

ผลการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืนเขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การมีส่วนร่วม

Effective model development participatory of the elderly sustainable learning center management

Health Region 4

สายฝน สายสัมพันธ์

งานผู้ปวยนอก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

## บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืน เขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การมีส่วนร่วม การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งเป็นเครือข่ายการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 4 ทั้ง 8 จังหวัด จำนวนชุมชน 24 แห่ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบไปด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงลึก, การสนทนากลุ่ม, การสังเกตจุดบันทึกภาคสนาม และแบบประเมินรูปแบบ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2560 - กันยายน 2561 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา การพัฒนารูปแบบมีการดำเนินการ 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน/สถานการณ์/ปัญหา แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องหรือวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหา สถานการณ์ผู้สูงอายุในชุมชนตามบริบทของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 4 จากการคัดกรอง ADL พบว่า ติดสังคม ร้อยละ 96.2 % ติดบ้าน ร้อยละ 3 % ติดเตียง 0.8 % ชุมชนเป็นแบบเมือง กึ่งเมือง และชนบท ส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคติดต่อไม่เรื้อรัง ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ ทดลองใช้รูปแบบในกลุ่มขนาดเล็ก ปรับปรุงรูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ฯ มีรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน การออกแบบใช้การมีส่วนร่วมและการบูรณาการร่วมกันทั้งภาครัฐและประชาชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุ วัดหรือศาสนสถาน ซึ่งเพิ่มความเข้มแข็งในการขับเคลื่อนในรูปกรรมการโดยการมีส่วนร่วม ระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้รูปแบบฯ พบว่าการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมีการบริหารจัดการโดยใช้รูปแบบกรรมการ มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละชัดเจน เช่น อบต.มีหน้าที่สนับสนุน/สรรหางบประมาณต่างๆ เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุ ได้แก่ กองทุนหมู่บ้าน งบส่งเสริมสุขภาพ และสนับสนุนในด้านขวัญและกำลังใจแก่ผู้สูงอายุ เช่น เปี้ยผู้สูงอายุ เปี้ยผู้พิการ และสวัสดิการของรัฐที่ผู้สูงอายุพึงมีพึงได้ให้ทั่วถึงเสมอภาค และประชาชนในชุมชนมีบทบาทในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ อสม.เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ดูแลเรื่องสุขภาพผู้นำศาสนาดูแลด้านจิตใจ เกิดความร่วมมือ ร่วมใจ มีแกนนำด้านสุขภาพมีทุนทางสังคมในการมาทำโครงการและกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ มีแหล่งทุนสนับสนุน ได้แก่ อบต.กองทุนหมู่บ้าน เป็นต้น ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานเกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชน ร่วมมือ ร่วมใจ ร่วมแรง จนเกิดความรัก สามัคคีและการบูรณาการงานร่วมกันทำให้ชุมชนเข้มแข็ง ความคาดหวังต่อรูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืน เขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนมีประโยชน์ ส่งผลให้ผู้สูงอายุสุขภาพดี หากทุกคนทำตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับจะเกิดความร่วมมือในระยะยาวอย่างเข้มแข็งและยั่งยืนตลอดไป ความร่วมมือร่วมใจกันบูรณาการการทำงานร่วมกัน ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมแก้ปัญหาในชุมชนด้วยกัน เกิดความยั่งยืนในการดูแลชุมชนด้วยชุมชนหากทุกคนทำตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับจะเกิดความร่วมมือในระยะยาวอย่างเข้มแข็ง ข้อเสนอแนะควรส่งเสริมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ดึงศักยภาพและคุณค่าของคนในชุมชนบนพื้นฐานของต้นทุนทรัพยากรตามบริบทเพื่อความเข้มแข็งและยั่งยืนสืบไป

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ,การบริหารจัดการ,ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืน,การมีส่วนร่วม

## Effective model development participatory of the elderly sustainable learning center management Health Region 4

### Abstract

Objective of this study for model development participatory of the elderly sustainable learning center management Health Region 4. This study was research and development. The sample selected a specific. Which is a network of health promotion operations for the elderly Health Region 4 in 8 provinces, 24 community, Tools consisted of in-depth interviews, focus group, observation, questionnaire. Collected data between October 2017 – September 2018. Descriptive statistics and, percentage, mean, standard deviation.

The results of the study found that the development of the model is carried 3 phases: Phase 1: Study of basic information/situation/problem. Related theoretical concepts or analysis of situations. The situation of the elderly in the community to the context of the elderly in Health Region 4 from ADL screening 96.2% of the elderly are socially attached, 3% are homebound, and 0.8% are bedridden. The communities are urban, semi-urban, and rural. Most of them are sick with chronic non-communicable diseases. Phase 2: Develop the model. Experiment with the model in small groups. Improving the management model of the learning center, The design uses the participation of both the government and the public, public health officials, Local government organization, health volunteers Elderly Club, Temple strengthens the power of directors participation. Phase 3 evaluates the promote of the model. It was found that care for the elderly in the community is managed using a committee model. The roles and responsibilities of person are clearly defined. the Subdistrict Administrative supports various . fund Budget and effective support encouragement to the elderly, allowances for the elderly, including equality and people in the community can help care for the elderly health volunteers staff Subdistrict Health Promotion takes care of the health , takes care of the mental aspect that arises from donations, has capital to do projects in the elderly community, support in collaboration with the Subdistrict Administrative Organization, village fund, etc. The success factor is the result of the community's participation in the strength, unity, and make the community strong, continuing the model development participatory of the elderly sustainable learning center management Community beneficial to healthy elderly . If everyone performs their assigned duties, there will be strong cooperation and health forever, listening, working Think and act together to solve problems in the community. community care. performs their duties, there will be strong, Continuous learning .the leaders and values of people in the community. Resource costs are based for continued strength and sustainability.

**Keywords:** Model Development, Management, Sustainable Learning Center, Participatory

## กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาและช่วยเหลือจากผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี ที่ได้เป็นที่ปรึกษาให้ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งนี้ขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่สนับสนุนงบประมาณในการขับเคลื่อนทุกกิจกรรมการดำเนินงานขอขอบคุณเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 4 ได้แก่ เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลประจำอำเภอและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลทุกแห่งที่เสียสละ ท่วมเทในการปฏิบัติงานและให้ความร่วมมือ อำนวยความสะดวก ติดต่อประสานงานและสนับสนุนเป็นอย่างดี การวิจัยครั้งนี้สำเร็จเพราะได้รับความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี ที่ได้กรุณาให้การสนับสนุน รวมถึงให้ข้อเสนอแนะการทำงานในพื้นที่

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่พยาบาลทีมผู้สูงอายุ ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรีทุกท่านที่เป็นกำลังใจและให้ความช่วยเหลือตลอดระยะเวลาที่ทำงานวิจัยนี้ด้วยดีเสมอมา

สายฝน สายสุ่ม

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ก
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
ภาคผนวก	จ
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพ	ช
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
ขอบเขตการศึกษา	3
นิยามศัพท์เฉพาะ	3
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	5
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับรูปแบบ	18
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการบริหารจัดการ	20
แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วม	22
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	24
กรอบแนวคิดการวิจัย	27
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	
รูปแบบการศึกษา	28
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	29
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	30
การสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย	32
การเก็บรวบรวมข้อมูล	34
การวิเคราะห์ข้อมูล	35
สถิติที่สำคัญในการวิเคราะห์ข้อมูล	36
บทที่ 4 ผลการดำเนินงาน	37
บทที่ 5 สรุปอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	51

เอกสารอ้างอิง	55
ภาคผนวก	58
- แนวคำถามเจาะลึก	59
- แนวคำถาม/ประเด็นการสนทนากลุ่ม	60
- แบบบันทึกสังเกตภาคสนาม	61
- แบบสอบถามความพึงพอใจ/การนำไปใช้	62
ประวัติผู้วิจัย	63

## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1.จำนวน ร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามเพศ อายุ สถานะภาพ	37
2.ผลการเปรียบเทียบการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืน เขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การมีส่วนร่วม ก่อนและหลังดำเนินการ	46

## สารบัญรูปร่าง

รูปร่างที่	หน้า
1.รูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืน เขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การมีส่วนร่วม (กลุ่มขนาดเล็ก)	40
2.ป้ายสัญลักษณ์ศูนย์เรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุแบบยั่งยืน	42
3.รูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืน เขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การมีส่วนร่วม	44



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ทั่วโลกกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุซึ่งในปัจจุบันพบร้อยละ 12.3 ของประชากรทั่วโลกและคาดว่าจะมากกว่านี้สองเท่าภายในปีพ.ศ. 2593 ซึ่งมีจำนวนมากกว่า 1.5 พันล้านคน หรือผู้สูงอายุในประชากรทั่วโลกคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.0 ในปีพ.ศ.2593 ภายในกลางศตวรรษนี้ประชากร 1 ใน 6 คนทั่วโลกจะมีอายุ 65 ปี<sup>1</sup> ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบร้อยละ 9.8 ในปีพ.ศ.2560 และจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 13.7 และร้อยละ 20.3 ภายในปีพ.ศ. 2573 และในปีพ.ศ. 2593 ตามลำดับ<sup>2</sup> จากการคาดการณ์ประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทยจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2556 คาดว่าใน พ.ศ.2563 ร้อยละ 16.8 ปีพ.ศ.2568 ร้อยละ 21.2 ปีพ.ศ.2570 ร้อยละ 22.7<sup>3</sup>ปีพ.ศ. 2573 และพ.ศ. 2583 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 26.6 และ 32.1 ตามลำดับ<sup>4</sup>ตามเกณฑ์ขององค์การสหประชาชาติ กำหนดให้ประเทศที่มีสัดส่วนของ ประชากรผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ ปัจจุบันประเทศไทยร้อยละ 16.5<sup>5</sup> เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aging society) จากความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขทำให้คนมีอายุยืนยาวขึ้น ขณะที่บริบทสังคมเปลี่ยนไป คนแต่งงานช้าลง มีลูกน้อยลง ทำให้สัดส่วนประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานลดลงอย่างต่อเนื่องสวนทางกับสัดส่วนคาดว่าในอีก 20 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ เพราะมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดจากข้อมูลสถิติประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2559 พบว่ามีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 15.07 ของประชากรทั้งหมด<sup>6</sup>สถานการณ์ผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 4 ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปีพบว่าภาพรวมของเขตจำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยปีงบประมาณ 2559 มีจำนวน 697,236 คน คิดเป็นร้อยละ 16.49 ปีงบประมาณ 2560 มีจำนวน 715,123 คน คิดเป็นร้อยละ 17.36 ปีงบประมาณ 2561 มีจำนวน 739,657 คน คิดเป็นร้อยละ 17.93 จังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุสูงสุด 3 อันดับแรก ของเขตสุขภาพที่ 4 คือ จังหวัดนนทบุรี รองลงมาจังหวัดพระนครศรีอยุธยา และจังหวัดลพบุรี ตามลำดับ ส่วนจังหวัดที่มีผู้สูงอายุน้อยที่สุดในเขตคือจังหวัดนครนายก<sup>7</sup> ข้อมูลการคัดกรอง Activities of Daily Living (ADL) แยกรายจังหวัด พบว่า กลุ่มติดสังคมในปีงบประมาณ 2559 มีจำนวน 288,842 คน ปีงบประมาณ 2560 มีจำนวน 547,271 คน ปีงบประมาณ 2561 มีจำนวน 471,943 คน และจังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านสูงสุด 3 อันดับ ของเขตสุขภาพที่ 4 ได้แก่ จังหวัดลพบุรี รองลงมาจังหวัดพระนครศรีอยุธยา และจังหวัดนนทบุรี ตามลำดับ ส่วนจังหวัดที่มีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมน้อยที่สุดในเขตคือจังหวัดนครนายก ปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่มีปัญหาโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง<sup>9</sup> เป็นต้น

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้นส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคมและคุณภาพชีวิตการเปลี่ยนแปลง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมแนวโน้มไปในทางที่เสื่อมลง การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพ ก่อให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุมากผู้สูงอายุอยู่คนเดียวหรืออยู่ตามลำพังเพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 4 ก็เช่นกันหากไม่มีการวางแผนเตรียมรับมือกับสังคมผู้สูงอายุ ได้ดีพอจะส่งผลกระทบต่อไปอย่างแน่นอน ทุกภาคส่วนจึงต้องให้ความสำคัญในสถานการณ์นี้ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นหัวใจหลักสำคัญของการดำเนินงานผู้สูงอายุในความรับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี มีการขับเคลื่อนด้านการส่งเสริมสุขภาพ เช่น ตำบลต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) วัดส่งเสริมสุขภาพ ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ อำเภอสุขภาพดี 80 ปีอย่างแจ้ว ซึ่งการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่าการให้ความสำคัญของการจัดสรรงบประมาณในระบบบริการสุขภาพส่วนใหญ่จัดสรรสำหรับด้าน การรักษา

พื้นที่ในกลุ่มติดบ้านกลุ่มติดเตียงหรือในกลุ่มที่เกิดปัญหาสุขภาพและต้องรักษา เช่น โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และไม่มีรูปแบบกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มติดสังคมที่ชัดเจน ขาดการบูรณาการ ขาดความต่อเนื่องและไม่เกิดความยั่งยืนซึ่งผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคมเป็นผู้สูงอายุที่พบมากและเป็นส่วนใหญ่ของเขตสุขภาพที่ 4 การให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคมจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อชะลอความเสื่อมของผู้สูงอายุและลดการไปสู่กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงจึงควรมีการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุให้มีคุณภาพ มีความสุข พัฒนาระบบการบริการให้สอดคล้องและเหมาะสมส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการได้ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุผลักดันให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากสังคมเกิดการบูรณาการร่วมกันของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐเอกชนสังคมครอบครัวและชุมชนซึ่งมักพบปัญหาการดำเนินงานของการบูรณาการในเครือข่ายระหว่างภาครัฐกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของระบบการติดต่อประสานงานจัดสรรงบประมาณความรู้ ความเข้าใจขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่นต่อระบบบริการสุขภาพด้านสาธารณสุข ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุโดยรวม จึงควรได้รับการส่งเสริมด้านสุขภาพ สร้างระบบการทำงานอย่างมีส่วนร่วมเพื่อลดรอยต่อในการส่งเสริมและดูแลผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกันมากขึ้นก่อให้เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของชุมชนมองเห็นประโยชน์ของผู้สูงอายุในชุมชนที่จะได้รับร่วมกัน สอดคล้องกับภารกิจของกมอณมัยและศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี

จากสถานการณ์ที่เป็นปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำวิจัย การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืนในเขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การมีส่วนร่วม ซึ่งใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ดังนี้ 1.ชมรมผู้สูงอายุ มีกิจกรรมการประชุมพบปะแลกเปลี่ยนความรู้ ข่าวสารของสมาชิกชมรมฯ เดือนละ 1 ครั้งอย่างต่อเนื่อง 2.อาสาสมัครสาธารณสุข ทำหน้าที่ให้การช่วยเหลืองานด้านสาธารณสุขของประชาชนในชุมชน มีความใกล้ชิดกับสมาชิกในชุมชน รู้ข้อมูลเชิงลึกระดับบุคคล และสามารถเข้าถึงคนในชุมชนได้ทุกระดับ 3.วัดและศาสนสถาน ผู้นำศาสนาทำหน้าที่เป็นศูนย์รวมจิตใจของคนในชุมชน คนในชุมชนมีความศรัทธาเลื่อมใส ให้ความเคารพ เป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจและเป็นสถานที่รวมตัวในการจัดกิจกรรมทางศาสนาและสืบสานประเพณีของคนในชุมชน 4.องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มีทรัพยากรและงบประมาณ ซึ่งสามารถให้การสนับสนุนในทุกด้านในชุมชน เช่น เบี้ยผู้สูงอายุรายเดือน งบประมาณโครงการด้านสาธารณสุข สาธารณูปโภค คมนาคม ส่งเสริมอาชีพ และอื่นๆ ตามที่คนในชุมชนร้องขอ 5.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีหน้าที่ดูแล รักษา ส่งเสริมสุขภาพและสนับสนุนงานด้านวิชาการต่างๆให้กับทุกกลุ่มวัย ซึ่งการเกิดการบูรณาการการทำงานโดยให้มีมีส่วนร่วมของชุมชนทุกภาคส่วน ในการร่วมค้นหาปัญหา ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ลงมือทำ หาแนวทางแก้ไข และพัฒนา ประเมินผล อันจะก่อให้เกิดความรักความผูกพัน ความสามัคคี ห่วงเห่นชุมชน เพิ่มความต้องการการพัฒนาให้ชุมชนดีขึ้น ส่งผลให้ชุมชนเข้มแข็ง เมื่อชุมชนเข้มแข็งไม่ว่าจะพัฒนางานในเรื่องใดก็จะได้รับการความร่วมมือร่วมใจจากคนในชุมชนจนเกิดความยั่งยืนในชุมชนสืบไป พันธกิจหนึ่งที่สำคัญของศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี คือ การบริการวิชาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุให้อยู่ในชุมชนที่เข้มแข็งและเกิดการ พัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยสนับสนุนงานวิชาการร่วมกับการกระตุ้นให้เกิดการดำเนินการร่วมกันระหว่างชุมชน ภาคีเครือข่าย เพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน มุ่งเน้นการสร้างประโยชน์และคุณค่าต่อสังคม ซึ่งจากการที่ชมรมผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 4 สระบุรีเป็นหนึ่งในชุมชนภาคีเครือข่ายและเผชิญกับปัญหาด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโดยเฉพาะปัญหาโรคเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อน ทีมผู้วิจัยจึงต้องการ แสวงหาการแก้ไข ปัญหาและสร้างสุขภาพกายและจิต สังคม และคุณภาพที่ดีในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุร่วมกับชุมชน โดยจาก

การให้ความสำคัญของการดูแลสุขภาพและการสร้างสุขภาพให้มีความสมดุลในทุกมิติมากกว่า การมุ่งซ่อมสุขภาพเพื่อการเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างมีคุณภาพตามแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2561 - 2580 รวมทั้งให้ความสำคัญ กับการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนเพื่อเป็นพลังในการช่วยขับเคลื่อนให้ชุมชนสามารถดูแลและพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้ เน้นการเชื่อมโยงให้ชุมชนได้ตระหนักเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และสามารถดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่ เพื่อให้เกิดการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนต่อไป

### วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป : พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืน เขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การมีส่วนร่วม

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาของการบริหารจัดการศูนย์การเรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืน เขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การมีส่วนร่วม

2. เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืน เขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การมีส่วนร่วม

3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืน เขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การมีส่วนร่วม

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้รูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืน เขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การมีส่วนร่วม

2. รูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นสามารถใช้เป็นแนวทางในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนได้

### ขอบเขตการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

มีดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ 1) ขั้นเตรียมการ 2) ขั้นดำเนินการพัฒนารูปแบบ นำไปใช้และปรับปรุง

3) ขั้นประเมินผล

โดยกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงซึ่งเป็นเครือข่ายการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 4 ทั้ง 8 จังหวัด จำนวน 24 แห่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบไปด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตฉบับที่ภาคสนาม แบบสอบถามความพึงพอใจ

เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2560 - กันยายน 2561

### นิยามศัพท์เฉพาะ

รูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืนโดยใช้การมีส่วนร่วม หมายถึง รูปแบบการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาศูนย์เรียนรู้ของผู้สูงอายุในชุมชนให้มีศักยภาพในการดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุของชุมชนให้สามารถพึ่งตนเองได้ด้วยตนเองและสามารถเป็นแหล่งเรียนรู้หรือเป็นแบบอย่างการดำเนินการที่ดีแก่ชุมชนอื่นได้

**ทีมบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้** หมายถึง ทีมผู้ขับเคลื่อนการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืนโดยใช้การมีส่วนร่วม ประกอบไปด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ดังนี้ 1.เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2.เจ้าหน้าที่องค์กรส่วนท้องถิ่น 3.ประธาน/สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ 4.อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 5.พระ/ผู้นำศาสนา

