ศึกษา การเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายบริการสุขภาพในดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อำเภอแกดดำ จังหวัดมหาสารคาม เป็นการวิจัยแบบการผสมผสานระหว่างวิธีการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพกลุ่มเป้าหมายหลักในการศึกษาเป็นภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จำนวน 350 คน ใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูลคือการศึกษาเอกสารการสนทนากลุ่มการสังเกตแบบมีส่วนร่วมโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน ตั้งแต่การศึกษาสภาพปัญหาการวิเคราะห์ปัญหาการวางแผนปฏิบัติการการทดลองปฏิบัติการและการประเมินผลการปฏิบัติการร่วมกันพบว่า ผู้สูงอายุส่วนมากมีระดับความสุขเท่ากับคนทั่วไปคิดเป็นร้อยละ 42 และมีความสุขระดับมากกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 21 เมื่อวิเคราะห์ในรายข้อพบว่ามีความมั่นใจว่าชุมชนที่อยู่อาศัยมีความปลอดภัย ร้อยละ 97 รองลงมาคือยังรู้สึกว่ามีชีวิตมีค่าและมีประโยชน์ร้อยละ 89 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จะต้องใช้การมีส่วนร่วมของประชาชน ตั้งแต่การศึกษาสภาพปัญหา การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนปฏิบัติ การการทดลองปฏิบัติการ และการประเมินผลการปฏิบัติการร่วมกัน

ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์, ยุวดี รอดจากภัย (2557) ได้ศึกษา กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า การจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการวางแผนดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม และกำหนดประเด็นในการส่งเสริมสุขภาพสูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพกาย และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนผู้สูงอายุและประชาชนในชุมชนเข้าใจแนวคิดและกระบวนการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น โดยประยุกต์แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพแนวคิดการสร้างพลังอำนาจ และแนวคิดการทำงานโดยอาศัยภาคีเครือข่าย ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญใน

การส่งเสริมความเข้มแข็งให้ชุมชนพัฒนาศักยภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง และเกิดการปฏิบัติด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม

เยาวลักษณ์ วงษ์ประภารัตน์ (2557) ได้ศึกษา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านสันทรายหลวง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมประกอบด้วย 5 กลวิธี คือ 1) การวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วมเพื่อค้นหาความต้องการของผู้สูงอายุ 2) การรับประทานอาหารสุขภาพ 3) การออกกำลังกายรำไท้จี่ซึ้ง การรำพัด การฟ้อนเจิง 4) การดูแลตนเองด้านจิตใจและสังคมผ่านกิจกรรมด้านสังคมเรียนรู้ประสบการณ์ของผู้สูงอายุ สนทนาธรรม การปฏิบัติธรรม ฝึกสมาธิ และกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ 5) กิจกรรมบูรณาการในการดูแลสุขภาพตนเองของกรมอนามัยฝึกให้เป็นกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การล้างมือและการใช้ช้อนกลาง เสริมด้วยกิจกรรม ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี เป็นรูปแบบที่ง่ายสามารถนำไปใช้ขยายผลได้โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทและต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องรวมทั้งติดตามประเมินผลอย่างครบวงจร ตลอดจนการเชื่อมโยงผู้สูงอายุเข้ากับภาคีอื่น ๆ เช่น เครือข่ายด้านสุขภาพ หน่วยงานภาครัฐ เช่น เทศบาลตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เพื่อให้ชมรมผู้สูงอายุได้เข้าถึงข้อมูลข่าวสารและแหล่งสนับสนุนอื่น ๆ ทั้งงบประมาณ วิทยากร กระบวนการฝึกอบรมด้านความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสมกับวัยอย่างยั่งยืน

วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์และคณะ (2557) ได้ศึกษา การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (Participatory action research) การดำเนินการวิจัยกลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุผู้ดูแลเครือข่ายชุมชนและบุคลากรทีมสุขภาพของศูนย์บริการสาธารณสุขแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครการศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ระยะเวลาคือ ระยะที่ 1 ประชุมกลุ่ม (focus group) ในแต่ละกลุ่มประมาณ 8-10 คน เพื่อหาปัญหาและความต้องการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ระบบสนับสนุนและบริการที่มีอยู่ระยะที่ 2 ประชุมกลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบของระบบบริการการวิเคราะห์ข้อมูลใช้การตรวจสอบในกลุ่มระหว่างกลุ่มจนกระทั่งได้รูปแบบบริการนำไปทดลองกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาใน 3 ชุมชน ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการศึกษาการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น จะต้องมีการใช้ชุมชนเป็นฐาน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขในการประสานงานความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุ ระหว่างครอบครัว ชุมชน และศูนย์บริการสาธารณสุข

บุญมาก ไชยฤทธิ์ (2556) ได้ศึกษา รูปแบบการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชนตำบลโป่งเปือย อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชน ที่เป็นต้นแบบในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ พบว่ารูปแบบการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชน มี 8 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์บริบทและสภาพ

ปัญหา 2) การวัดผลก่อนการพัฒนา 3) การวางแผนโดยกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (AIC) 4) การปฏิบัติตามแผน 5) การสนับสนุนติดตามทั่วไประหว่างดำเนินงาน 6) การนิเทศติดตามแบบเจาะลึก 7) การวัดผลหลังดำเนินการ 8) การจัดเวทีประชุมถอดบทเรียนสะท้อนผลส่งผลให้การแก้ไขปัญหาด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามเกณฑ์มาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบระยะยาวดีขึ้น และภายหลังการดำเนินงานผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการได้มีการประเมินพัฒนาการดำเนินงาน มีการพัฒนาในทางที่ดีขึ้น โดยมีปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญคือ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานในพื้นที่ตั้งแต่เริ่มต้น ในการดำเนินงานในพื้นที่ทุกระดับมีภาวะผู้นำในการตัดสินใจและการประสานงานที่ดี มีจิตอาสา ภายใต้ระบบสนับสนุนที่ดีจากภาคีเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกชุมชน

กงพัฒน์ แกมนิล และพรทิพย์ คำพอ (2556) ได้ศึกษา การพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ บ้านโคกสะอาด หมู่ที่ 4 ตำบลหอค้า อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (เทคนิค A-I-C) พบว่า ด้านความรู้ระดับสูง และการปฏิบัติในระดับตื้นที่น้อยที่สุด คือการมีสุขภาพจิตที่ดีอยู่เสมอ ดังนั้น ผู้นำชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริม และสนับสนุนการจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี เช่น การจัดกิจกรรมวัน ผู้สูงอายุการรดน้ำดำหัวเนื่องในวันสงกรานต์ การปฏิบัติธรรมในวันพระ หรือกิจกรรมรื่นเริงอื่นๆ และการวางแผนแบบมีส่วนร่วมโดยใช้เทคนิค A-I-C ทำให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมีส่วนในการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมใน การพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุซึ่งสามารถนำเทคนิค A-I-C ไปประยุกต์ใช้ให้เกิดการมีส่วนร่วมในเรื่องอื่นๆ ได้

เพ็ญจันทร์ สิทธิปริษาชาญ และคณะ (2555) ได้ศึกษา กระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วม พบว่าเกิดการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุทำให้โครงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนมีความเข้มแข็ง โดยการบริหารจัดการร่วมกันในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยตนเอง ระบบบริการมีการเปลี่ยนแปลงจากเชิงรับเป็นเชิงรุก เน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาการเจ็บป่วยหรือโรค และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังผ่านการทำงานในโครงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีผลให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการรับบริการมากขึ้น

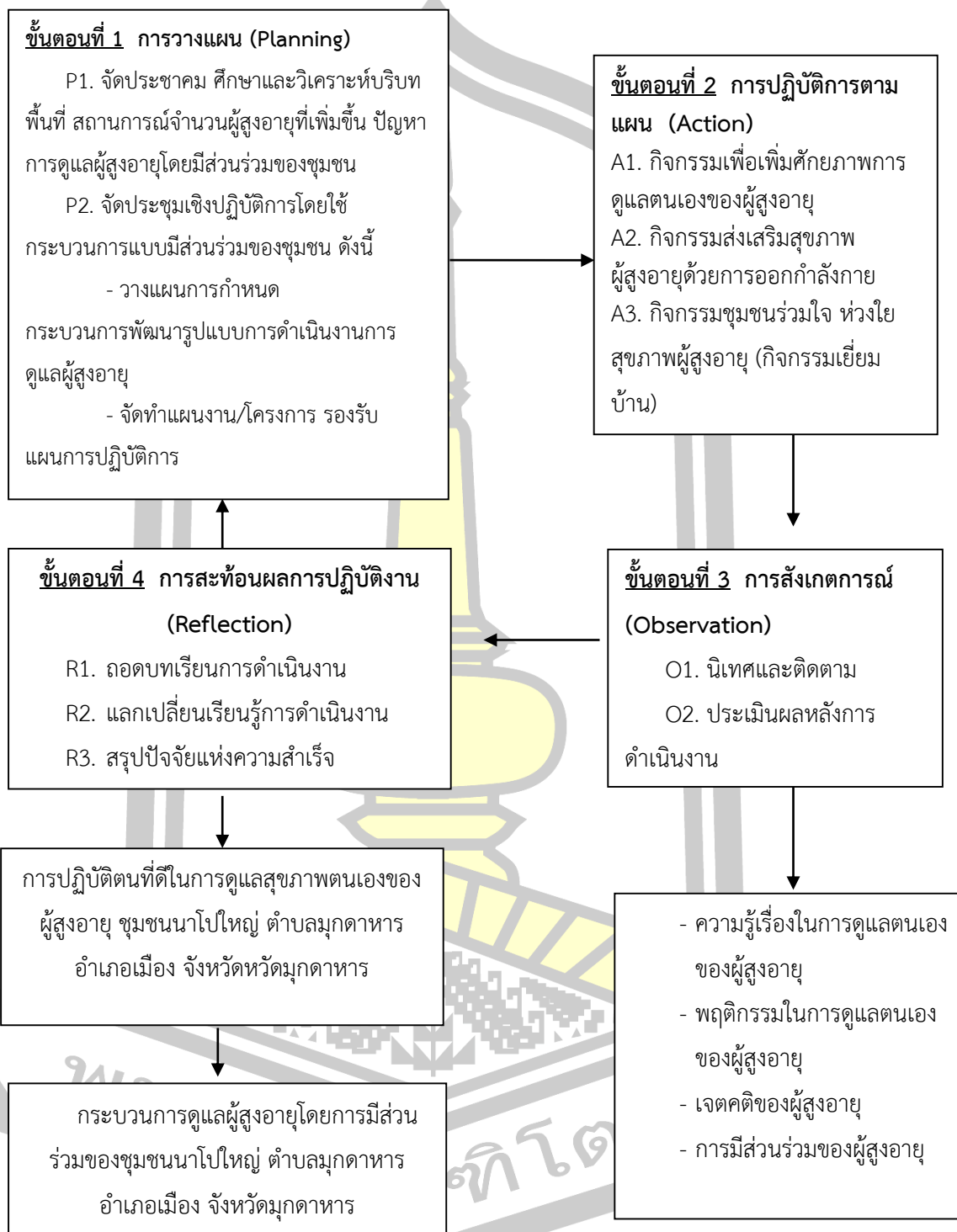
เจริญชัย หมั่นห่อ (2555) ได้ศึกษา การมีส่วนร่วมของชุมชนและการจัดทำแผนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้เทคนิคการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciation Influence Control, AIC) มี 3 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนการสร้างความรู้ ความเข้าใจสภาพปัจจุบันของผู้สูงอายุในชุมชน (Appreciation) 2) ขั้นตอนการ สร้างแนวทางในการพัฒนา (Influence) และ 3) ขั้นตอนการกำหนดแนวทางปฏิบัติ (Control) เป็นการนำโครงการมากำหนดเป็นแผนปฏิบัติการอย่างละเอียด ซึ่งประกอบด้วย โครงการส่งเสริมการออกกำลังกาย, โครงการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ, โครงการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและโครงการเยี่ยม พบว่า สามารถกระตุ้นส่งเสริมให้

ชุมชนและผู้เกี่ยวข้องมีความตระหนัก และให้ความสำคัญรวมทั้ง มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมากขึ้น เกิดกลไกการบริหารชมรมผู้สูงอายุ มีแผนกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของชุมชน มีการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีเครือข่ายในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ มีการเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้สูงขึ้นตลอดจนการปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และบุคคลในครอบครัว ในการดูแลผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจ สุขใจ ซึ่งส่งผลให้ภาวะสุขภาพของผู้อยู่อาศัยดีขึ้นด้วย

สรุปได้ว่า กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนมีขั้นตอน 4 ขั้น คือ การวางแผนงาน การปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ การสังเกตผลการปฏิบัติและถอดบทเรียนสะท้อนผล โดยมีปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญคือ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานในพื้นที่ตั้งแต่เริ่มต้น ในการดำเนินงานในพื้นที่ทุกระดับมีการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการให้การดูแลผู้สูงอายุ มีผู้นำในการตัดสินใจและการประสานงานที่ดี มีจิตอาสา ภายใต้ระบบสนับสนุนที่ดีจากภาคีเครือข่าย มาใช้ในการศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน



2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เพื่อศึกษากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ในลักษณะเป็นวงล้อมเน้นการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน โดยวิเคราะห์บริบทและปัญหาสถานการณ์การพัฒนา แนวทางการพัฒนา โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในทุกกระบวนการ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) และข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Method) ผู้วิจัยได้กำหนดรายละเอียด ขั้นตอนเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย มีรูปแบบการดำเนินการวิจัย ดังนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.4 การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย
- 3.6 ขั้นตอนการดำเนินวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.7 สถิติที่ใช้ในการวิจัย
- 3.8 จริยธรรมในการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อกระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ เคมมิส และแมกทาการ์ด (Kemmis & McTaggart, 1988) มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) เริ่มต้นด้วยการหาปัญหาโดยกระบวนการมีส่วนร่วม และวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผนที่กำหนด (Action) เป็นการกำหนดแนวทางในแผนงานโครงการและมุ่งปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามขั้นตอนที่วางไว้ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน (Observation) โดยคณะกรรมการวิจัยมีการดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนที่วางไว้มีการสังเกตการณ์ควบคู่ไปด้วย พร้อมกับบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยสิ่งที่สังเกตคือ กระบวนการปฏิบัติการ และผลของการปฏิบัติการ

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลจากการปฏิบัติงาน (Reflection)

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากร ในการศึกษา มีผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 124 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 124 คน และภาคีเครือข่าย จำนวน 34 คน คือ อาวาสวัดแจ้งนาโปใหญ่ 1 รูป ประธานชุมชนนาโปใหญ่ 1 คน คณะกรรมการชุมชน 15 คน สมาชิกเทศบาล 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 12 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานกลุ่มวัยผู้สูงอายุ 3 คน รวมจำนวนประชากรทั้งหมด 282 คน

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

3.2.2.1 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 60 คน ดังนี้

- 1) ผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 20 คน
- 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 20 คน
- 3) ภาคีเครือข่าย จำนวน 20 คน คือ เจ้าอาวาสวัดแจ้งนาโปใหญ่ 1 รูป ประธานชุมชน จำนวน 1 คน คณะกรรมการหมู่บ้าน จำนวน 3 คน สมาชิกสภาเทศบาล จำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานกลุ่มวัยผู้สูงอายุจำนวน 3 คน

3.2.2.2 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

- 1) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (Inclusion Criteria)
 - (1) เป็นผู้อยู่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่อยู่ในชุมชนนาโปใหญ่
 - (2) เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้สูงอายุ
 - (3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุเข้าร่วมโครงการตามจำนวนผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการวิจัย
 - (4) เป็นผู้ที่สื่อสาร อ่านออกและเขียนภาษาไทยได้
 - (5) เป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

2) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)

- (1) เป็นผู้พิการทางการได้ยิน ผู้พิการทางการมองเห็นและผู้พิการทางสติปัญญา
- (2) เป็นผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้
- (3) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้ง
- (4) ย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยขณะทำการศึกษาวิจัย
- (5) เสียชีวิตด้วยโรคต่างๆ ในช่วงระยะเวลาดำเนินการวิจัย

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เน้นการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นหลัก ร่วมกับการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมในการศึกษาหาความรู้ ปรึกษาเพื่อขอคำแนะนำจากผู้มีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 5 ชุด ดังต่อไปนี้

3.3.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและความรู้ พฤติกรรมในการดูแลตนเอง เจตคติของผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชุมชน

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ด้านปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ การมีโรคประจำตัว และสถานะในครอบครัวและสังคม จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วย

ด้านการบริโภคอาหาร	จำนวน 3 ข้อ
ด้านการออกกำลังกาย	จำนวน 3 ข้อ
ด้านการดูแลอนามัยส่วนบุคคล	จำนวน 3 ข้อ
ด้านการป้องกันโรค	จำนวน 4 ข้อ
ด้านการดูแลสุขภาพจิต	จำนวน 3 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน

ตอบถูก ได้ 1 คะแนน

ตอบผิด ได้ 0 คะแนน

การแปลความหมายคะแนน โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนอ้างอิงเกณฑ์ตามหลักการของบลูม (Bloom, 1971) คะแนนคิดเป็นร้อยละและแบ่งระดับความรู้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยแบบอิงเกณฑ์ (Bloom, 1971) ดังนี้

ระดับดี คือ	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ	80.0 ขึ้นไป
ระดับพอใช้ คือ	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ	60.0-79.0
ระดับต้องปรับปรุง คือ	ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ	60.0

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำนวน 15 ข้อ

พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร	จำนวน	5 ข้อ
พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย	จำนวน	5 ข้อ
พฤติกรรมด้านการผ่อนคลายความเครียด	จำนวน	5 ข้อ

ลักษณะคำถามเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับ คือ

การปฏิบัติ	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	เท่ากับ 3 คะแนน	เท่ากับ 1 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	เท่ากับ 2 คะแนน	เท่ากับ 2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	เท่ากับ 1 คะแนน	เท่ากับ 3 คะแนน

โดยนำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ แบ่งการมีส่วนร่วมเป็น 3 ระดับ การแบ่งอันตรภาคชั้น โดยนำคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนระดับที่ต้องการแบ่ง (สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553: 100 อ้างอิงจาก Best, 1977: 174; Daniniel, 1995: 19) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{3-1}{3} = 0.66 \end{aligned}$$

การแปลผลคะแนน

การปฏิบัติตัวอยู่ในระดับดี	คะแนนมากกว่า	2.34 – 3.00
การปฏิบัติตัวอยู่ในระดับพอใช้	คะแนนระหว่าง	1.67 – 2.33
การปฏิบัติตัวอยู่ในระดับปรับปรุง	คะแนนน้อยกว่า	1.00 – 1.66

ส่วนที่ 4 เจตคติของผู้สูงอายุ เป็นเครื่องมือวัดเจตคติ ซึ่งเป็นคำถามที่ประยุกต์ขึ้นจากแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคอร์ท (Likert Scale) (นัยนา เดชชะ, 2557) แบ่งเป็น 5 ระดับ จำนวน 25 ข้อ โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

ระดับการเห็นด้วยมากที่สุด	ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.21– 5.00
ระดับการเห็นด้วยมาก	ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.41 – 4.20
ระดับการเห็นด้วยปานกลาง	ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.61 – 3.40
ระดับการเห็นด้วยน้อย	ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.81 – 2.60
ระดับการเห็นด้วยน้อยที่สุด	ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.80

ส่วนที่ 5 การมีส่วนร่วมของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งเป็นคำถามที่ประยุกต์ขึ้นจากแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคอร์ท (Likert Scale) (นัยนา เดชะ, 2557) แบ่งเป็น 5 ระดับ จำนวน 25 ข้อ โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

ระดับการมีส่วนร่วมมากที่สุด	ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.21 – 5.00
ระดับการมีส่วนร่วมมาก	ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.41 – 4.20
ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง	ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.61 – 3.40
ระดับการมีส่วนร่วมน้อย	ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.81 – 2.60
ระดับการมีส่วนร่วมน้อยที่สุด	ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.80

3.3.2 แบบสังเกตกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุและภาคีเครือข่าย 4 ระยะ จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย

- 1) ระยะการศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ก่อนการพัฒนา จำนวน 4 ข้อ
- 2) ระยะวางแผน จำนวน 5 ข้อ
- 3) ระยะดำเนินงานตามแผน จำนวน 2 ข้อ
- 4) ระยะติดตาม ประเมินผล จำนวน 4 ข้อ

ลักษณะเป็นการให้คะแนนระดับการมีส่วนร่วมหรือความเหมาะสมในการปฏิบัติแบบมาตรส่วนประเมินค่า มีระดับการวัด 3 ระดับคือ มาก ปานกลาง น้อย หรือควรปรับปรุง มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

$$\text{การแปลผล ช่วงกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด}-\text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

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

ระดับการมีส่วนร่วมมาก	คะแนนเฉลี่ยช่วง 2.34 - 3.00
ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง	คะแนนเฉลี่ยช่วง 1.67 - 2.33
ระดับการมีส่วนร่วมน้อย	คะแนนเฉลี่ยช่วง 1.00 - 1.66

3.3.3 แบบบันทึกกิจกรรมการประชุมกลุ่มโดยการมีส่วนร่วม ใช้เพื่อบันทึกกิจกรรมการประชุม ประกอบด้วย การบันทึกผู้เข้าร่วมกิจกรรม ผู้ดำเนินกิจกรรม ผู้บันทึกกิจกรรม ปัญหาที่พบจากการสนทนาแบบมีส่วนร่วม ปัญหาที่เลือก และแผนงาน/โครงการที่เกิดขึ้นจากการประชุม

3.3.4 แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เจตคติของผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

3.3.5 แนวทางสรุปการถอดบทเรียน เป็นการกำหนดหัวข้อของสิ่งที่ต้องการในการถอดบทเรียน ประกอบด้วย ความเป็นมาของกิจกรรม วัตถุประสงค์ เปรียบเทียบการปฏิบัติตาม สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการปฏิบัติในครั้งนี้ ข้อเสนอแนะ ข้อค้นพบใหม่

3.4 การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนขนาดใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร มีขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ ดังนี้

ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบและให้คำแนะนำ นำเครื่องมือที่ผ่านการแก้ไข ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) พิจารณาความถูกต้อง ความตรงเชิงเนื้อหา ภาษาและความชัดเจนของภาษา พิจารณาเป็นรายชื่อและตรวจสอบความถูกต้องระหว่างเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน มีรายชื่อดังต่อไปนี้

1. ดร.จุฑามาศ เบ้าคำกอง อาจารย์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
2. นางเจียรไน กิตติพิศุณณากร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
3. นางสาววันทนีย์ ธารณธนบุลย์ นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
4. นายวศินภัทร์ ปิยะพงศ์สกุล อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม
มหาวิทยาลัยนครพนม
5. นายอนันตศักดิ์ พันธุ์ตุ้ม อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม
มหาวิทยาลัยนครพนม

3.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

3.5.1 ด้านความตรง (Validity)

โดยนำเครื่องมือเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ ประสบการณ์ในการทำวิจัยตรวจสอบ จำนวน 3 ท่าน โดยพิจารณาจากค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม คำตอบ กับเนื้อหาตาม ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ IOC (Index of congruence) แบบทดสอบจึงมีความสอดคล้องระหว่าง ข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ เหมาะสม ให้ 1 คะแนน ไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน ไม่เหมาะสม ให้ -1 คะแนน นำมาคำนวณโดยใช้สูตร

$$IOC = \frac{\sum R}{n}$$

เมื่อ R = ผลทดสอบคะแนนของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

n = จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

โดยค่า IOC ได้มากกว่า 0.50 ถือว่ามีความเที่ยงตรง

3.5.2 การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

นำเครื่องมือที่แก้ไขถูกต้องตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ทำการทดสอบคุณภาพของ เครื่องมือ (Try out) โดยนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ในตัวอย่างผู้สูงอายุชุมชนนาโปน้อย ตำบล มุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในการ ทดสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ เพื่อนำมาวิเคราะห์และคัดเลือกข้อคำถามที่เหมาะสมใน การวิจัยในครั้งนี้