**ชุมชนต้นแบบศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืน** หมายถึง ชุมชนที่มีความเข้มแข็งในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุซึ่งตั้งอยู่ในเขตสุขภาพที่ 4 ทั้งหมด 8 จังหวัด จำนวน 24 แห่งดังนี้ 1) จังหวัดสระบุรี ได้แก่ชุมชนบ้านเหวลาด, ชุมชนหนองผักหนอก, ชุมชนหนองดินแดง 2) จังหวัดลพบุรี ได้แก่ ชุมชนบ้านข่อย, ชุมชนไก่อธนู, ชุมชนยางราก 3) จังหวัดสิงห์บุรี ได้แก่ ชุมชนม่วงหมู่, ชุมชนทองเอน1, ชุมชนคอทราย 4) จังหวัดนครนายก ได้แก่ ชุมชนบ้านนา, ชุมชนพระอาจารย์, ชุมชน อบต.เกาะหวาย 5) จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ได้แก่ ชุมชนหันสัง, ชุมชนพุกเลา, ชุมชนบ้านขลื้อ 6) จังหวัดอ่างทอง ได้แก่ ชุมชนจำปาหล่อ, ชุมชนตลาดใหม่, ชุมชนราษฎร์พัฒนา 7) จังหวัดนนทบุรี ได้แก่ ชุมชนลานทอง, ชุมชนบางพูดใน, ชุมชนคลองข่อย 8) จังหวัดปทุมธานี ได้แก่ ชุมชนกรีนการ์เด้นโฮม, ชุมชนบ้านฟ้ารังสิต, ชุมชนฟ้าครามนคร

## บทที่ 2

### การทบทวนวรรณกรรม

การพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมผู้สูงอายุแบบยั่งยืนนั้น ผู้วิจัยได้ศึกษาและทบทวนแนวคิดจากเอกสารต่าง ๆ รวมถึงวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ

- 2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
- 2.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับรูปแบบ
- 2.3 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการบริหารจัดการ
- 2.4 แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วม
- 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 1.แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

#### ความหมายผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลก ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้กว้าง ๆ สรุปได้ว่า หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีหรือมากกว่าเมื่อนับตามวัยหรือหมายถึง ผู้ที่เกษียณอายุจากการทำงานเมื่อนับตามสภาพเศรษฐกิจหรือหมายถึง ผู้ที่สังคมยอมรับว่าสูงอายุ จากการกำหนดของสังคมวัฒนธรรมหรือวัยสูงอายุเริ่มต้น อย่าง น้อย ที่สุดเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นและเป็นขบวนการต่อเนื่องไปตลอดช่วงชีวิตเมื่อนับตามชีววิทยา

การกำหนดความหมายของการเป็นผู้สูงอายุโดยใช้อายุเป็นเกณฑ์นั้นมีความแตกต่างกันไปในสังคมของแต่ละประเทศ เช่น บางประเทศกำหนด 55 ปี บางประเทศกำหนด 65 ปีหรือ70 ปี จึงเป็นการยากที่จะทำให้มีการยอมรับกันได้ในทุกๆประเทศ ดังนั้นที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุจัดโดยองค์การสหประชาชาติ ในปี พ.ศ. 2525 จึงได้กำหนดให้ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปโดยนับอายุตามปฏิทินถือว่าเป็นผู้สูงอายุ (Elderly) และให้ใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลกในทางการแพทย์ได้จัดผู้สูงอายุ โดยแบ่งตามวัยเป็น 3 กลุ่มคือ

กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุวัยเริ่มต้น เป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 60 - 70 ปี ในวัยนี้ส่วนใหญ่ยังมีสุขภาพอนามัยที่อยู่ในสภาพช่วยตนเองได้ยังทำคุณประโยชน์ให้แก่สังคมได้

กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุวัยกลาง เป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 70 - 80 ปี กว่าครึ่งหนึ่งยังคงมีสภาพทางสุขภาพที่ช่วยตนเองได้และเริ่มจะต้องมีผู้คอยช่วยเหลือดูแลบ้างการทำคุณประโยชน์ให้แก่สังคมน้อยลงตามลำดับ

กลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุวัยปลาย เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปี ขึ้นไป ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะต้องได้รับการดูแลจากบุตรหลานและคนอื่น ๆ

เจมส์ และเรนเนอร์ ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่า หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นธรรมดาในสิ่งมีชีวิตและได้แบ่งระดับความสูงอายุออกเป็น 4 ประเภทดังนี้

1.การสูงอายุตามวัย (Chronological aging) หมายถึง การสูงอายุตามปฏิทิน โดยนับจากปีที่เกิดเป็นต้นไป

2.การสูงอายุตามสภาพร่างกาย (Biological aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและกระบวนการหน้าที่ที่ปรากฏขณะที่มีอายุเพิ่มขึ้น

3. การสูงอายุดตามสภาพจิตใจ (Psychological aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของการรับรู้แนวความคิด ความจากการเรียนรู้ เซอร์ปัญญาและลักษณะที่ปรากฏในระยะต่างๆของแต่ละคนที่มีอายุเพิ่มขึ้น

4. การสูงอายุดตามสภาพสังคม (Sociological aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ สถานภาพของบุคคลในระดับสังคม เช่น ครอบครัว หน้าที่การงานรวมถึงความสำคัญในฐานะผู้มีประสบการณ์ กุลยา ตันติผลาชีวะ<sup>12</sup>กล่าวว่า วัยผู้สูงอายุเป็นช่วงสุดท้ายของอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป สภาพความเสื่อมถอยทางร่างกายและจิตใจมีมากในระยะนี้ ขาดความคล่องแคล่วว่องไวความจำเสื่อม ความคิดอ่านช้าลง ความขยันหมั่นเพียรลดลง ความคิดก้าวหน้าลดลง สภาพทางร่างกายเสื่อมถอย หูตึง ตามัว ผมหงอก นอกจากนี้ยังต้องพบกับปัญหาการปรับตัวให้เข้ากับสภาพร่างกายและสังคมในวัยสูงอายุด้วย

### ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ทฤษฎีความเสื่อมโทรม (Wear and tear theory) ทฤษฎีนี้เปรียบเทียบกับสิ่งมีชีวิตเหมือนเครื่องจักร เมื่อใช้งานนานๆย่อมมีความสึกหรอ แต่สิ่งมีชีวิตสามารถซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอนั้นได้เองและสามารถทำงานต่อไปได้ โดยกระบวนการสร้างใหม่เพื่อทดแทนยกเว้นเซลล์บางชนิดที่ไม่สามารถแบ่งตัวได้อีก เช่น เซลล์ของประสาทและกล้ามเนื้อลายเซลล์พวกนี้จะค่อยๆเสื่อมโทรมลงและตายทำให้การทำหน้าที่ของอวัยวะส่วนนั้นลดลง

ทฤษฎีการแยกตนเอง (Disengagement theory) ทฤษฎีนี้ให้ผู้สูงอายุยอมรับว่าเมื่อถึงคราวชรา ลูกหลานและชุมชนจะให้ความสำคัญหรือให้ความสนใจน้อยลง และเมื่อเป็นเช่นนี้จะลดความรับผิดชอบและความหวังในลูกหลานลง ส่วนกิจกรรมในสังคมก็จะสมควรจะลดลงเช่นเดียวกัน

ทฤษฎีกิจกรรม (Activity theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า กิจกรรมทางสังคมเป็นแก่นแท้ของชีวิตและจำเป็นสำหรับทุกวัย กิจกรรมจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุการที่ผู้สูงอายุจะมีชีวิตที่เป็นสุขได้ควรมีบทบาทหรือกิจกรรมทางสังคมตามสมควรและเหมาะสม ก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต

ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity theory) กล่าวว่า การที่ผู้สูงอายุจะมีความสุขและการทำกิจกรรมร่วมกันนั้นขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและแบบแผนชีวิตของแต่ละคน เช่น ผู้สูงอายุที่ชอบกิจกรรมร่วมกันในสังคมก็จะมีกิจกรรมเหมือนเดิมเมื่ออายุมากขึ้น ส่วนผู้สูงอายุที่ชอบสันโดษไม่เคยมีบทบาทในสังคมมาก่อนจะแยกตัวออกจากสังคมเมื่ออายุมากขึ้น

ทฤษฎีบทบาท (Role theory) เชื่อว่าบุคคลเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะต้องปรับบทบาทของตนเอง เปลี่ยนไปจากเดิม เช่น เปลี่ยนบทบาททางสังคมและความสัมพันธ์แบบวัยผู้ใหญ่เป็นบทบาทของสังคมและความสัมพันธ์แบบคนสูงอายุ ละเว้นจากความผูกพันกับคู่สมรสเนื่องจากการตายของคู่สมรส

ทฤษฎีกิจกรรม (The Activity Theory) ซึ่งเชื่อว่าความสำเร็จของการเข้าสู่วัยสูงอายุคือการที่ผู้สูงอายุยังคงสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ใกล้เคียงกับผู้ที่อยู่ในวัยกลางคนให้ได้มากที่สุด ผู้สูงอายุจะสร้างภาพลักษณ์เกี่ยวกับตัวตนของตัวเองจากการที่คิดว่าคนอื่นมองหรือคิดอย่างไรกับตัวผู้สูงอายุ ความสามารถในการดำรงไว้ซึ่งภาพลักษณ์ของตนเองแม้อายุจะมากขึ้น จะช่วยดำรงไว้ซึ่งการเคารพในตนเอง และสามารถดำรงรักษาความสัมพันธ์กับคนอื่นๆ ในสังคมไว้ได้

ทฤษฎีการถอนตัว (Disengagement Theory) มุ่งความสนใจไปยังการที่ผู้สูงอายุถอนตัวออกจากสังคมโดยแนวคิดนี้มองการถอนตัวออกจากสังคมและข้อจำกัดในเรื่องพื้นที่ของการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุว่าเป็นเรื่องธรรมชาติและเป็นสิ่งที่พึงปรารถนากระบวนการนี้เกิดขึ้นทั้งในระดับตัวผู้สูงอายุเองและใน

ระดับสังคม การถอนตัวออกจากสังคมเกิดจากการที่ตนเองต้องการแยกตัวออกจากสังคม ส่วนการที่สังคมถอนตัวออกมาจากผู้สูงอายุเป็นเรื่องกลไกการบังคับทางสังคม เช่น การกำหนดให้เกษียณอายุซึ่งเป็นการยอมให้สังคมถอนตัวออกจากปัจเจกบุคคล ความสำเร็จของการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุคือการค่อยๆปรับเปลี่ยนจากการมีส่วนร่วมกับสังคมอย่างสมบูรณ์ ไปสู่การถอนตัวออกจากสังคมอย่างราบรื่นเช่น การที่ผู้สูงอายุที่ถอนตัวออกมา รู้สึกเป็นอิสระจากงานและความรับผิดชอบและความเป็นอิสระนี้ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขแต่การถอนตัวไม่ใช่การที่บุคคลตกอยู่ในภาวะยอมจำนนหรือปฏิเสธการทำกิจกรรมต่างๆ แต่เป็นภาวะที่คนมองว่าเป็นข้อผูกมัดที่จะต้องเกิดขึ้นสำหรับผู้สูงอายุ

### การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุโดยทั่วไปสรุปได้เป็น 3 ประการ คือ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสรีรวิทยา การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม มีรายละเอียดดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสรีรวิทยา (Physical and physiological Changes) มีการเปลี่ยนแปลงตามระบบดังนี้

#### 1.1 ระบบผิวหนัง (Intergumentary system)

ผิวหนังบางลง เซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลง เซลล์ที่เหลือเจริญสร้างเซลล์ใหม่มาทดแทน เซลล์เดิมลดลงทำให้การหายใจของหลอดเลือด เส้นใยอีลาสตินลดลงแต่เส้นใยคอลลาเจนใหญ่และแข็งตัวมากขึ้น ทำให้การยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดี น้ำและไขมันใต้ผิวหนังลดลง ผิวหนังเหี่ยวและมีรอยย่นมากขึ้น การไหลเวียนเลือดลดลงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่ายและทนต่อความหนาวเย็นได้น้อยลง หนึ่งกำพร้าจะมีความชื้นลดลง ทำให้ผิวแตกง่าย หลุดลอกง่าย หนึ่งแห้งจะมีความยืดหยุ่นลดลง เหงื่อออกน้อย การควบคุมอุณหภูมิร่างกายไม่ดี ไขมันใต้ผิวหนังเพิ่มขึ้นบริเวณหน้าท้อง ต้นขา แต่ลดลงบริเวณหน้าและหลังมือ ต่อมเหงื่อลดลง ต่อมกลิ่นลดลง ผิวหนังแห้งเหี่ยวลง เส้นเลือดฝอยแตกง่ายเมื่อเกิดแผลจะหายช้า

ต่อมเหงื่อมีจำนวนและขนาดลดลง การทำงานลดลงการขับเหงื่อเพื่อระบายความร้อนจึงไม่ดี ทำให้การควบคุมอุณหภูมิของร่างกายลดลง เกิดอาการลมแดด (Heat stroke) ได้ง่ายในเวลาที่อุณหภูมิของร่างกายสูงขึ้น ต่อมไขมันทำงานลดลงจึงทำให้ผิวหนังแห้ง คันและแตกได้ง่าย เซลล์สร้างสี (Melanocytes) ทำงานลดลง ทำให้ผิวจางลงแต่อาจมีริ้วรอยดำหรือน้ำตาลสะสมเป็นแห่งๆซึ่งมักพบบริเวณใบหน้า แขน และหลังมือ เรียกว่าLentigo senilis ผมและขนมีจำนวนลดลง เมลา닌ซึ่งผลิตจากเซลล์สร้างสีของผมหงอก ทำให้ผมและขนทั่วไปสีจางกลายเป็นสีเทาหรือสีขาว เส้นผมร่วงและแห้งง่าย เนื่องจากการไหลเวียนเลือดบริเวณหนังศีรษะลดลงการรับรู้สัมผัสต่ออุณหภูมิ การสัมผัสที่อ่อนและความเจ็บปวดที่ผิวหนังลดลงเนื่องจากการทำงานของเครื่องรับที่ผิวหนังและการไหลเวียนเลือดปลายทางเลวลงจึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดแผลและอุบัติเหตุที่ผิวหนังได้ง่าย

1.2 ระบบประสาทและประสาทสัมผัส (Nervous system and Sensory Organ) ขนาดสมองลดลงและมีน้ำหล่อเลี้ยงสมองเพิ่มขึ้นแทนที่เซลล์สมองและเซลล์ประสาท ประสิทธิภาพการทำงานของสมองและประสาทอัตโนมัติลดลง ความเร็วในการส่งสัญญาณประสาท (Conduction velocity)ลดลง เป็นเหตุให้ความไวและความรู้สึกตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่างๆลดลง การเคลื่อนไหวและความคิดเชิงซ้ำ อวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวอาจทำงานไม่สัมพันธ์กัน ดังนั้นผู้สูงอายุจึงสมควรหลีกเลี่ยงงานที่ต้องใช้ความไว เพราะอาจทำให้เกิดอันตรายและอุบัติเหตุได้ง่ายการไหลเวียนเลือดและการใช้ออกซิเจนของสมองลดลง หลอดเลือดของสมองเสื่อมหน้าที่เนื่องจากมีภาวะหลอดเลือดแข็งตัวมากขึ้นตามอายุ ทำให้สมองรับเลือดไปเลี้ยงน้อยลงหรือขาดเลือด ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดอาการหน้ามืดเป็นลมและเกิดภาวะเนื้อสมองตายได้ลูกตามีขนาดเล็ก

ลงและลึกเพราะไขมันของลูกตาลดลง หนึ่งตามีความยืดหยุ่นลดลงทำให้หนังตาตก ม่านตาลดลง ปฏิกริยาตอบสนองของม่านตาต่อแสงลดลงทำให้การปรับตัวสำหรับการมองเห็นในสถานที่ต่างๆ ไม่ดี โดยเฉพาะในสถานที่มืดหรือในเวลากลางคืน ต้องอาศัยแสงสว่างช่วยจึงจะมองเห็นได้ดีขึ้น สายตายาวขึ้น มองเห็นภาพใกล้ไม่ชัดความสามารถในการอ่านและลานสายตาลดลง ความไวในการมองตามภาพลดลง ความสามารถในการเทียบสีลดลงการเลือกใช้สีที่เห็นได้ชัดจนตกแต่งบ้านจะช่วยลดอันตรายเนื่องจากอุบัติเหตุภายในบ้านได้ การผลิตน้ำตาลดลงทำให้ตาแห้งและเกิดการระคายเคืองต่อเยื่อตาได้ง่ายการได้ยินลดลง หูตึงมากขึ้น สาเหตุเนื่องจากการเสื่อมของอวัยวะในหูชั้นในมากขึ้นร่วมกับเส้นประสาทคู่ที่ 8 (Auditory nerves) ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับการได้ยินสูญเสียหน้าที่เสียงพูดของผู้สูงอายุเปลี่ยนไปเพราะมีการเสื่อมของกล้ามเนื้อกล่องเสียง สายเสียงบางลงและมีการเปลี่ยนแปลงในโพรงสะท้อนเสียงหลุดลอดที่ไปเลี้ยงหูชั้นในเกิดภาวะแข็งตัวทำให้มีเลือดไปเลี้ยงน้อยลงผู้สูงอายุจึงมักมีอาการเวียนศีรษะ และเกิดอุบัติเหตุได้การดมกลิ่นไม่ดีเพราะมีการเสื่อมของเยื่อโพรงจมูกทำให้ผู้สูงอายุไม่รับรู้กลิ่นที่อาจก่อให้เกิดอันตราย เช่น กลิ่นแก๊สรั่ว หรือกลิ่นไฟไหม้ การรับรสของลิ้นเสียไปเนื่องจากต่อมรับรสมีจำนวนน้อยลงจึงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารไม่อร่อยและเกิดภาวะเบื่ออาหาร

### 1.3 ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (Musculoskeletal system)

จำนวนและขนาดเส้นใยของกล้ามเนื้อลดลงมีเนื้อเยื่อพังผืดเข้าแทนที่มากขึ้นมวลของกล้ามเนื้อลดลง กำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อการหดตัวแต่ละครั้งจะนานขึ้น ทำให้การเคลื่อนไหวในลักษณะต่างๆ ช้าลง อัตราเสื่อมของกระดูกมากกว่าอัตราการสร้างทั้งเพศหญิงและเพศชาย เซลล์กระดูกลดลง กระดูกมีน้ำหนักลดลง แคลเซียมสลายออกจากกระดูกมากขึ้น กระดูกของผู้สูงอายุจึงเปราะและหักง่ายแม้ว่าจะไม่ได้รับอุบัติเหตุ แคลเซียมที่สลายออกจากกระดูกนี้มักไปเกาะบริเวณกระดูกอ่อนในอวัยวะต่างๆ ที่สำคัญคือ บริเวณกระดูกอ่อนชายโครงจึงเป็นเหตุให้การเคลื่อนไหวของทรวงอกลดลง การหายใจลำบากขึ้นต้องอาศัยการทำงานของกระบังลมมากขึ้นกระดูกอ่อนบริเวณข้อต่างๆ เสื่อมมากขึ้น น้ำไขข้อลดลงเป็นเหตุให้กระดูกเคลื่อนที่สัมผัสกันเกิดการเสื่อมของข้อ การเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ ไม่สะดวก เกิดการติดแข็ง ข้ออักเสบและติดข้อได้ง่ายทำให้มีอาการปวดตามข้อ ข้อที่พบว่ามีอาการเสื่อมได้บ่อยคือ ข้อเข่า ข้อสะโพก และข้อกระดูกสันหลัง

รูปร่าง เมื่ออายุมากขึ้นหลังโก่งงอ หัวเข่าและสะโพกงอเล็กน้อย จมูกกว้างขึ้น หูยาวขึ้น ไหล่แคบลง ใบหน้าเกิดรอยย่น หนังตาตก เหนียงยาน

กระดูกและข้อ เกิดการสูญเสียมวลกระดูก ทำให้เกิดภาวะกระดูกพรุนเป็นสาเหตุให้กระดูกแขนขาหักง่าย ข้อเข่าเสื่อมจากการเสื่อมของกระดูกอ่อนเกิดอาการบวมปวดตามข้อ

### 1.4 ระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular system)

ผู้สูงอายุมีลักษณะโครงสร้างของหัวใจเปลี่ยนแปลง กล้ามเนื้อหัวใจฝ่อลีบมีเนื้อเยื่อพังผืดมากขึ้น ประสิทธิภาพของการทำงานลดลง การหดตัวลดลงระยะเวลาการคลายตัวของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้น ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ปริมาณเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ลดลง บริเวณสมอง หัวใจ และไตทำให้อวัยวะเหล่านี้ทำงานลดลงเกิดการเสื่อมและตายในที่สุดความดันโลหิตจึงลดลงร่วมกับความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือดลดลงจึงทำให้ผู้สูงอายุส่วนมากเกิดภาวะความดันเลือดต่ำเมื่อเปลี่ยนท่าทางได้ง่าย ดังนั้นการเปลี่ยนท่าทางต่างๆ ในผู้สูงอายุควรกระทำอย่างช้าๆ

1.5 ระบบทางเดินหายใจ (Respiratory system) หลอดลมและปอดมีขนาดใหญ่ขึ้นความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง การหดตัวของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจเข้าและหายใจออกลดลง ผนังทรวงอกแข็งขึ้น การเคลื่อนไหวของกระดูกซี่โครงลดลง ปอดยึดขยายและหดตัวได้น้อยลง การระบายอากาศหายใจลดลง พบได้ในผู้สูงอายุที่มีภาวะหลังค่อมเอียงเนื่องจากกระดูกสันหลังเสื่อม เซลล์ที่อยู่ในทางเดินหายใจลดลง



ประสิทธิภาพการไหลลง การทำงานของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจออกลดลง ทำให้การกำจัดสิ่งแปลกปลอมภายในทางเดินหายใจไม่ดี เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่าย

**1.6 ระบบทางเดินอาหาร (Digestive system)** ฟันของผู้สูงอายุไม่แข็งแรง เคลือบฟันบางแตกง่าย และสีคล้ำขึ้น เหงือกที่หุ้มคอฟันร่นลงไป เซลล์สร้างฟันลดลงมีเนื้อเยื่อพังผืดเข้าแทนที่มากขึ้น ทำให้การสร้างฟันลดลงทั้งปริมาณและคุณภาพ ฟันผุง่ายขึ้น ผู้สูงอายุจึงไม่ค่อยมีฟันต้องใส่ฟันปลอม ในรายที่ไม่สามารถใส่ฟันปลอมได้ทำให้การเคี้ยวอาหารไม่สะดวกต้องรับประทานอาหารอ่อนและย่อยง่าย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสารอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตทำให้ขาดสารอาหารประเภทต่อมน้ำลายเสื่อมหน้าที่ ปากและลิ้นแห้งการรับรสของลิ้นเสียไปจึงเกิดภาวะเบื่ออาหารมากขึ้นการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารลดลงเนื่องจากความตึงตัวของกล้ามเนื้อและการทำงานของกล้ามเนื้อในกระเพาะอาหารลดลงร่วมกับมีความผิดปกติทางด้านจิตใจและความวิตกกังวลในด้านต่างๆ อาหารอยู่ในกระเพาะอาหารนานขึ้นเกิดความรู้สึกหิวบ่อยลงการเคลื่อนไหวของลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ลดลง ประกอบกับกำลังของกล้ามเนื้อท้องลดลง ผู้สูงอายุชอบรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย ไม่มีกาก ร่างกายเคลื่อนไหวน้อยลง การกระหายน้ำน้อยลงจึงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะท้องผูก

น้ำหนักและขนาดของตับอ่อนลดลงแต่มีไขมันมาสะสมมากขึ้นการผลิตเอ็นไซม์เปลี่ยนแปลงโดยส่วนใหญ่จะมีการลดลงทั้งปริมาณและความเข้มข้น ระดับเอ็นไซม์อะมัยเลสลดลงแต่ยังมีปริมาณเพียงพอสำหรับการย่อยสารอาหารคาร์โบไฮเดรต ระดับทริปซินลดลงแต่ระดับไลเปสและไบคาร์บอเนตยังคงที่ซึ่งจะมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดโรคแผลในกระเพาะอาหารลดลง

**1.7 ระบบสืบพันธุ์ร่วมทางเดินปัสสาวะ (Genitourinary system)** ขนาดของไตลดลงและหน่วยไตมีจำนวนลดลง ผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไตแข็งตัว ทำให้การไหลเวียนเลือดในไตลดลงและอัตราการกรองไตลดลง การทำงานของท่อไตลดลงทำให้การดูดกลับของสารต่างๆน้อยลง ความสามารถทำให้ปัสสาวะเข้มข้นลดลงเป็นเหตุให้ปัสสาวะเจือจางมากขึ้นกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลังลง ขนาดของกระเพาะปัสสาวะลดลงความจุของกระเพาะปัสสาวะลดลง นอกจากนั้น ตัวรับการกระตุ้น (Stretch receptor) ในกระเพาะปัสสาวะยังทำงานลดลง จึงทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกปวดถ่ายปัสสาวะเมื่อมีปัสสาวะเต็มในกระเพาะปัสสาวะแต่ผู้สูงอายุจะถ่ายปัสสาวะบ่อยเพราะมีปัสสาวะค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะมากขึ้น ในผู้ชายต่อมลูกหมากจะโตขึ้นทำให้ถ่ายปัสสาวะลำบากต้องถ่ายบ่อยครั้งอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกเหี่ยวแห้งเพราะไขมันใต้ผิวหนังลดลงกล้ามเนื้อภายในอุ้งเชิงกรานหย่อนตัวทำให้เกิดภาวะกระบังลมหย่อนและกลั้นปัสสาวะไม่ได้

**1.8 ระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine system)** ต่อมไทรอยด์มีน้ำหนักไม่เปลี่ยนแปลงแต่มีเนื้อเยื่อพังผืดมาสะสมมากขึ้น การทำงานของต่อมไทรอยด์ลดลงเนื่องจากกลไกการกระตุ้นไทรอยด์จาก TSH (Thyroid stimulating hormone) ล้มเหลวทำให้ผู้สูงอายุจะเกิดอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ผมร่วง ผิวแห้งตับอ่อนหลังอินซูลินลดลง ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารคงที่เนื้อเยื่อต่างๆภายในร่างกายตอบสนองต่ออินซูลินน้อยกว่าปกติ เป็นผลให้ระดับความทนต่อน้ำตาล (Glucose tolerance) ลดลงเมื่ออายุมากขึ้นต่อมเพศทำงานลดลงและไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้นของฮอร์โมนจากต่อมใต้สมอง คือ FSH (Follicular stimulating hormone) และ LH (Luteinizing hormone) รังไข่หยุดทำงานไม่หลังเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรน สำหรับเพศชายการเปลี่ยนแปลงเกิดน้อยกว่าในเพศหญิงเพราะการหลั่งฮอร์โมนเพศชายค่อยๆ ลดลงทีละน้อย ความรู้สึกทางเพศอาจเพิ่มขึ้นหรือลดลงขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมและการหาทางออกจากพฤติกรรมในผู้สูงอายุแต่ส่วนมากมักพบผู้สูงอายุมีความสนใจและรู้สึกทางเพศมากขึ้นผม ผมงอกลดลงเส้นผมลดน้อยลงสีผมและขนหงอกขาวการเปลี่ยนแปลงในระบบสมองประสาทและหัวใจสมอง ความสามารถในการพูดลดลง พฤติกรรมความเร็วลดลงความเสื่อมของการเรียนรู้และความจำ การหลงลืม นอนหลับยาก หัวใจ บีบตัวได้น้อยลงจึงเหนื่อยง่าย สำล็กอาหารเข้าหลอดลมได้ง่ายหากทำงานหนักหรือตื่นเต้นมากไป

อาจเกิดหัวใจวายได้ง่ายการเปลี่ยนแปลงของประสาทระบบรับรู้ความรู้สึกการมองเห็น ตาพร่ามัว มองไม่ชัด สายตายาว กล้ามเนื้อตาเสื่อมการปรับสายตาค้า ความไวในการมองภาพลดลง ตาแห้ง เยื่อบุตาระคายเคืองได้ง่ายการได้ยิน ประสาทรับเสียงเสื่อม มีอาการหูตึง หูหนวกการรับรู้รสและกลิ่น ลดน้อยลง มีอาการเบื่ออาหาร อาจเติมเครื่องปรุงมากขึ้น เช่น น้ำตาล น้ำปลาการทรงตัว เสื่อมลง กล้ามเนื้อไม่แข็งแรง เคลื่อนไหวได้ช้าลง ไม่คล่องแคล่วว่องไว มือสั่นจับของไม่แน่นเกิดอาการวิงเวียนศีรษะเมื่อเปลี่ยนอิริยาบถเสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย การเปลี่ยนแปลงในระบบย่อยอาหารพิน โยกลลอน มีอาการเสียวพิน ผุแตกหักง่ายกระเพาะอาหาร ย่อยได้ลดลง การดูดซึมอาหารในลำไส้ลดลง อาหารค้างค้ำในลำไส้ใหญ่นานขึ้นทำให้มีอาการท้องอืด ท้องผูก การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินปัสสาวะกล้ามเนื้อหูรูด มีสมรรถภาพต่ำลงบางคนไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ดีต้องเข้าห้องน้ำบ่อย ในผู้สูงอายุชายที่ต่อมลูกหมากโตต้องใช้เวลานานในการถ่ายปัสสาวะแต่ละครั้งช่องคลอด อักเสบและติดเชื้อได้ง่ายการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและพฤติกรรมเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลง ด้านกายภาพ สังคมสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดความเครียดบางคนอาจปรับตัวได้ยาก ทำให้เกิดอาการเหงา ว้าเหว่ ซึ้น้อยใจ หงุดหงิด หลงลืม วิตกกังวล หวาดระแวงซึมเศร้า

## 2. การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ (Psychological change)

การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสังคม เพราะความเสื่อมของอวัยวะต่างๆมีอิทธิพลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุเป็นอุปสรรคต่อการติดต่อกับบุคคล รวมทั้งการปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมต่างๆและการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของผู้สูงอายุเป็นผลมาจากการสูญเสียในด้านต่างๆประกอบด้วย

2.1 การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักเนื่องจากเพื่อนญาติสนิทหรือคู่ชีวิตเสียชีวิตหรือแยกไปอยู่ที่อื่น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกพรากก่อให้เกิดความซึมเศร้าได้ง่าย

2.2 การสูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากออกจากงานความสัมพันธ์ทางสังคมน้อยลงเนื่องจากขาดภาระหน้าที่รับผิดชอบทำให้ผู้สูงอายุเกิดรู้สึกสูญเสียตำแหน่งหน้าที่รู้สึกว่าคุณค่าไม่มีความหมายในชีวิต นอกจากนี้ยังมีผลให้ผู้สูงอายุขาดเพื่อนขาดความผูกพันที่เคยมีต่อสังคมขณะเดียวกันก็ขาดรายได้หรือรายได้ลดลง ผลจากสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุต้องพยายามปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

2.3 การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว เนื่องจากบุตรธิดามักจะมีครอบครัวและแยกย้ายไปอยู่ต่างหากโดยเฉพาะสังคมปัจจุบันที่ครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากกว่าครอบครัวขยาย ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ซึ่งเป็นผู้สูงอายุกับบุตรหลานของตนลดลง บทบาททางด้านการให้คำปรึกษาดูแลและสั่งสอนน้อยลงทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยวเกิดความว้าเหว่และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อยลง

## 3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและวัฒนธรรม (Social and Cultural change)

ปัจจุบันสังคมและวัฒนธรรมมีส่วนเกี่ยวข้องกับสาเหตุของปัญหาทางกายและทางจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางสังคมของไทยมีแนวโน้มไปทางตะวันตกมากขึ้นทำให้เกิดผลกระทบกับผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ได้แก่

3.1 การเปลี่ยนแปลงสภาพทางสังคม เนื่องจากสังคมปัจจุบันมีลักษณะกีดกันผู้สูงอายุในด้านต่างๆ เช่น บทบาทที่เกี่ยวข้องกับงาน ตลอดจนบทบาทในครอบครัวผู้สูงอายุซึ่งเคยเป็นผู้นำเลี้ยงครอบครัวเป็นหัวหน้าครอบครัวต้องกลับกลายเป็นผู้พึ่งพาอาศัยเป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ทำให้ผู้สูงอายุเสียอำนาจและบทบาททางสังคมที่เคยมี

3.2 การถูกทอดทิ้ง ผลของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมจากสังคมแบบดั้งเดิมไปสู่สังคมสมัยใหม่ ทำให้เกิดการขยายตัวหรือการเติบโตของชุมชนเมือง (Urbanization) ระบบการผลิตเปลี่ยนจากเกษตรกรรม เป็นอุตสาหกรรมทำให้วิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุมักจะถูกทอดทิ้งทำให้เกิดความหวาดกลัวจากแนวคิด ดังกล่าวสรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุทางด้านสรีรภาพ พบว่าร่างกายมีการเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะ ต่างๆ ทุกระบบ ทั้งระบบประสาทและต่อมไร้ท่อต่างๆส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายลดลงและ อาจเกิดโรคได้ง่าย ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจนั้น เกิดการสูญเสียบทบาทหน้าที่และสถานทางสังคม สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสภาพจิตใจและบุคลิกภาพเปลี่ยนไป การเปลี่ยนแปลงทางด้าน สังคมเป็นผลมาจากเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่ทำให้ความสามารถของผู้สูงอายุลดลง ทำให้การร่วม กิจกรรมหรือการทำกิจกรรมในสังคมลดลงไปด้วย จึงอาจสรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมจะเป็นไปในทิศทางที่เสื่อมถอยลงและการเปลี่ยนแปลงในแต่ละด้านต่างก็มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและ กัน นอกจากนี้ยังพบว่าการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงในแต่ละด้านมากน้อย แตกต่างกันไป ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุแต่ละบุคคลต่างก็มีการเสื่อมถอยของร่างกายอีกทั้งผู้สูงอายุมีสิ่งแวดล้อมทั้ง มีชีวิตและไม่มีชีวิตและมีปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่แตกต่างกันไปตลอดจนการมีพฤติกรรมที่จะดำรง และรักษาซึ่งภาวะสุขภาพมากน้อยแตกต่างกันด้วย

### ความต้องการของผู้สูงอายุ

นางลักษณ์ บุญไทย<sup>10</sup> กล่าวว่า ความต้องการของผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น 7 ประการคือ

1. ความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัว เมื่อผู้สูงอายุถูกปล่อยให้ให้อยู่อย่างโดดเดี่ยวหรือแยกตัว อยู่คนเดียว ผู้สูงอายุต้องการการสนับสนุนจากครอบครัว ควบคู่ไปกับภายนอก เช่น องค์กรภาครัฐ องค์กรเอกชน องค์กรศาสนา
2. ความต้องการด้านการประกันรายได้ โดยเฉพาะการประกันสังคมประเภทชราภาพ ผู้สูงอายุ ต้องการได้บำนาญชราภาพ เพื่อการดำรงชีวิตอยู่อย่างมั่นคงปลอดภัยตามสมควรแก่อัตภาพของชีวิต
3. ความต้องการมีชีวิตร่วมในชุมชน โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในกิจกรรมบางประเภทของสังคม ดังนั้น สังคมควรให้ออกโอกาสแก่ผู้สูงอายุในการเข้าร่วมกิจกรรมและปรับคุณภาพชีวิตของชุมชนให้ดีขึ้น
4. ความต้องการพึ่งพาผู้อื่นให้น้อยลง หากครอบครัวหรือชุมชนได้ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรม ต่างๆในครอบครัวและสังคมจะเป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุรู้จักพึ่งตนเองไม่เป็นภาระของสังคม
5. ความต้องการทางสังคมของผู้สูงอายุ การต้องการเป็นส่วนหนึ่งการยอมรับและเคารพจากบุคคล ภายในครอบครัวและสังคม ต้องการเป็นมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลในครอบครัวชุมชนและสังคม
6. ความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของชีวิตมนุษย์เพราะเป็นสิ่งที่ ธรรมชาติเสริมขึ้นมาเพื่อให้ร่างกายอยู่ได้ ได้แก่ปัจจัยสี่ คือ อาหาร เครื่องนุ่งห่มที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค
7. ความต้องการทางด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือทางการเงินจากบุตรหลาน จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า ความต้องการของผู้สูงอายุเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานได้แก่ ปัจจัย 4 ซึ่งเป็น ปัจจัยที่ใช้ในการดำรงชีวิต การเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆที่เกิดขึ้นในวัยผู้สูงอายุ ทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้ความต้องการและการปรับตัวของผู้สูงอายุจะต้องได้รับการเอาใจใส่

ดูแลได้รับการยอมรับจากบุคคลหลายฝ่าย ทั้งตัวผู้สูงอายุเอง บุคคลในครอบครัว ชุมชน นโยบายต่างๆ ของภาครัฐ โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งทางด้านสุขภาพ ความเป็นอยู่และที่อยู่อาศัยที่ดีอันจะเป็นการลดปัญหาและสนองความต้องการของผู้สูงอายุ

การที่ผู้สูงอายุจะมีสุขภาพอนามัยที่ดีทั้งกายและใจยึดหลัก 10 อ.ในการใช้ชีวิตประจำวัน ดังนี้

- 1.อาหาร กินอาหารครบ 5 หมู่ทุกวันและดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว
- 2.อากาศอยู่ในที่ร่มร้อนอากาศสดชื่นถ่ายเทได้สะดวก
- 3.ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาทีอย่างต่อเนื่อง
- 4.อุจจาระเป็นประจำทุกวัน
- 5.อนามัย หมั่นดูแลสุขภาพร่างกาย ปากและฟันอยู่เสมอ เมื่อร่างกายมีอาการผิดปกติต้องรีบปรึกษา

แพทย์

- 6.อุบัติเหตุ ระวังการเกิดอุบัติเหตุและการพลัดตกหกล้ม
- 7.อารมณ์ ทำจิตใจให้สบาย แจ่มใสไม่เครียด เข้าร่วมกิจกรรมกับครอบครัว เพื่อนบ้านและสังคม

เป็นประจำ

- 8.อดิเรก หางานอดิเรกที่ชอบทำเพื่อเกิดความเพลิดเพลินและมีคุณค่าทางจิตใจ
- 9.อบอุ่น สร้างความรักความผูกพันกับลูกหลานญาติสนิทมิตรสหายรู้จักโอนอ่อนผ่อนปรน

ปล่อยวาง ให้อภัย เพื่ออยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

- 10.อนาคต เตรียมตัวเตรียมใจที่จะยอมรับการเปลี่ยนแปลงอย่างมีสติไม่ว่าจะเป็นสภาพร่างกาย

จิตใจ บทบาทและสถานภาพทางสังคม

### การดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่อวัยวะหลายส่วนเสื่อมลง การมีโรคประจำตัวและการเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคมและชีวิตความเป็นอยู่เช่น เกษียณจากหน้าที่การงาน เปลี่ยนบทบาทจากเคยเป็นหัวหน้าครอบครัวมาเป็นเพียงสมาชิกคนหนึ่งในครอบครัว การต้องอยู่ตามลำพังเพราะลูกหลานออกไปทำงานส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ ความวิตกกังวล ความเครียดที่มาจากหลายสาเหตุ เช่น อาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความยากจน ถูกทอดทิ้งหรือทำร้ายร่างกายและจิตใจจากคนในครอบครัวความรู้สึกเหงาว่าเหวหรือรู้สึกสูญเสียจากการพลัดพรากหรือคนใกล้ชิดกลัวความตาย ความระแวง นอกจากนี้ยังมีปัญหาความจำเสื่อมและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น โดยมีสาเหตุมาจากพันธุกรรม ความไม่สามารถปรับตัวปรับใจของผู้สูงอายุและสภาพแวดล้อมทางสังคมได้

### โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

ส่วนหนึ่งเกิดจากอาการเจ็บป่วยที่สะสมมาตั้งแต่อยู่ในวัยทำงานและการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น กินอาหารไม่มีประโยชน์ขาดการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง สูบบุหรี่ ดื่มเหล้าพอถึงวัยสูงอายุกลายเป็นโรคเรื้อรังที่โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คือ