3.6 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยกำหนดขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

3.6.1 ระยะเตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย

3.6.1.1 ศึกษาค้นคว้า ความรู้จากเอกสาร ตำรา แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องใน การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

3.6.1.2 ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อวางแผนการดำเนินการศึกษา

3.6.1.3 ประสานงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร เทศบาลเมืองมุกดาหาร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมุกดาหาร ประธานชุมชน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตัวแทนพระภิกษุสงฆ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยรวมทั้งขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลวิจัย

3.6.1.4 เตรียมทีมผู้ช่วยเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่โรงพยาบาลมุกดาหาร ร่วมดำเนินการจัดการกิจกรรมการทดลองจำนวน 3 คน โดยผู้ศึกษาวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนและกระบวนการที่ใช้ในการจัดกิจกรรมตลอดจนขั้นตอนการดำเนินการโดยร่วมเป็นวิทยากรประจำกลุ่มจัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ตลอดระยะเวลาในการจัดอบรม

3.6.1.5 ศึกษาสภาพการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตามบทบาทหน้าที่สำรวจ วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพและปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชุมชนนาโปใหญ่ จากแบบบันทึกสุขภาพครอบครัว (Family Folder) เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิเคราะห์ชุมชนและเป็นแนวทางในการตั้งประเด็นคำถาม สร้างกรอบแนวคิด ประเด็นคำถามแบบบันทึกการสังเกตและการวิเคราะห์สภาพการณ์ของชุมชน

3.6.1.7 สรุปและวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอข้อมูลสภาพการณ์ของผู้สูงอายุแก่ผู้ร่วมวิจัย จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กระบวนการสนทนาแบบมีส่วนร่วม

3.6.2 ระยะเวลาดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

3.6.2.1 ระยะเวลาที่1 การวางแผน (Plan)

จัดประชุมเชิงปฏิบัติการภาคีเครือข่ายโดยกระบวนการการมีส่วนร่วม โดยจัดการประชุมและปฏิบัติตามกระบวนการ AIC ใช้ระยะเวลา 2 วัน กลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน และภาคีเครือข่าย จำนวน 20 คน

1. ขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation) คือ ขั้นตอนการเรียนรู้ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เปิดโอกาสให้ผู้ประชุมทุกคนแสดงความคิดเห็นและรับฟัง การยอมรับความคิดเห็นและความรู้สึกของสมาชิก (วันที่ 1 ของการประชุม)

A-0 ความเป็นมาจากอดีตเพื่อให้เข้าใจสภาพปัญหาปัจจุบัน การทบทวนสถานการณ์ที่ผ่านมาจะช่วยให้สมาชิกมองเห็นภาพการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุปัจจุบันและอนาคตชัดเจนขึ้น ซึ่งกิจกรรมนี้ถือเป็นกิจกรรมเริ่มต้นก่อนเข้าสู่กระบวนการ A-1

A-1.1 สภาพการณ์ปัจจุบัน (60 นาที)

1. สมาชิกแบ่งกลุ่มเป็น 4 กลุ่ม แต่ละกลุ่มช่วยกันเขียนข้อความลงบนกระดาษของตนเอง จากมุมมองของตนเองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

2. สมาชิกแต่ละคนอธิบายข้อความของตนเพิ่มเติม สมาชิกคนอื่นตั้งใจฟัง สอบถาม เปิดโอกาสให้รับฟังรับรู้ จดจำ ข้อมูลอย่างเต็มที่ วิทยากรกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ภายในกลุ่ม

3. ทุกคนนำข้อความของตนเองมารวมบนกระดาษใหญ่และช่วยกันสรุปเป็นข้อคิดเห็นโดยรวมของกลุ่ม เป็นการสร้างการมีส่วนร่วม วิทยากรกระตุ้นให้ทุกคนร่วมกันเขียนความคิดเห็น รับฟังและสรุปร่วมกันอย่างสร้างสรรค์เป็นประชาธิปไตย

A-1.2 นำเสนอความเข้าใจสภาพปัจจุบัน (30 นาที)

1. ตัวแทนกลุ่มนำเสนอ อภิปรายความหมายภาพรวมของกลุ่ม ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สมาชิกกลุ่มอื่นซักถามหรือให้ข้อมูลเพิ่มเติม

A-2.1 เป้าหมายอนาคตที่ปรารถนา (60 นาที)

1. สมาชิกทุกคนในกลุ่มเขียนข้อความถึงภาพชุมชน สภาพที่ตนเองอยากเห็นในอนาคตเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในอนาคต

2. สมาชิกทุกคนนำเสนอภาพอนาคตของตน วิทยากรกระตุ้นให้สมาชิกคิดและพูด เพื่ออธิบายสิ่งที่ตนเองวาด เปิดโอกาสให้สมาชิกคนอื่นซักถาม พูดคุย แลกเปลี่ยน กระตุ้นให้คนที่ไม่ค่อยพูดมีโอกาสได้นำเสนอ

3. รวมภาพแต่ละคนเป็นภาพรวมของกลุ่มและตัวแทนกลุ่มนำเสนอ ภาพรวมของแต่ละกลุ่ม แต่ละกลุ่มตัวแทนนำเสนอแบบหมุนเวียนกัน สมาชิกร่วมรับฟัง สอบถาม วิทยากรกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

A-2.2 วิสัยทัศน์รวม

1. นำภาพของทุกกลุ่มมาให้พิจารณาเลือกภาพใดภาพหนึ่งเพื่อต่อเติม เป็นภาพของตัวแทนในอนาคตในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ คัดเลือกอาสาสมัครช่วยกันเพิ่มเติม สมาชิกชวนบอกความต้องการเพิ่มเติม เพื่อให้สมาชิกทุกคนสร้างทิศทางสู่อนาคตร่วมกัน รู้สึกเป็นเจ้าของความคิดร่วมกัน วิทยากรกระตุ้นให้แต่ละคนคิดในใจว่าถ้าจะให้จริงตามภาพจะอย่างไรบ้าง

2. ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence) คือ ขั้นตอนการหาวิธีการ และเสนอทางเลือกในการพัฒนาที่ได้ช่วยกันกำหนดวิสัยทัศน์ สมาชิกช่วยกันหามาตรการ วิธีการ และค้นหาเหตุผลเพื่อกำหนดทางเลือกในการพัฒนา กำหนดการใช้ประสบการณ์ความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์ของแต่ละคนที่มีอยู่มาช่วยกันกำหนดยุทธศาสตร์ เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์หรืออุดมการณ์ร่วมกัน (วันที่ 2 ของการประชุม)

I-1 แนวทางการพัฒนาสู่วิสัยทัศน์ร่วม (90 นาที)

1. วิทยากรทบทวนวิสัยทัศน์ร่วมและให้โอกาสสมาชิกปรับปรุงเพิ่มเติมให้สมบูรณ์ กระตุ้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นและยอมรับฟังความคิดเห็นผู้อื่น
2. สมาชิกแต่ละคนในกลุ่มย่อยเขียนแนวทางกิจกรรม ลักษณะโครงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและนำเสนอแนวทาง และรวมเป็นของกลุ่ม ตัวแทนกลุ่มนำเสนอเป็นภาพรวม

I-2 วิเคราะห์ จำแนกและจัดลำดับเพื่อพัฒนาสู่วิสัยทัศน์ร่วม

1. พิจารณาแนวทาง กิจกรรมแต่ละข้อ โดยจัดลำดับความสำคัญที่เห็นว่าสำคัญและคำนึงถึงความสำเร็จในการปฏิบัติ
 2. ตัวแทนกลุ่มคัดเลือกกิจกรรมไว้เป็นประเภท
 3. พิจารณาเลือกโครงการที่สำคัญ 3 โครงการ
3. การสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control) คือ การยอมรับและทำงานร่วมกันโดยนำเอาโครงการหรือกิจกรรมต่างๆ มาสู่การปฏิบัติและจัดกลุ่มดำเนินการ ในแผนปฏิบัติการโดยละเอียด

- 1) กิจกรรมที่สามารถทำได้เองสมาชิกตัดสินใจเลือกที่จำทำโดยลงชื่อในกระดาษของแต่ละกิจกรรม
- 2) กิจกรรมที่ต้องทำร่วมกับหน่วยงานอื่น ร่วมกันเสนอและมอบหมายให้บุคคลดำเนินการประสานติดตาม

C-2.1 ทำแผนปฏิบัติการ

1. จัดทำแผนปฏิบัติการที่ทำได้เอง โดยนำแนวทาง กิจกรรมต่างๆ
- จำแนกไว้

- (1) ชื่อโครงการ/กิจกรรม
- (2) วัตถุประสงค์
- (3) เป้าหมาย
- (4) วิธีดำเนินการ
- (5) กำหนดเวลา
- (6) ค่าใช้จ่ายและแหล่งเงิน
- (7) ผู้รับผิดชอบ

พูน บุญเกิด โชเว

C-2.2 เสนอแผนปฏิบัติการเสนอ

1. นำเสนอรายละเอียดของกิจกรรม
2. เสนอแผนต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อประสานขอรับการ

สนับสนุนหรือส่งเสริมและเข้าร่วมกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

3.6.2.2 ระยะที่2 การปฏิบัติตามแผนที่กำหนด (Action)

ดำเนินโครงการ/กิจกรรมที่ได้จากการมีส่วนร่วม ในการออกแบบกิจกรรมการดูแลสุขภาพโดยใช้พื้นที่เป็นตัวตั้ง

3.6.2.3 ระยะที่3 การสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน (Observation)

การประเมิน ติดตาม สนับสนุนการดำเนินงานตามกระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ประเมินผลลัพธ์ด้านความรู้ พฤติกรรม เจตคติ และการมีส่วนร่วม ภายหลังการปฏิบัติการวิจัย

3.6.2.4 ระยะที่4 การสะท้อนผลหลังจากการปฏิบัติงาน (Reflection)

จัดประชุมภาคีเครือข่ายเพื่อสรุปและถอดบทเรียนเพื่อประมวลผลการดำเนินงานที่ได้จากการดำเนินโครงการวิจัยเพื่อปรับแผนหรือกระบวนการทำงานให้สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการ วัตถุประสงค์ และการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนผลในกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุหลังการพัฒนา และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสรุปและคืนข้อมูลปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ และปัจจัยแห่งความสำเร็จ

3.6.3 หลังดำเนินการวิจัย (Evaluation phase) ใช้เวลาดำเนินการ 2 สัปดาห์

3.6.3.1 เปรียบเทียบกระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

3.6.3.2 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

3.6.4 ขั้นตอนดำเนินการเก็บข้อมูล

3.6.4.1 การเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จากแบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกการสังเกต และแบบบันทึกกิจกรรมการมีส่วนร่วม

3.6.4.2 ตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูล

3.7 สถิติที่ใช้ในการวิจัย

3.7.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

3.7.1.1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วย ข้อมูลการเจ็บป่วยปัจจุบัน เป็นต้น ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยนำเสนอในรูปตารางแจกแจงความถี่ บรรยายด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด

3.7.1.2 ข้อมูลด้านความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) โดยนำเสนอสรุปตารางแจกแจงความถี่ บรรยายด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด

3.7.1.3 ข้อมูลระดับการมีส่วนร่วม โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) บรรยายด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย

3.7.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

เป็นข้อมูลที่ได้จากการดำเนินงานในแต่ละวัน ได้แก่ การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์แบบเชิงลึก และการสังเกต หลังจากตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลแล้ว จึงนำมาแยกออกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา จากนั้นทำการตีความความจากข้อมูลที่ได้ตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งทั้งหมดนั้นเป็นการวิเคราะห์ เนื้อหาของข้อมูล (Content analysis) ที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล โดยวิเคราะห์และแปลผลร่วมกับข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในประเด็นที่ศึกษา

3.8 จริยธรรมในการวิจัย

กระบวนการวิจัยในครั้งนี้มีส่วนเกี่ยวข้องกับบุคคล ซึ่งอาจมีผลสืบเนื่องกับจริยธรรม ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการขออนุมัติความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว โดยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่การรับรอง PH 003/2561 วันที่รับรอง 16 มกราคม 2561 วันหมดอายุ 15 มกราคม 2562 ซึ่งมีแนวทางในการปฏิบัติดังนี้

3.8.1 เคารพในสิทธิของอาสาสมัครและยินยอมให้ข้อมูลที่เป็นจริงอย่างถูกต้องครบถ้วน อาสาสมัครสามารถแสดงความคิดเห็นหรือตัดสินใจได้อย่างอิสระ โดยปราศจากการข่มขู่ บังคับ หรือเรียกร้อยจากผู้วิจัย

3.8.2 เคารพในการเก็บรักษาความลับข้อมูลของอาสาสมัคร โดยการเก็บรวบรวมข้อมูล จะไม่มีการนำเสนอหรือเผยแพร่โดยระบุตัวบุคคล แต่จะนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมและได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ตามจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

3.8.3 ผู้วิจัยต้องมีความซื่อสัตย์ ดำเนินการตามขั้นตอนและระเบียบวิธีวิจัยที่ได้แสดงไว้ และจะนำเสนอข้อมูลที่ได้จากความเป็นจริง

3.8.4 ไม่กระทำการใดๆ ที่ก่อให้เกิดความเสียหายและผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้เข้าร่วมวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ เพื่อศึกษากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน นานาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร โดยมีกระบวนการวิจัยตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1988) มาเป็นกรอบดำเนินการ ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action) การสังเกตผลการดำเนินงาน (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ดำเนินการพัฒนาใน 1 วนรอบ เน้นการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน โดยการวิเคราะห์ บริบทและปัญหา สถานการณ์การพัฒนา แนวทางการพัฒนา โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทุก ภาคส่วนในทุกกระบวนการ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) และ เชิงปริมาณ (Quantitative Data) ผลการวิจัยที่ได้ในครั้งนี้นำเสนอในประเด็นดังต่อไปนี้

4.1 บริบทและสภาพปัญหาผู้สูงอายุ ชุมชนนานาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมืองจังหวัด มุกดาหาร

4.2 กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ชุมชนนานาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร

4.3 ผลการดำเนินงานตามกระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชนนานาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร

4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในตามกระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วม ของชุมชนนานาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร

4.1 บริบทและสภาพปัญหาผู้สูงอายุ ชุมชนนานาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัด มุกดาหาร

ผู้วิจัยได้ศึกษาและวิเคราะห์บริบทของชุมชนนานาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร เพื่อนำไปสู่กระบวนการในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ใน 3 ประเด็น ดังนี้

4.1.1 บริบททั่วไปของชุมชนนานาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร

4.1.2 สถานการณ์ผู้สูงอายุชุมชนนานาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัด มุกดาหาร

4.1.3 การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร

4.1.1 บริบททั่วไป

ชุมชนนาโปใหญ่ ตั้งอยู่ในเขตเทศบาลเมืองมุกดาหาร ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร มีพื้นที่ประมาณ 1,000 ไร่ ลักษณะทั่วไปเป็นพื้นที่ราบ มีลักษณะเป็นดินร่วนถึงดินปนทรายมีการระบายน้ำค่อนข้างดี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ทางการเกษตร บ้านเรือนตั้งอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม ด้านทิศตะวันออกมีแม่น้ำโขงทอดยาวกั้นพรมแดนระหว่างประเทศไทยกับ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

อาณาเขตชุมชน

ทิศเหนือ	จรด	บ้านคำฝักนอก
ทิศใต้	จรด	ชุมชนนาโปกลาง
ทิศตะวันออก	จรด	แม่น้ำโขง
ทิศตะวันตก	จรด	ชุมชนโคกสุวรรณ

ด้านประชากรชุมชนนาโปใหญ่ มีจำนวนครัวเรือนทั้งหมด 200 ครัวเรือน จำนวนประชากร 1,007คน มีผู้สูงอายุทั้งสิ้น 124 คน ผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 123 คน และผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน 1 คน

ด้านสาธารณสุข มีสถานบริการสาธารณสุข 1 แห่ง คือ ศูนย์สุขภาพและแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลมุกดาหาร

4.1.2 สถานการณ์ผู้สูงอายุชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร

ผู้วิจัยได้ร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น เพื่อพร้อมดูแลผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นในอนาคต โดยการจัดเวทีประชาคมในชุมชน ผู้วิจัยได้ทบทวนสถานการณ์ของผู้สูงอายุในชุมชน ในด้านบริบทพื้นที่และสิ่งแวดล้อม ด้านพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ซึ่งมีสาระสำคัญดังนี้

ด้านบริบทและสิ่งแวดล้อม พบว่าในพื้นที่ชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร เริ่มเป็นสังคมเมืองส่วนใหญ่ใช้ชีวิตแบบครอบครัวเดี่ยว ผู้สูงอายุบางคนยังคงทำงานหารายได้เลี้ยงชีพเอง ลูกหลานและญาติไม่มีเวลาดูแล เพราะมุ่งหารายได้เลี้ยงชีพเพื่อความอยู่รอดในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุบางคนอยู่บ้านคนเดียวเวลาลูกหลานไปทำงานนอกบ้าน ส่งผลให้ความสนิทสนมลดน้อยลง

ด้านพฤติกรรมในการดูแลตนเอง พบว่า ผู้สูงอายุยังมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การเลือกรสชาติอาหาร ไม่ได้คำนึงถึงเมนูเพื่อสุขภาพ ซึ่งมองว่ารับประทานอาหารที่รสชาติดีรสจัด หวานมัน เค็มนิดๆ อร่อยทำให้เจริญอาหารมากขึ้น และบางคนที่มีโรคประจำตัวคือเบาหวานและความดันโลหิตสูง รู้สึกเบื่อที่จะควบคุมอาหาร เพราะเชื่อว่ากินยังไงก็ไม่ได้ทำให้โรคที่เป็นหายไป และ

ลูกหลานญาติไม่มีเวลาทำให้อาหารให้บางคนซื้ออาหารสำเร็จรูป และพฤติกรรมออกกำลังกาย ผู้สูงอายุออกกำลังกายน้อยกว่า 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ และไม่เคยกออกกำลังกายเลย บางคนกลัวการหกล้มหากออกกำลังกายผิดวิธี บางคนมีอาการปวดเข่าทำให้ไม่กล้าออกกำลังกาย และไม่สนุกสนานหากออกกำลังกายคนเดียว ผู้สูงอายุยังขาดความรู้ในเรื่องของการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง จึงเลือกที่จะปฏิบัติตนตามความเคยชิน ความเชื่อเหล่านี้จึงควรได้รับความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อจะได้มาปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุชุมชนนาโปใหญ่ ประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และผู้สูงอายุมีความเสื่อมด้านร่างกาย หากเกิดการเจ็บป่วยมักมีปัญหาสุขภาพหลายๆ ด้านพร้อมกัน ผู้สูงอายุจึงต้องอาศัยการดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดการติดบ้านติดเตียงของผู้สูงอายุ จากการสัมภาษณ์ ผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่าย มีมุมมองความคิดเห็นต่อผู้สูงอายุ ดังนี้

ตาราง 1 การสัมภาษณ์มุมมองความคิดเห็นต่อผู้สูงอายุในชุมชนนาโปใหญ่

มุมมองต่อผู้สูงอายุ	ความคิดเห็น
ผู้สูงอายุมองตนเอง	ไร้คุณค่าและรอรับการช่วยเหลืออย่างเดียว
ครอบครัวมองผู้สูงอายุ	ต้องดูแลและเป็นภาระ
ชุมชนมองผู้สูงอายุ	ต้องให้ลูกหลานดูแลอยู่ในบ้าน และเป็นคนวัยใกล้ถึงวัด
ภาคีเครือข่าย	ให้เงินสงเคราะห์ และรอรับรักษาหากเจ็บป่วย

4.1.3 การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร

จากการสัมภาษณ์ภาคีเครือข่ายในชุมชน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า

ด้านโรงพยาบาลมุกดาหาร เน้นการปฏิบัติเพื่อตอบเกณฑ์ตัวชี้วัด การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ไม่ทั่วถึง เยี่ยมบ้านเฉพาะรายติดเตียง ติดบ้าน คิดปัญหา/เขียนโครงการเกี่ยวกับผู้สูงอายุเอง

ด้านชุมชน ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ยังไม่มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมร่วมกัน ร่วมกิจกรรม/โครงการตามที่โรงพยาบาลมุกดาหารจัดขึ้น

ด้านภาคีเครือข่ายชุมชน ร่วมกิจกรรมตามโรงพยาบาลมุกดาหารจัดขึ้น ไม่มีส่วนร่วมในการคิดวิเคราะห์ปัญหา ร่วมหาแนวทาง ดำเนินกิจกรรม/โครงการแก้ไขปัญหา และในส่วนของ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการสนับสนุนงบประมาณแต่ไม่เพียงพอในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

4.2 กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนนำไปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร มีรายละเอียดดังนี้

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามกรอบแนวคิดการวิจัยในการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนนำไปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ขั้นตอนการวางแผนการดำเนินงาน เพื่อกำหนดกรอบระยะเวลาในการดำเนินงานพัฒนารูปแบบในการดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วยกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 60 คน ซึ่งการระบุกิจกรรม ขั้นตอน ระยะเวลา โดยการมีส่วนร่วมของผู้ร่วมวิจัย ดังนี้

ขั้นตอนการวางแผน (Planning)

1. ผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดเวทีประชาคม เพื่อศึกษาและวิเคราะห์บริบทพื้นที่สถานการณ์ของผู้สูงอายุ และดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกับกลุ่มเป้าหมายได้รับทราบกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 60 คน ได้แก่

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ	จำนวน	3 คน
สมาชิกเทศบาล	จำนวน	2 คน
ประธานชุมชน	จำนวน	1 คน
คณะกรรมการชุมชน	จำนวน	3 คน
ตัวแทนพระภิกษุสงฆ์	จำนวน	1 รูป
อาสาสมัครสาธารณสุข	จำนวน	12 คน
ผู้สูงอายุในชุมชน	จำนวน	20 คน
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	จำนวน	20 คน

2. ประชุมเชิงปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมร่วมตามกระบวนการ AIC ได้ผลการศึกษาดังนี้

สรุปปัญหาที่พบจากการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่

- (1) ผู้สูงอายุขาดความรู้เรื่องการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง
- (2) ผู้สูงอายุขาดการเข้าถึงบริการสุขภาพ ไม่ตรวจคัดกรองสุขภาพประจำปี
- (3) ผู้สูงอายุขาดการออกกำลังกายต่อเนื่อง เหมาะสม
- (4) ผู้สูงอายุรับประทานอาหารตามลูกหลานจัดให้และซื้ออาหารสำเร็จรูป

- (5) ไม่มีกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง
- (6) ผู้ดูแลผู้สูงอายุขาดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกต้อง
- (7) ผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่มีเวลาดูแลผู้สูงอายุ
- (8) ความต้องการระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแลไม่ตรงกัน
- (9) การติดตามเชิงรุกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ทั่วถึง ไม่ต่อเนื่อง
- (10) ไม่มีการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุหรือการจัดตั้งกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อทำ