1. ความดันโลหิตสูง สาเหตุส่วนใหญ่มาจากกรรมพันธุ์และสิ่งแวดล้อมเช่นอ้วนเป็นเบาหวานรับประทานอาหารรสเค็ม สูบบุหรี่ดื่มเหล้า คนปกติทั่วไปความดันโลหิตไม่ควรเกิน 130/85 มิลลิเมตรปรอท

อาการของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงคือ มากกว่า 180/109 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ตาจะมองไม่เห็น ปวดศีรษะ เหนื่อยง่ายเจ็บหน้าอกเลือดกำเดาออกหากไปพบหมอจะรักษาได้ด้วยวิธีการใช้ยาหรือปรับพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงให้เกิดโรค เช่น ควบคุมอาหาร หลีกเลี่ยงอาหารเค็มจัด ไม่สูบบุหรี่ งดดื่มเหล้า หลีกเลี่ยงความเครียด ออกกำลังกาย ความดันโลหิตจะลดลงมาระดับปกติ แต่ถ้าไม่ได้รับการรักษา อาจเกิดผลแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมาจนเป็นอันตรายต่อชีวิต เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด อัมพฤกษ์อัมพาต โรคไต

2. โรคเบาหวาน เกิดจากร่างกายขาดฮอร์โมนอินซูลิน ทำให้เผาผลาญน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เมื่อเป็นโรคเบาหวานจะมีอาการปัสสาวะบ่อย ตื่นน้ำมาก หิวเก่ง น้ำหนักลด อ่อนเพลีย วิงเวียนมึนงง ต้องพบแพทย์อย่างต่อเนื่องและปฏิบัติตามคำแนะนำ อย่างเคร่งครัด อาจต้องรับประทานยาหรือฉีดอินซูลิน ต้องควบคุมอาหาร รับประทานแต่พอดี ไม่จู้จิบ งดอาหารหวานแป้งและไขมัน งดบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมั่นรักษาความสะอาดเท้าไม่ให้เปื้อนแผลเพราะจะหายยาก ควรมีลูกอมหรือน้ำตาลติดตัวไว้ถ้ามีอาการใจหวิวจะเป็นลม เหงื่อออก ตัวเย็น ให้รีบรับประทานน้ำตาลหรือของหวานทันที

3. หลอดเลือดหัวใจตีบ จะมีอาการเจ็บหน้าอก ใจสั่น หน้ามืดเป็นลมหายใจลำบาก หัวใจวาย หมดสติถึงแก่ชีวิต ผู้ป่วยต้องรับประทานอาหารอาหารครบ 5 หมู่ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง หวานและเค็มจัด ต้องควบคุมโรคเบาหวาน ไขมันในเลือดและความดันโลหิตสูงให้เป็นปกติควรลดน้ำหนักถ้าอ้วนเกินมาตรฐาน งดบุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติดทุกชนิด ผ่อนคลายความเครียดและออกกำลังกายสม่ำเสมอ เพื่อให้หัวใจและหลอดเลือดทำงานได้ดีขึ้น

4. โรคตา ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุคือ โรคต้อกระจก ต้อหิน สายตาวาวโรคตาแห้ง วิธีการป้องกันไม่ให้สายตาเสื่อมเร็วเกินไป คือไม่ควรอยู่ในที่แสงสว่างมากและควรใส่แว่นกันแดด กินอาหารที่มีโปรตีนและวิตามิน เอไม่ดูทีวีใกล้เกินไปควรใช้แว่นสายตา ควรไปพบจักษุแพทย์เป็นประจำทุกปี และเมื่อความสามารถในการมองเห็นเปลี่ยนไป โรคต้อกระจกสามารถรักษาให้หายได้โดยการลอกต้อ ถ้าไม่รักษาอาจทำให้กลายเป็นต้อหินซึ่งทำให้ปวดตาและตาบอดได้

5. ข้อเข่าเสื่อม จะมีอาการปวดข้อเวลาขึ้นบันได เดินมาๆนั่งยองๆหรือขึ้นบันได ผู้ป่วยด้วยโรคนี้ควรควบคุมอาหารและออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนักถ้ามีน้ำหนักตัวมาก หลีกเลี่ยงท่าทางและกิจกรรมที่ใช้ข้อเข่ามากๆเป็นเวลานานๆ บริหารกล้ามเนื้อรอบๆข้อให้แข็งแรง เพื่อชะลอการเสื่อมของข้อเข่า

6. สมองเสื่อม จะมีอาการหลงลืมเรื่องราวที่เพิ่งเกิดขึ้นใหม่ๆแต่จำเรื่องราวในอดีตได้ชัดเจน พฤติกรรมเปลี่ยนไปจากเดิม ปัจจุบันยังไม่สามารถรักษาให้หายได้ผู้ดูแลต้องพยายามให้ผู้ป่วยมีการฝึกสมองให้ได้คิดอยู่บ่อยๆให้พบปะผู้คนและทำกิจกรรมใหม่ๆหลีกเลี่ยงยาหรือสารเสพติดที่ทำลายสมอง ออกกำลังกายสม่ำเสมอและพยายามไม่ให้เกิดความเครียด รวมทั้งระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุทางศีรษะ

7. มะเร็ง การป้องกันสามารถเริ่มได้จากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น ไม่สูบบุหรี่เพื่อไม่ให้ เป็นมะเร็งปอด มะเร็งช่องปากและโพรงจมูก หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทปิ้งย่าง หลีกเลี่ยง การดื่มแอลกอฮอล์เพราะอาจเป็นมะเร็งตับ ลดน้ำหนักถ้าอ้วนเกินไป หลีกเลี่ยงการถูกแดดจัดเป็นเวลานานๆ เพราะอาจเป็นมะเร็งผิวหนัง ออกกำลังกายเป็นประจำเพื่อลดความเสี่ยงจากการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และ มะเร็งเต้านมหลีกเลี่ยงการกินของดิบไม่สุกเพราะอาจเป็นมะเร็งท่อน้ำดี

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ สภาพร่างกายมีการเปลี่ยนแปลง เคลื่อนไหวได้ไม่คล่องแคล่วองไวเหมือนแต่ก่อน กระดูกข้อเสื่อม เดินไม่สะดวก สายตาพร่ามัวมองเห็นไม่ชัดเจน หูตึง ถ้าสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม ควรเสี่ยงที่จะเกิดอุบัติเหตุได้ง่ายขึ้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักเกิดอุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้ม สะดุดสิ่งของทำให้ข้อกระดูกหักหรือถูกน้ำร้อนลวกต้องใช้เวลาในการรักษาฟื้นฟูร่างกายยาวนานหรืออาจนำมาซึ่งความทุพพลภาพ พิการและเสียชีวิตได้อุบัติเหตุที่เกิดกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นภายในบ้านที่อยู่อาศัยโดยเฉพาะในห้องนอน ห้องน้ำและบันได อุบัติเหตุอาจเกิดขึ้นในสถานที่สาธารณะ เช่น สถานพยาบาล วัด ตลาด ร้านค้า ห้องน้ำสาธารณะถนน ทางเท้า ยานพาหนะ ถ้ามีการปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุให้มีความปลอดภัยและไม่เป็นอันตรายต่อผู้สูงอายุจะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดอุบัติเหตุลดลงและมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น

### กฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

กฎหมายและระเบียบข้อบังคับสำคัญๆที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุทั้งทางตรงและทางอ้อม ไม่ว่าจะเป็นเป็นสิทธิที่ผู้สูงอายุพึงได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายหรือวิธีการปฏิบัติที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุไม่มีความกังวลในบั้นปลายชีวิต

1.พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 มาตรา 11 กำหนดสิทธิประโยชน์หลายด้านที่ผู้สูงอายุจะได้รับ ดังนี้

- การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ด้วยความสะดวกและรวดเร็วเป็นกรณีพิเศษ
- การศึกษา การศาสนาและข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำรงชีวิต
- การประกอบอาชีพหรือฝึกอาชีพที่เหมาะสม
- การพัฒนาตนเองและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน
- การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุในอาคารสถานที่ ยานพาหนะหรือการบริการสาธารณะ
  - การช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะตามความเหมาะสม
  - การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ
  - การช่วยเหลือผู้สูงอายุ ซึ่งได้รับการทารุณกรรมหรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมายหรือถูกทอดทิ้ง
    - การให้คำแนะนำ ปรีกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดีหรือในทางแก้ปัญหาครอบครัว
    - การจัดที่พักอาศัย อาหารและเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง
    - การสงเคราะห์เบี้ยยังชีพตามความจำเป็นอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม
    - การสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี

ทั้งนี้ ได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ(ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2553 โดยบัญญัติว่า “การจ่ายเบี้ยยังชีพเป็นรายเดือนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม” ดังนั้น เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเป็นมาตรการที่รัฐบาลจัดสรรเงินอุดหนุนรายเดือนให้กับผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยกำหนดให้ผู้สูงอายุทุกคนมีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพและ

ต้องลงทะเบียนกับเขต/ท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่ก่อนผู้ที่ได้รับเงินบำนาญจากระบบบำนาญภาคีรัฐหรือผู้สูงอายุที่กำลังปฏิบัติหน้าที่และได้รับเงินเดือนจากรัฐบาล

ผู้สูงอายุอายุ 60-69 ปี ได้รับเบี้ยยังชีพ 600 บาท

ผู้สูงอายุอายุ 70-79 ปี ได้รับเบี้ยยังชีพ 700 บาท

ผู้สูงอายุอายุ 80-89 ปี ได้รับเบี้ยยังชีพ 800 บาท

ผู้สูงอายุอายุ 90 ปีขึ้นไป ได้รับเบี้ยยังชีพ 1,000 บาท

การดูแลผู้สูงอายุควรเป็นความร่วมมือร่วมใจของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในพื้นที่ โดยทุกฝ่ายจะต้องมองว่าผู้สูงอายุเป็นผู้มีคุณค่าต่อชุมชน ความสูงอายุเป็นภาวะตามธรรมชาติที่คนทุกคนต้องเผชิญและต้องทำความเข้าใจว่าคนในวัยนี้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมแตกต่างกัน จากคนวัยอื่น การดูแลผู้สูงอายุควรอยู่บนพื้นฐานความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ความเอื้ออาทร การเห็นอกเห็นใจและตระหนักถึงคุณค่าของประสบการณ์ในผู้สูงอายุปัจจุบันมีหน่วยงาน/องค์กรที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุอยู่หลายหน่วยในระดับชุมชนท้องถิ่นมีหน่วยงาน/องค์กรหลักๆ ดังนี้

- องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล เป็นหน่วยงานหลักในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุผ่านแผนงานโครงการมีงบประมาณสนับสนุนทำหน้าที่จ่ายเบี้ยยังชีพ จัดอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ จัดรถรับส่งผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยไปโรงพยาบาลส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรวมกลุ่มกันจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ โดยให้มีกิจกรรมต่างๆทั้งด้านสุขภาพอนามัย กิจกรรมเสริมรายได้จัดกิจกรรมสาธารณะปรับสภาพแวดล้อมในชุมชนให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุรวมทั้งซ่อมแซมบ้านให้กับผู้สูงอายุอีกด้วย

- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพองค์กรรวมอย่างเป็นระบบ ทั้งการเก็บข้อมูลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและลดความเสี่ยงการจัดบริการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุ จัดฝึกอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และช่วยแนะนำเมื่ออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) มีปัญหาในการปฏิบัติงานและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านช่วยดำเนินงานในชุมชนร่วมด้วย

- ชมรมผู้สูงอายุ จัดกิจกรรมต่างๆตามความต้องการของสมาชิกผู้สูงอายุเพื่อให้สมาชิกได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ สสำรวจผู้สูงอายุที่ไม่สามารถออกจากบ้านมาร่วมกิจกรรมชมรมหรือไปโรงพยาบาลได้ รวมทั้งจัดหาสมาชิกที่มีจิตอาสาเป็นอาสาสมัครไปเยี่ยมผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และอยู่ติดบ้าน ติดเตียง

หน่วยงานและองค์กรต่างๆ ควรมีการประสานความร่วมมือกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการและความช่วยเหลือตามสิทธิของผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและอยู่ในชุมชนสังคมอย่างมีศักดิ์ศรีต่อไป

แนวคิดในการดูแลผู้สูงอายุเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุร่างกายจะเสื่อมสภาพลงส่วนใหญ่จะมีโรคเรื้อรังประจำตัว ผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องอยู่ตามลำพังขาดครอบครัวเข้ามาช่วยดูแลเพราะลูกหลานไปทำงานที่อื่นหรือยากจนต้องการได้รับการช่วยเหลือจากชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสังคมไทยจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมในการรับมือกับการเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างจริงจัง โดยต้องเริ่มตั้งแต่คนทุกช่วงวัย ด้วยการสร้างความตระหนักและให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง มีการตรวจสุขภาพเป็นประจำ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และออกกำลังกายสม่ำเสมอ รวมไปถึงการสร้าง

หลักประกันความมั่นคงให้ตนเองด้วยการออมและการมีหลักประกันทางสังคม ซึ่งควรทำต่อเนื่องตั้งแต่วัยเด็กวัยทำงานและวัยสูงอายุ เพื่อสนับสนุนให้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ (Active Aging) สามารถช่วยเหลือพึ่งพาตนเองได้ไม่เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคมรวมทั้งยังสามารถช่วยเหลือชุมชนและสังคมได้อีกด้วยสำหรับการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น เริ่มได้จากที่บ้านขณะเดียวกัน สถานบริการทุกระดับ(โรงพยาบาลประจำจังหวัด) และบริการในชุมชน (รพ.สต)ควรจัดบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทั้งการส่งเสริม ป้องกันรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ โดยมีการให้คำแนะนำวิธีการดูแลตนเอง มีสถานที่ออกกำลังกายเพื่อให้มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่เข้มแข็ง ให้ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันอุบัติเหตุและควบคุมโรคไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเส้นเลือด อัมพฤกษ์ อัมพาต ฯลฯ มีการฉีดวัคซีนป้องกันโรคและตรวจสุขภาพประจำปีเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคอื่นๆ ควรได้รับการรักษาทันทั่วที่ได้รับประทานยาและปฏิบัติตามที่แพทย์สั่งได้ถูกต้องและครบถ้วน หากสิ้นสุดการรักษาแล้วมีปัญหาเกี่ยวกับอวัยวะต่างๆ หรือมีความพิการต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพให้สามารถมีชีวิตได้อย่างปกติสุขจนถึงบั้นปลายชีวิต นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองไม่ได้หรือคนในครอบครัวไม่สามารถดูแลได้เพราะความยากจนหรือไม่มีโอกาสดูแลสมควรได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานภาครัฐตามสิทธิที่พึงได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย ควบคู่ไปกับการเกื้อกูลจากองค์กรอื่นๆและคนในชุมชนด้วยเช่นกัน

การแบ่งประเภทผู้สูงอายุและหลักการดูแลที่เหมาะสมในแต่ละกลุ่มโดยทั่วไปจะแบ่งประเภทผู้สูงอายุตามลักษณะทางสุขภาพ สังคมและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

- กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี อาจมีโรคประจำตัวบ้างแต่สามารถควบคุมได้ ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้โดยอิสระ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและทำประโยชน์ให้ชุมชนได้ด้วย การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะเน้นการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคและชะลอความเสื่อมตามวัยที่เพิ่มขึ้น ป้องกันการพลัดตกหกล้มหรือเกิดอุบัติเหตุ สนับสนุนให้ได้ทำกิจกรรมต่างๆ ที่จะช่วยให้ได้เข้าสังคม คลายเหงาและรู้สึกว่าคุณค่าและมีศักดิ์ศรีในการพึ่งตนเอง

- กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน เป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้างหรือต้องการความช่วยเหลือในบางเรื่อง มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตในสังคมและมีปัญหาสุขภาพ รวมทั้งมีโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้ ทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติ จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือจึงต้องใส่ใจเป็นพิเศษกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การชะลอความเสื่อมถอยของร่างกาย เช่น สมองเสื่อม ภาวะทุพพลภาพ ความพิการสภาพจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไป ต้องให้ความรู้แก่ครอบครัวในการดูแลเรื่องอาหารยาและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค รวมทั้งส่งเสริมการเข้าถึงหลักธรรมตามความเชื่อของแต่ละคนด้วย

- กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง เป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน มีโรคเรื้อรังหลายโรค มีภาวะแทรกซ้อนและอาจเจ็บป่วยระยะสุดท้าย ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องให้เกิดความสบายตามสภาพร่างกาย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคต่างๆ ประคับประคองอาการเจ็บป่วย ให้ความเข้าใจกับครอบครัวและเตรียมความพร้อมทางจิตใจให้ผู้สูงอายุเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตได้สงบสุขมากที่สุด

รูปแบบการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่ชุมชนท้องถิ่นทำได้นอกเหนือจากภารกิจตามอำนาจหน้าที่และหน่วยงานในท้องถิ่น เช่นอบต., รพ.สต., โรงเรียน ฯลฯ ควรเข้าไปมีบทบาทในการส่งเสริมและสนับสนุนให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมดูแลช่วยเหลือและพัฒนาผู้สูงอายุในชุมชนด้วยโดยให้ความสำคัญกับ



- การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถนำประสบการณ์ความรู้ของตนมาถ่ายทอดให้เป็นประโยชน์ต่อคนรุ่นหลังและชุมชนรวมทั้งดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ขาดคนดูแล ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังและยากจน

- การจัดบริการและสวัสดิการเพื่อช่วยแก้ไขปัญหาและสนองตอบความต้องการของผู้สูงอายุ
- การเฝ้าระวังเตือนภัยปัญหาต่างๆที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ เช่นการตรวจสอบว่าผู้สูงอายุในชุมชน รายใดที่ประสบปัญหา การเฝ้าระวังไม่ให้ถูกล่อลวงให้ซื้อสิ่งของ อาหาร ยาที่ไม่ปลอดภัย หรือถูกล่อลวง ทรัพย์สินจากมิถุนาชีพ เป็นต้นการดูแลพัฒนาผู้สูงอายุในชุมชนจะประสบความสำเร็จได้จะต้องมีกลไกการทำงานที่มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าไปรับผิดชอบอย่างชัดเจนโดยเฉพาะ อบต./เทศบาลที่ถือว่าเป็นหน่วยจัดการในพื้นที่ และจะต้องมีตัวแทนผู้สูงอายุเข้าไปมีส่วนร่วมด้วย เพื่อให้เป็นการสร้างกลไกการดูแลผู้สูงอายุระดับปฐมภูมิขึ้นมาภายในชุมชน ให้สามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนหนึ่งการใช้ชีวิตอย่างมีความสุขภายหลังเกษียณขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัวปรับใจของผู้สูงอายุและสภาพแวดล้อมทางสังคมคนที่เคยทำงานมาโดยตลอด เมื่อต้องมาอยู่เฉยๆอาจรู้สึกเบื่อหน่ายมีโอกาสเกิดภาวะร่างกายและสมองเสื่อม เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยได้อีกทั้งอาจคิดว่าชีวิตของตนเองไม่มีคุณค่าอีกต่อไป จึงควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ มีโอกาสทำประโยชน์ต่อสังคมตามความถนัด เช่น เป็นวิทยากรอบรมให้ความรู้วิชาการหรืองานฝีมือแก่คนรุ่นหลัง เป็นอาสาสมัครช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ฯลฯ รวมถึงการทำกิจกรรมนันทนาการตาม ความพร้อมและความสนใจเป็นการทำกิจกรรมยามว่างเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ คลายเครียดหรือเพื่อเข้าสังคมใหม่ๆโดยอาจกระทำคนเดียวหรือเป็นหมู่คณะก็ได้

อบต. /เทศบาล หน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในพื้นที่และคนในชุมชนควรเข้าไปช่วยสนับสนุนให้ชมรมผู้สูงอายุมีความยั่งยืนไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนงบประมาณ อุปกรณ์เครื่องมือต่างๆองค์ความรู้และอื่นๆโดยกิจกรรมที่สามารถจัดในชมรมผู้สูงอายุมีหลากหลายรูปแบบ เช่น