กิจกรรมร่วมกันในชุมชน

สรุปปัญหาที่เลือกมาจากการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่

- (1) ผู้สูงอายุขาดความรู้เรื่องการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง
- (2) ผู้สูงอายุขาดการออกกำลังกายต่อเนื่อง เหมาะสม
- (3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุขาดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกต้อง
- (4) ไม่มีกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมร่วมกัน
- (5) การติดตามเชิงรุกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ทั่วถึง ไม่ต่อเนื่อง

สรุปแนวทางกิจกรรมจากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้แก่

- (1) กิจกรรมให้ความรู้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ
- (2) กิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย
- (3) กิจกรรมเยี่ยมบ้าน

3. การจัดทำแผนงาน (Action Plan)

จากการประชุมกลุ่มเป้าหมายเพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการ ในกลุ่มเป้าหมายจำนวนทั้งสิ้น 60 คน ซึ่งกระบวนการนี้มีความเหมาะสมสำหรับการสร้างความเห็นร่วมกันจนนำไปสู่ความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติร่วมกัน เพื่อจัดทำแผน สร้างแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่ดีขึ้นในอนาคต และได้แผนงานในการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จากการบันทึกในแบบสังเกตและแบบสัมภาษณ์ สามารถนำผลที่ได้มาสรุป พบว่าผู้เข้าร่วมประชุมได้ฝึกปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันทำทุกขั้นตอนในการจัดทำแผนปฏิบัติการ เพื่อให้มีแนวทางในการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพและเข้าถึงประชาชนจึงได้มีแผนงาน/โครงการ ดังนี้ 1) โครงการอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 2) โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการออกกำลังกาย 3) โครงการชุมชนร่วมใจ ห่วงใยสุขภาพผู้สูงอายุ

ขั้นตอนการปฏิบัติตามแผน (Action)

จากการประชุมทำแผนปฏิบัติการในการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน นาโบใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร โดยมีมติและความเห็นพ้องร่วมกันของผู้เข้าร่วมจัดทำแผน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้สูงอายุ อาศัยความเป็นไปได้สู่ความสำเร็จของโครงการ สามารถดำเนินการได้โดยการขับเคลื่อนของภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้โครงการทั้งหมด 3

โครงการ 3 กิจกรรม หลังจากนั้นได้นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาสู่การปฏิบัติในชุมชน แล้วทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์สิ่งที่ได้จากการปฏิบัติ ดังนี้

1. โครงการอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน และภาคีเครือข่ายในชุมชน จำนวน 20 คน วันที่ 21 มกราคม พ.ศ. 2561 โดยวิทยากรจากโรงพยาบาลมุกดาหาร มีรายละเอียดกิจกรรมและผลการดำเนินงานดังนี้

กิจกรรมส่งเสริมความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองแก่ผู้สูงอายุ ทั้งทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติ ในหัวข้อ อาหารสำหรับผู้สูงอายุ การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ การดูแลอนามัยส่วนบุคคลในผู้สูงอายุ ด้านการป้องกันโรคในผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยผ่านสื่อกระดาษไวท์บอร์ด สาธิตบุคคล เก็บข้อมูลโดยแบบสังเกตการณ์มีส่วนร่วม แบบทดสอบในผู้สูงอายุก่อนและหลังดำเนินโครงการ

2. โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการออกกำลังกาย กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน และภาคีเครือข่ายในชุมชน จำนวน 20 คน โดยวิทยากรจากโรงพยาบาลมุกดาหารและกลุ่มรักสุขภาพชุมชนนาโปใหญ่ มีรายละเอียดกิจกรรมและผลการดำเนินงานดังนี้

1) ส่งเสริมความรู้ในเรื่อง การออกกำลังกายที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ โดยวิทยากรจากโรงพยาบาลมุกดาหารและกลุ่มรักสุขภาพชุมชนนาโปใหญ่ ทบทวนความรู้ในการออกกำลังกายและสอนการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ เดินบดสลบ รำวงย้อนยุค

2) สาธิตและแบ่งกลุ่มฝึกการเดินบดสลบ รำวงย้อนยุค ตามความถนัดของผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยมีวิทยากรเป็นที่เลี้ยงทุกกลุ่ม

3) ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และภาคีเครือข่ายร่วมกิจกรรมออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 วัน (จันทร์ พุธ ศุกร์) จัดกิจกรรมบริเวณศาลาประชาคมชุมชนนาโปใหญ่ โดยมีภาคีเครือข่ายเป็นแกนนำและจูงใจให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรม

3. โครงการชุมชนร่วมใจห่วงใยสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นโครงการที่ต้องขับเคลื่อนร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน ส่งเสริมการเยี่ยมบ้าน การป้องกันโรคในผู้สูงอายุ เกิดเพื่อนคู่ใจใส่ใจสุขภาพ กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน และภาคีเครือข่ายในชุมชน จำนวน 20 คน มีรายละเอียดกิจกรรมและผลการดำเนินงานดังนี้

1) ติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโดย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน ผู้สูงอายุได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนการสังเกตการณ์ (Observation)

ผู้วิจัยสังเกตอย่างมีส่วนร่วมในกิจกรรม ติดตาม สนับสนุนการดำเนินงาน กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการดำเนินการ ตามกระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร พบว่าภาคีเครือข่ายและผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมให้บรรลุตามแผนที่วางไว้ มีการดำเนินงานและติดตามประเมินอย่างต่อเนื่อง

โครงการอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า มีผู้เข้าร่วมอบรม ครบตามจำนวนที่กำหนด มีความตั้งใจและกระตือรือร้นในการเข้าร่วมอบรมและชุมชน ภาคีเครือข่าย พร้อมที่จะดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเข้มแข็ง สังเกตได้จากการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากวิทยากร รวมทั้งมีการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในการดำเนินงาน ซึ่งผู้ที่เข้าร่วมการอบรมมีความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในแต่ละด้าน รัฐบาลทหน้าที่และร่วมมือการมากขึ้น

โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการออกกำลังกาย พบว่า ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และภาคีเครือข่าย เข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายตามที่กำหนด สังเกตได้จากการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากวิทยากรรวมทั้งสอบถามผู้เข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งผู้เข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายมีความสุข ได้ออกกำลังกายตามที่ตนเองถนัด และอยากให้มีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

โครงการชุมชนร่วมใจห่วงใยสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในชุมชน ร่วมเยี่ยมบ้านเป็นทีม เพื่อให้ความรู้การดูแลตนเองและการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพแก่กลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว และการให้กำลังใจ เพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุรู้สึกโดดเดี่ยว ซึ่งผู้ร่วมกิจกรรมมียินดีร่วมเป็นทีมในการเยี่ยมบ้านให้กำลังใจผู้สูงอายุ และจากการสัมภาษณ์ ผู้สูงอายุดีใจและมีกำลังใจส่งผลให้สุขภาพจิตผู้สูงอายุดี ไม่รู้สึกเหงา

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) โดยใช้แบบบันทึกสรุปการถอดบทเรียน

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน โดยการจัดประชุม หาปัจจัยความสำเร็จ และปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน ซึ่งการวิจัยกระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนนาโปใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร ในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน ทำให้เกิดกระบวนการดำเนินงานทั้งสิ้น 6 กิจกรรม ดังนี้ 1) ศึกษาบริบทและสภาพปัญหาของผู้สูงอายุชุมชนนาโปใหญ่ 2) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม AIC 3) การจัดทำแผนปฏิบัติการ 4) การปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ 5) สังเกตอย่างมีส่วนร่วมในกิจกรรม ติดตาม สนับสนุนการดำเนินงาน 6) แลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน จากการสรุปผลการถอดบทเรียนในการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร ด้านข้อมูล ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ การมีส่วนร่วมในกลุ่มผู้เข้าร่วมกระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน ดังตัวอย่างต่อไปนี้

คำถามที่ 1 ด้านการให้ข้อมูล

“การประสานงานกันระหว่างคณะกรรมการก็ถือว่าเป็นที่น่าพอใจมากครับ ข้อมูลข่าวสารต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของสถานการณ์ผู้สูงอายุ ที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขนำมาแจ้งในที่ประชุม ทำให้เราได้รับความเปลี่ยนแปลงของสังคม” (ประธานชุมชนนาโปใหญ่: สัมภาษณ์)

“ผู้นำชุมชนก็มีความใส่ใจเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งประชาชนเองก็เริ่มที่จะสนใจสุขภาพของตัวเองและคนในครอบครัวมากขึ้น” (ภาคีเครือข่าย: สัมภาษณ์)

“เจ้าหน้าที่ให้ความสำคัญกับสุขภาพของชุมชน แจ้งข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขให้กับประชาชนเป็นอย่างดี” (อาสาสมัครสาธารณสุข: สัมภาษณ์)

คำถามที่ 2 ด้านการร่วมปรึกษาหารือ

“ทุกฝ่าย ทุกภาคส่วน ก็มีการให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน มีการมอบหมายบทบาทหน้าที่ชัดเจน” (สมาชิกสภาเทศบาลเมืองมุกดาหาร: สัมภาษณ์)

“เวลามีปัญหาติดขัดในระหว่างดำเนินงาน เราก็มีการนำปัญหาต่างๆมาพูดคุยกัน และหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน เพื่อให้งานเดินต่อไปได้” (ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน: สัมภาษณ์)

“มันก็มีบ้างที่ทีมผู้ร่วมงานมีความคิดเห็นไม่ตรงกัน แต่เราก็พยายามที่จะปรับเปลี่ยนความคิดจนสามารถเข้าใจ เข้าถึงความคิดของกันและกันได้” (ผู้แทนพระภิกษุ: สัมภาษณ์)

คำถามที่ 3 ด้านการร่วมคิด ร่วมวางแผน และร่วมตัดสินใจ

“การทำงานก็เปิดกว้างอยู่ในเรื่องการเสนอความคิด ไม่ใช่แค่คณะกรรมการหรอกแต่ร่วมไปถึงเสียงจากประชาชนด้วย” (สมาชิกสภาเทศบาลเมืองมุกดาหาร: สัมภาษณ์)

“แต่ละขั้นตอนการทำงานเราก็มีการหารือกันตลอดอยู่แล้ว คณะกรรมการแล้วก็ประชาชนในชุมชนก็เข้มแข็งดี มันเลยเกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน ไม่ได้มีแบ่งแยกว่ากลุ่มไหนดีมีสิทธิ์ตัดสินใจ เพราะทุกคนเสมอภาค มีสิทธิ์แสดงความคิดเห็น และตัดสินใจเท่ากัน” (คณะกรรมการชุมชน: สัมภาษณ์)

“ทุกคนมีอิสระทางความคิดค่ะ สามารถเสนอความคิดเห็นต่างๆในการวางแผนดำเนินงาน ไม่มีถูกผิด” (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน: สัมภาษณ์)

“การวางแผน ผมว่าต้องวางแผนให้ชัดเจน ควรระบุว่าใครควรทำอะไร และทบทวนบทบาทหน้าที่บ่อยๆ” (ตัวแทนผู้สูงอายุ: สัมภาษณ์)

คำถามที่ 4 ด้านการร่วมดำเนินการ

“ที่ผ่านมาคณะกรรมการทุกฝ่ายก็ให้ความร่วมมือกันดีครับ เข้าใจบทบาทหน้าที่ของตัวเองมากขึ้น ทำให้งานเดินได้สะดวกขึ้น” (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน: สัมภาษณ์)

“การที่ได้มาร่วมกระบวนการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุ แม้ว่าจะได้รับความรู้หลายๆ อย่างจากที่ไม่เคยใส่ใจเลย แต่ตอนนี้แม่สามารถนำเอาความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน” (ตัวแทนผู้สูงอายุ: สัมภาษณ์)

“ม่วนหลาย ดีใจหลาย ที่ได้เป็นส่วนหนึ่งในการทำกิจกรรมครั้งนี้ ได้ออกมาหาหมู่ ได้ไว้กัน” (ตัวแทนผู้สูงอายุ: สัมภาษณ์)

คำถามที่ 5 ด้านการนิเทศ ติดตามและประเมินผล

“การติดตามการดำเนินงานโครงการและกิจกรรมต่างๆ ที่ร่วมทำ ผมว่ามันยังไม่ชัดเจนเกี่ยวกับสิ่งที่อยากติดตามผล” (สมาชิกสภาเทศบาลเมืองมุกดาหาร: สัมภาษณ์)

“การติดตามการดำเนินงาน ผมว่ามันเป็นการดูความก้าวหน้าว่า เราทำอะไรถึงไหน มีปัญหาอะไร หรือสิ่งไหนที่เราเดินไม่ถูกทาง จะได้ร่วมกำหนดแนวทางกันได้ถูก” (ประธานชุมชน: สัมภาษณ์)

“คณะกรรมการฝ่ายติดตาม นิเทศ และประเมินผล มีการเตรียมความพร้อมและนำเสนอผลการติดตามให้ที่ประชุมได้รับทราบครับ” (สมาชิกสภาเทศบาลเมืองมุกดาหาร: สัมภาษณ์)

4.3 ผลการดำเนินงานตามกระบวนการดูแลผู้สูงอายุชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร

ในการวิเคราะห์ กระบวนการดูแลผู้สูงอายุชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ด้านปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ การมีโรคประจำตัว และสถานะในครอบครัวและสังคม จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำนวน 16 ข้อ

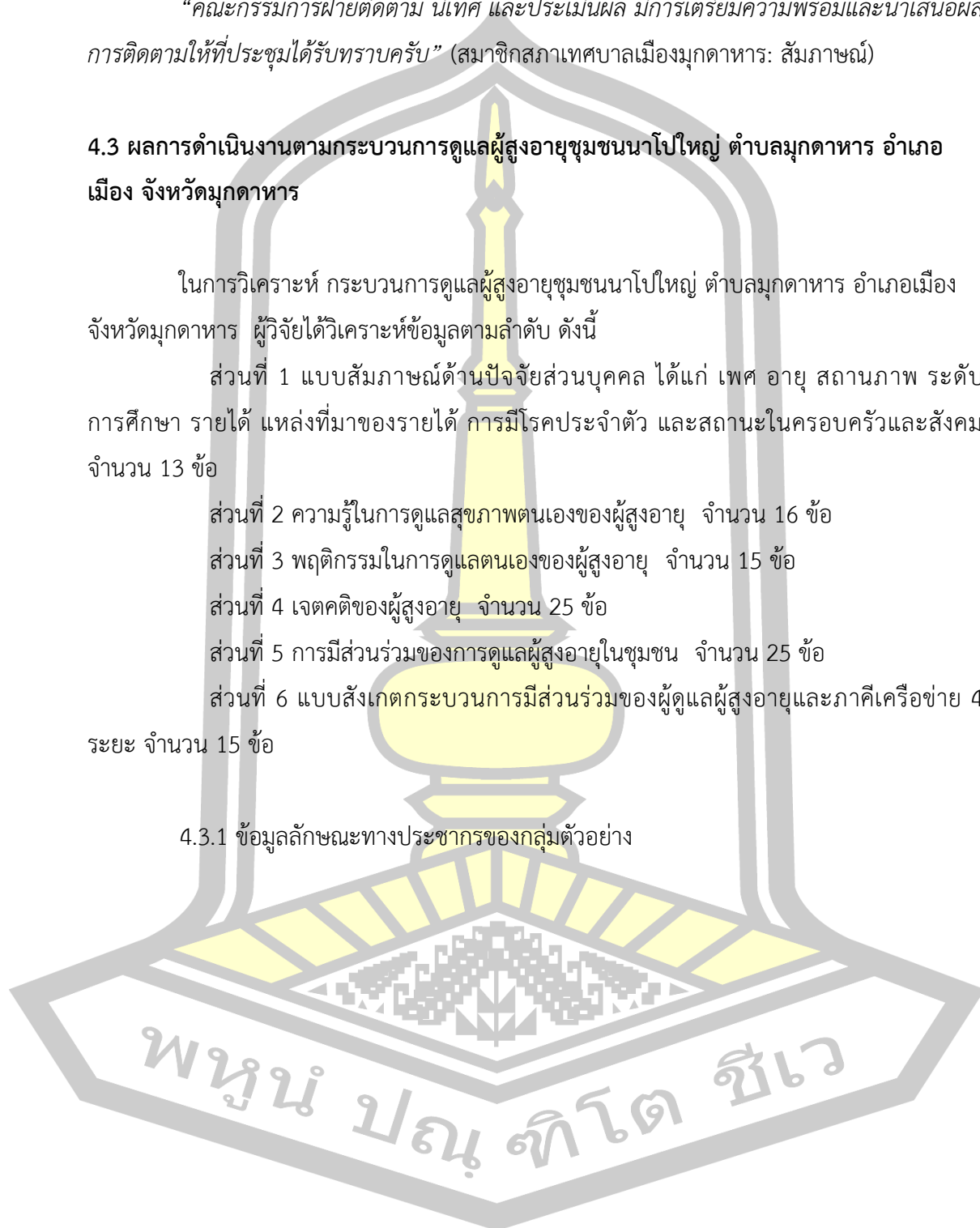
ส่วนที่ 3 พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 เจตคติของผู้สูงอายุ จำนวน 25 ข้อ

ส่วนที่ 5 การมีส่วนร่วมของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 25 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบสังเกตกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุและภาคีเครือข่าย 4 ระยะ จำนวน 15 ข้อ

4.3.1 ข้อมูลลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง



ตาราง 2 แสดงความถี่และร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามลักษณะประชากร

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n=20)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	9	45.00
หญิง	11	55.00
อายุ		
60-69 ปี	12	60.00
70-79 ปี	6	30.00
80 ปีขึ้นไป	2	10.00
\bar{x} = 68.85 ปี S.D. =7.54 Min.= 61 ปี Max.= 86 ปี		
สถานภาพ		
สมรส	20	100
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	20	100
อาชีพ		
เกษตรกร	12	60.00
ค้าขาย	2	10.00
รับจ้าง	2	10.00
อื่นๆ	4	20.00
รายได้		
500-1,000 บาท/เดือน	15	75.00
1,001-1,500 บาท/เดือน	3	15.00
1,501 บาทขึ้นไป	2	10.00

พหุบัณฑิต ชีวะ

ตาราง 2 แสดงความถี่และร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามลักษณะประชากร (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n=20)	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
โรคความดันโลหิตสูง	5	25.00
โรคเบาหวาน	2	10.00
ข้ออักเสบ	1	5.00
อื่นๆ	2	10.00
จำนวนสมาชิกในครอบครัวปัจจุบัน		
1-3 คน	13	65.00
4-6 คน	6	30.00
7 คนขึ้นไป	1	5.00
สถานะในครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว	11	55.00
สมาชิกในครอบครัว	6	30.00
ผู้อาศัย	1	5.00
ลักษณะโครงสร้างของครอบครัว		
อาศัยอยู่คนเดียว	1	5.00
อาศัยอยู่กับคู่สมรสเท่านั้น	4	20.00
อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร	5	25.00
อาศัยอยู่กับคู่สมรสและหลาน	2	10.00
อาศัยอยู่กับบุตรและหลาน	2	10.00
อาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตร หลาน	1	5.00
ผู้ให้การดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน		
มี	20	100
กลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุที่ไปมาหาสู่กันประจำ		
มี	20	100

ตาราง 2 แสดงความถี่และร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามลักษณะประชากร (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n=20)	ร้อยละ
สวัสดิการความช่วยเหลือที่ได้รับประจำ		
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	20	100
สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ		
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	19	95.00
สิทธิจ่ายตรง/สิทธิเบิกได้	1	5.00
การรับข่าวสารด้านสุขภาพ		
หอกระจายข่าวชุมชน	16	80.00
วิทยุ	5	25.00
โทรทัศน์	15	75.00
หนังสือพิมพ์	1	5.00
บุคคลต่างๆ (ผู้นำชุมชน ญาติฯลฯ)	19	95.00

จากตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากรของผู้ตอบแบบสอบถาม 20 คน โดยมีอายุสูงสุดคือ 86 ปี และอายุต่ำสุดคือ 61 ปี ระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดคือระดับประถมศึกษา ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสร้อยละ 100 ด้านการประกอบอาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 60.00 รองลงมาคือไม่ได้ประกอบอาชีพ (แม่บ้าน) ร้อยละ 20.00 ด้านรายได้ พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 75.00 มีรายได้ต่อเดือน ระหว่าง 500 - 1,000 บาท รองลงมา ร้อยละ 15.00 มีรายได้มากกว่า 1,001 - 1,500 บาท แหล่งที่มาของรายได้ พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 62.50 มีรายได้มาจากตัวเอง (เช่น การประกอบอาชีพ เงินบำนาญ ค่าตอบแทน เบี้ยยังชีพ) และรองลงมาคือมีรายได้มาจากบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 32.5 ด้านโรคประจำตัว พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 50 ไม่มีโรคประจำตัว รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 25 ผู้สูงอายุทุกคนมีผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 100 สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด ร้อยละ 95 และการรับข่าวสารด้านสุขภาพมากที่สุด คือได้รับข่าวจากบุคคลต่างๆ (ผู้นำชุมชน ญาติฯลฯ) ร้อยละ 95 รองลงมาคือหอกระจายข่าวชุมชนร้อยละ 80

ตาราง 3 แสดงคะแนนระดับความรู้ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกเป็นรายชื่อ

ความรู้	ผู้ตอบถูก	
	จำนวน (n=20)	ร้อยละ
ด้านการบริโภคอาหาร		
1.การรับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้เป็นประจำทุกวันมีประโยชน์ต่อร่างกาย	20	100
2.การรับประทานอาหารไขมันสูง เช่น ข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู อาหารประเภททอด หรืออาหารและขนมหวานที่ปรุงด้วยกะทิ เนย ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรค	20	100
3.ใน 1 วัน ควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว	18	90.00
ความรู้ด้านการออกกำลังกาย		
4.ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ควรออกกำลังกายตามความเหมาะสม	12	60.00
5.การออกกำลังกายช่วยลดหรือผ่อนคลายความเครียดได้	20	100
6.ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 30 นาที จะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้	20	100
ด้านการดูแลอนามัยส่วนบุคคล		
7.ผู้สูงอายุควรล้างมือก่อนการรับประทานอาหารและหลังการขับถ่าย	20	100
8.ผู้สูงอายุควรแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง	20	100
9.ผู้สูงอายุควรสวมเสื้อผ้าที่สะอาดไม่อับชื้น	20	100
ด้านการป้องกันโรค		
10.ผู้สูงอายุอยู่ในบริเวณที่มีควันบุหรี่เป็นประจำนานๆ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค	20	100
11.ผู้สูงอายุควรตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	20	100
12.เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย ไม่ควรซื้อยารับประทานเอง	19	95.00
13.การดื่มสุรามีผลต่อเสียต่อสุขภาพ	20	100

ตาราง 3 แสดงคะแนนระดับความรู้ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกเป็นรายชื่อ (ต่อ)

ความรู้	ผู้ตอบถูก	
	จำนวน (n=20)	ร้อยละ
ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิต		
14. ผู้ที่มีความเครียดเป็นประจำทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงและกระเพาะอาหาร	20	100
15. เมื่อรู้สึกเครียดเป็นประจำควรทำกิจกรรมที่เพลิดเพลินเพื่อผ่อนคลาย เช่น การปลูกต้นไม้	20	100
16. เมื่อมีปัญหาไม่สบายใจผู้สูงอายุ ควรคิดหาทางออกให้ได้ด้วยตนเอง ไม่จำเป็นต้องปรึกษาใคร	7	35.00