- การส่งเสริมสุขภาพกายใจ การบริหารร่างกาย แพทย์และพยาบาลมาตรวจสุขภาพ
- การให้ความรู้เช่น เหตุการณ์บ้านเมือง จัดมุมอ่านหนังสือ
- กิจกรรมทางศาสนา เช่น ทำบุญตักบาตร ศึกษาปฏิบัติธรรม
- การท่องเที่ยว ทักษะศึกษาและนันทนาการ เช่น ร้องเพลง เต้นรำซอฆอนดนตรี แข่งขันกีฬา
- การส่งเสริมอาชีพและหารายได้เช่น งานหัตถกรรม/ช่างฝีมือ การประกอบอาหาร ฯลฯ
- กิจกรรมทางวัฒนธรรมประเพณี
- การพัฒนานวัตกรรมเพื่ออำนวยความสะดวก/ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ
- การระดมทุนเพื่อใช้ภายในชมรม
- กิจกรรมจิตอาสา เช่น เยี่ยมสมาชิกที่เจ็บป่วย
- อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุคณะรัฐมนตรีมีมติเมื่อวันที่ 10 เมษายน 2550 ให้มีการขยายผลโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยให้ อบต.เป็นองค์กรหลักดำเนินงานร่วมกับภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชนในท้องถิ่นและกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นหน่วยงานสนับสนุนทางวิชาการสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ ได้ดำเนินโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ โดยการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อสร้างเสริมสุขภาพกายใจให้ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือ

ตัวเองไม่ได้ ขาดผู้ดูแลและถูกละเลยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุได้ โดยมีอาสาสมัคร 2 ประเภท ได้แก่

- อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ “เพื่อนช่วยเพื่อน” เพื่อให้ผู้สูงอายุที่สมัครใจเข้าไปช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

- อาสาสมัครเฝ้าระวังใส่ใจผู้สูงอายุ (อพส.น้อย) เพื่อส่งเสริมให้เด็กและเยาวชนที่สมัครใจเข้าไปดูแลผู้สูงอายุที่ขาดคนดูแลโดยจะมีอาสาสมัครที่เป็นผู้สูงอายุเข้าไปอยู่ในกลุ่มนี้ด้วยอาสาสมัครทั้ง 2 กลุ่มนี้จะได้รับการคัดเลือกจากชมรมผู้สูงอายุในชุมชนแล้วมีเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ช่วยอบรมให้ความรู้ การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ หลังจากนั้นจะออกไปทำกิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่อยู่ติดบ้านติดเตียง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง การออกเยี่ยมเยียนจะออกไปเป็นกลุ่มๆ ละ 3-5 คนการไปเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุจะมีการสอบถามความเป็นอยู่ สุขภาพกายใจพูดคุยรับฟังปัญหาและให้คำแนะนำ ให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ รับประทานยาที่ถูกต้อง ช่วยวัดความดันวัดไข้ เช็ดตัวและให้ยา ช่วยทำแผล ทายา นวดผ่อนคลายและบรรเทาอาการปวด ชวนออกกำลังกายและบริหารกล้ามเนื้อ ทำความสะอาดร่างกาย ตัดเล็บ สระผม ช่วยเหลืองานบ้าน เช่น ทำความสะอาดบ้าน ซักผ้า ซ่อมแซมที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้สูงอายุช่วยซื้อของหรือไปรับยาที่โรงพยาบาล ให้ความรู้คนดูแลหรือลูกหลานในการดูแลผู้สูงอายุ และเมื่อสังเกตเห็นอาการผิดปกติจะส่งต่อไปรักษาตัวที่สถานพยาบาลหรือติดต่อหน่วยราชการเพื่อรับสวัสดิการด้านต่างๆเช่นรับเบี้ยยังชีพ ค่าซ่อมแซมบ้าน รับการสงเคราะห์ด้านค่าใช้จ่ายในครอบครัวการทำงาน เน้นความเป็นทีมทั้งประธานชมรมผู้สูงอายุ รพ.สต.โรงเรียน โดย อบต./เทศบาลจะจัดรถและเจ้าหน้าที่ไปบริการ สนับสนุนเงินซ่อมแซมบ้านและสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ เช่น ซ่อมบันไดห้องน้ำรวมทั้ง อบต.จัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นระบุในข้อบัญญัติเพื่อตั้งงบประมาณสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

- ชมรมผู้สูงอายุเป็นการรวมกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไปตั้งแต่ 30 คนขึ้นไปและผู้ที่มีอายุระหว่าง 25-59 ปีไม่เกิน 1 ใน 4 ของสมาชิกผู้สูงอายุ การส่งเสริมให้ชุมชนจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุและจัดกิจกรรมต่างๆ อย่างต่อเนื่องจะช่วยป้องกันและแก้ไขปัญหาให้ผู้สูงอายุในชุมชนเพราะชมรมผู้สูงอายุ ถือเป็นองค์กรชุมชนที่บริหารจัดการโดยผู้สูงอายุและผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุถือเป็นช่องทางหนึ่งที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้พบปะพูดคุยกับคนวัยเดียวกัน ช่วยกันคิดและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุรอบด้านและช่วยเหลือผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองไม่ได้ด้วย การส่งเสริมให้ชุมชนจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นมาเพื่อทำกิจกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการของสมาชิก นอกจากจะทำให้ผู้สูงอายุคลายเหงา คลายเครียดมีความสุขเห็นคุณค่าของตนเอง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นแล้วยังทำให้เกิดความเอื้ออาทรและสามัคคีในชุมชนอีกด้วย

## 2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับรูปแบบ

แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบและหลักการในการพัฒนารูปแบบ

ความหมายของรูปแบบ รูปแบบเป็นสิ่งที่สร้างและพัฒนาขึ้นไว้เป็นแนวทางในการทำงานอย่างใดอย่างหนึ่ง นักวิชาการได้ให้ความหมายไว้ดังนี้ คัมภีร์ สุดแท้<sup>11</sup>กล่าวว่า รูปแบบ หมายถึง สิ่งที่สร้างหรือพัฒนาขึ้นแสดงให้เห็นถึงองค์ประกอบสำคัญของเรื่องให้เข้าใจง่ายเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานต่อไป มาลี สิบกระแสน<sup>12</sup>รูปแบบมีสองลักษณะคือรูปแบบจำลองของสิ่งที่เป็นรูปธรรม เช่นระบบการปฏิบัติงาน และรูปแบบที่เป็นแบบจำลองของสิ่งที่เป็นนามธรรม รูปแบบอาจแสดงความสัมพันธ์ด้วยเส้นโยงแสดง ในรูปแผนภาพหรือเขียนในรูปสมการหรือเขียนเป็นข้อความ จำนวนหรือภาพหรือแผนภูมิหรือรูปสามมิติ ทิศนา ชามมนี อธิบายความหมาย รูปแบบ หมายถึงเครื่องมือทางความคิดที่บุคคลใช้ในการสืบหาคำตอบ ความสำเร็จ ความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นโดยสร้างมาจากความคิด ประสบการณ์การใช้อุปมาอุปไมยหรือจากทฤษฎี หลักการต่างๆและแสดงออกในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง

องค์ประกอบของรูปแบบ มี 4 องค์ประกอบดังนี้

- 1.รูปแบบสามารถนำไปสู่การทำนายผลที่ตามมาสามารถทดสอบ / สังเกตได้
- 2.มีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุอธิบายปรากฏการณ์เรื่องนั้น / ปรากฏกลไกสาเหตุที่กำลังศึกษาและอธิบายเรื่องที่กำลังศึกษา
3. รูปแบบช่วยจินตนาการสร้างความคิดรวบยอด ความสัมพันธ์ของสิ่งที่กำลังศึกษา/ช่วยสืบเสาะความรู้
- 4.รูปแบบมีความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างมากกว่าความสัมพันธ์เชิงเชื่อมโยง

จากการศึกษาตัวอย่างของรูปแบบจากเอกสารที่เกี่ยวข้องต่างๆ พบว่า แนวคิดหลักการหรือทฤษฎีพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบและแบ่งกลุ่มรูปแบบเอาไว้ 4 รูปแบบ คือ 1) Information-Processing Models เป็นรูปแบบที่ยึดหลักความสามารถในกระบวนการประมวลข้อมูลของผู้เรียนและแนวทางในการปรับปรุงวิธีการจัดการกับข้อมูลให้มีประสิทธิภาพขึ้น 2) Personal Models รูปแบบที่จัดในกลุ่มที่ให้ความสำคัญกับ ปัจเจกบุคคลและการพัฒนาบุคคลเฉพาะราย โดยมุ่งเน้นกระบวนการที่แต่ละบุคคลจัดระบบปฏิบัติต่อสรรพสิ่ง (Reality) ทั้งหมด 3) Social Interaction Models เป็นรูปแบบที่ให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและบุคคลต่อสังคม 4) Behavior Models เป็นรูปแบบที่ใช้องค์ความรู้ด้านพฤติกรรมศาสตร์เป็นหลักในการพัฒนารูปแบบ จุดเน้นที่สำคัญคือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่สังเกตได้และพฤติกรรมที่ไม่สามารถสังเกต จุดมุ่งหมายที่สำคัญของการสร้างรูปแบบเพื่อทดสอบหรือตรวจสอบด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ การตรวจสอบรูปแบบมีหลายวิธี ซึ่งอาจใช้การวิเคราะห์จาก หลักฐานเชิงคุณลักษณะ (Qualitative) และเชิงปริมาณ (Quantitative) โดยที่การตรวจสอบรูปแบบจากหลักฐาน เชิงคุณลักษณะอาจใช้ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ตรวจสอบ ส่วนการตรวจสอบโมเดลจากหลักฐานเชิงปริมาณใช้เทคนิคทางสถิติ การตรวจสอบโดยการใช้ผู้ทรงคุณวุฒิในบางเรื่องที่ต้องการความละเอียดอ่อนมากกว่าการวิจัยในเชิงปริมาณ โดยเชื่อว่าการรับรู้ที่เท่ากันเป็นคุณสมบัติพื้นฐานและได้เสนอแนวคิดการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ เชื่อถือว่าผู้ทรงคุณวุฒิเที่ยงธรรมและมีดุลพินิจที่ดีมีมาตรฐานและเกณฑ์ จากประสบการณ์และความชำนาญของผู้ทรงคุณวุฒิเอง การเลือกผู้ทรงคุณวุฒิจะเน้นที่สถานภาพทางวิชาชีพ ประสบการณ์และการเป็นที่เชื่อถือ (High Credit) ของวิชาชีพนั้นเป็นสำคัญ

### การสร้างรูปแบบและการพัฒนารูปแบบ

การสร้างรูปแบบ คือการกำหนดโมเดลที่สัมพันธ์กันอย่างเป็นระบบเพื่อชี้ให้เห็นชัดเจนว่ารูปแบบเสนออะไร เสนออย่างไร เพื่อให้ได้อะไรและสิ่งที่ได้นั้นอธิบายปรากฏการณ์อะไรและนำไปสู่ข้อค้นพบอะไรใหม่ๆ กล่าวโดยสรุป รูปแบบที่จะนำไปใช้ให้ได้ประโยชน์สูงสุดต้องประกอบด้วยลักษณะที่สำคัญ คือ มีความสัมพันธ์เชิงโครงสร้าง สามารถทำนายผลได้สามารถขยายความผลทำนายได้กว้างขึ้นและสามารถนำไปสู่แนวคิดใหม่ๆ สำหรับการพัฒนารูปแบบจะต้องศึกษาแนวคิดทฤษฎีในการสร้างรูปแบบนำเอาข้อมูลที่จัดเก็บมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อกำหนดความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของรูปแบบกำหนดโครงสร้างและข้อเสนอของรูปแบบอย่างชัดเจนเพื่อนำไปสู่ผลสรุปเพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่มุ่งหวังของการวิจัยมีการทดสอบและปรับปรุงรูปแบบก่อนนำรูปแบบไปใช้งานจริงและมีการประเมินผลหลังจากการนำรูปแบบไปใช้งานจริงโดยวิธีการสร้างโมเดลเพื่อหาข้อสรุปที่สามารถนำไปอธิบาย ทำนายหรือควบคุมปรากฏการณ์ที่ศึกษาโมเดลที่ใช้ศึกษาค้นคว้าปรากฏการณ์ทางสังคมต้องมีคุณสมบัติ 2 ประการ คือ 1) มีลักษณะสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงของปรากฏการณ์ของเรื่องที่ศึกษา 2)สามารถนำไปใช้หาข้อสรุปเพื่ออธิบาย ทำนายหรือควบคุมปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง คุณสมบัติของโมเดลทั้ง 2 ประการมีลักษณะขัดแย้งกันเอง กล่าวคือ ถ้าเราสร้างโมเดลให้สอดคล้องกับสภาพความจริงของปรากฏการณ์มากเท่าใด โมเดลจะสลับซับซ้อน

มาก ทำให้การนำโมเดลไปใช้มีความยุ่งยากในทางตรงกันข้ามถ้าเราเน้นความสะดวกในการนำเอาโมเดลไปใช้อธิบายปรากฏการณ์ก็ต้องเขียนโมเดลให้ง่ายเข้าใจโมเดลก็ไม่ค่อยสอดคล้องกับสภาพความจริงของปรากฏการณ์ซึ่งทำให้การนำโมเดลไปใช้อธิบายทำนายหรือควบคุมปรากฏการณ์ได้จำกัดจุดมุ่งหมายที่สำคัญ การสร้างโมเดลก็เพื่อทดสอบหรือตรวจสอบโมเดลนั้นด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ดังนั้นโมเดลที่สร้างขึ้นจึงมีความชัดเจนและเหมาะสมกับวิธีการทดสอบ การวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์มักจะทดสอบโมเดลด้วยวิธีการทางสถิติ การสร้างโมเดลการเก็บรวบรวมข้อมูลและการทดสอบโมเดลเป็นกิจกรรมที่ต้องบูรณาการเข้าด้วยกันเนื่องจากโครงสร้างของโมเดลจะเป็นตัวกำหนดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จะนำไปใช้ทดสอบโมเดล ผลของการทดสอบโมเดลย่อมนำไปสู่การยอมรับหรือปฏิเสธโมเดลนั้นหลักการการสร้างรูปแบบไว้ 4 ประการ คือ 1) รูปแบบประกอบขึ้นด้วยความสัมพันธ์อย่างมีโครงสร้างของตัวแปร มากกว่าความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงแบบธรรมดาอย่างไรก็ตามการเชื่อมโยงแบบเส้นตรงแบบธรรมดาทั่วไปมีประโยชน์โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการศึกษาวิจัยในช่วงต้นของการพัฒนารูปแบบ 2) รูปแบบควรใช้เป็นแนวทางในการพยากรณ์ผลที่จะเกิดขึ้นจากการใช้รูปแบบได้สามารถตรวจสอบได้โดยการสังเกตและหาข้อสนับสนุนด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ได้ 3) รูปแบบควรจะต้องระบุหรือชี้ให้เห็นถึงกลไกเชิงเหตุผลในเรื่องที่ศึกษานอกจากจะเป็นเครื่องมือในการพยากรณ์ได้ควรใช้ในการอธิบายปรากฏการณ์ได้ด้วย 4) รูปแบบเป็นเครื่องมือในการสร้างมโนทัศน์ใหม่และการสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปรในลักษณะใหม่ ซึ่งเป็นการขยายองค์ความรู้ในเรื่องที่เราากำลังศึกษา

พัฒนารูปแบบความหมายของพัฒนารูปแบบรุ่งนภา จิตรโรจนรักษ์<sup>13</sup>พัฒนารูปแบบหรือพัฒนาแบบจำลอง (Model Development) หมายถึง กระบวนการสร้างหรือพัฒนาแบบจำลองตลอดจนการทดสอบรูปแบบที่ดีมีคุณภาพนำไปสู่สภาวะการณ์ที่ดีในการศึกษาวิจัยจากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบพบว่า การพัฒนารูปแบบมีขั้นตอนในการดำเนินงานแตกต่างกันไป แต่โดยทั่วไปอาจจะแบ่งออกเป็นสองตอนใหญ่ๆคือ การสร้างรูปแบบ(Construct) และการหาความตรง (Validity) ของรูปแบบ ส่วนรายละเอียดในแต่ละขั้นตอนจะมีการดำเนินการอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับลักษณะและกรอบแนวคิดซึ่งเป็นพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบนั้นๆ

### 3. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการบริหารจัดการ

แนวคิดและทฤษฎีทางการบริหารจัดการที่เกี่ยวข้อง

3.1 แนวคิดการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่และธรรมาภิบาลการจัดการของรัฐเป็นกระบวนการบริหาร การวางนโยบายและการนำไปปฏิบัติเพื่อให้เกิดประโยชน์กับประชาชนในวงกว้างของการให้บริการ นโยบายสาธารณะต่างๆทั้งในด้านของความมั่นคง ด้านการให้บริการสาธารณสุข เป็นต้น โดยแนวทางในปัจจุบันได้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบของการบริหารไปตามกระบวนการทัศน์ที่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากในอดีตซึ่งในหลักการจัดการเดิมมีการดำเนินการจัดการเพื่อให้องค์กรทำงานไปตามวัตถุประสงค์มีการสั่งงานและควบคุมจากภายในและภายนอก การบริหารภาครัฐมีความจำเป็นมากสำหรับหน่วยงานของภาครัฐ เจ้าหน้าที่ของรัฐเกี่ยวกับประชาชนเกี่ยวกับการอำนวยความสะดวกและการให้บริการประชาชน บางครั้งไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนในการรับบริการหรือในการให้บริการประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงเป็นสาเหตุของการที่ต้องมีแนวทางในการปรับปรุงรูปแบบการให้บริการและการดำเนินการตามนโยบายของภาครัฐเพื่อให้เป็นไปได้อย่างดีในหน่วยงานบางแห่งได้มีการนำแนวคิดเกี่ยวกับการบริหารกิจการบ้านเมือง

ที่ดี (Good governance) ไปปรับใช้ในการบริหารจัดการงานภาครัฐที่ขาดคุณธรรม ขาดจิตสำนึกและขาดจิตวิญญาณในการให้บริการประชาชน เช่นเดียวกับในปัจจุบันได้มีการปรับปรุงการบริหารจัดการโดยได้นำแนวคิดของการจัดการภาครัฐและภาคเอกชนผสมผสานกันและบูรณาการเพื่อสร้างความสมดุลทางการจัดการของหน่วยงานภาครัฐเพื่อเสริมสร้างการบริการให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น การปรับเปลี่ยนกระบวนการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดความคล่องตัวเพิ่มมากขึ้น มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการบริหารจัดการโดยสร้างเครือข่ายและส่งเสริมการบริหารจัดการ มีนักวิชาการหลายท่านให้ความหมายของการจัดการภาครัฐแนวใหม่ไว้หลายท่าน อาทิ 28 Hood กล่าวว่า การจัดการภาครัฐแนวใหม่เป็นแนวโน้มของการบริหารจัดการที่สร้างแนวทางการบริหารจัดการของรัฐในรูปแบบใหม่ที่มีหลักการสำคัญ 7 ประการคือการจัดการโดยมีอาชีพที่มุ่งปฏิบัติมีมาตรฐานและวัดผลงานอย่างชัดเจน เน้นการควบคุมผลผลิต เน้นการมีระเบียบวินัยและประหยัดในการใช้ทรัพยากรมากขึ้น Cope, Leishman, & Strarie<sup>14</sup> กล่าวว่า การจัดการภาครัฐแนวใหม่เน้นการจัดการที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคม โดยการปรับเปลี่ยนโครงสร้างให้สอดคล้องกับกระแสสังคมและการทำงานเน้นการปรับเปลี่ยนโครงสร้างเพื่อให้การกระจายอำนาจการบริหารจัดการมีความคล่องตัวและปรับวิธีการทำงานของภาคเอกชนมาใช้ในการดำเนินการและการทำงานของภาครัฐเน้นที่ผลลัพธ์ของการทำงานมากกว่ากฎระเบียบ Lane กล่าวว่า การจัดการภาครัฐโดยทั่วไปเป็นการกระทำของรัฐบาลเพื่อการจัดบริการและการให้บริการแก่ประชาชน โดยเน้นในการปลูกฝังการสอนและการค้นหาเครื่องมือเพื่อใช้ในการจัดบริการและการให้บริการประชาชนเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการบริหารงานภาครัฐ Cristensen & Laegreid ได้อธิบายการจัดการภาครัฐแนวใหม่เป็นการแนวทางการปฏิรูปการบริหารของโลกที่มีผลต่อภาครัฐของประเทศที่มุ่งเน้นการปรับปรุงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของภาครัฐเกิดการสนองของหน่วยงานของรัฐต่อผู้รับบริการและลูกค้าเพื่อลดค่าใช้จ่ายภาครัฐและปรับปรุงความพร้อมทางการจัดการกล่าวโดยสรุป การจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New public management: NPM) เป็นรูปแบบของการปรับกระบวนการดำเนินการบริหารจัดการจากแบบเก่าไปสู่การบริหารจัดการแบบที่เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของสังคม โดยเน้นการผสมผสานการบริหารภาครัฐกับภาคเอกชน โดยเน้นในด้านของการให้บริการประชาชนและการรับบริการประชาชนเพื่อให้ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์เกิดประสิทธิภาพ มีความยืดหยุ่นในการทำงานมากกว่ากฎระเบียบในประเทศไทยได้มีการนำแนวคิดเกี่ยวกับการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New public management: NPM) ซึ่งมีมากมายหลายรูปแบบที่นำมาปรับใช้ในการปรับเปลี่ยนแนวทางในการบริหารจัดการเน้นในด้านของการปฏิรูประบบราชการเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและสร้างแนวคิดใหม่ในการปรับใช้ระบบการบริหารจัดการของซึ่งมีหลายแบบ วิรัช นิภาวรรณ<sup>15</sup> กล่าวว่า การจัดการภาครัฐแนวใหม่ที่สำคัญประกอบด้วย 1) การบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี (Good governance) เป็นการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีหรือหลักธรรมาภิบาลโดยมีหลักเกณฑ์และวิธีการเกี่ยวบริหารราชการเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย เพื่อให้เกิดประโยชน์สุขของประชาชนเกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจของรัฐ มีประสิทธิภาพและเกิดความคุ้มค่าในเชิงภารกิจของรัฐ ลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นปรับปรุงภารกิจของส่วนราชการให้ทันต่อสถานการณ์ การให้บริการและอำนวยความสะดวกและตอบสนองความต้องการการประเมินผลการปฏิบัติราชการอย่างสม่ำเสมอ 2) การบริหารจัดการคุณภาพโดยรวม มีการควบคุมคุณภาพการให้บริการแก่ผู้รับบริการ มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องโดยเน้นกระบวนการ