ผลการศึกษาค้นคว้าความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ดังนี้

ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ข้อคำถามที่ผู้สูงอายุตอบถูกมากในแต่ละด้านมากที่สุด คือ ด้านการดูแลอนามัยส่วนบุคคล ร้อยละ 100 คือ ผู้สูงอายุควรล้างมือก่อนรับประทานอาหารและหลังขับถ่าย ผู้สูงอายุควรแปลงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และผู้สูงอายุควรสวมเสื้อผ้าที่ไม่อับชื้น รองลงมา คือ ด้านการป้องกันโรค ร้อยละ 98.75 คือ ผู้สูงอายุอยู่ในบริเวณที่มีควันบุหรี่เป็นประจำนานๆ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ผู้สูงอายุควรตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยไม่ควรซื้อยารับประทานเองและการดื่มสุรามีผลต่อเสียต่อสุขภาพ ข้อคำถามแต่ละด้านที่ผู้สูงอายุตอบถูกน้อยที่สุด คือ ด้านการดูแลสุขภาพจิต 78.33 คือ ผู้ที่มีความเครียดเป็นประจำทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงและกระเพาะอาหาร เมื่อรู้สึกเครียดเป็นประจำควรทำกิจกรรมที่เพลิดเพลิน เพื่อผ่อนคลาย เช่น การปลูกต้นไม้ และเมื่อมีปัญหาไม่สบายใจผู้สูงอายุ ควรคิดหาทางออกให้ได้ด้วยตนเองไม่จำเป็นต้องปรึกษาใคร

ตาราง 4 ระดับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกรายข้อ

พฤติกรรม	ระดับการปฏิบัติ			Mean	S.D.	แปลผล
	ปฏิบัติประจำ (ร้อยละ)	ปฏิบัติบางครั้ง (ร้อยละ)	ไม่เคยปฏิบัติ (ร้อยละ)			
ด้านบริโภคอาหาร						
1.รับประทานอาหารหลากหลายไม่ซ้ำกันครบ 5 หมู่ใน 1 วัน	70.00	30.00	0.00	2.70	0.47	ดี
2.รับประทานผักและผลไม้ทุกวัน	75.00	25.00	0.00	2.75	0.44	ดี
3.รับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ เป็นประจำ	0.00	20.00	80.00	2.80	0.41	ดี
4.ลดการรับประทานอาหารหรือขนมหวานที่ปรุงด้วยกะทิ เช่นแกงเผ็ด แกงเขียวหวาน มีส่วนผสม ข้าวเหนียวมูล ก๋วยเตี๋ยว บัวลอย ลอดช่อง ทับทิมกรอบ หรือขนมประเภทเบอเกอรี่ เช่น ขนมปัง ขนมเค้ก โดนัท ก๋วยเตี๋ยวเนื้อ แขน	70.00	30.00	0.00	2.70	0.47	ดี
5.ดื่มน้ำอย่างน้อยไม่ต่ำกว่าวันละ 8 แก้ว	50.00	50.00	0.00	2.50	0.51	ดี
พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย						
6.ทำนออกกำลังกายติดต่อกันอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที	75.00	25.00	0.00	2.75	0.44	ดี

ตาราง 4 ระดับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกรายข้อ (ต่อ)

พฤติกรรม	ระดับการปฏิบัติ			Mean	S.D.	แปลผล
	ปฏิบัติประจำ (ร้อยละ)	ปฏิบัติบางครั้ง (ร้อยละ)	ไม่เคยปฏิบัติ (ร้อยละ)			
7. ท่านได้บริหารกล้ามเนื้อด้วยการแกว่งแขนแกว่งขา เกร็งข้อมือ เกร็งเท้า	70.00	30.00	0.00	2.70	0.47	ดี
8. ท่านออกกำลังกายโดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อเช่น ยืดเหยียดกล้ามเนื้อแขน กล้ามเนื้อขา	70.00	30.00	0.00	2.70	0.47	ดี
พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย						
9. ท่านมีการเคลื่อนไหวในการทำงานบ้านงานอาชีพ เช่น ทำงานบ้าน/ทำสวน/ทำไร่/ทำนา/ขี่จักรยานหรือเดินทางไปทำงาน จนรู้สึกเหนื่อยกำลังดีสะสมอย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5 วัน	65.00	35.00	0.00	2.65	0.49	ดี
10. ก่อนออกกำลังกายท่านมีการเตรียมร่างกายให้พร้อมและเริ่มออกกำลังกายจากการทำท่าที่หนักๆ ก่อน	55.00	45.00	0.00	2.55	0.51	ดี
พฤติกรรมด้านการผ่อนคลายความเครียด						
11. ท่านพักผ่อนหย่อนใจโดยการพูดคุยกับบุคคลในบ้าน	60.00	40.00	0.00	2.60	0.50	ดี

ตาราง 4 ระดับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกรายข้อ (ต่อ)

พฤติกรรม	ระดับการปฏิบัติ			Mean	S.D.	แปลผล
	ปฏิบัติ ประจำ (ร้อยละ)	ปฏิบัติ บางครั้ง (ร้อยละ)	ไม่เคย ปฏิบัติ (ร้อยละ)			
12.ท่านควบคุมอารมณ์ตนเอง ไม่ได้เมื่อรู้สึกโกรธ เช่น ขว้างปา สิ่งของ ทำร้ายฝ่ายตรงข้าม เอะอะโวยวาย	-	30.00	70.00	2.7	0.47	ดี
13.ท่านมีกิจกรรมร่วมกันกับ สมาชิกในครอบครัวตาม เทศกาลต่างๆ เช่น ทำบุญ/ พักผ่อน	65.00	35.00	0.00	2.65	0.49	ดี
14.เมื่อรู้สึกเครียด ท่านสวด มนต์ ไหว้พระ นั่งสมาธิ	75.00	25.00	0.00	2.75	0.44	ดี
15.ท่านมีกิจกรรมสันทนาการ ร่วมกับกลุ่มเครือข่ายของตนเอง เช่น เพื่อนเก่า เพื่อนร่วมงาน ชมรมต่างๆ	50.00	40.00	10.00	2.60	0.50	ดี

ผลการศึกษา พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ดังนี้

พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ข้อคำถามที่ผู้สูงอายุปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด คือ รับประทานผักและผลไม้ทุกวัน ออกกำลังกายติดต่อกันอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที และเมื่อรู้สึกเครียด ท่านสวดมนต์ ไหว้พระ นั่งสมาธิ คิดเป็นร้อยละ 75.00 ข้อคำถามที่ผู้สูงอายุปฏิบัติเป็นประจำน้อยที่สุด คือ ควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้เมื่อรู้สึกโกรธ เช่น ขว้างปาสิ่งของ ทำร้ายฝ่ายตรงข้าม เอะอะโวยวาย คิดเป็นร้อยละ 0.0

ตาราง 5 เจตคติของผู้สูงอายุ จำแนกรายข้อ

เจตคติ	\bar{x}	S.D.	ระดับเจตคติ
ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ			
1. รู้สึกกังวลในเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ	4.10	0.71	มาก
2. เห็นความสำคัญในการประเมินภาวะสุขภาพ	3.90	0.85	มาก
3. เชื่อว่าการใส่ใจสุขภาพสามารถลดความแก่	4.00	1.02	มาก
4. เชื่อว่าปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มสุรา พักผ่อนไม่เพียงพอ	4.55	0.60	มากที่สุด
5. รู้สึกว่าสุขภาพของท่านเป็นภาระกับคนอื่น	4.40	0.59	มากที่สุด
ด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ			
6. เห็นความสำคัญในการกำหนดอาหารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	4.35	0.58	มากที่สุด
7. เห็นคุณค่าในการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ	4.35	0.67	มากที่สุด
8. เห็นความสำคัญในการดูแลอนามัยในช่องปากเพื่อสร้างเสริมสุขภาพฟันและช่องปาก	4.50	0.68	มากที่สุด
9. เชื่อว่าการยืดกล้ามเนื้อได้ถูกต้องสามารถผ่อนคลายกล้ามเนื้อได้ดี	4.30	0.73	มากที่สุด
10. เห็นคุณค่าในการรับประทานอาหาร ผักผลไม้และการออกกำลังกายสม่ำเสมอเพื่อป้องกันอาหารท้องผูกในผู้สูงอายุได้	4.50	0.81	มากที่สุด
ด้านการจัดการความเครียดและอารมณ์ของผู้สูงอายุ			
11. เชื่อว่าวิธีหายใจ เข้า-ออก สามารถผ่อนคลายความเครียดได้	4.50	0.51	มากที่สุด
12. เห็นความสำคัญในการทำงานอดิเรกเพื่อไม่ให้เกิดความรู้สึกหว่าเหว เศร้า และทำให้สุขภาพแข็งแรงกว่าอยู่บ้านเฉยๆ	4.25	0.64	มากที่สุด
13. ให้ความสำคัญในการสร้างครอบครัวที่อบอุ่น เพื่อความสุขของทุกคน	4.25	0.64	มากที่สุด

ตาราง 5 เจตคติของผู้สูงอายุ จำแนกรายข้อ (ต่อ)

เจตคติ	\bar{x}	S.D.	ระดับเจตคติ
14.เชื่อว่าการควบคุมอารมณ์เป็นวิธีการหนึ่งในการจัดการความเครียด	4.40	0.50	มากที่สุด
15.เชื่อว่าการเครียดลดลงด้วยเทคนิควิธีการคลายเครียดต่างๆ เช่นการฝึกการหายใจ การจินตนาการ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ	4.35	0.59	มากที่สุด
ด้านกิจกรรมในสังคม			
16.เห็นคุณค่าในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุ เช่น การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ	4.45	0.75	มากที่สุด
17.รู้สึกผิดหวังเมื่อไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมสังคมได้	4.00	0.72	มาก
18.พึงพอใจกับความสามารถของตนเองเมื่อเข้าร่วมกิจกรรม	4.35	0.67	มากที่สุด
ด้านความมั่นคงแห่งชีวิตและสวัสดิการของผู้สูงอายุ			
19.เห็นคุณค่าในการร่วมกิจกรรมทางสังคมที่ครอบครัวหรือชุมชนจัดให้ เช่นกิจกรรมวันผู้สูงอายุ	4.55	0.51	มากที่สุด
20.เชื่อว่าการเข้าร่วมกิจกรรมที่เหมาะสมกับตัวท่านช่วยให้ท่านมีความสุขและมีคุณค่าต่อสังคม	4.30	0.86	มากที่สุด
21.เห็นด้วยที่รัฐจะต้องจัดสวัสดิการให้ผู้สูงอายุ	4.50	0.69	มากที่สุด
22.มีความสุขเมื่อได้รับสวัสดิการทุกอย่าง	4.20	0.69	มาก
23.รู้สึกว่าสวัสดิการที่ได้รับแล้วมีความมั่นคงในชีวิตและยั่งยืน	4.05	0.82	มาก
24.เห็นความสำคัญในการเตรียมความพร้อมสำหรับวัยสูงอายุ ที่รัฐจัดให้	4.25	0.79	มากที่สุด
25.เห็นคุณค่าในการส่งเสริมพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุให้สามารถดูแลตนเองได้จากนโยบายของรัฐ	4.20	0.77	มาก

ผลการศึกษา เจตคติในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ดังนี้

ด้านเจตคติ ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติที่มากที่สุด คือ ท่านเชื่อว่าปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มสุรา พักผ่อนไม่เพียงพอ และท่านเห็นคุณค่าในการร่วมกิจกรรมทางสังคมที่ครอบครัว หรือชุมชนจัดให้ เช่น กิจกรรมวันสูงอายุ ค่าเฉลี่ยร้อยละ 4.55 และผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติที่น้อยที่สุด คือ ท่านเห็นความสำคัญในการประเมินภาวะสุขภาพ ค่าเฉลี่ยร้อยละ 3.90

ตาราง 6 การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชุมชน

การมีส่วนร่วม	\bar{x}	S.D.	การมีส่วนร่วม
ด้านการร่วมค้นหาปัญหาและตัดสินใจ			
1.มีส่วนร่วมในการค้นหา สาเหตุของปัญหาและแนว ทางแก้ไข	3.55	1.05	มาก
ด้านการร่วมค้นหาปัญหาและตัดสินใจ			
2.มีส่วนร่วมในการประชุม ร่วมอภิปรายเรื่องต่างๆ ในที่ประชุมเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแล ผู้สูงอายุในชุมชน	3.20	1.30	ปานกลาง
3.มีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	3.20	1.36	ปานกลาง
ด้านการร่วมวางแผน/การจัดทำแผนด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน			
4.มีส่วนร่วมในการเป็นคณะกรรมการ/แกนนำใน ชุมชน	3.65	1.18	มาก
5.มีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการปฏิบัติงาน / โครงการเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุใน ชุมชน	3.70	1.26	มาก
6.มีส่วนร่วมในการกำหนดขั้นตอนปฏิบัติงานการ พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	3.70	1.34	มาก
ด้านการร่วมปฏิบัติการ/กิจกรรมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน			
7.ท่านมีส่วนร่วมในการแก้ไขข้อบกพร่องในการ ทำงาน	3.8	1.15	มาก

ตาราง 6 การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชุมชน (ต่อ)

การมีส่วนร่วม	\bar{x}	S.D.	การมีส่วนร่วม
8.ร่วมให้การสนับสนุนวัสดุหรือบริจาคเงินในการดำเนินงานในชุมชน	3.25	0.64	ปานกลาง
9.มีส่วนร่วมกับเทศบาลในการเข้ารับการฝึกอบรม เสริมสร้างความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	3.80	1.10	มาก
10.ร่วมกิจกรรมพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ/การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	3.80	1.10	มาก
ด้านมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์			
11.ได้รับการพัฒนาความรู้ทำให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	3.55	1.43	มาก
12.สามารถติดต่อ สื่อสารกับเทศบาลเมืองได้สะดวกขึ้น	3.70	1.17	มาก
ด้านการร่วมตรวจสอบและประเมินผล			
13.มีส่วนร่วมในการประเมินผลงานของชุมชนตามเป้าหมายและบรรลุวัตถุประสงค์	3.50	1.40	มาก
14.มีส่วนร่วมในการตรวจสอบ ปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงาน	3.85	1.18	มาก
15.ช่วยประชาสัมพันธ์ผลการประเมินผลการทำงาน	3.65	1.18	มาก

ผลการศึกษา การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชุมชน ดังนี้

การมีส่วนร่วมผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยที่สุด คือ ท่านมีส่วนร่วมในการตรวจสอบ ปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงานในชุมชน ค่าเฉลี่ย 3.85 รองลงมาคือ ท่านมีส่วนร่วมในการแก้ไขข้อบกพร่องในการทำงาน ท่านมีส่วนร่วมกับเทศบาลในการเข้าฝึกอบรมเสริมสร้างความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และร่วมกิจกรรมพัฒนาส่งเสริมสุขภาพการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ค่าเฉลี่ย 3.80

ตาราง 7 แบบบันทึกการสังเกตการณ์อย่างมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

การมีส่วนร่วม	ระดับการมีส่วนร่วม		
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	การมีส่วนร่วม
ระยะการศึกษาและวิเคราะห์สภาพการณ์ก่อนพัฒนา	2.91	0.30	การมีส่วนร่วม มาก
ระยะเวลาการวางแผนพัฒนารูปแบบการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุ	2.91	0.30	การมีส่วนร่วม มาก
ระยะการปฏิบัติตามแผนพัฒนารูปแบบการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุ	2.94	0.20	การมีส่วนร่วม มาก
ระยะเวลาติดตามประเมินผลพัฒนารูปแบบการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุ	2.94	0.20	การมีส่วนร่วม มาก
รวม	2.92	0.20	การมีส่วนร่วม มาก

ศึกษาการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาโดยแบบบันทึกการสังเกตการณ์อย่างมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมกิจกรรม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในกิจกรรมกระบวนการดำเนินงานพัฒนา ได้แก่ การสนทนากลุ่ม การประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม การดำเนินงานโครงการที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการพบว่า ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาทุกขั้นตอน อยู่ในระดับมาก และศึกษาความพึงพอใจของผู้สูงอายุระหว่างร่วมกิจกรรม ค่าเฉลี่ย 4.62

การถอดบทเรียนการดูแลผู้สูงอายุโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

หลังจากได้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร มีการทดสอบรูปแบบ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 10 ท่าน ประกอบด้วย ประกอบด้วย

1. ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโรงพยาบาลมุกดาหาร
2. หัวหน้าศูนย์สุขภาพและแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลมุกดาหาร
3. หัวหน้างานพยาบาลชุมชน
4. พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ จำนวน 1 คน
5. นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ จำนวน 1 คน

6. ตัวแทนภาคีเครือข่ายชุมชน จำนวน 2 คน

7. อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน

8. ตัวแทนประธานผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 2 คน

ขั้นตอนการถอดบทเรียนโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ทีมวิจัยชี้แจงความเป็นมา วัตถุประสงค์การวิจัย กระบวนการวิจัย และกระบวนการดูแลผู้สูงอายุผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

2. ให้ผู้ทรงคุณวุฒิวิเคราะห์รูปแบบใหม่โดยใช้กระบวนการกลุ่ม (Focus Group)

3. ตัวแทนผู้ทรงคุณวุฒิ สรุปข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะจากการวิเคราะห์กระบวนการสรุปข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ

4. เป็นกระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับเขตพื้นที่ ชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร

5. เป็นกระบวนการเข้าใจง่าย มีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ เป็นผลดีต่อผู้สูงอายุและชุมชน

6. อยากให้มีการใช้กระบวนการนี้ทั้งเขตเทศบาลเมืองมุกดาหาร

4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนนาโปใหญ่

ผลจากการถอดบทเรียนหลังดำเนินการของผู้เข้าร่วมกิจกรรม ได้ปัจจัยแห่งความสำเร็จดังนี้

4.4.1 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

4.4.2 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทำให้รู้ถึงสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ และหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน มีการเขียนแผนงาน/โครงการขอรับการสนับสนุนงบประมาณ จัดหาวัสดุอุปกรณ์ให้เพียงพอแต่งตั้งคณะกรรมการในการดำเนินงาน มีการมอบหมายภารกิจ แบ่งหน้าที่รับผิดชอบทำให้รู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน

4.4.3 การให้บริการด้วยจิตอาสาในการเยี่ยมบ้านและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุ

4.4.4 ความเข้มแข็งในการร่วมกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายร่วมกับภาคีเครือข่ายชุมชนสามารถดำเนินกิจกรรมได้โดยไม่ใช้งบประมาณ

โครงการอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีผู้ร่วมกิจกรรมประกอบด้วยผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และภาคีเครือข่ายในชุมชน เป็นกิจกรรมส่งเสริมความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองแก่ผู้สูงอายุ ทั้งทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติ ในหัวข้อ อาหารสำหรับผู้สูงอายุ

การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ การดูแลอนามัยส่วนบุคคลในผู้สูงอายุ ด้านการป้องกันโรคในผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

โครงการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการออกกำลังกาย ประกอบด้วยกิจกรรมให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย การเต้นบัตสลบ รำวงย้อนยุค ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุและภาคีเครือข่ายในชุมชนร่วมกิจกรรมออกกำลังกายทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์

โครงการชุมชนร่วมใจห่วงใยสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นโครงการที่ต้องขับเคลื่อนร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน ส่งเสริมการเยี่ยมบ้าน การป้องกันโรคในผู้สูงอายุ ประกอบด้วยกิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน ผู้สูงอายุได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง และแต่งตั้งคณะกรรมการในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อให้มีความพร้อมในการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง จากการทำโครงการดังกล่าว ส่งผลให้

ด้านโรงพยาบาลบาลมุกดาหาร

- (1) เกิดภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพที่เข้มแข็ง
- (2) มีแผนเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ส่งเสริมความรู้ผู้สูงอายุ/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ
- (3) ติดตามการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง

ด้านผู้สูงอายุ

- (1) มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม
- (2) ผู้สูงอายุได้รับความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง และเหมาะสม
- (3) มีกิจกรรมการออกกำลังกายร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุกับภาคีเครือข่ายชุมชน
- (4) ผู้สูงอายุทุกกลุ่มได้รับการเยี่ยมบ้านทั่วถึงและดูแลต่อเนื่อง

ด้านภาคีเครือข่ายชุมชน

(1) มีส่วนร่วมในการหาปัญหา การวางแผน ทำโครงการ เยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลมุกดาหาร กิจกรรมในชุมชน และเป็นแกนนำในการขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เทศบาลเมืองมุกดาหารให้งบประมาณเพียงพอในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เยี่ยมผู้สูงอายุร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

พูน ปรณ ทิโต ชีเว

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ในลักษณะเป็นวงล้อมเน้นการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน โดยวิเคราะห์บริบทและปัญหาสถานการณ์การพัฒนา แนวทางการพัฒนา โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนทุกระดับ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพ และข้อมูลเชิงปริมาณ จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร สรุปผลและอภิปราย ดังนี้

5.1 สรุปผล

ในการศึกษาครั้งนี้ สรุปผลการศึกษาตามส่วนต่างๆ ดังนี้

5.1.1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปประชากรผู้สูงอายุ

จากการศึกษาลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ชุมชนนาโปใหญ่ จำนวน 20 คน พบว่า เป็นเพศชาย ร้อยละ 45.00 และเป็นเพศหญิง ร้อยละ 35.00

โดยมีอายุสูงสุดคือ 86 ปี และอายุต่ำสุดคือ 61 ปี ระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดคือระดับประถมศึกษา ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสร้อยละ 100 ด้านการประกอบอาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 60.00 รองลงมาคือไม่ได้ประกอบอาชีพ (แม่บ้าน) ร้อยละ 20.00 ด้านรายได้ พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 75.00 มีรายได้ต่อเดือน ระหว่าง 500 - 1,000 บาท รองลงมา ร้อยละ 15.00 มีรายได้มากกว่า 1,001 - 1,500 บาท แหล่งที่มาของรายได้ พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 62.50 มีรายได้มาจากตัวเอง (เช่น การประกอบอาชีพ เงินบำนาญ ค่าตอบแทน เบี้ยยังชีพ) และรองลงมาคือมีรายได้มาจากบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 32.50 ด้านโรคประจำตัว พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 50 ไม่มีโรคประจำตัว รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 25 ผู้สูงอายุทุกคนมีผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 100

5.1.2 จากการศึกษาก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร พบว่า

โรงพยาบาลพยาบาลมุกดาหาร ดำเนินงานผู้สูงอายุเกณฑ์ตัวชีวิต ดูแลผู้สูงอายุ ไม่ทั่วถึง ให้ความรู้ตามความเหมาะสม เยี่ยมบ้านเฉพาะรายติดเตียงและติดบ้าน คิดปัญหา/โครงการ เกี่ยวกับผู้สูงอายุเอง ชุมชน

ผู้สูงอายุไม่มีความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพตนเอง ยังไม่มีกิจกรรมในการส่งเสริม สุขภาพให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมร่วมกัน ร่วมกิจกรรม/โครงการตามที่โรงพยาบาลพยาบาลมุกดาหาร จัดขึ้น

ภาคีเครือข่ายในชุมชน ไม่มีส่วนร่วมในการคิดปัญหา หาแนวทาง กิจกรรม/โครงการ แก้ไขปัญหาในส่วนของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุยังไม่เพียงพอ

5.1.3 จากการศึกษาหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วม ของนาโปลีใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร พบว่าได้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 4 ระยะ ดังนี้

1. การวางแผนงาน

- 1) การวิเคราะห์บริบทและสภาพปัญหา
- 2) คืบข้อมูลแก่ภาคีเครือข่ายและผู้ดูแล

2. ระหว่างดำเนินการ

- 1) การวางแผนโดยกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วม (AIC)
- 2) การปฏิบัติตามแผนงาน

โครงการอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการออกกำลังกาย

โครงการชุมชนร่วมห่วงใยผู้สูงอายุ ส่งผลให้

ด้านโรงพยาบาลพยาบาลมุกดาหาร มีกิจกรรม

- (1) การจัดโครงการให้ความรู้ผู้สูงอายุ/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ
- (2) แผนเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุแบบทั่วถึงร่วมกับภาคีเครือข่าย
- (3) ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการทำแผนงานด้านสุขภาพ
- (4) ติดตามการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย

ด้านผู้สูงอายุ

- (1) ผู้สูงอายุได้รับความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง และ

เหมาะสม

- (2) มีกิจกรรมการออกกำลังกายร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุกับภาคี

เครือข่าย

(3) ผู้สูงอายุทุกกลุ่มได้รับการเยี่ยมบ้านทั่วถึงและดูแลต่อเนื่อง

(4) ผู้สูงอายุและผู้ดูแลได้รับคู่มือบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ

ด้านภาคีเครือข่าย

(1) มีส่วนร่วมในการหาปัญหา การวางแผน ทำโครงการ เยี่ยมบ้าน ร่วมกับทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลมุกดาหาร

(2) เทศบาลเมืองมุกดาหาร ให้งบประมาณเพียงพอในการดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

(3) ส่งเสริมกิจกรรมในชุมชน และเป็นแกนนำในการขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

(4) ดำเนินงานเยี่ยมผู้สูงอายุร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

3. การสังเกตผล

สังเกตการณ์มีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุและภาคีเครือข่ายตลอดการดำเนินการ

วิจัย

4. การสะท้อนผล

การประเมินผล

จัดเวทีถอดบทเรียน ประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้สูงอายุและภาคีเครือข่าย

การทดสอบรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

5.1.4 จากการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในกิจกรรมกระบวนการดำเนินงานพัฒนา ได้แก่ การสนทนากลุ่ม การประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม การดำเนินงานโครงการที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ พบว่าภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาทุกขั้นตอน อยู่ในระดับมาก

5.2 อภิปรายผล

ผลการวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน การดำเนินกิจกรรม การสังเกตผลและการประเมินผลมีประเด็นที่นำมาอภิปรายผล ดังนี้

5.2.1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปประชากรผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับมาก อันเนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 1,001-1,500 บาท/เดือน มีรายได้เพียงพอที่จะรักษาสุขภาพตนเองและผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเสื่อมสมรรถภาพของสภาพร่างกายที่เกิดขึ้นตามวัย ทำให้ต้องมีการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ประชากรส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 100 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 100 ทั้งนี้เพราะการศึกษาในอดีตยังไม่ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศและมีการภาคบังคับถึงระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ตามพระราชบัญญัติการศึกษา พ.ศ.2478 เท่านั้น ร้อยละ 100 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 50 ข้อมูลพื้นฐานด้านการศึกษาของประชากรสอดคล้องกับข้อมูลของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเทศไทย ซึ่งรายงานว่าร้อยละ 100 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 60.00 ซึ่งแหล่งของรายได้ส่วนใหญ่มาจากตัวเองมากที่สุดร้อยละ 62.50

5.2.2 การพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ชุมชนนาโปลีใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร พบว่า

โรงพยาบาลมุกดาหาร มีการจัดโครงการให้ความรู้ผู้สูงอายุ/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ การวางแผนเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุแบบทั่วถึง และมีติดตามการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย สอดคล้องกับ เยาวลักษณ์ วงษ์ประจักษ์ (2557) พบว่าการเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายเข้ามามีบทบาทในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน

ผู้สูงอายุ ได้รับความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง และเหมาะสม มีกิจกรรมการออกกำลังกายร่วมกัน ได้รับการเยี่ยมบ้านทั่วถึง และได้รับคู่มือบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ สอดคล้องกับผลการศึกษากองานตรีวี กอบสุข (2554) พบว่าผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายด้วยกิจกรรมเหมาะสมกับวัยของตนเอง การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ส่งผลดีต่อสุขภาพด้านร่างกาย

ภาคีเครือข่าย มีส่วนร่วมในการหาปัญหา การวางแผน ทำโครงการ เยี่ยมบ้าน ร่วมกับ รพ.สต., อปท. ให้งบประมาณดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ, ส่งเสริมกิจกรรมในชุมชน ส่งเสริมการดำเนินชมรมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับผลการศึกษากองานตรีวี (2552) พบว่าการมีสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ มีการทำกิจกรรมร่วมกันมีผลด้านสัมพันธ์ทางสังคม สอดคล้องกับพรรณิ สนเทศ (2550: 60-68) ได้ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุในระดับครอบครัว บ้านศรีดงเค็ง ตำบลสะอาด อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ปัญหาและแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุในระดับครอบครัวสามารถใช้กระบวนการระดมพลังสร้างสรรค์ (AIC) ของกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มหัวหน้าครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ได้แนวทางในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การดูแลด้านอาหาร การดูแลยามเจ็บป่วย การตรวจสุขภาพประจำปี การจัดกิจกรรมกลุ่มร่วมกันของผู้สูงอายุ เช่น กิจกรรมนันทนาการ การอบรม การจัดให้มีวันรวมญาติ โดยกำหนดวันอาทิตย์ให้เป็นการรวมญาติ

ซึ่งหัวหน้าครอบครัวนำไปปฏิบัติและผู้นำชุมชนช่วยประชาสัมพันธ์ในหมู่บ้านในการให้ความสำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในแต่ละครัวเรือนรวมกลุ่มกันเพื่อจัดกิจกรรมของผู้สูงอายุ มีการจัดกิจกรรมออกกำลังกายร่วมกันสัปดาห์ละ 3 วัน ในช่วงเย็นวันจันทร์ พุธ ศุกร์ ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังหรือมีเฉพาะผู้สูงอายุขาดคนดูแลผู้นำชุมชนจะประสานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประธานกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ กำหนดเยี่ยมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ผู้สูงอายุมีความต้องการในอนาคต คือ การปฏิบัติในการดูแลจากลูกหลาน พาไปพบแพทย์ยามเจ็บป่วยและพาไปตรวจสุขภาพประจำปี

5.5.3 การมีส่วนร่วมในการพัฒนาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุและภาคีเครือข่าย มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาทุกขั้นตอนมีความสนใจและให้ความร่วมมือทุกกิจกรรม ระดับการมีส่วนร่วมในภาพรวมตลอดโครงการ อยู่ในระดับมาก ซึ่งส่งผลต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ สรลรัตน์ พันธุ์สินทวีสุข (2551) สมคิด สันวิจิตร (2548) ที่พบว่า การทำงานแบบมีส่วนร่วมของกลุ่มบุคคลในทุกๆระดับ มีความสำคัญอย่างยิ่งในกระบวนการพัฒนาเป็นการทำให้ผู้ที่มีเข้ามามีส่วนร่วม ในกิจกรรมการพัฒนาเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีส่วนกระทำให้เกิดการพัฒนา ส่งผลต่อกลุ่มบุคคลให้เกิดความยินยอมปฏิบัติตามและยอมรับผลที่จะเกิดขึ้นได้อย่างสมัครใจ เต็มใจ และมีผลต่อความสำเร็จในการพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับเพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ และคณะ (2555) พบว่าการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) ในการประชุมวางแผนเพื่อค้นหาปัญหาการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สามารถหาแนวทางแก้ไขปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

สรุปได้ว่า กระบวนการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตพื้นที่โรงพยาบาลมุกดาหาร ประกอบด้วย

1. Nonstop health care คือ การที่ชุมชนไม่หยุดดูแลสุขภาพ คือ ความต่อเนื่องในการดำเนินงานและการดูแลสุขภาพ ทั้งภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน และผู้สูงอายุร่วมกิจกรรมตามแผนงาน มีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

2. Action plan of community health care คือ การปฏิบัติตามแผนงานการดูแลสุขภาพของชุมชน ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเอง ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมในชุมชน ส่งผลให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย

3. Participation of health network คือ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ประกอบด้วยผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองมุกดาหาร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข วัด โรงเรียน ให้ความร่วมมือร่วมใจในทุกขั้นตอนของกระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตั้งแต่การหาปัญหา การจัดทำแผน การดำเนินการตามแผนและการติดตามการดำเนินงาน

4. Observation and assessment คือ การสังเกตการณ์และการประเมินผลการดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร เพื่อพัฒนากิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุตามแผนงาน/โครงการการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

5.3.1.1 การส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ

5.3.1.2 การส่งเสริมด้านการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ควรเป็นกิจกรรมที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย ไม่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดต่อกล้ามเนื้อผู้สูงอายุ

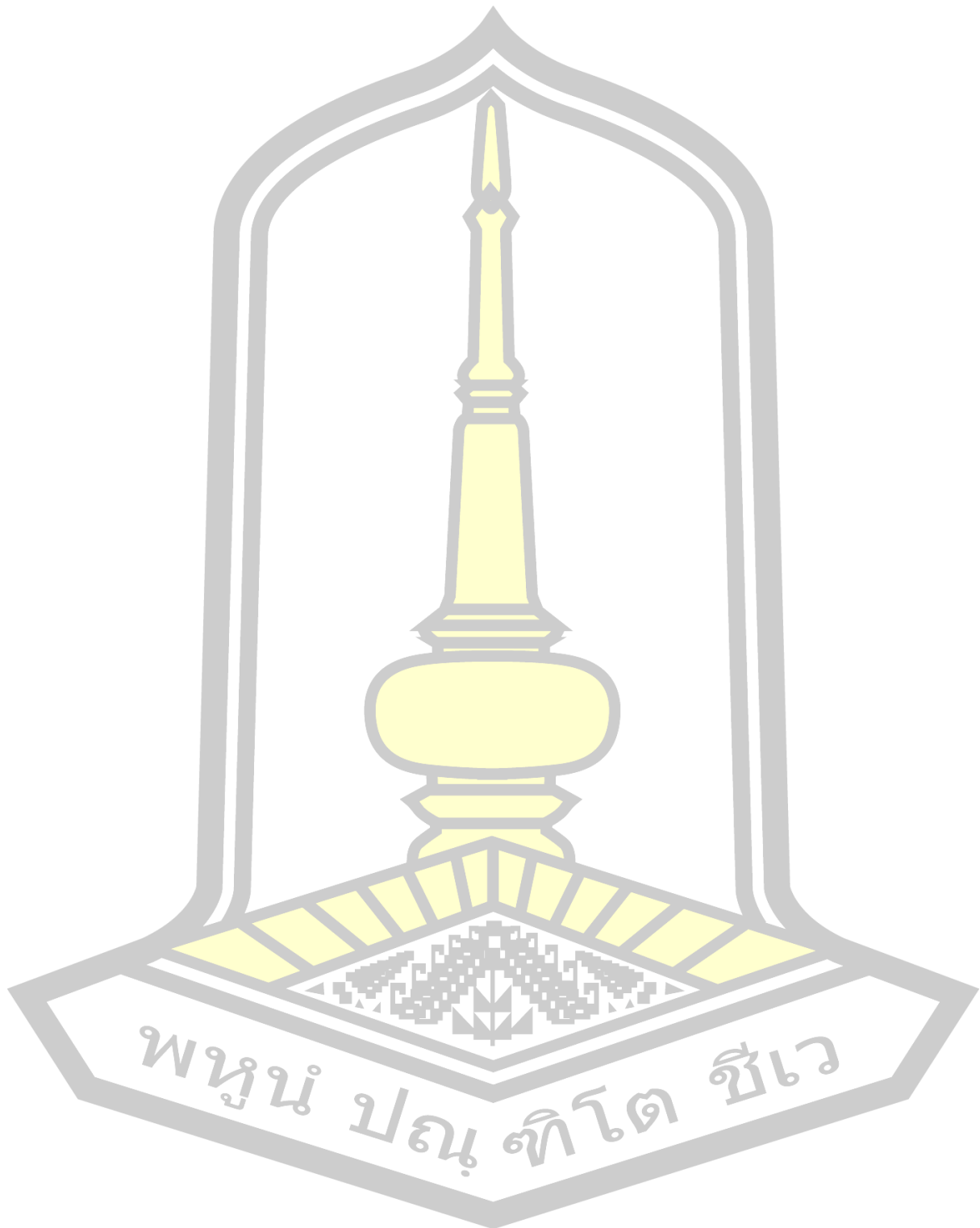
5.3.1. กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่เหมาะสมที่จะช่วยให้ชุมชนและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาด้วยตนเอง เพราะเป็นการค้นหาปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของชุมชนส่งผลให้การดำเนินการสำเร็จต่อเนื่องและยั่งยืน

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการประเมินผลปัจจัยอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ความคงทนของการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในทุกขั้นตอน เพื่อพัฒนากระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

พูน ปณ ทิโต ชีเว

บรรณานุกรม

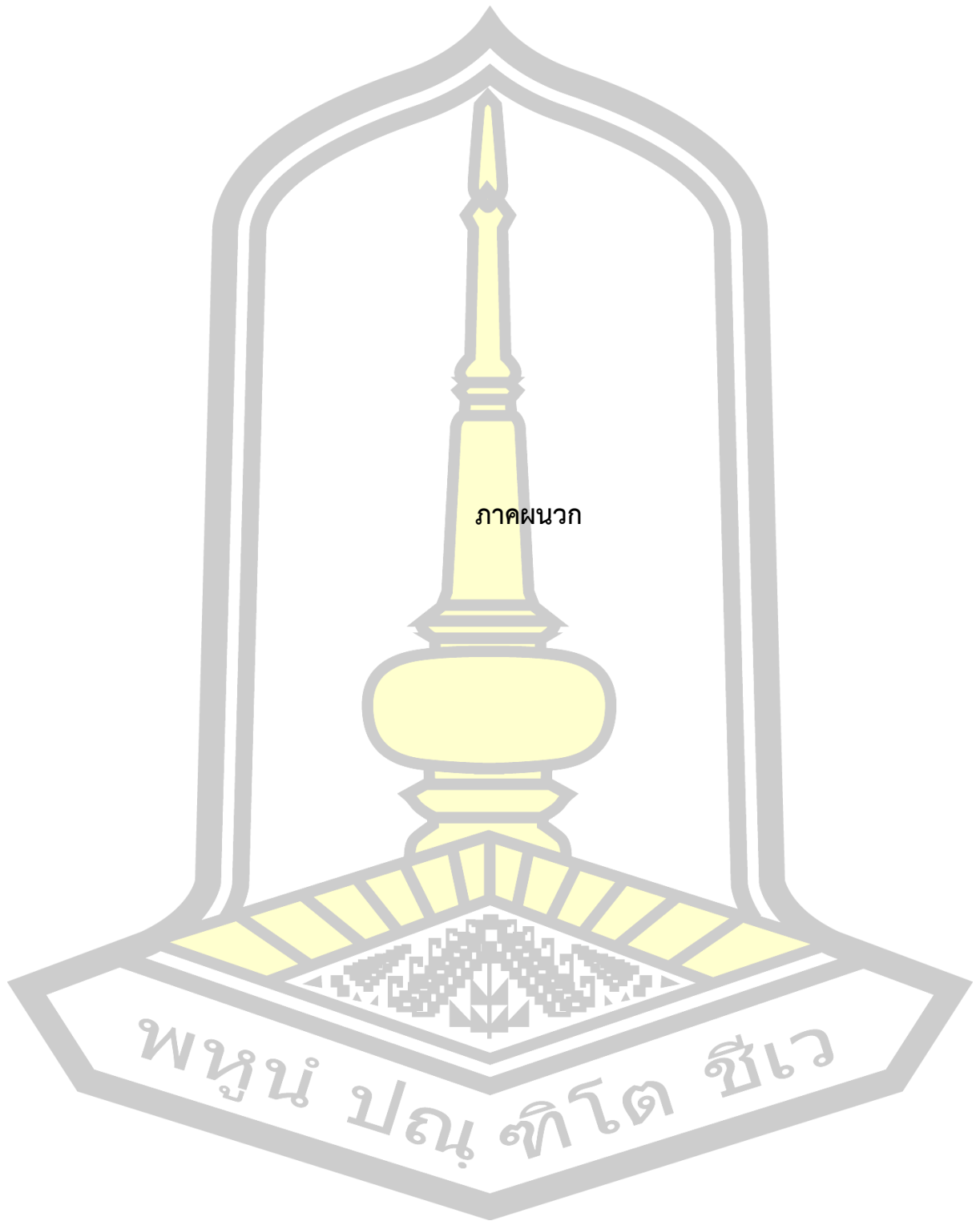


บรรณานุกรม

- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2542). *แนวคิด ทฤษฎี และ การนำไปใช้ในการดำเนินงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- เข็มทอง หน่อศรีดา. (2550). *การพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชนัญฉวีร์ ฐิตพัฒน์. (2552). *การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้กระบวนการ AIC: กรณีศึกษาชุมชนในตำบลหนองไผ่ล้อม อำเภอเมือง จังหวัด นครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครราชสีมา.
- เจริญชัย หมั่นท้อ. (2555). *การมีส่วนร่วมของชุมชนและการจัดทำแผนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ*. นครพนม: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม.
- บุญมาก ไชยฤทธิ์. (2556). *รูปแบบการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชนตำบลโป่งเปือย อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- จิราภรณ์ อุ่นเสียม. (2559). *พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ระยะยาว เขตสุขภาพที่ 11*. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11, 30(4), 261-268.
- วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ และคณะ. (2557). *การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น*. วารสารพยาบาล, 29(3), 104-115.
- ประพันธ์ พงศ์คณิตานนท์. (17 กุมภาพันธ์ 2557). *สัมภาษณ์*. ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- พิชัย โสทิพัฒน์. (18 -20 กุมภาพันธ์ 2556). *สัมภาษณ์*. นักวิจัย กระทรวงสาธารณสุข. การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 1 เทคโนโลยีเพื่อการพัฒนาชาติ.
- เพ็ญจันทร์ สิทธิปริชาชาญ, ปนัดดา ปริญญา และณานิสรา โชติกะคาม. (2555). *กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมชุมชนตำบลมาบแค*. วารสารพยาบาลทหารบก, 13(2), 85-90.
- เยาวลักษณ์ วงษ์ประภารัตน์. (2557). *รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านสันทรายหลวง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่*. รายงานการวิจัย. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมุกดาหาร. (2559 ก). *งานส่งเสริมสุขภาพ 2559*. มุกดาหาร: กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมุกดาหาร.
- วันเพ็ญ ปันราช. (2552). *การพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

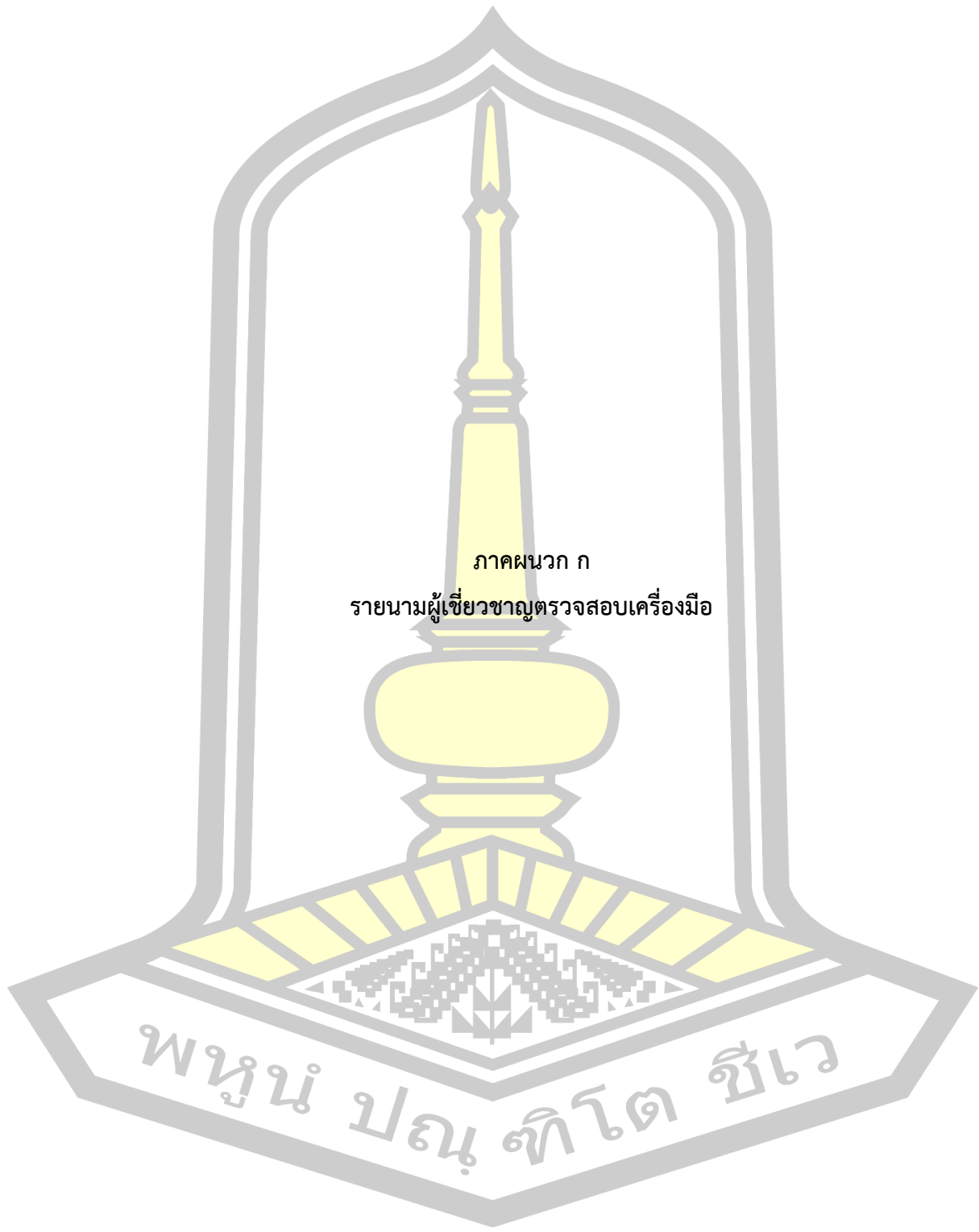
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ. (2556). รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2555. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ. (2556). รายงานส่งเสริมสุขภาพ 2556. นครราชสีมา: ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา.
- สมคิด สันวิจิตร. (2548). การสร้างการบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สร้อยรัตน์ พันธุ์สินทวีสุข. (2551). การพัฒนาความสามารถการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านผือ ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2554). คู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: กองการพยาบาลสำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร. (2558). งานส่งเสริมสุขภาพ 2557. มุกดาหาร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร.
- สุรพล ชยภพ. (2552). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- อรรณพ สนธิไชย และนิติธรรม พิลาภรณ์. (2554). การศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การปฏิบัติของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. รายงานการวิจัย. สุพรรณบุรี: วิทยาลัยการสาธารณสุข สิรินคร สุพรรณบุรี.
- สำนักงานสถิติจังหวัดมุกดาหาร. [ออนไลน์] ได้จาก: <http://pobearz.blogspot.com/2011/08/blog-post.html> [สืบค้นเมื่อวันที่ 1 มกราคม 2560].
- การมีส่วนร่วม. [ออนไลน์] ได้จาก: http://52011310474.blogspot.com/2012/04/blog-post_30.html [สืบค้นเมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2560].
- การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. [ออนไลน์] ได้จาก: www.sobkroo.com/img_news/file/A12401031.doc [สืบค้นเมื่อวันที่ 22 มีนาคม 2560].
- แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ. [ออนไลน์] ได้จาก: www.eresearch.ssru.ac.th [สืบค้นเมื่อวันที่ 18 มีนาคม 2560].
- อัตราการเพิ่มของประชากรโลก. [ออนไลน์] ได้จาก: <http://7billionspeople.weebly.com> [สืบค้นเมื่อวันที่ 22 มีนาคม 2560].