มีส่วนร่วมของทุกคนในหน่วยงานโดยให้ความสำคัญกับลูกค้ามีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 3) มีการรู้ระบบของการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการดำเนินการที่มีการปรับปรุงรูปแบบและวิธีการต่างๆเพื่อเพิ่มขีดความสามารถของการแข่งขันและทันกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมได้มีแนวคิดของ Mansbridge กล่าวว่า การให้บริการสาธารณะต้องมีจิตวิญญาณสาธารณะในการให้บริการซึ่งคล้ายกับการเอาใจใส่ผู้อื่น ประกอบไปด้วย ความรักบทบาทหน้าที่โดยประกอบไปด้วยความเป็นธรรมการมีส่วนร่วม การที่ทำให้ประชาชนสามารถเข้าใจ เข้าถึงข้อมูลและนำไปสู่การแก้ไขปัญหาร่วมกันขณะที่ Denhardt & Denhardt กล่าวถึงค่านิยมการบริหารจัดการภาครัฐแบบการบริการภาครัฐแนวใหม่ในการให้บริการ (New public service: NPS) ให้มีความชัดเจน ในการกำหนดนโยบายในการปฏิบัติเพื่อปรับปรุงคุณภาพการให้บริการเพื่อให้เกิดประโยชน์กับส่วนรวม เสริมสร้างภาวะผู้นำให้กับผู้บริหารต่างๆและการสร้างทัศนคติและค่านิยมในการให้บริการ โดยเน้นการ ให้บริการเป็นส่วนใหญ่ในหน่วยงานที่มีความสำคัญที่ต้องนำแนวคิดการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่มาปรับ ใช้ในการบริหารจัดการ คือหน่วยงานของสาธารณสุขเป็นหน่วยในการให้บริการสาธารณะที่หน่วยงานภาครัฐ ต้องจัดให้กับประชาชน ดังนั้นการให้บริการที่มีความสะดวก สร้างความพอใจในการให้บริการโดยการจัดให้มี หน่วยงานในการให้บริการแบบลดขั้นตอนการให้บริการ (One stop service) มีบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถในการให้คำแนะนำและช่วยเหลือเพื่อเป็นการเพิ่มคุณภาพในการให้บริการ รวมทั้งเป็นการทำให้ ผู้รับบริการมีความพอใจในการมารับบริการซึ่งในปัจจุบันพบว่าหน่วยงานสาธารณสุขต่างๆมีการปรับเปลี่ยน รูปแบบและวิธีการให้บริการมากมายเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านของเทคโนโลยีและ ปริมาณผู้รับบริการ

#### 4.ทฤษฎีการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วม (Participation) เป็นกระบวนการสื่อสารในระบบเปิดซึ่งเป็นการสื่อสารสองทาง ระหว่างบุคคลกลุ่มบุคคลชุมชนหรือองค์การในการดำเนินกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งหรือหลายกิจกรรม ทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ซึ่งการมีส่วนร่วมจะเกี่ยวข้องกับกระบวนการให้ประชาชนมีส่วนเกี่ยวข้อง ในการดำเนินงานพัฒนาร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมการดำเนินการและร่วมรับผลประโยชน์โดยมีเป้าหมาย เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายร่วมกันของกลุ่มและเป็นการเสริมสร้างความสามัคคีความรู้สึกร่วมรับผิดชอบ กับกลุ่มด้วยสำหรับความหมายของการมีส่วนร่วม มีนักวิชาการทั้งชาวไทยและชาวต่างประเทศที่มีความรู้ ความสามารถและทำวิจัยแต่งตำราเกี่ยวกับเรื่องนี้มานานได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมดังรายละเอียด ดังนี้

สหประชาชาติให้ความหมายการมีส่วนร่วม (Participation) ไว้ว่า 1) การมีส่วนร่วมได้รับ ผลประโยชน์จากการพัฒนา 2) การเข้ามีส่วนร่วมให้เกิดการพัฒนา 3) การเข้ามีส่วนร่วมในกระบวนการ ตัดสินใจในเรื่องพัฒนา

Arnstien<sup>16</sup> การมีส่วนร่วมหมายถึง การเข้าไปมีส่วนร่วมโดยไม่มีบทบาทอะไรเลยย่อมไม่ได้ผล การมีส่วนร่วมที่มีคุณภาพนั้นผู้เข้าร่วมจะต้องรู้จักใช้อำนาจและสามารถควบคุมกิจกรรมนั้นได้ จึงจะทำให้ เกิดผลอย่างมีประสิทธิภาพ

Berkley<sup>17</sup> การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ผู้นำเปิดโอกาสให้ผู้ตามทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมตัดสินใจ ในการทำงานเท่าที่จะสามารถกระทำได้

William Erwin<sup>18</sup> การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการ ดำเนินงานพัฒนา ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ แก้ปัญหาของตนเอง

Cohen & Uphoff<sup>19</sup> การมีส่วนร่วม หมายถึง สมาชิกของชุมชนต้องเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องใน 4 มิติ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมการตัดสินใจว่าควรทำอะไรและอย่างไร 2) การมีส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนา รวมทั้งลงมือปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ 3) การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ

United Nations<sup>20</sup> การมีส่วนร่วม หมายถึง การเข้าร่วมอย่างกระตือรือร้นและมีพลังของประชาชนในด้านต่างๆ ได้แก่ ในการตัดสินใจเพื่อกำหนดเป้าหมายของสังคมและการจัดสรรทรัพยากรเพื่อให้บรรลุเป้าหมายและปฏิบัติตามแผนการหรือโครงการต่างๆ ด้วยความเต็มใจ

Putti<sup>21</sup> การมีส่วนร่วม หมายถึง พื้นฐานของกิจกรรมต่างๆที่จะส่งผลให้การบริหารจัดการมีลักษณะกว้างซึ่งเป็นทางหนึ่งที่จะทำให้การมีส่วนร่วมขยายไปสู่การปฏิบัติงานในระดับล่างขององค์การ

คาสเปอร์สัน และเบรทแบงค์ การมีส่วนร่วมของประชาชน คือ การที่ประชาชนทำตนเป็นผู้สร้างสรรค์กิจกรรมในกระบวนการพัฒนาซึ่งจะบังเกิดผล คือ สามารถแสดงบทบาทที่สร้างสรรค์ได้และผลของกิจกรรมจะต้องย้อนกลับมาสู่พวกเขาเอง United Nations Research 8 Institute of Social Development (UNRISD) ระบุความหมายว่าเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับประชาชนในเรื่อง 1) การตัดสินใจ 2) การเข้าร่วมกิจกรรม 3) การร่วมรับผลประโยชน์อย่างเป็นธรรมที่เกิดจากกิจกรรมนั้น ๆ

นิคม ผัดแสน<sup>22</sup> การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ให้ประชาชนได้คิดค้นแนวทางขึ้นเอง เป็นผู้กำหนดการตัดสินใจ คิดค้นปัญหาและการดำเนินการในขั้นตอนต่างๆเช่น แสดงความคิดเห็นเสนอแนะและสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ

อุทัย บุญประเสริฐ<sup>23</sup> การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้สมาชิกของชุมชนและประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมตัดสินใจในกิจกรรมใดๆให้ความช่วยเหลือและมีอิทธิพลต่อการดำเนินกิจกรรมที่มีผลกระทบต่อประชาชน

พีระ พรนวม<sup>24</sup> การมีส่วนร่วม หมายถึง เป็นการกระจายอำนาจให้ประชาชนได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในการพิจารณาปัญหาความต้องการร่วมกันในการตัดสินใจร่วมกันวางแผนดำเนินงาน หรือแก้ไขปัญหาาร่วมกันดำเนินการหรือปฏิบัติงานร่วมกันตลอดจนรับรู้ผลดี เสีย จนเกิดความภาคภูมิใจร่วมกัน

สมยศ นวกิจการ<sup>25</sup> การมีส่วนร่วมหมายถึงกระบวนการของการให้ผู้ที่บังคับบัญชาได้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการตัดสินใจ (Participative Management) เน้นการมีส่วนเกี่ยวข้องอย่างแข็งขันของบุคคลใช้ความคิดสร้างสรรค์และความเชี่ยวชาญของพวกเขาในการแก้ปัญหาของการบริหาร

นรินทร์ชัย พัฒนพงศา<sup>26</sup> การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดที่ไม่เคยได้เข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ หรือเข้าร่วมการตัดสินใจหรือเคยเล็กน้อยได้เข้าร่วมด้วยมากขึ้นเป็นไปอย่างมีอิสรภาพ เสมอภาค มิใช่เพียงมีส่วนร่วมอย่างผิวเผินแต่เข้าร่วมด้วยแท้จริงยิ่งขึ้น

จิราภรณ์ ศรีคำ<sup>27</sup> การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่บุคคลที่มีความสนใจหรือมีส่วนเกี่ยวข้องในเรื่องเดียวกันเข้ามาร่วมกันเพื่อปฏิบัติภารกิจ ไม่ว่าจะเป็นการวางแผนการดำเนินงาน การรับทราบผล การดำเนินงาน การติดตามประเมินผลหรือร่วมกันทำกิจกรรมต่างๆเพื่อบรรลุเป้าหมายตามที่ได้ตกลงกันได้

จินตนา สุขจรรย์<sup>28</sup> การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการดำเนินงานรวมถึงประชาชนกับองค์กรของรัฐหรือองค์กรเอกชนเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาหรือแก้ปัญหาของชุมชนโดยให้สมาชิกเข้ามาร่วมวางแผน ปฏิบัติและประเมินงานเพื่อแก้ปัญหาของชุมชน

ทรงวุฒิ เรื่องวาทศิลป์<sup>29</sup> การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเข้ามามีบทบาทร่วมในกิจกรรมทุกประการตามกำลังความสามารถของสมาชิกไม่ว่าจะเป็นการ

ตัดสินใจการดำเนินกิจกรรม การติดตามตรวจสอบ และการประเมินผลร่วมกัน นำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไข พัฒนางานในกลุ่มให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

สัญญา เคนาภูมิ<sup>30</sup> การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่สมาชิกได้มีโอกาสร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมวางแผนร่วมปฏิบัติตามโครงการ ร่วมติดตามประเมินผลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่พึงประสงค์ ทั้งนี้ การมีส่วนร่วมจะต้องมาจากความสมัครใจ พึงพอใจ และได้รับผลประโยชน์ที่เกิดจากชุมชนโดยส่วนรวม ร่วมกัน

เมตต์ เมตต์การุณจิต<sup>31</sup> การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้บุคคลหรือกลุ่มบุคคลเข้ามามี ส่วนร่วมในกิจกรรม ไม่ว่าจะเป็ทางตรงหรือทางอ้อมในลักษณะของการร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตัดสินใจ ร่วมติดตามผล

โดยสรุป การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนทุกภาคส่วนร่วมมือกันการตัดสินใจ การดำเนินกิจกรรม การติดตามตรวจสอบ และการประเมินผลร่วมกันเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เสมอภาค นำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขพัฒนางานเพื่อพัฒนาหรือใช้ความคิดสร้างสรรค์และความเชี่ยวชาญของแต่ละคน ในการแก้ปัญหาของชุมชนและพัฒนางานในกลุ่มให้มีความโปร่งใสและให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

### 3.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กมลชนก ภูมิชาติ<sup>32</sup> ทำการวิจัยเกี่ยวกับต้นแบบชุมชนต้นแบบที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบล กำแพงเขา อำเภอมือง จังหวัดนครศรีธรรมราชพบว่า ธิบชุมชนในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิต เบาหวาน อัมพาต อัมพฤกษ์ หรือโรคประจำตัวแต่ไม่หนัก เช่น โรคเกี่ยวกับตา โรคเก๊าท์ ปวดหลัง ปวดเอว ปวดท้อง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดเข่า เพราะเกิดจากไม่มีความรู้ ในการดูแลตัวเอง รวมถึงลูกหลานต้องออกไปทำงานนอกรบ้าน ไม่มีเวลาดูแลผู้สูงอายุและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดูแลไม่ทั่วถึงและรูปแบบชุมชนต้นแบบที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุที่ได้พัฒนาขึ้น มีองค์ประกอบคือ 1) การดูแล และส่งเสริมผู้สูงอายุโดยผู้สูงอายุเอง 2) การดูแลและส่งเสริมโดยผู้ดูแลหรือครอบครัว และ 3) การดูแล โดยหน่วยงานหรือองค์กรในชุมชน โดยมีกระบวนการหรือกิจกรรม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกายและจิตใจ ด้านอาหารและโภชนาการ ด้านการออกกำลังกายด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมโดยมีค่าดัชนี ความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.50

ธิติมา บุญเจริญ<sup>33</sup> ทำการวิจัยการพัฒนาารูปแบบการสรางเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผุสูงอายุ ในจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ปัจจัยการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กัน ( $p < .001$ ) และ ผู้สูงอายุมีความต้องการการส่งเสริมสุขภาพด้านต่างๆเช่น การตรวจสุขภาพอุปกรณ์สถานที่ งบประมาณ และ จากการพัฒนาในพื้นที่นาร่องสามารถใช้เป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อขยายผลการพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุต่อไป

เวธกา กลิ่นวิจิต<sup>34</sup> ทำการศึกษาการพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี การจัดการความรู้และศึกษาศักยภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ของแกนนำพบว่าการพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพเพื่อการดูแลผู้สูงอายุมีความสำคัญและช่วยให้แกนนำมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุได้ดีขึ้น

วิไล ตาปะสี<sup>35</sup> ทำการศึกษารูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลวังตะกู จังหวัดนครปฐม พบว่า รูปแบบการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลวังตะกู จังหวัดนครปฐมประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้ 1) การสร้างการเข้าถึงบริการโดยการจัดทำสตึกเกอร์ เบอร์โทรศัพท์ที่สำคัญแจกให้กับผู้สูงอายุ 2) การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 3) ให้ความรู้ กับผู้สูงอายุในเรื่องการใช้ยา การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และ 4) การดูแลผู้สูงอายุในขณะมา



รับการรักษาที่โรงพยาบาลโดยชมรมผู้สูงอายุได้จัดจิตอาสามาช่วยดูแลผู้สูงอายุระหว่างมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ผลการประเมินพบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพที่พัฒนาขึ้น ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละเฉลี่ย 96.67)

ธาดา เจริญกุล<sup>36</sup> ทำการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการบริหารจัดการเครือข่ายกองทุนสวัสดิการชุมชน ของการพึ่งพาตนเองแบบยั่งยืนในจังหวัดแพร่ พบว่า รูปแบบการบริหารจัดการฯมีการกำหนดเป้าหมายของกองทุนมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของกรรมการ มีแผนการสนับสนุนการดำเนินงานจากภาครัฐพร้อมทั้งการนำความรู้ของคนในพื้นที่มาใช้ประโยชน์ในการสร้างรายได้ให้มีเงินออม การพัฒนาการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมจาก อปท.หน่วยงานองค์กรภาคีเครือข่ายในจังหวัด

พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ<sup>37</sup> ทำการวิจัยการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุครบวงจรแบบบูรณาการพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และชุมชนมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพหลังการเรียนรู้กระบวนการฯเพิ่มขึ้นและมีแนวทางการปฏิบัติที่ดีในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

สมบัติ นามบุรี<sup>38</sup> ทำการศึกษาทฤษฎีการมีส่วนร่วมในงานรัฐประศาสนศาสตร์ พบว่า การมีส่วนร่วม (Participation) เป็นกระบวนการสื่อสารในระบบเปิดซึ่งเป็นการสื่อสารสองทางระหว่างบุคคลกลุ่มบุคคล ชุมชนหรือองค์กร ในการดำเนินกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งหรือหลายกิจกรรมทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ซึ่งการมีส่วนร่วมจะเกี่ยวข้องกับการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนาร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมการดำเนินการและร่วมรับผลประโยชน์ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายร่วมกันของกลุ่มและเป็นการเสริมสร้างความสามัคคีความรู้สึกร่วมรับผิดชอบกับกลุ่มด้วย

ณัฐภัสสร์ นวลสีทอง<sup>39</sup> ทำการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุจากการศึกษาได้พัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 1 รูปแบบ คือ รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนโดยพัฒนากิจกรรมดังนี้ 1) กิจกรรมการให้ความรู้ การสาธิตและการให้ข้อมูลเพื่อสร้างความตระหนักต่อพฤติกรรมสุขภาพ 2) กิจกรรมเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามดูแลและประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3) สร้างเครือข่ายในชุมชนโดยตั้งแกนนำผู้สูงอายุ เพื่อให้ชุมชนและผู้สูงอายุเกิดความตระหนักต่อการรักษาสุขภาพ

จารุโส สุตศิริ<sup>40</sup> ทำการศึกษารูปแบบการพัฒนาองค์กรชุมชนแบบยั่งยืนผลการวิจัย พบว่า องค์กรชุมชนที่ประสบความสำเร็จในการพัฒนาองค์กรชุมชนแบบยั่งยืนมีลักษณะ การดำเนินงานและกระบวนการทางสังคมที่เกิดขึ้นในขั้นตอนของการเกิดองค์กรชุมชนพบว่า กระบวนการเรียนรู้และการมีส่วนร่วมของสมาชิกทำให้เกิดจิตสำนึกและจิตวิญญาณชุมชน ในการผนึกกำลังกันแก้ปัญหาชุมชนด้วยการสร้างพลังกลุ่มที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนซึ่งนำไปสู่การดำเนินการแบบยั่งยืน การพัฒนารูปแบบการพัฒนาองค์กรชุมชนแบบยั่งยืน พบว่า การพัฒนาองค์กรชุมชนแบบยั่งยืนที่เหมาะสมกับบริบทขององค์กรชุมชนวัดป่ายางมีการประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับหลักธรรมสังคัมในการดำเนินงานทุกขั้นตอนเพื่อขับเคลื่อนพลังกลุ่มให้เกิดความยั่งยืนซึ่งหลักดังกล่าวประกอบด้วย 3 ประเด็นคือ 1)การถือประโยชน์ร่วมกัน 2) การควบคุมตนเองและเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่กัน และ3) มีความเคารพนับถือเมตตากรุณาต่อกัน รูปแบบการพัฒนาองค์กรชุมชนแบบยั่งยืนที่ประสบความสำเร็จพบว่า การพัฒนาชุมชนอย่างสอดคล้องและกลมกลืนกับวิถีชุมชนเป็นการดำเนินการที่สะท้อนให้เห็นรูปธรรมการพัฒนาเป็นไปตามแนวคิดการพัฒนาแบบยั่งยืนตามแนวทางพระพุทธศาสนา