พูน ปลูก โท ชเว



ภาคผนวก

พหุบัน ปณุ ทิโต ชีเว



ภาคผนวก ก

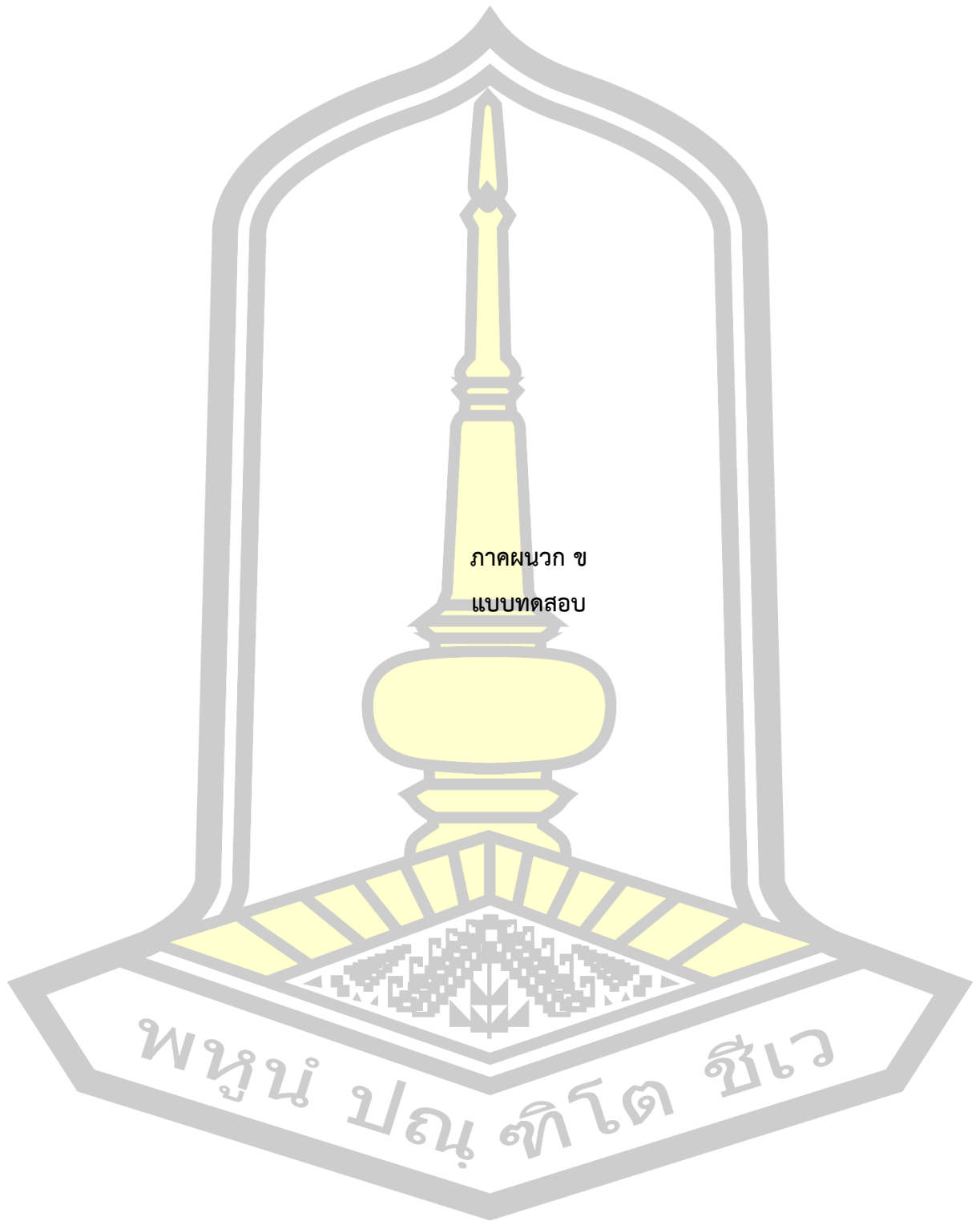
รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

พหุจน์ ปณฺ ทิโต ชีเว

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

1. ดร.จุฑามาศ เบ้าทอง วุฒิการศึกษาสูงสุด สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
ตำแหน่ง อาจารย์
สถานที่ทำงาน คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
2. นางเจียรระไน กิตติพิศคุณากร วุฒิการศึกษาสูงสุด สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
3. นางสาววันทนี ธารณธนบุลย์ วุฒิการศึกษาสูงสุด สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต
ตำแหน่ง นักสังคมสงเคราะห์สาธารณสุขชำนาญการ
สถานที่ทำงาน สำนักงานควบคุมโรคที่10 จังหวัดอุบลราชธานี
4. นายอนันต์ศักดิ์ พันธุ์พุด วุฒิการศึกษาสูงสุด วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
ตำแหน่ง อาจารย์
สถานที่ทำงาน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม
มหาวิทยาลัยนครพนม
5. นายวศินภัทร์ ปิยะพงศ์สกุล วุฒิการศึกษาสูงสุด วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
ตำแหน่ง อาจารย์
สถานที่ทำงาน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม
มหาวิทยาลัยนครพนม

พูน ปณ ทัโต ชีเว



ภาคผนวก ข
แบบทดสอบ

พหุณฺ์ ปณฺุ ทิโต ชีเว

เลขที่แบบสัมภาษณ์

แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ

เรื่อง กระบวนการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ชุมชนนาโปใหญ่

ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร

คำชี้แจง

1. แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาเรื่อง กระบวนการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จะถูกนำไปใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น จึงขอความอนุเคราะห์จากท่าน ตอบแบบสัมภาษณ์ตามสภาพความเป็นจริง คำตอบที่สมบูรณ์ของท่าน มีค่าและมีประโยชน์อย่างยิ่ง โดยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินงานด้านการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร คำตอบของท่านจะถือเป็นความลับไม่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อตัวท่านแต่อย่างใด

2. แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ	จำนวน 13 ข้อ
ส่วนที่ 2 ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ	จำนวน 16 ข้อ
ส่วนที่ 3 พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ	จำนวน 15 ข้อ
ส่วนที่ 4 เจตคติของผู้สูงอายุ	จำนวน 25 ข้อ
ส่วนที่ 5 การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชุมชน	จำนวน 15 ข้อ

3. แบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	จำนวน 6 ข้อ
ส่วนที่ 2 ความรู้ทั่วไปในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน	จำนวน 18 ข้อ

พูน ปณ ทิโต ชีเว

แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ

เรื่อง กระบวนการดูแลผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ชุมชนนาโปใหญ่

ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร

ส่วนที่1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง และ/หรือข้อความที่ตรงตามความเป็นจริง
กับตัวท่านลงในช่องว่างให้สมบูรณ์

1. เพศ

1.ชาย

2.หญิง

2.อายุ ปี (เศษอายุตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปให้ปรับจำนวนเต็ม)

3.สถานภาพ

1.โสด

2.สมรส

3.หม้าย

4.หย่าร้าง/แยก

4. ระดับการศึกษา

1.ไม่ได้เรียน

2.ประถมศึกษา

3.มัธยมศึกษา

4.อุดมศึกษา

5. อาชีพ

1.เกษตรกรรม (ทำนาทำไร่ เลี้ยงสัตว์) 2.ค้าขาย

3.รับจ้าง

4.ข้าราชการเกษียณ ข้าราชการบำนาญ

5.อื่นๆ ระบุ.....

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท/เดือน

6.โรคประจำตัว (ผ่านการวินิจฉัยโรคจากแพทย์แล้วว่าเป็นโรค และตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1.โรคหัวใจ

2.โรคมะเร็ง

3.โรคตับ

4.โรคทางจิต

5.โรคความดันโลหิตสูง

6.โรคเบาหวาน

7.โรคไต

8.โรคซึมเศร้า

9.ข้ออักเสบ

10.หลอดเลือดอักเสบเรื้อรัง

11.โรคทางสมอง

12.อื่นๆ

6. จำนวนสมาชิกครอบครัวในปัจจุบัน คน

7. สถานะในครอบครัว

- 1.หัวหน้าครอบครัว 2.สมาชิกในครอบครัว
 3.ผู้อาศัย

8. ลักษณะโครงสร้างของครอบครัว

- 1.อาศัยอยู่คนเดียว 2.อาศัยอยู่กับคู่สมรสเท่านั้น
 3.อาศัยอยู่กับบุตรเท่านั้น 4.อาศัยอยู่กับหลานเท่านั้น
 5.อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร 6.อาศัยอยู่กับคู่สมรสและหลาน
 7.อาศัยอยู่กับบุตรและหลาน 8.อาศัยอยู่กับคนอื่น
 9.อาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตรและหลาน 10.อาศัยอยู่กับ (ระบุ).....

9. ผู้ให้การดูแลในการทำกิจกรรมประจำวันมากที่สุด

- 1.ไม่มี
 2.มี (ระบุ)
 1.บุตรสาว 2.บุตรชาย 3.หลาน
 4.คู่สมรส 5.ญาติพี่น้อง 6.เพื่อนบ้าน
 7.จ้างผู้ดูแล 8.อื่นๆ ระบุ.....

10. กลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุที่ไปมาหาสู่กันเป็นประจำในชุมชน

- 1.ไม่มี 2.มี ระบุ (จำนวน).....คน

11. สวัสดิการความช่วยเหลือที่ได้รับเป็นจำนวนเงิน

- 1.เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ.....บาท/เดือน 2.เบี้ยผู้พิการ จำนวน.....บาท/เดือน
 3.เงินช่วยเหลืออื่นๆ ระบุ.....บาท/.....หน่วยงานสนับสนุน.....

12. สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน

- 1.บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2.ชำระเงินเอง
 3.จ่ายตรง / สิทธิเบิกได้ 4.สิทธิอื่นๆ (ระบุ).....

13. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารด้านผู้สูงอายุหรือที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ (เช่น การปฏิบัติตัวในวัยสูงอายุ การทำตัวให้มีสุขภาพดี การจัดการเรื่องการเงินในช่วงสูงวัย สิทธิของคนสูงอายุ ฯลฯ) จากแหล่งต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1.หอกระจายข่าว 2.แผ่นพับ/ใบปลิว
 3.วิทยุ 4.ป้ายประกาศ/โปสเตอร์
 4.โทรทัศน์ 5.อินเทอร์เน็ต/คอมพิวเตอร์
 7.หนังสือพิมพ์ / นิตยสาร 8.บุคคลต่าง ๆ (เช่น ผู้นำชุมชน ญาติ เพื่อน ฯลฯ)

ส่วนที่ 2 ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ผู้สูงอายุฟังคำถามจากผู้สัมภาษณ์และตอบคำถาม "ใช่" หรือ "ไม่ใช่" ผู้สัมภาษณ์กรณาคัดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้สูงอายุมากที่สุด

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
ความรู้ด้านการบริโภคอาหาร		
1.การกินอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้เป็นประจำทุกวันมีประโยชน์ต่อร่างกาย		
2.การกินอาหารไขมันสูง เช่น ข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู อาหารประเภททอด หรืออาหารและขนมหวานที่ปรุงด้วยกะทิ เนย ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรค		
3.ใน 1 วัน ควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว		
ความรู้ด้านการออกกำลังกาย		
4.ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงไม่ควรออกกำลังกายทุกชนิด		
5.การออกกำลังกายช่วยลดหรือผ่อนคลายความเครียดได้		
6.ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 30 นาที จะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้		
ด้านการดูแลอนามัยส่วนบุคคล		
7.ผู้สูงอายุควรล้างมือก่อนการรับประทานอาหารและหลังการขับถ่าย		
8.ผู้สูงอายุควรแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง		
9.ผู้สูงอายุควรสวมเสื้อผ้าที่สะอาดไม่อับชื้น		
ด้านการป้องกันโรค		
10.ผู้สูงอายุอยู่ในบริเวณที่มีควันบุหรี่เป็นประจำนานๆ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค		
11.ผู้สูงอายุควรตรวจสุขภาพโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง		
12.เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย ไม่ควรซื้อยารับประทานเอง		
13.การดื่มสุรามีผลต่อเสียดสุขภาพ		
ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิต		
14.ผู้ที่มีความเครียดเป็นประจำทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง/กระเพาะอาหาร		
15.เมื่อรู้สึกเครียดควรทำกิจกรรมที่เพลิดเพลิน เพื่อผ่อนคลาย เช่น การปลูกต้นไม้		
16.เมื่อมีปัญหาไม่สบายใจผู้สูงอายุ ควรคิดหาทางออกให้ได้ด้วยตนเอง ไม่จำเป็นต้องปรึกษาใคร		

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ผู้สูงอายุฟังคำถามจากผู้สัมภาษณ์และตอบคำถาม ตามที่ได้ปฏิบัติจริง ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ผู้สัมภาษณ์กรุณาขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้สูงอายุมากที่สุดข้อละ 1 คำตอบ โดยมีคำตอบ 3 ตัวเลือก ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น 5-7 วัน ใน 1 สัปดาห์
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น 1-4 วัน ใน 1 สัปดาห์
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

พฤติกรรม	ระดับปฏิบัติ		
	เป็นประจำ	บางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
พฤติกรรมด้านบริโภคอาหาร			
1.กินอาหารหลากหลายไม่ซ้ำกัน ครบ 5 หมู่ ใน 1 วัน			
2.กินผักและผลไม้ทุกวัน			
3.กินอาหารสุกๆดิบๆเป็นประจำ			
4.ลดการกินอาหารหรือขนมหวานที่ปรุงด้วยกะทิ เนย ไขมัน รื่น เช่นแกงเผ็ด แกงเขียวหวาน มัสมั่น แกงคั่ว ข้าวเหนียวมูล ก๋วยเตี๋ยววุ้น บัวลอย ลอดช่อง ทับทิมกรอบหรือขนมประเภท เบอเกอรี่ เช่น ขนมปัง ขนมเค้ก โดนัท			
5.ดื่มน้ำอย่างน้อยไม่ต่ำกว่าวันละ 8 แก้ว			
พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย			
6.ท่านออกกำลังกายติดต่อกันอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที			
7.ท่านได้บริหารกล้ามเนื้อด้วยการแกว่งแขนแกว่งขา เกร็งข้อมือ เกร็งข้อเท้า			
8.ท่านออกกำลังกายโดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อเช่น ยืดเหยียดกล้ามเนื้อแขน กล้ามเนื้อขา			
9.ท่านมีการเคลื่อนไหวในการทำงานบ้านงานอาชีพ เช่น ทำงานบ้าน/ทำสวน/ทำไร่/ทำนา/ขี่จักรยานหรือเดินไปทำงานจนรู้สึกเหนื่อยกำลังดีสะสมอย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5 วัน			

พฤติกรรม	ระดับปฏิบัติ		
	เป็นประจำ	บางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
10.ก่อนออกกำลังกายท่านมีการเตรียมร่างกายให้พร้อมและเริ่มออกกำลังกายจากการทำท่าที่หนักๆก่อน			
พฤติกรรมด้านการผ่อนคลายความเครียด			
11.ท่านพักผ่อนหย่อนใจโดยการพูดคุยกับบุคคลในบ้าน			
12.ท่านควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้เมื่อรู้สึกโกรธ เช่น ขว้างปาสิ่งของ ทำร้ายฝ่ายตรงข้าม เอะอะโวยวาย			
13.ท่านมีกิจกรรมร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัวตามเทศกาลต่างๆ เช่น ทำบุญ/พักผ่อน			
14.เมื่อรู้สึกเครียด ท่านสวดมนต์ ไหว้พระ นั่งสมาธิ			
15.ท่านมีกิจกรรมสันตนาการร่วมกับกลุ่มเครือข่ายของตนเอง เช่น เพื่อนเก่า เพื่อนร่วมงาน ชมรมต่างๆ			



ส่วนที่ 4 เจตคติของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ผู้สูงอายุฟังคำถามจากผู้สัมภาษณ์และตอบคำถาม ที่ตรงกับความรู้สึก/ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ผู้สัมภาษณ์กรณาขีดเครื่องหมาย √ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้สูงอายุ

ข้อความเกี่ยวกับเจตคติของผู้สูงอายุ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ					
1. ท่านรู้สึกกังวลในเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ					
2. ท่านเห็นความสำคัญในการประเมินภาวะสุขภาพ					
3. ท่านเชื่อว่าการใส่ใจสุขภาพสามารถชลอความแก่					
4. ท่านเชื่อว่าปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มสุรา พักผ่อนไม่เพียงพอ					
5. ท่านรู้สึกว่าคุณภาพของท่านเป็นภาระกับคนอื่น					
ด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ					
6. ท่านเห็นความสำคัญในการกำหนดอาหารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ					
7. ท่านเห็นคุณค่าในการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ					
8. ท่านเห็นความสำคัญในการดูแลอนามัยในช่องปากเพื่อสร้างเสริมสุขภาพฟันและช่องปาก					
9. ท่านเชื่อว่าการยืดกล้ามเนื้อได้ถูกต้องสามารถผ่อนคลายกล้ามเนื้อได้ดี					

ข้อความเกี่ยวกับเจตคติของผู้สูงอายุ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
10. ท่านเห็นคุณค่าในการรับประทาน อาหาร ผักผลไม้และการออกกำลังกาย สม่ำเสมอเพื่อป้องกันอาหารท้องผูกใน ผู้สูงอายุได้					
ด้านการจัดการความเครียดและอารมณ์ของผู้สูงอายุ					
11. ท่านเชื่อว่าวิธีหายใจ เข้า-ออก สามารถผ่อนคลายความเครียดได้					
12. ท่านเห็นความสำคัญในการทำงาน อดิเรกเพื่อไม่ให้เกิดความรู้สึกหัว เศร้า และทำให้สุขภาพแข็งแรงกว่าอยู่ บ้านเฉยๆ					
13. ท่านให้ความสำคัญในการสร้าง ครอบครัวที่อบอุ่น เพื่อความสุขของทุกคน					
14. ท่านเชื่อว่าการควบคุมอารมณ์เป็น วิธีการหนึ่งในการจัดการความเครียด					
15. ท่านเชื่อว่าความเครียดลดลงด้วย เทคนิควิธีการคลายเครียดต่างๆ เช่นการ ฝึกการหายใจ การจินตนาการ การผ่อนคลาย กล้ามเนื้อ					
ด้านกิจกรรมในสังคม					
16. ท่านเห็นคุณค่าในการเข้าร่วมกิจกรรม ต่างๆของผู้สูงอายุ เช่น การเข้าร่วมชมรม ผู้สูงอายุ					
17. ท่านรู้สึกผิดหวังเมื่อไม่สามารถเข้าร่วม กิจกรรมสังคมได้					
18. ท่านพึงพอใจกับความสามารถของ ตนเองเมื่อเข้าร่วมกิจกรรม					

ข้อความเกี่ยวกับเจตคติของผู้สูงอายุ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
19. ท่านเห็นคุณค่าในการร่วมกิจกรรมทางสังคมที่ครอบครัว หรือชุมชนจัดให้ เช่น กิจกรรมวันสูงอายุ					
20. ท่านเชื่อว่าการเข้าร่วมกิจกรรมที่เหมาะสมกับตัวท่าน เช่น กิจกรรมสันทนาการ กิจกรรมธรรมสังฆจร นั่งสมาธิ เป็นต้น ช่วยให้คุณมีความสุขและมีคุณค่าต่อสังคม					
ด้านความมั่นคงแห่งชีวิตและสวัสดิการของผู้สูงอายุ					
21. ท่านเห็นด้วยที่รัฐจะต้องจัดสวัสดิการให้ผู้สูงอายุ					
22. ท่านมีความสุขเมื่อได้รับสวัสดิการทุกอย่าง					
23. ท่านรู้สึกที่สวัสดิการที่ได้รับแล้วมีความมั่นคงในชีวิตและยั่งยืน					
24. ท่านเห็นความสำคัญในการเตรียมความพร้อมสำหรับวัยสูงอายุ ที่รัฐจัดให้					
25. ท่านเห็นคุณค่าในการส่งเสริมพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุให้สามารถดูแลตนเองได้จากนโยบายของรัฐ					

พูน ปณ ทิโต ชีเว

ส่วนที่ 5 การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชุมชน

คำชี้แจง ผู้สูงอายุฟังคำถามจากผู้สัมภาษณ์และตอบคำถาม ตามความเป็นจริงมากที่สุด ผู้สัมภาษณ์
กรุณาขีดเครื่องหมาย √ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้สูงอายุ

ข้อที่	การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	ระดับการมีส่วนร่วม				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านการร่วมค้นหาปัญหาและตัดสินใจ						
1	มีส่วนร่วมในการค้นหา สาเหตุของปัญหาและแนวทางแก้ไข					
2	มีส่วนร่วมในการประชุม ร่วมอภิปรายเรื่องต่างๆในที่ประชุมเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน					
3	มีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน					
ด้านการร่วมวางแผน/การจัดทำแผนด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน						
4	มีส่วนร่วมในการเป็นคณะกรรมการ/แกนนำในชุมชน					
5	มีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการปฏิบัติงาน /โครงการเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน					
6	มีส่วนร่วมในการกำหนดขั้นตอนปฏิบัติงานการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน					
ด้านการร่วมปฏิบัติการ/กิจกรรมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน						
7	ท่านมีส่วนร่วมในการแก้ไขข้อบกพร่องในการทำงาน					
8	ร่วมให้การสนับสนุนวัสดุหรือบริจาคเงินในการดำเนินงานในชุมชน					

ข้อที่	การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	ระดับการมีส่วนร่วม				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านการร่วมปฏิบัติการ/กิจกรรมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (ต่อ)						
9	มีส่วนร่วมกับเทศบาลในการเข้ารับการฝึกอบรมเสริมสร้างความรู้ต่างๆเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน					
10	ร่วมกิจกรรมพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ/การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน					
มีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์						
11	ได้รับการพัฒนาความรู้ทำให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน					
12	สามารถติดต่อ สื่อสารกับเทศบาลเมืองได้สะดวกขึ้น					
ด้านการร่วมตรวจสอบและประเมินผล						
13	มีส่วนร่วมในการประเมินผลงานของชุมชน ตามเป้าหมายและบรรลุมัตถุประสงค์					
14	มีส่วนร่วมในการตรวจสอบ ปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงาน					
15	ช่วยประชาสัมพันธ์ผลการประเมินผลการทำงาน					

พูน ปณ ทิโต ชีเว

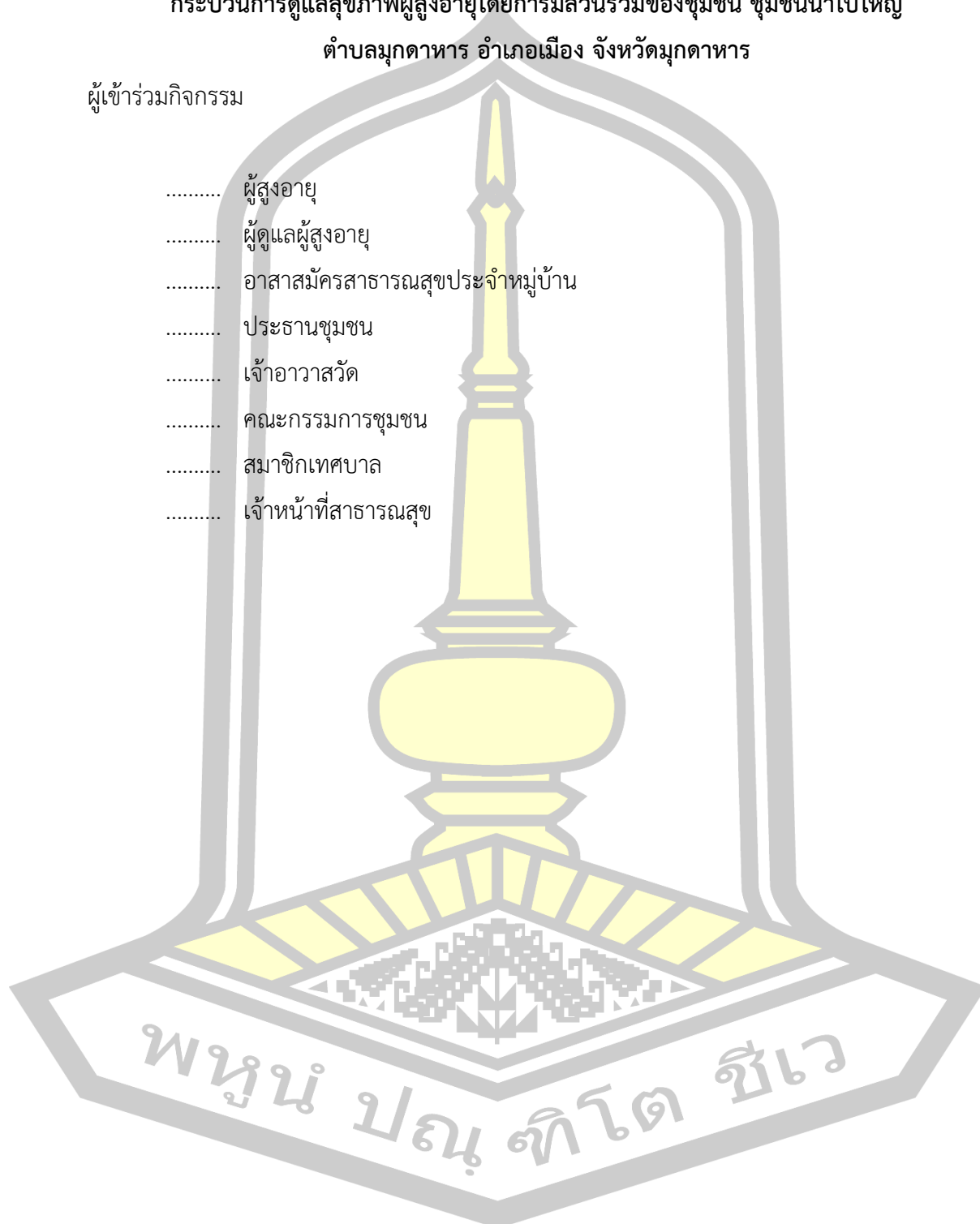
แบบบันทึกการสังเกต (สำหรับนักวิจัย)

กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ชุมชนนาโปใหญ่

ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม

- ผู้สูงอายุ
- ผู้ดูแลผู้สูงอายุ
- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- ประธานชุมชน
- เจ้าอาวาสวัด
- คณะกรรมการชุมชน
- สมาชิกเทศบาล
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุข



แบบบันทึกการสังเกตการณ์อย่างมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

ประเด็นการสังเกต	ระดับปฏิบัติ		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
ระยะการศึกษาและวิเคราะห์สภาพการณ์ก่อนพัฒนา			
1.การเข้าร่วมสนทนากลุ่ม เพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน			
2.การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนข้อมูล หรือ ประสพการณ์ หรือซักถามข้อสงสัยในการสนทนากลุ่ม			
3.มีความสนใจและเข้าร่วมกิจกรรมในกลุ่มสนทนา			
4.กำหนดปัญหา และเป้าหมายเพื่อพัฒนาร่วมกัน			
ระยะเวลาการวางแผนพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ			
5.แลกเปลี่ยนประสพการณ์ หรือข้อมูล การมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น ซักถามปัญหา ข้อสงสัยในการจัดประชุมทำแผนแบบมีส่วนร่วม			
6.การแสดงความคิดเห็น เข้าร่วมกิจกรรมในขั้นตอน การประชุม จัดทำแผนแบบมีส่วนร่วม			
7.กิจกรรม/โครงการ เพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน			
8.การมีส่วนร่วมในการจัดลำดับของกิจกรรมรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน			
9.การมีส่วนร่วมในแผนดำเนินงานในกิจกรรมรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน			
ระยะการปฏิบัติตามแผนพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ			
10.โครงการการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมตามแผนกิจกรรม			

แบบบันทึกการสังเกตการณ์อย่างมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมกิจกรรม (ต่อ)

ประเด็นการสังเกต	ระดับปฏิบัติ		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
ระยะติดตาม ประเมินผลพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ			
11.การมีส่วนร่วมในการสนับสนุนทรัพยากร เพื่อการปฏิบัติงานตามแผนพัฒนา			
12.ผลสำเร็จกิจกรรมการพัฒนาร่วมกันในการกำหนดตัวชี้วัด			
13.การมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการติดตาม ประเมินผลกิจกรรมการพัฒนา			
15.การมีส่วนร่วมในการสนับสนุนทรัพยากรเพื่อติดตาม ประเมินผลกิจกรรมการพัฒนา			

หมายเหตุ ระดับการวัด

ระดับการมีส่วนร่วมมาก เท่ากับ 3 คะแนน

ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง เท่ากับ 2 คะแนน

ระดับการมีส่วนร่วมน้อย เท่ากับ 1 คะแนน

โดยกำหนดเกณฑ์ในการแปลผลการวัดระดับการมีส่วนร่วม ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยช่วง 1.00 - 1.66 คือ ระดับการมีส่วนร่วมน้อย

คะแนนเฉลี่ยช่วง 1.67 - 2.32 คือ ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยช่วง 2.33 - 3.00 คือ ระดับการมีส่วนร่วมมาก

พูน ปรุ ทิโต ชีเว

แบบบันทึกกิจกรรมการประชุมกลุ่มโดยการมีส่วนร่วม (สำหรับนักวิจัย)

1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมการมีส่วนร่วม คน

1.1 ประกอบด้วย

.....

.....

.....

.....

.....

1.2 ผู้ดำเนินกิจกรรม

.....

1.3 ผู้บันทึกกิจกรรม

.....

2. ปัญหาที่พบจากการสนทนาแบบมีส่วนร่วม มี.....เรื่อง ประกอบด้วย

2.1

.....

2.2

.....

2.3

.....

2.4

.....

2.5

.....

3. ปัญหาที่กลุ่มเลือกจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ

3.1

.....

3.2

.....

3.3

.....

4. แผนงาน/โครงการที่เกิดขึ้นจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ

4.1

.....

4.2

.....

4.3

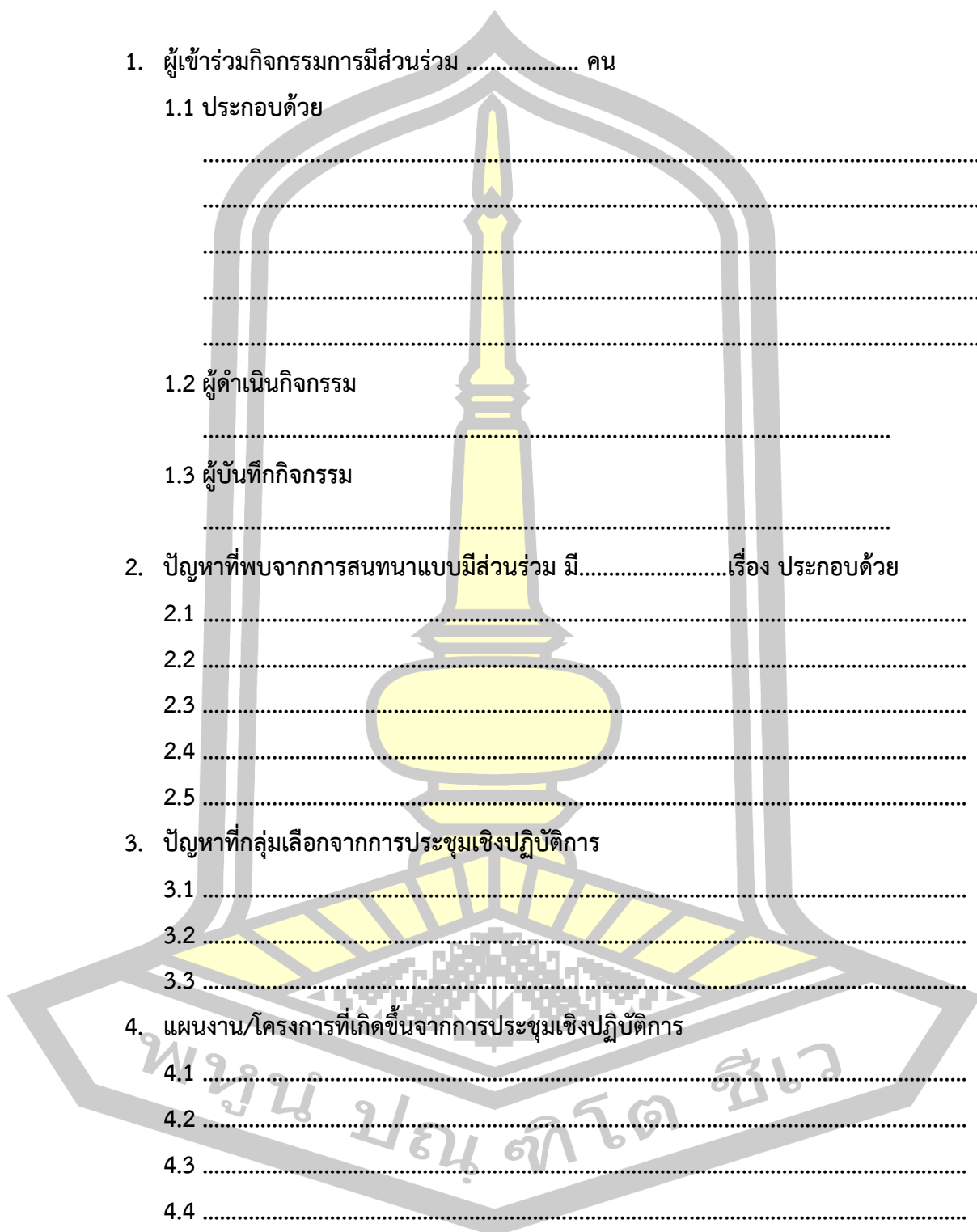
.....

4.4

.....

4.5

.....



แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (สำหรับภาคีเครือข่าย)

1. ด้านความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ

.....

.....

.....

2. ด้านทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ

.....

.....

.....

3. ด้านพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

.....

.....

.....

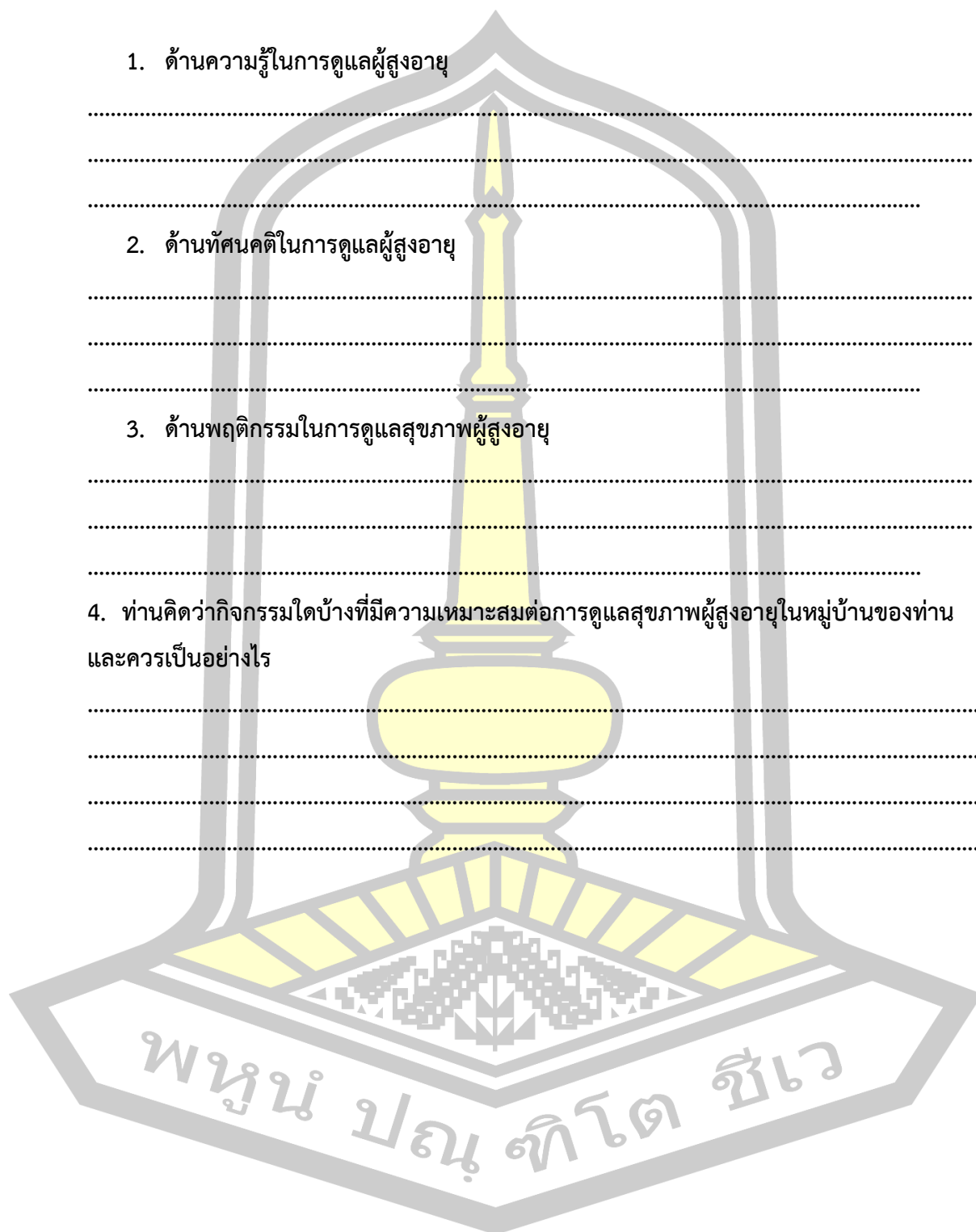
4. ท่านคิดว่ากิจกรรมใดบ้างที่มีความเหมาะสมต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในหมู่บ้านของท่าน และควรเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....



บันทึกการถอดบทเรียน (สำหรับภาคีเครือข่ายและนักวิจัย)

1. ความเป็นมาของกิจกรรม

.....

.....

.....

2. วัตถุประสงค์ในการถอดบทเรียน

.....

.....

.....

3. เปรียบเทียบการปฏิบัติตามแผน จุดแข็ง จุดอ่อน

.....

.....

.....

4. สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการปฏิบัติในครั้งนี้

.....

.....

.....

5. ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

6. ข้อค้นพบใหม่

.....

.....

.....

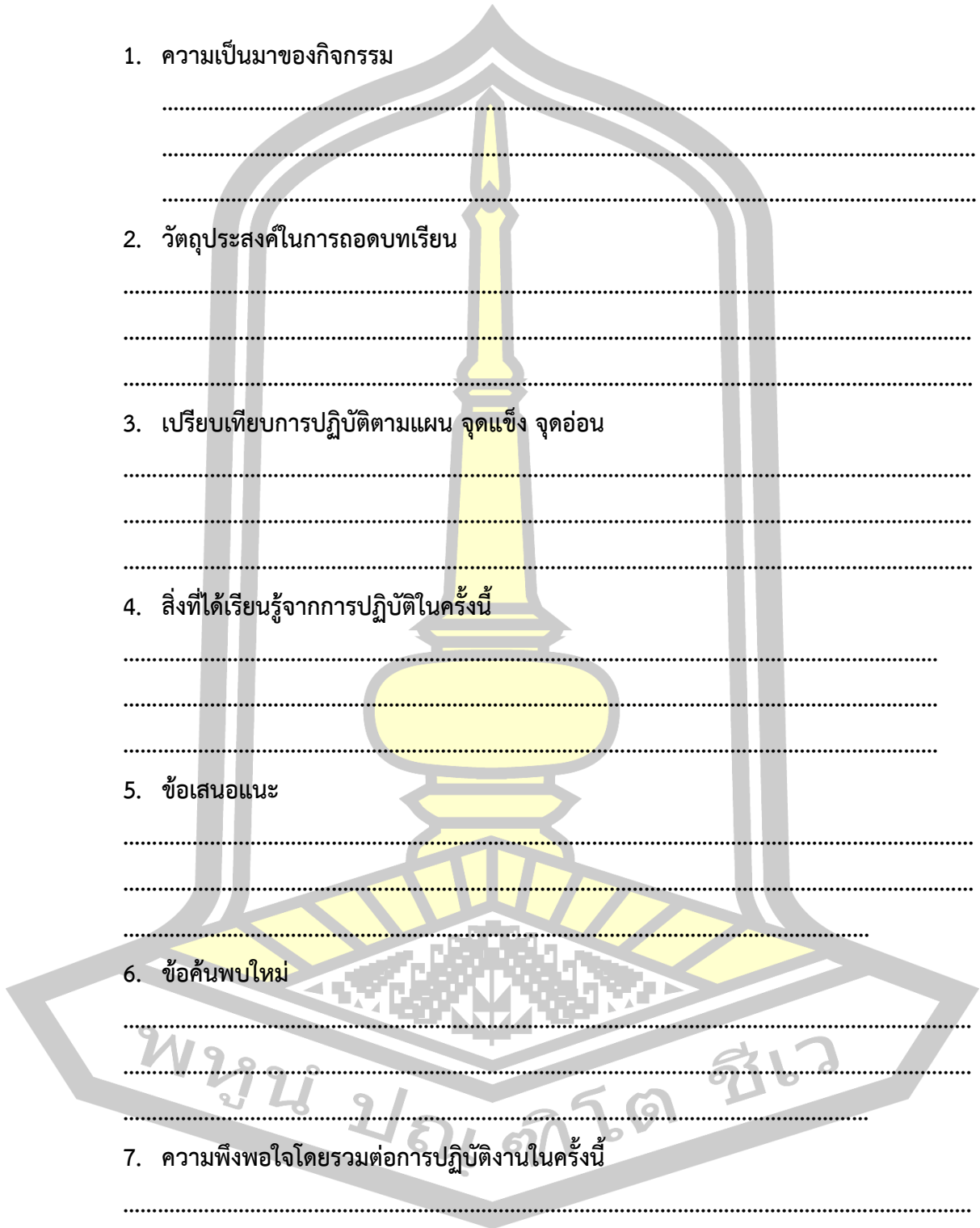
7. ความพึงพอใจโดยรวมต่อการปฏิบัติงานในครั้งนี้

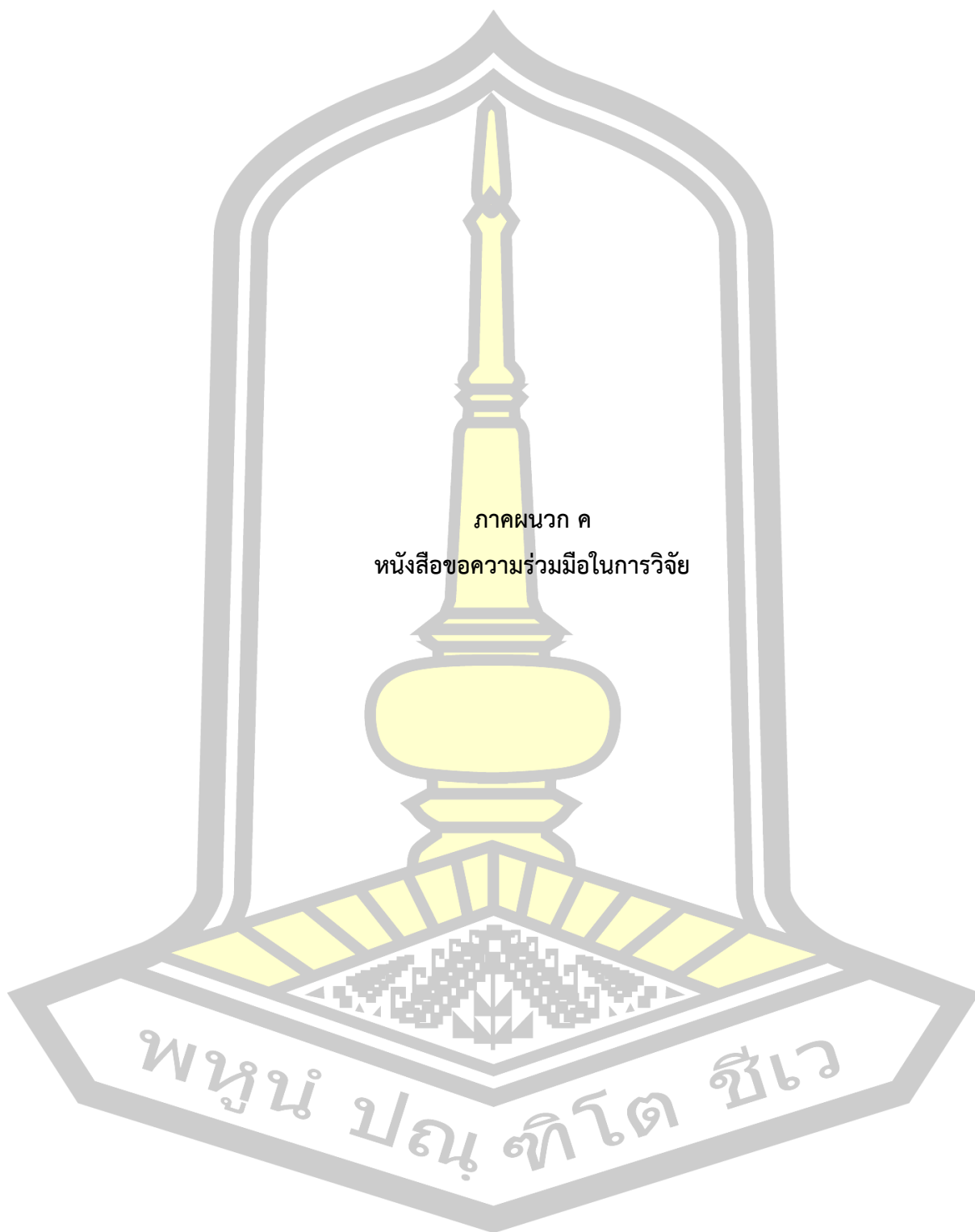
.....

.....

.....

.....