เพชรน้อย วิชรธนพัฒน์ธาดา<sup>41</sup> ทำการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างยั่งยืนในการขับเคลื่อนตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการของจังหวัดพิษณุโลก ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อสภาพการดำเนินงานและคาดหวังต่อการมีส่วนร่วมในตำบลจัดการสุขภาพ

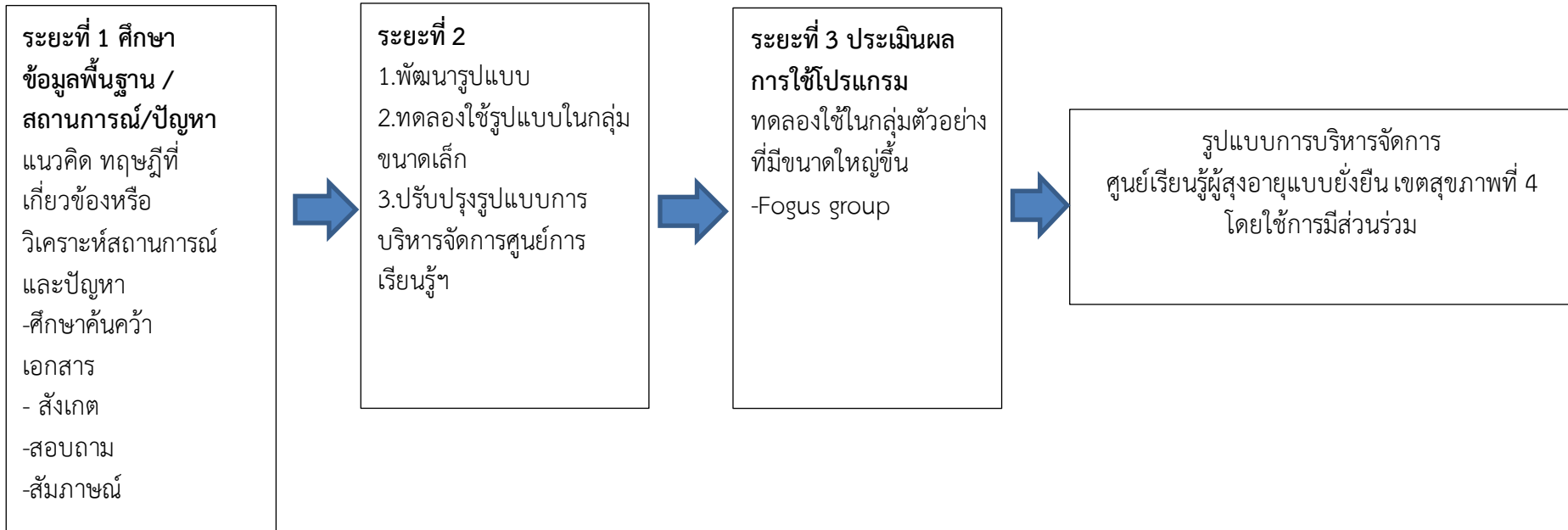
แบบบูรณาการ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก กลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล มีความคิดเห็นและความคาดหวังที่แตกต่างกันและการพัฒนารูปแบบมี 4 ด้าน ได้แก่ 1) การพัฒนาทีมงานและส่งเสริมการมีส่วนร่วม 2) การสร้างความยั่งยืนด้านสิ่งแวดล้อม 3) การสร้างความยั่งยืนด้านเศรษฐกิจและ 4) การสร้างความยั่งยืนด้านสังคม

จิราภรณ์ อุ่นเสียม<sup>42</sup> ทำการศึกษาพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเขตสุขภาพที่ 11 พบว่า กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มี 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การรวบรวมข้อมูลและสถานการณ์ 2) การวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุ 3) การวางแผนการดำเนินงาน 4) การปฏิบัติการและ 5) การติดตามและประเมินผล มีผลทำให้ภาคีที่เกี่ยวข้องได้รับรู้ข้อมูลและเข้าใจสถานการณ์ปัญหา ระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างแท้จริงเกิดการเรียนรู้ร่วมกันอย่างเข้าใจส่งผลให้ภาคีเครือข่ายทุกระดับรวมทั้งท้องถิ่นและชุมชนรู้จักตนเองมากยิ่งขึ้น รวมทั้งได้รับรู้ถึงทุนทางสังคมที่มีอยู่สามารถนำมาช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการวางระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวนำไปสู่การจัดทำแผนระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มี 4 ยุทธศาสตร์หลักและจากการศึกษากระบวนการสุขภาพการดูแลสุขภาพทั้งในหน่วยบริการและชุมชน พบว่า มีการตรวจคัดกรองโรคการตรวจประเมินภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ ระบบการส่งต่อไปหน่วยบริการ การดูแลที่บ้าน มีการอบรมให้ความรู้กับแกนนำชุมชน มีทีมหมอครอบครัวในการดำเนินงานแต่ละพื้นที่

กมลทิพย์ จันท์คำ<sup>43</sup> และคณะทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวในเขตอำเภอเนินขาม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน (Plan) 2) การดำเนินงาน (Action) 3) การสังเกต (Observation) 4) การสะท้อนกลับ (Reflection) การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อม 3 อ. 2 ส. ป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ทัศนคติพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $P < .05$ )

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น งานวิจัยนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วม (Participation) หมายถึง กระบวนการให้ประชาชนมีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนาาร่วมหาปัญหา วิเคราะห์ หาแนวทางแก้ไข ร่วมตัดสินใจ ร่วมการดำเนินการและร่วมรับผลประโยชน์โดยมีเป้าหมายเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายร่วมกันของกลุ่มและเป็นการเสริมสร้างความสามัคคีความรู้สึกร่วมรับผิดชอบกับกลุ่มด้วย ทำให้ผู้วิจัยสนใจทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืน เขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การมีส่วนร่วม โดยกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้

กรอบแนวคิดการวิจัย



## บทที่ 3

### วิธีการดำเนินงาน

การวิจัยเรื่องผลการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืนเขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การมีส่วนร่วม เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R and D) ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

- 3.1 รูปแบบการศึกษา
- 3.2 ประชากรกลุ่มตัวอย่าง
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
- 3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.6 สถิติที่ใช้ในการศึกษา

#### 3.1 รูปแบบการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R and D) เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนา การสังเกตการณ์ และข้อเสนอแนะอื่นๆจากตัวแทนเครือข่ายที่เข้าร่วมในการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยการจำแนกวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) การวิจัยมีทั้งการเก็บรวบรวม การวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อเป็นข้อมูลในการออกแบบและพัฒนารูปแบบการวิจัยที่มีความครอบคลุม และเหมาะสม ซึ่งการดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนในลักษณะของ R&D โดยตรวจสอบและปรับปรุงรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ดังนี้

- 1) ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับหรือวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหา(R1 =Research ครั้งที่ 1)
- 2) สร้างรูปแบบการบริหารจัดการศูนย์ฯ (D1 = Development ครั้งที่ 1)
- 3) ตรวจสอบประสิทธิภาพในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก (R2 =Research ครั้งที่ 2)
- 4) ปรับปรุงรูปแบบการบริหารจัดการศูนย์ฯ (D2)
- 5) ทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น (R3)
- 6) ดำเนินการจนได้รูปแบบการบริหารจัดการศูนย์ฯ ที่มีคุณภาพยั่งยืน

โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

**ระยะที่ 1** ขั้นเตรียมการ การศึกษาข้อมูลสถานการณ์, และรูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุใช้การมีส่วนร่วมจากเอกสาร แนวคิดทฤษฎี งานวิจัยเกี่ยวข้อง การศึกษาข้อมูลสถานการณ์, ศักยภาพ และข้อจำกัดในการการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุใช้การมีส่วนร่วม ในเขตสุขภาพที่ 4 สระบุรี โดย

- 1.ประสานงานเครือข่าย 8 จังหวัด เพื่อนัดประชุม 1 วัน / 1 แห่ง
- 2.ทำหนังสือขออนุมัติลงพื้นที่และประชุมผู้เกี่ยวข้องและแจ้งวัตถุประสงค์ในการดำเนินงาน

แก่ภาคีเครือข่าย

- 3.ประชุมกลุ่มย่อยกับแกนนำของชมรมฯ เพื่อสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์เจาะลึก นำข้อมูลมารวบรวมข้อมูลเพื่อทราบสถานการณ์ประกอบการพัฒนารูปแบบ
- 4.แจ้งผลการประเมิน สะท้อนปัญหาข้อมูล เพื่อร่วมคิดร่วมวางแผน ออกแบบการพัฒนารูปแบบฯร่วมกัน

**ระยะที่ 2** ขั้นการพัฒนาารูปแบบ นำไปใช้และปรับปรุง การสร้างและตรวจสอบ รูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืนเขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การมีส่วนร่วม โดยการสร้างารูปแบบกิจกรรม โดยการปรับข้อมูลบางส่วนออกไปและทำการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อความครบถ้วนของข้อมูล จากนั้นนำมาร่างรูปแบบแล้วเขียนเชื่อมโยงข้อสรุปเข้าด้วยกัน ดำเนินการโดย

1. ประชุมชี้แจง(ร่าง)การพัฒนาารูปแบบเพื่อเข้าที่ประชุมกลุ่มย่อยเพื่อแสดงความคิดเห็นร่วมกัน โดยมีผู้เชี่ยวชาญร่วมพัฒนาารูปแบบ 1 วัน

2. ทดลองใช้รูปแบบในกลุ่มเล็กที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ท่าน 6 เดือน

3. ประชุมสรุป ถอดบทเรียนการดำเนินงานตามรูปแบบ ปัญหาอุปสรรค และแก้ไขปรับปรุงเพื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง (กลุ่มใหญ่) โดยใช้แบบสอบถาม การสังเกต การจดบันทึก จำนวนแห่งละ 1 วัน

**ระยะที่ 3** ขั้นประเมิน พัฒนาการูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืน เขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การมีส่วนร่วม มีการยืนยันรูปแบบ โดยใช้การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่ออธิบายรูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ จากผลการศึกษา การพิจารณาและ แบบประเมินความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของรูปแบบ

1. ประชุมชี้แจงการดำเนินงานการพัฒนาารูปแบบฯแก่ภาคีเครือข่ายทั้ง 24 ชุมชน 8 จังหวัด เพื่อทำความเข้าใจในกระบวนการร่วมกัน

2. นำรูปแบบที่ปรับแก้ไขสมบูรณ์ไปใช้กับพื้นที่นำร่อง 24 แห่งใน 8 จังหวัดของเขตสุขภาพที่ 4

3. ทีมศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี ตรวจสอบ นิเทศติดตามการดำเนินงานตามรูปแบบ ทุกเดือน ทั้ง 24 แห่ง และทุก 6 เดือน 2 ครั้ง

4. ประชุมกลุ่มถอดบทเรียนโดยใช้แบบสอบถามปลายเปิด เครื่องบันทึกเสียง การจดบันทึก การสังเกต เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสรุปผลการพัฒนาารูปแบบฯ

### 3.2 ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุที่ดำเนินการในเขตสุขภาพที่ 4 ซึ่งมีทั้งหมด 8 จังหวัด ประกอบไปด้วย จังหวัดนนทบุรี จังหวัดปทุมธานี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จังหวัดอ่างทอง จังหวัดนครนายก จังหวัดสิงห์บุรี จังหวัดลพบุรี และจังหวัดสระบุรี จังหวัดละ 3 แห่ง รวมทั้งหมดจำนวน 24 แห่งๆละ 80 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ คณะกรรมการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 4 ซึ่งเป็นภาคีเครือข่าย และสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 4 สระบุรี จำนวน 544 ท่าน ซึ่งเลือกแบบเจาะจง ประกอบไปด้วย

กลุ่มที่ 1 กลุ่มภาคีเครือข่าย คัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง (purposive sampling) ดังนี้

1. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ แห่งละ 2 คน จำนวน 48 คน
2. ผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แห่งละ 2 คน จำนวน 48 คน
3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แห่งละ 2 คน จำนวน 48 คน
4. ผู้นำศาสนา แห่งละ 1 คน จำนวน 24 คน

กลุ่มที่ 2 สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 24 แห่งๆละ 15-16 คน รวม 376 คน แบ่งเป็น ประธาน 1 คน/แห่ง รองประธาน 1 คน/แห่ง และสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 13-14 คน/แห่ง โดยคัดเลือกตามความสมัครใจ ดังนี้

1. จังหวัดนนทบุรี จำนวน 3 แห่ง 47 คน
2. จังหวัดปทุมธานี จำนวน 3 แห่ง 47 คน
3. จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 3 แห่ง 47 คน
4. จังหวัดอ่างทอง จำนวน 3 แห่ง 47 คน

5.จังหวัดนครนายก จำนวน 3 แห่ง 47 คน

6.จังหวัดสิงห์บุรี จำนวน 3 แห่ง 47 คน

7.จังหวัดลพบุรี จำนวน 3 แห่ง 47 คน

8.จังหวัดสระบุรี จำนวน 3 แห่ง 47 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria) มีลักษณะดังนี้

1.เป็นทีมบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พระ/ผู้นำศาสนา ประธานชมรมผู้สูงอายุและตัวแทนสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.สนใจและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

3.สามารถอ่านออกเขียนได้

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria) ได้แก่

1.ถอนตัวออกจากการศึกษาวิจัย

2.ไม่มาร่วมกิจกรรมติดต่อกันเกิน 2 ครั้ง

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria) ได้แก่

1.ย้ายที่อยู่

2.เสียชีวิต

3.ปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมต่อไป

สถานที่ทำการศึกษาคือ ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืน เขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 24 แห่ง ดังนี้

1) จังหวัดสระบุรี จำนวน 3 แห่ง คือ ชมรมผู้สูงอายุบ้านหวาดลาด, ชมรมผู้สูงอายุหนองผักหนอก, ชมรมผู้สูงอายุหนองดินแดง

2) จังหวัดลพบุรี จำนวน 3 แห่ง ชมรมผู้สูงอายุบ้านข่อย, ชมรมผู้สูงอายุโก่งธนู, ชมรมผู้สูงอายุยางราก

3) จังหวัดสิงห์บุรี จำนวน 3 แห่ง ชมรมผู้สูงอายุม่วงหมู่, ชมรมผู้สูงอายุทองเอน1, ชมรมผู้สูงอายุคอทราย

4) จังหวัดนครนายก จำนวน 3 แห่ง ชมรมผู้สูงอายุบ้านนา, ชมรมผู้สูงอายุพระอาจารย์, ชมรมผู้สูงอายุเกาะหวาย

5) จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 3 แห่ง ชมรมผู้สูงอายุหันสัง, ชมรมผู้สูงอายุพุทไธสง, ชมรมผู้สูงอายุบ้านชลื้อ

6) จังหวัดอ่างทอง จำนวน 3 แห่ง ชมรมผู้สูงอายุจำปาหล่อ, ชมรมผู้สูงอายุตลาดใหม่, ชมรมผู้สูงอายุราษฎรพัฒนา

7) จังหวัดนนทบุรี จำนวน 3 แห่ง ชมรมผู้สูงอายุลานทอง, ชมรมผู้สูงอายุบางพูดใน, ชมรมผู้สูงอายุคลองข่อย

8) จังหวัดปทุมธานี จำนวน 3 แห่ง ชมรมผู้สูงอายุกรีนการ์เด้นโฮม, ชมรมผู้สูงอายุบ้านฟ้ารังสิต, ชมรมผู้สูงอายุฟ้าครามนคร

### 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.3.1 การวิเคราะห์เอกสาร (Documentary Analysis) เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นศึกษาข้อมูลสถานการณ์และการบริหารจัดการ

3.1.2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) สำหรับใช้สอบถามรายบุคคลสำหรับสำหรับสมาชิกทีมบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืน ซึ่งเป็นทีมหลักในการดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งคำถามเป็นคำถามแบบปลายเปิด มีจำนวน 5 คำถาม ประกอบไปด้วย

1. ปัจจุบันมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุอย่างไรบ้าง
2. ทีมงานที่ขับเคลื่อนการดำเนินงานในชุมชนมีใครร่วมดำเนินการบ้าง
3. ท่านให้ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างไร
4. ท่านมีปัญหาและอุปสรรคในการใช้รูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืนเขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การมีส่วนร่วมหรือไม่ อย่างไร
5. ท่านมีข้อคิดเห็นอย่างไรกับรูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืนเขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การมีส่วนร่วมที่นำมาใช้ในชุมชนของท่าน

3.1.3 แบบสอบถามการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เป็นการสอบถามแบบเจาะประเด็นการแลกเปลี่ยนในทีม โดยเชิญกลุ่มผู้บริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืนมาประชุมกลุ่มเพื่อทราบข้อคิดเห็นประเด็นการดำเนินกิจกรรมรูปแบบๆ บทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องและของคนในชุมชน ความคาดหวังในการนำรูปแบบมาใช้ ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินกิจกรรม ซึ่งคำถามเป็นคำถามแบบปลายเปิด มีจำนวน 5 คำถาม ประกอบไปด้วย

1. สถานการณ์ผู้สูงอายุในชุมชนท่านเป็นอย่างไรบ้าง
2. ปัจจุบันท่านมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างไรบ้าง
3. ในชุมชนของท่านมีทุนทางสังคม อะไรบ้างที่เป็นประโยชน์ต่อการนำรูปแบบการดำเนินงานไปขับเคลื่อน
4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานในชุมชน
5. ท่านคาดหวังในการนำรูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืนเขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การมีส่วนร่วมมาใช้ในชุมชนอย่างไร

3.1.4 บันทึกภาคสนาม (Field Note) เป็นการบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่มเก็บประเด็นต่างๆ บันทึกสิ่งที่เห็นอย่างละเอียดเพื่อช่วยให้การวิเคราะห์ข้อมูลให้ได้ชัดเจนขึ้น โดยบันทึกรายละเอียด เช่น ใคร ทำอะไร ที่ไหน เมื่อไร อย่างไร และทำไม สิ่งทีเห็น และประเด็นสำคัญ

3.1.5 การบันทึกเสียงและการถ่ายภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มเพื่อเสริมความสมบูรณ์และลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูล ตลอดจนถ่ายภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว ข้อมูลที่เป็นกิจกรรมต่างๆโดยได้รับอนุญาตจากผู้ให้ข้อมูลแล้ว

การหาคุณภาพของเครื่องมือการตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล โดยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ซึ่งเป็นการตรวจสอบความน่าเชื่อถือ ความถูกต้องของข้อมูลที่ได้มาหลายแหล่ง ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล ผู้นำศาสนา ประธาน/สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใช้หลายวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกต และการประชุม ซึ่งเป็นการยืนยันและตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

3.1.6 แบบสอบถามประเมินความพึงพอใจ/การนำไปใช้รูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืนเขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การมีส่วนร่วม (Questionnaires) ซึ่งผู้วิจัย สร้างขึ้นตามกรอบ

แนวคิดที่ได้พัฒนาจากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ลักษณะของแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป เป็นแบบเลือกตาม จำนวน 3 ข้อ ได้แก่

- 1.เพศ แบ่งเป็น เพศชายและเพศหญิง
- 2.อายุ แบ่งเป็น 4 ช่วงวัย ได้แก่ อายุต่ำกว่า 60 ปี,อายุ 60-69 ปี,อายุ 70-79 ปี และอายุ 80 ปีขึ้นไป
- 3.สถานภาพ แบ่งเป็น 5 กลุ่ม คือ 1.เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2.เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 3.ผู้นำศาสนา 4.ประธานชมรมผู้สูงอายุ/สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ 5.อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อรูปแบบรวมทั้งสิ้น จำนวน 5 ข้อ เป็นการตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