ภาคผนวก ค
หนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย

พหุบัน ปณฺ ทิโต ชีเว



ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๔(๒.๕.๖) ๒๐๒๐

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือในการทำวิจัย

เรียน นายกเทศมนตรีเมืองมุกดาหาร

ด้วย นางสาวขวัญรัตน์ บัววิชัยศิลป์ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร" ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี อ.ดร.ชัยวุฒิ บัวเนี้ยว และ ดร.อรุณ บุญสร้าง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่า ผู้สูงอายุในชุมชน มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่ชุมชนนาโปน้อย ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร จำนวน 30 คน ที่อยู่ในความรับผิดชอบ/ดูแล/ควบคุม/กำกับของท่าน มีความเหมาะสมในการทดลองใช้เครื่องมือในการทำวิจัยครั้งนี้ ไคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดอนุญาตให้ นางสาวขวัญรัตน์ บัววิชัยศิลป์ ทดลองใช้เครื่องมือในการทำวิจัย เพื่อที่นิตินจะนำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรารณ เนวินโบล)

รองคณบดีฝ่ายบริหารการศึกษา ปฏิบัติราชการแทน

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์



ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๔๑๓.๖๓๖ ๒๐๑

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๕๑๕๐

๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการจัดทำวิทยานิพนธ์

เรียน นายกเทศมนตรีเมืองมุกดาหาร

ด้วย นางสาวขวัญรัตน์ บัววิชัยศิลป์ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร" ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี อ.ดร.ชัยวุฒิ บัวเนี้ยว และ ดร.อรุณ บุญสร้าง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามจึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้อนุญาตให้ นางสาวขวัญรัตน์ บัววิชัยศิลป์ เก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุและภาคีเครือข่ายในชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร จำนวน 60 คน ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ เพื่อที่นิตินจะนำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

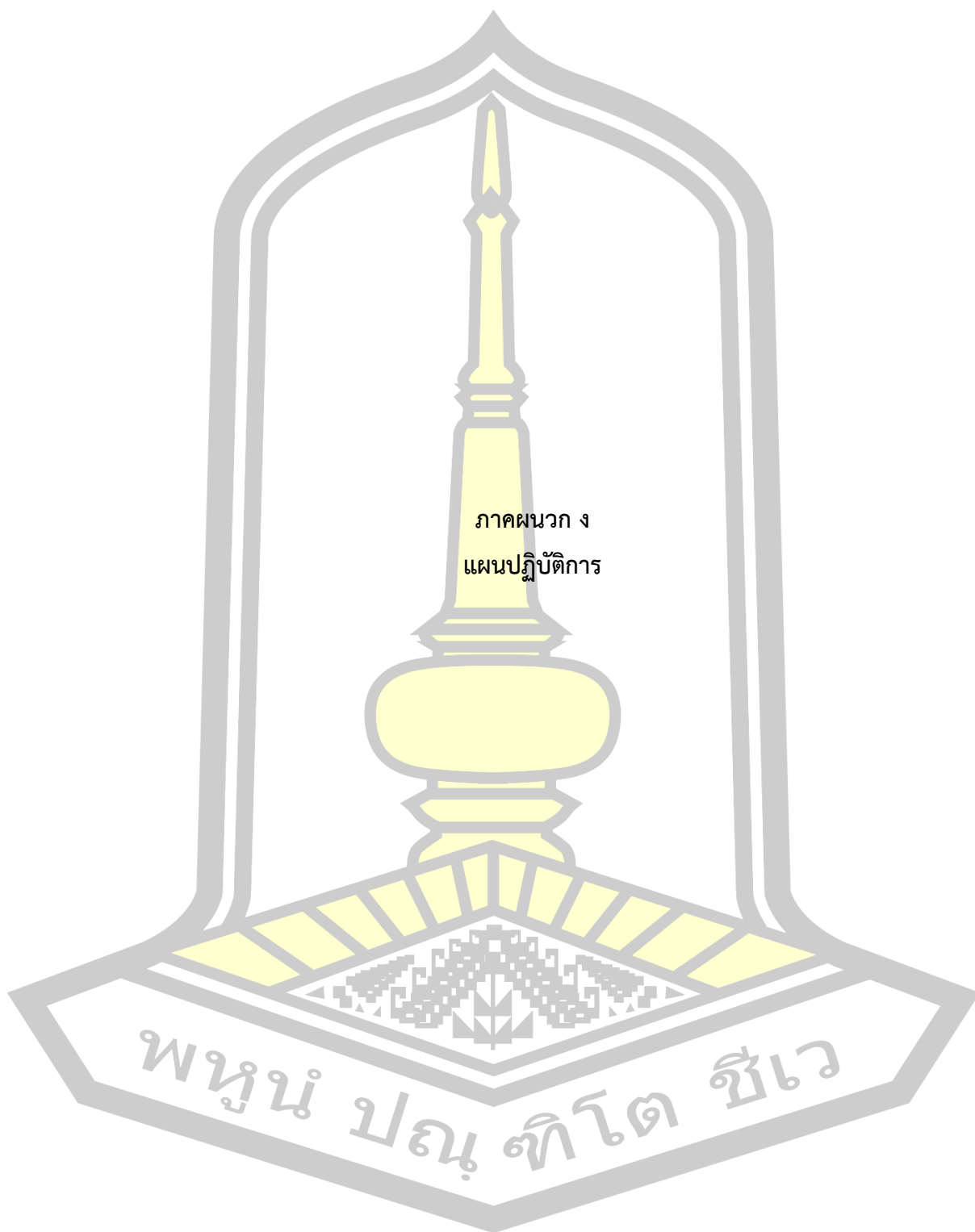
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิตธีรพงษ์ เทรินโปสถ์)

รองคณบดีฝ่ายบริหารการศึกษา ปฏิบัติราชการแทน

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์



ภาคผนวก ง
แผนปฏิบัติการ

พหุ ประจันต์ ชัยเว

แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)

การพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ชุมชนขนาดใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/วัสดุอุปกรณ์/งบประมาณ	ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน	วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดหรือวิธีการประเมิน
<p>ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning)</p> <p>กิจกรรมที่ 1 ศึกษาบริบทพื้นที่/วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>1. เพื่อให้ได้ข้อมูลการคัดกรองและจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน</p> <p>2. เพื่อให้สามารถวิเคราะห์จุดแข็งและจุดอ่อนของรูปแบบการดูแลเดิม</p> <p>3. เพื่อให้มีข้อมูลด้าน</p>	<p>1. สอบถาม/สัมภาษณ์ ข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุ จากผู้ดูแลในครอบครัว และผู้นำชุมชน</p> <p>2. ประสานงานกับพยาบาล นักวิชาการ สาธารณสุข กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาล มุกดาหาร จัดการดูแลผู้สูงอายุเพื่อติดตามผล การคัดกรองสุขภาพและการวัดการเจ็บป่วยในชุมชน</p>	<p>ระยะเวลา</p> <p>ต.ค. 2560</p> <p>สถานที่</p> <p>1. บ้านผู้สูงอายุ</p> <p>2. รพ.มุกดาหาร</p> <p>3. ศาลาประชาคมชุมชน</p> <p>นาบใหญ่</p> <p>วัสดุ/อุปกรณ์</p> <p>1. สมุดบันทึก/แฟ้มอเนกมัย</p> <p>ครอปครัว</p>	<p>1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข</p> <p>2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว</p> <p>3. ผู้นำชุมชน</p> <p>4. อสม.</p> <p>5. พยาบาลและนักวิชาการ</p> <p>6. สาธารณสุข</p>	<p>1. การจดบันทึก</p> <p>2. การบันทึกภาพและเสียง</p> <p>3. การบันทึกภาพถ่าย</p> <p>4. การสัมภาษณ์</p>	<p>1. สมุดบันทึก</p> <p>2. เครื่องบันทึกภาพและเสียง</p> <p>3. กล้องถ่ายรูป</p> <p>4. เครื่องบันทึกเสียง</p>	<p>1. ได้มีข้อมูลคัดกรองและจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน</p> <p>2. ได้ทราบจุดแข็ง รวมถึงศักยภาพของชุมชน และข้อจำกัดในการที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน</p>	<p>1. สามารถวิเคราะห์สาเหตุ/ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้</p> <p>2. สามารถวิเคราะห์ศักยภาพและข้อจำกัดของชุมชนในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้</p>

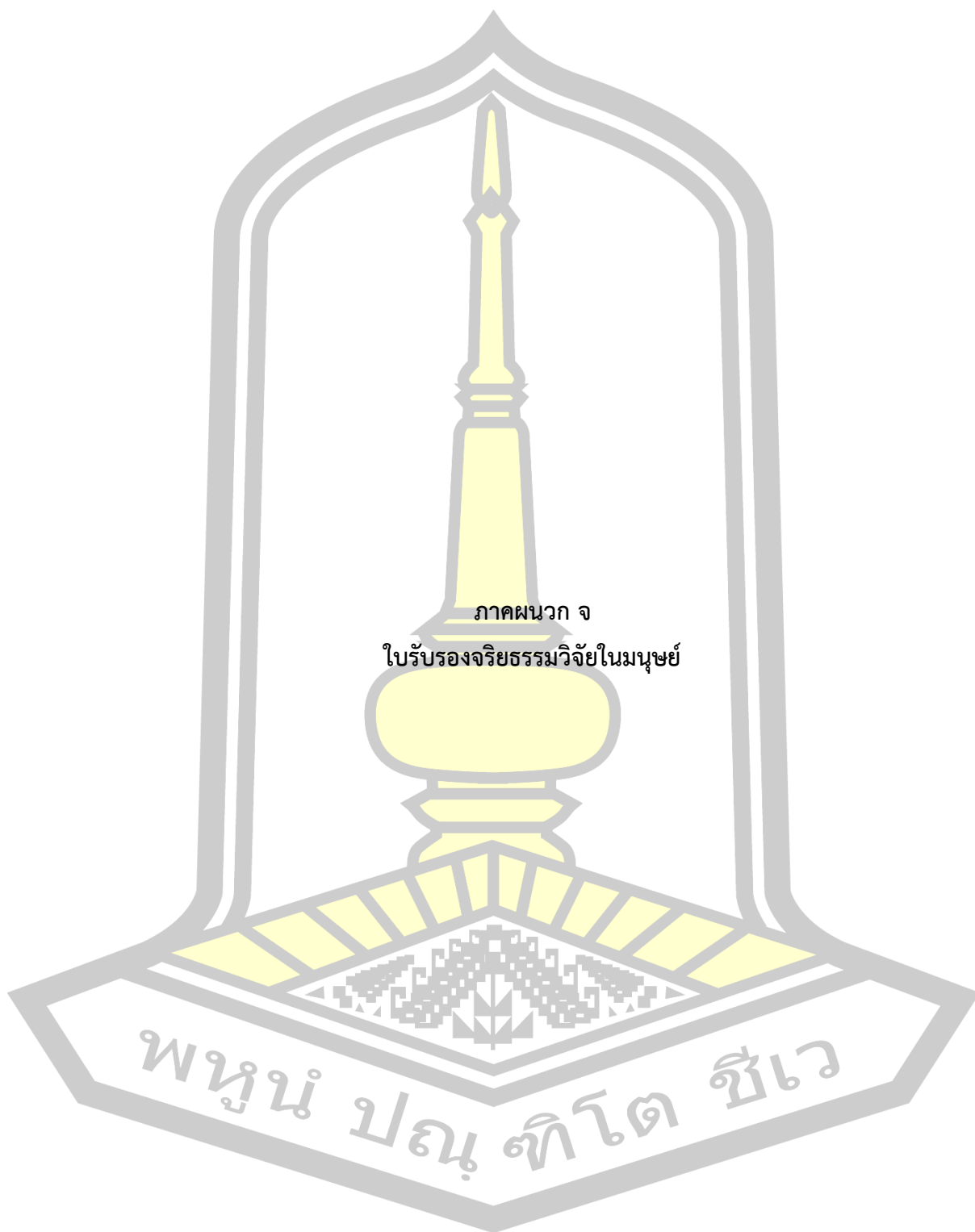
กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/วัสดุอุปกรณ์/งบประมาณ	ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานกิจกรรม	วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดหรือวิธีการประเมิน
ทรัพยากรหรือสิ่งสนับสนุนที่จะเอื้อและสนับสนุนต่อการวางแผนรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนรูปแบบใหม่	ประชุมร่วมกับผู้นำชุมชนและอสม. วิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อน เพื่อเป็นขั้วจูงใจเข้าในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนระบบใหม่	2. เครื่องบันทึกภาพและเสียง สนองต่อกรวางแผนรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนรูปแบบใหม่					
กิจกรรมที่ 2 แต่งตั้งคณะทำงาน/คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย วัตถุประสงค์	1. ประสานงานด้วยวาจาและส่งหนังสือเชิญ พร้อมทำคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน 2. คัดเลือกประชากรที่ศึกษาตามเกณฑ์คัดเลือกและเกณฑ์คัดออก	ระยะเวลา พ.ย. 2560	กลุ่มประชากรที่ศึกษาทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ 1. กลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน 2. กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 3. ภาควิชาครีเอชีย	1. การติดต่อประสานงาน 2. การสอบถาม/สัมภาษณ์	1. หนังสือเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัย 2. หนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย	ได้คณะทำงานวิจัยและประชากรที่ศึกษา	กลุ่มประชากรที่ศึกษาทั้ง 3 กลุ่มยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/วัสดุอุปกรณ์/งบประมาณ	ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน	วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
กิจกรรมที่ 3 ประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1 วัตถุประสงค์ 1. เพื่อวางแผนการประยุกต์ใช้แบบแผนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 2. เพื่อวางแผนการดูแลผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของในชุมชน 3. เพื่อให้เกิดรูปการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างมีส่วนร่วม	ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อวางแผนการประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน	ระยะเวลา ม.ค. 2561 สถานที่ ศาลาประชาคม ชุมชนนาโงใหญ่ วัสดุ/อุปกรณ์ 1. สมุดบันทึก 2. เครื่องบันทึกภาพและเสียง	1. กลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน 2. กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 3. กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน	1. การจดบันทึกการประชุม 2. การบันทึกภาพและเสียง 3. การบันทึกภาพถ่าย 4. การสังเกตแบบมีส่วนร่วม	1. สมุดบันทึกการประชุม 2. เครื่องบันทึกภาพและเสียง 3. กล้องถ่ายรูป 4. แบบบันทึกการมีส่วนร่วม	1. ได้รูปแบบหรือแนวทางการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนจากการประชุม 2. ประยุกต์ใช้รูปการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน 3. เกิดการวางแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/วัสดุอุปกรณ์/งบประมาณ	ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน	วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
<p>ระยะที่ 2 ขั้นปฏิบัติ (Action)</p> <p>กิจกรรมที่ 4 นำแผนไปสู่การปฏิบัติ</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อให้เป็นกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง</p>	ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ	<p>ระยะเวลา</p> <p>ม.ค. 2561</p> <p>วัสดุ/อุปกรณ์</p> <p>1. สมุดบันทึก</p> <p>2. เครื่องบันทึกภาพและเสียง</p> <p>3. ก๊อปปี้ถ่ายรูป</p>	<p>กลุ่มประชากร</p> <p>ที่ศึกษาทั้ง 3 กลุ่ม</p>	<p>1. การจดบันทึก</p> <p>2. การบันทึกภาพและเสียง</p> <p>3. การบันทึกภาพถ่าย</p> <p>4. การสัมภาษณ์เชิงลึก</p> <p>5. การสังเกตแบบมีส่วนร่วม</p> <p>6. การสนทนากลุ่ม</p>	<p>1. สมุดบันทึก</p> <p>2. เครื่องบันทึกภาพและเสียง</p> <p>3. ก๊อปปี้ถ่ายรูป</p> <p>4. แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก</p> <p>5. แบบสังเกต</p> <p>6. การมีส่วนร่วม</p> <p>7. แบบบันทึก</p> <p>8. การสนทนากลุ่ม</p>

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/วัสดุอุปกรณ์/งบประมาณ	ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน	วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดหรือวิธีการประเมิน
กิจกรรม/วัตถุประสงค์ ระยะที่ 3 ขึ้นสังเกต (Observation)							
กิจกรรมที่ 5 สังเกตผลการทำงาน วัตถุประสงค์ เพื่อติดตาม สนับสนุน และบันทึกผลทุกขั้นตอน	ติดตาม และบันทึกผลทุกขั้นตอน	ระยะเวลา ม.ค. 2561 วัสดุ/อุปกรณ์ 1. สมุดบันทึก 2. เครื่องบันทึกภาพและเสียง 3. กล้องถ่ายรูป	1. การจัดทำแผน กิจกรรม 2. การบันทึกภาพและเสียง 3. การบันทึกภาพถ่าย 4. การสัมภาษณ์เชิงลึก 5. การสังเกตแบบมีส่วนร่วม 6. การสนทนา กลุ่ม 7. การประเมินระดับความรู้	1. การจัดทำบันทึก 2. การบันทึกภาพและเสียง 3. การสัมภาษณ์เชิงลึก 4. การสังเกตการณ์เชิงลึก 5. การสังเกตการณ์มีส่วนร่วม 6. การสังเกตสนทนากลุ่ม 7. การสัมภาษณ์ชุดที่ 1 และชุดที่ 2 8. การบันทึกการมีส่วนร่วม	1. สมุดบันทึก 2. เครื่องบันทึกภาพและเสียง 3. กล้องถ่ายรูป 4. แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก 5. แบบสังเกตการณ์มีส่วนร่วม 6. แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม	1. ประชากรที่ศึกษามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน 2. ประชากรที่ศึกษามีระดับความรู้ ทักษะ และระดับการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น	1. แบบบันทึกระดับการมีส่วนร่วม (Post Test)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/วัสดุอุปกรณ์/งบประมาณ	ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน	วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดหรือวิธีการประเมิน
กิจกรรมที่ 6 ถอดบทเรียน วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผล วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค แนวทางแก้ไข และปัจจัยแห่งความสำเร็จ	จัดเวทีสนทนากลุ่มเพื่อถอดบทเรียน	ระยะเวลา มี.ค. 2561 วัสดุ/อุปกรณ์ 1. สมุดบันทึก 2. บันทึกภาพ และเสียง	สถานที่ ศาลาประชาคมชุมชน นางโงใหญ่ งบประมาณ 1.ค่าอาหาร 2.ค่าถ่ายเอกสาร	กลุ่มประชากรที่ศึกษาทั้ง 3 กลุ่ม	1. การจดบันทึกการประชุม 2. การบันทึกภาพและเสียง 3. การบันทึกภาพถ่าย 4. การสัมภาษณ์เชิงลึก 5. การสังเกตการเชิงลึก 6. การสังเกตแบบมีส่วนร่วม	1. สมุดบันทึก 2. เครื่องบันทึกภาพและเสียง 3. กล้องถ่ายรูป 4. แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก 5. แบบสังเกตการมีส่วนร่วม 5. แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม	ได้ข้อมูลสะท้อนผลในวงรอบต่อไป



ภาคผนวก จ
ใบรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์

พหุบัณฑิตศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ใบรับรองการอนุมัติ

เลขที่การรับรอง : PH 003 / 2561

ชื่อโครงการวิจัย : การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ชุมชนนาโบใหญ่ ตำบล
มุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร

ผู้วิจัย : นางสาววิญรัตน์ บัววิชัยศิลป์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สถานที่ทำการวิจัย : จังหวัดมุกดาหาร

วันที่รับรอง : 16 มกราคม 2561

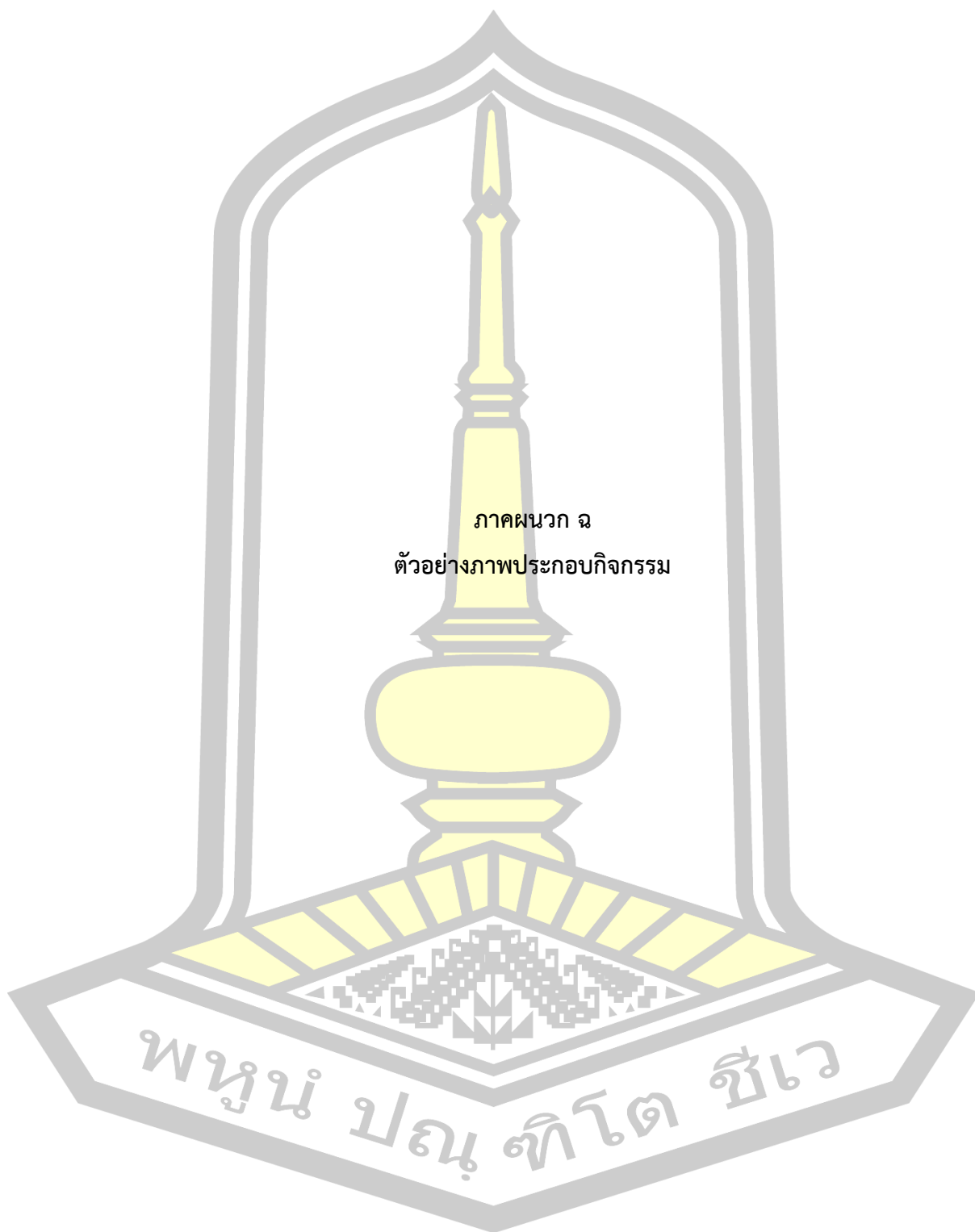
วันหมดอายุ : 15 มกราคม 2562

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

(รองศาสตราจารย์สงครามชัย สีทองดี)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

พูน ปรณ ทิโต ชีเว



ภาคผนวก จ
ตัวอย่างภาพประกอบกิจกรรม

พหุ ประจักษ์ ชัยเว

กิจกรรมจัดประชุม เพื่อการวิเคราะห์บริบทและสภาพปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน



ประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพิจารณาแนวทางกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน



โครงการอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน



โครงการอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน



โครงการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการออกกำลังกาย



โครงการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการออกกำลังกาย



โครงการชุมชนโปใหญ่ร่วมใจ ห่วงใยสุขภาพผู้สูงอายุ



โครงการชุมชนขนาดใหญ่ร่วมใจห่วงใยสุขภาพผู้สูงอายุ



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางสาวขวัญรัตน์ บัววิชัยศิลป์
วันเกิด	วันที่ 11 มกราคม พ.ศ. 2532
สถานที่เกิด	อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 62 หมู่ที่ 3 ตำบลบางทรายใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร รหัสไปรษณีย์ 49000
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	นักวิชาการสาธารณสุข
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร รหัสไปรษณีย์ 49000
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2546 มัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนโนนกอภิวิทยา อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ พ.ศ. 2549 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนเกษตรสมบูรณ์วิทยาคม อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ พ.ศ. 2555 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.) สาขาวิชาการจัดการโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ พ.ศ. 2562 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูน ปรณ ทิโต ชีเว