- |                 |                  |
|-----------------|------------------|
| ระดับน้อยที่สุด | กำหนดให้ 1 คะแนน |
| ระดับน้อย       | กำหนดให้ 2 คะแนน |
| ระดับปานกลาง    | กำหนดให้ 3 คะแนน |
| ระดับมาก        | กำหนดให้ 4 คะแนน |
| ระดับมากที่สุด  | กำหนดให้ 5 คะแนน |

ส่วนที่ 3 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับข้อเสนอแนะ เป็นคำถามที่มีลักษณะปลายเปิด

โดยนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จเรียบร้อยแล้วให้พี่เลี้ยงนักวิจัยตรวจสอบเนื้อหาของคำถาม เพื่อให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัย และนำแบบสอบถามที่แก้ไขแล้วปรับปรุงให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และความถูกต้องทางภาษา โดยวิธีการคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง ระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย (Index of Item - Objective Congruence : IOC) พบว่า ข้อคำถามทุกข้อมีค่าอยู่ระหว่าง 0.5 - 1 แสดงว่า ข้อคำถามที่จะทำการรวบรวมข้อมูลมีความตรงเชิงเนื้อหา กับจุดประสงค์ของการวิจัย และตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามที่ได้สร้างขึ้นด้วยการวัดความเชื่อมั่นแบบวัดความสอดคล้องภายใน (Internal consistency method) ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha method) โดยการทดลองใช้แบบสอบถามในผู้ใช้บริการที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ซึ่งแบบสอบถามในงานวิจัยนี้คำนวณได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.95 ซึ่งถือได้ว่าแบบสอบถามนี้มีความเชื่อมั่น โดยหลังจากได้ข้อมูลแล้วจึงนำมาปรับปรุง/แก้ไขจนได้เครื่องมือวิจัยฉบับสมบูรณ์ เพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจริงต่อไป

#### **การสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย**

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการสร้างเครื่องมือสำหรับการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพตามลำดับ ดังนี้

- 1) ศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และนำผลการวิจัยที่ได้จากการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ มาสังเคราะห์เป็นองค์ประกอบของตัวแปร ตามที่อยู่ในกรอบแนวคิดการวิจัยแล้วนำแนวคิด ทฤษฎี มาประกอบสร้างประเด็นข้อคำถามการวิจัย
- 2) ดำเนินการสร้างแบบสอบถามสำหรับใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณซึ่งเป็นแบบสอบถามที่แยกตามกลุ่มของตัวแปรที่ได้ระบุในกรอบแนวคิดของการวิจัย
- 3) นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดการวิจัยไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และความสอดคล้องตามกรอบแนวคิดในการวิจัย



ผู้วิจัยวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item Objective Congruence : IOC) จากการประเมินของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่าน ใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ผลจากการวิเคราะห์ค่า IOC ของแบบสอบถามมีค่าระหว่าง 0.80 ถึง 1.00

4) ปรับปรุงแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ได้เครื่องมือที่มีความถูกต้องและสอดคล้องเชิงเนื้อหาตามกรอบการวิจัยมากยิ่งขึ้น

5) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือ ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุ อ.บ้านหมอ จ.สระบุรี จำนวน 30 คน เพื่อวิเคราะห์หาคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

6) วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.8

### 3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

สถานการณ์และวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืน เขตสุขภาพที่ 4 โดยศึกษาเอกสารในเรื่องหลักการ แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การศึกษาข้อมูลพื้นฐานในการมีส่วนร่วมของชุมชนและทฤษฎีการมีส่วนร่วม (Participation) และได้ประยุกต์มาจากแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเขตสุขภาพที่ 11 ซึ่งท่านใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มี 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การรวบรวมข้อมูลและสถานการณ์ 2) การวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุ 3) การวางแผนการดำเนินงาน 4) การปฏิบัติการ และ 5) การติดตามและประเมินผล ซึ่งผู้วิจัยนำมาปรับและประยุกต์ใช้เป็น 3 ขั้นตอนเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 การศึกษาครั้งนี้ ใช้แบบสอบถาม ,แบบสัมภาษณ์ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืน เขตสุขภาพที่ 4 สระบุรี โดยใช้การมีส่วนร่วม โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 ขั้นการเตรียมการ การศึกษาข้อมูลสถานการณ์, และรูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุใช้การมีส่วนร่วม จากเอกสาร แนวคิดทฤษฎี งานวิจัยเกี่ยวข้อง การศึกษาข้อมูลสถานการณ์, ศักยภาพ และข้อจำกัดในการการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุใช้การมีส่วนร่วม ในเขตสุขภาพที่ 4 สระบุรี จากศึกษาข้อมูลพื้นฐานของพื้นที่โดยศึกษาบริบท ข้อมูลสถานการณ์จากเอกสารของพื้นที่และข้อมูลระดับเขต และประสานความร่วมมือกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ดำเนินการในเดือน ตุลาคม 2560 โดยการสร้างความสัมพันธ์กับพื้นที่ ประสานงานทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับ รพ.สต. ประธานชมรมผู้สูงอายุ เพื่อคัดเลือกพื้นที่นำร่องด้วยการสมัครใจเข้าร่วมโครงการและวัตถุประสงค์เป้าหมายของการดำเนินงานพัฒนารูป หลังจากคัดเลือกเตรียมศึกษาบริบทข้อมูลของพื้นที่ การเตรียมกลุ่มเป้าหมาย จัดประชุมชี้แจงการดำเนินงาน รวบรวมข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ซึ่งเป็นข้อมูลในการวางแผนการดำเนินงาน วิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง องค์ความรู้ แนวคิด ทฤษฎี บทความหรืองานวิจัย และข้อมูลเชิงนโยบายการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการพัฒนาแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืน

## ระยะที่ 2 ขั้นการพัฒนารูปแบบ

1. จัดประชุมกับภาคีเครือข่ายและผู้เชี่ยวชาญเพื่อร่วมออกแบบ ร่วมคิด ร่วมกัน ทีมผู้วิจัยออกแบบ และพัฒนารูปแบบฯเพื่อการดำเนินงาน โดย

- ร่างทีมบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืน เขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การมีส่วนร่วม
- พัฒนาช่องทางการสื่อสารประชาสัมพันธ์ของศูนย์เรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุทั้ง 24 แห่ง เพื่อสื่อสารข้อมูล ประสานงานและกระตุ้นศักยภาพการดำเนินการ
- ศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาพร้อมกับทีมบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืน โดยประชุมได้แลกเปลี่ยนความรู้แบบเชิงลึก ร่วมออกแบบการเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้วิจัยคัดเลือกแบบ เฉพาะเจาะจงผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังต่อไปนี้

- บุคลากรด้านสาธารณสุข	จำนวน 2 คน
- เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	จำนวน 2 คน
- ผู้แทนจากศาสนสถาน	จำนวน 1 คน
- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)	จำนวน 2 คน
- ประธานและสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ	จำนวน 15-16 ท่าน

2. ทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นกับกลุ่มเป้าหมายขนาดเล็ก จำนวน 30 คน โดยจัดอบรมพัฒนาศักยภาพ/ศึกษาดูงาน ใช้หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง

3. จัดตั้งศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืน เขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การมีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยจัดทำให้ โดยต้องมีคำสั่งแต่งตั้งทีมบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืน เขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การมีส่วนร่วม มีลายลักษณ์อักษร มีแผนงานโครงการในการขับเคลื่อน และดำเนินงานทุกเดือน เดือนละ 1 ครั้ง

4. ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสรุปผลการดำเนินงาน โดยใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ Fogus group นำผลการดำเนินงานมาปรับปรุงรูปแบบ สร้างรูปแบบใหม่ ซึ่งปรับการอบรม จาก 70 ชั่วโมงเป็น 32 ชั่วโมงและ 18 ชั่วโมง เพื่อให้กระชับขึ้น และปรับการประเมินผลจาก 6 เดือน 1 ครั้งเป็น 6 เดือน 2 ครั้ง ตรวจสอบรูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืนเขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การมีส่วนร่วม โดยการสร้างรูปแบบกิจกรรม โดยการปรับข้อมูลบางส่วนออกไปและทำการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อความครบถ้วนของข้อมูลจากนั้นนำมาร่างรูปแบบแล้วเขียนเชื่อมโยงข้อสรุปเข้าด้วยกัน การดำเนินงาน เดือน พฤศจิกายน 2560 ถึง สิงหาคม 2561 การพัฒนานั้นดำเนินการในพื้นที่ 8 จังหวัดฯ ละ 3 แห่ง รวมทั้งสิ้น 24 ชุมชน ดังนี้ 1) จังหวัดสระบุรี ได้แก่ ชุมชนบ้านเขวลาด, ชุมชนหนองผักหนอก, ชุมชนหนองดินแดง 2) จังหวัดลพบุรี ได้แก่ ชุมชนบ้านข่อย, ชุมชนโคกธนู, ชุมชนยางราก 3) จังหวัดสิงห์บุรี ได้แก่ ชุมชนม่วงหมู่, ชุมชนทองเอน 1, ชุมชนคอทราย 4) จังหวัดนครนายก ได้แก่ ชุมชนบ้านนา, ชุมชนพระอาจารย์, ชุมชน อบต.เกาะหวาย 5) จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ได้แก่ ชุมชนหันสัง, ชุมชนพุดเตา, ชุมชนบ้านขลื้อ 6) จังหวัดอ่างทอง ได้แก่ ชุมชนจำปาหล่อ, ชุมชนตลาดใหม่, ชุมชนราษฎรพัฒนา 7) จังหวัดนนทบุรี ได้แก่ ชุมชนลานทอง, ชุมชนบางพูดใน, ชุมชนคลองข่อย 8) จังหวัดปทุมธานี ได้แก่ ชุมชนกรีนการ์เด้นโฮม, ชุมชนบ้านฟ้ารังสิต, ชุมชนฟ้าครามนคร ซึ่งการพัฒนาเพื่อคืนข้อมูลและการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืนของแต่ละชุมชนและตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมจากผู้เชี่ยวชาญ

ระยะที่ 3 ขั้นประเมิน พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืน เขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การมีส่วนร่วม มีการยืนยันรูปแบบ โดยใช้การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่ออธิบายรูปแบบการจัดการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ จากผลการศึกษา การพิจารณาและ แบบประเมินความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของรูปแบบ ดำเนินการโดย เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายเพื่อนำมา

วิเคราะห์ผลการใช้รูปแบบจากข้อมูลสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการสังเกตฉบับที่ภาคสนาม (Field Note) การบันทึกเสียง และการถ่ายภาพ แบบประเมินความพึงพอใจและการใช้รูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืนเขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การมีส่วนร่วม การเก็บรวบรวมข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาในเดือนกันยายน 2561 จำนวน 554 ชุด ซึ่งนำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล

### 3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล มีรายละเอียด ดังนี้

1. แบบสอบถามการวิเคราะห์ข้อมูลเมื่อได้รับแบบสอบถามกลับคืนมา ได้นำมาจัดระเบียบลงรหัส แล้วตรวจสอบขั้นต้น แล้วนำข้อมูลไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ

ใช้ระดับการวัดข้อมูลประเภทอัตราภาค (Interval Scale) หรือมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ลักษณะของคำถามเป็นปลายปิดแบบสเกลการให้คะแนน (Rating Scale) โดย กำหนดค่าน้ำหนักของการประเมินเป็น 5 ระดับตามแนวคิดของ Likert ได้ดังนี้

ระดับคะแนน 5 หมายถึง มากที่สุด

ระดับคะแนน 4 หมายถึง มาก

ระดับคะแนน 3 หมายถึง ปานกลาง

ระดับคะแนน 2 หมายถึง น้อย

ระดับคะแนน 1 หมายถึง น้อยที่สุด

2. ผู้วิจัยนำข้อมูลมาจัดระบบ ถอดเทปบันทึกเสียง จัดพิมพ์และวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นข้อความซ้ำ และมีความหมายเดียวกัน ประมวลสรุปประเด็นสำคัญจากนั้นจึงจัดหมวดหมู่ตามคุณสมบัติ และความคิดรวบยอด (Concept) ของแต่ละกลุ่ม และแยกข้อมูลที่มีความหมายที่เกี่ยวข้องของแต่ละองค์ประกอบออกจากข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัย มาสรุปเป็นประเด็นการปรับปรุงแก้ไข และทำการปรับปรุงแก้ไขจนสมบูรณ์ การวิเคราะห์ข้อมูลตามหลักการ วิเคราะห์เนื้อหา (Context Analysis) และนำเสนอข้อมูลแบบพรรณนา และแล้วตรวจสอบขั้นต้น แล้วนำข้อมูลไปคำนวณหาค่าสถิติโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์พื้นฐานวิเคราะห์ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อให้รู้ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและสภาพของตัวแปรต่าง ๆ

**ผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการในการศึกษาและสร้าง,พัฒนารูปแบบ ดังนี้**

3. การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและเชื่อถือได้ โดยวิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) โดยนำเอาข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน เกี่ยวข้องปัญหา และความต้องการปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ กระบวนการสร้าง รูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน โดยผู้วิจัยได้ทำการสรุปประเด็นของข้อมูลด้วยเทคนิคการสรุปอุปนัย (Analytic Induction)

4. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อจัดหมวดหมู่เนื้อหา นำมาสังเคราะห์เป็นประเด็นร่วมและประเด็นหลัก แล้วอธิบายเนื้อหา สรุปผลเพื่อนำมาจัดทำรูปแบบ

5. สร้างบทสรุปของรูปแบบ โดยการกำจัดข้อมูลบางส่วนออกไปและทำการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อความครบถ้วนของข้อมูล แล้วเขียนเชื่อมโยงข้อสรุปเข้าด้วยกัน จนกระทั่งได้บทสรุปรูปแบบ

### 3.6 สถิติที่สำคัญในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการประชุม สันทนาการกลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกต ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการจำแนกวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

#### บทที่ 4 ผลการดำเนินงาน

การวิเคราะห์ผลการดำเนินงานโครงการวิจัย เรื่อง ผลการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืนเขตสุขภาพที่ ๔ โดยใช้การมีส่วนร่วม นั้น จะแบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาของการบริหารจัดการศูนย์การเรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืนเขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การมีส่วนร่วม แบ่งเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาคือ เครือข่ายการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 4 ทั้ง 8 จังหวัดรวมทั้งสิ้น 24 แห่งกลุ่มตัวอย่างประกอบไปด้วย 1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2) เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3) พระ/ผู้นำศาสนาหรือผู้แทน 4) ประธานชมรมผู้สูงอายุและตัวแทนชมรมผู้สูงอายุ 5) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำการศึกษาชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการให้เกิดเป็นศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืนเขตสุขภาพที่ ๔ โดยใช้การมีส่วนร่วม ผลการศึกษาพบว่า

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามเพศ อายุ สถานะภาพ (n =554)

เพศ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	112	20.22
หญิง	442	79.78
อายุ		
อายุน้อยกว่า 60 ปี	98	17.69
อายุ 60-69ปี	212	38.27
อายุ 70-79 ปี	192	34.65
อายุ 80 ปีขึ้นไป	52	9.39
สถานะภาพ		
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	48	8.66
เจ้าหน้าที่องค์กรบริหารปกครองส่วนท้องถิ่น	48	8.66
ผู้นำศาสนา	48	8.66
ประธานชมรมผู้สูงอายุ/สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ	362	65.36
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม)	48	8.66

จากตารางที่ 1 ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืนเขตสุขภาพที่ ๔ โดยใช้การมีส่วนร่วม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 79.78 และเพศชายร้อยละ 20.22 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 38.27 รองลงมาคือ อายุในช่วง 70-79 ปี ร้อยละ 34.65 อายุน้อยกว่า 60 ปี ร้อยละ 17.69 และอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 9.39 และส่วนใหญ่เป็นประธานชมรมผู้สูงอายุและสมาชิกชมรมผู้สูงอายุร้อยละ 65.36 เจ้าหน้าที่องค์กรบริหารปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 8.66 และผู้นำศาสนา ร้อยละ 8.66

ส่วนที่ 2 สถานการณ์และปัญหาของการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืนเขตสุขภาพที่ ๔ โดยใช้การมีส่วนร่วม

จากการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์ กลุ่มเป้าหมายขนาดเล็ก ในภาพรวมเขตสุขภาพที่ 4 พบว่า

สถานการณ์ผู้สูงอายุในภาพรวม 8 จังหวัด เขตสุขภาพที่ 4

- ด้วยบริบท (Cortex) สมาชิกในชุมชนไม่ทราบสถานการณ์ของผู้สูงอายุในชุมชนตนเอง จากข้อมูล HDC เดือน ตุลาคม 2562 พบว่า ผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 4 ได้รับการคัดกรอง ADL พบว่า ติดสังคม ร้อยละ 53.8 % ติดบ้าน ร้อยละ 35.7 % ติดเตียง 10.5 % และผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดัน ไขมัน โรคหัวใจ

- หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (รพ.สต.) ของเขตสุขภาพที่ 4 ยังไม่มีรูปแบบการดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกัน การส่งเสริมความรู้ ขาดการประเมิน และการติดตามผลการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมในบางพื้นที่

- ไม่มีรูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชนในเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ส่วนใหญ่ดำเนินการตามนโยบายรัฐ

- หน่วยงานภาครัฐ เช่น อปท. รพ.สต. แยกกันทำงานอย่างชัดเจน ขาดการบูรณาการด้านทรัพยากร เงิน คน ของ อีกทั้งยังมีการดำเนินงานบางกิจกรรมมีความทับซ้อนในกลุ่มเป้าหมายเดียวกัน มีส่วนขาดในบางกิจกรรม การดูแลไม่ทั่วถึง ไม่เท่าเทียม และไม่เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้สูงอายุอย่างแท้จริง

- การส่งเสริมความรู้ทางวิชาการ ขาดความต่อเนื่องในการเพิ่มพูนประสบการณ์ด้านความรู้ทางวิชาการที่ทันสมัยของแกนนำชุมชน ทำให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นแบบเดิมๆ มีทั้งความรู้ที่ถูกต้องและความเข้าใจผิด บางข้อมูลเชื่อถือได้ บางข้อมูลขาดข้อเท็จจริง

- ความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ไม่ทันสมัย ขาดการสนับสนุนด้านวิชาการอย่างต่อเนื่อง บุคลากรสาธารณสุขไม่เพียงพอต่อการให้บริการ จนท.มีองค์ความรู้ที่ดีและมีทักษะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ได้มาตรฐาน แต่ผู้แทนจากองค์การบริหารปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนจากวัดหรือศาสนสถาน ยังมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และคิดว่าเรื่องสุขภาพเป็นเรื่องของสาธารณสุข

- การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนยังขาดแกนนำที่เข้มแข็ง การบริหารจัดการส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นแกนหลักในการขับเคลื่อน แต่ด้วยภาระงานที่มีมากและบุคลากรมีจำนวนน้อยอีกทั้งต้อง ดำเนินงานทั้งด้านรักษา ส่งเสริม ป้องกัน ฟันฟู ร่วมด้วยและเจ้าหน้าที่ 1 ท่านต้องรับผิดชอบงานหลายอย่าง ทำให้การดำเนินการไม่สมบูรณ์และขาดการต่อเนื่องหน้าที่ส่วนใหญ่ปฏิบัติตามนโยบายและตัวชี้วัดซึ่งไม่ได้ แก้ไขและตอบสนองปัญหาสุขภาพที่แท้จริงของผู้สูงอายุในชุมชน

- งบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุขมีจำกัด ไม่เกิดการบูรณาการและส่งเสริม การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมแบ่งปันจะก่อให้เกิดความเข้มแข็งของชุมชน

- ไม่มีสื่อ คู่มือ แนวทางหรือรูปแบบที่ชัดเจน ทำให้การดำเนินการไม่ไปในแนวทางเดียวกัน ความรู้ไม่ทันสมัย ส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่น อีกทั้งขาดการพัฒนาทักษะ ขาดความมั่นใจ ไม่สามารถประยุกต์และนำมาปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ ทำให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ ต้องการคู่มือ แนวทางเพิ่มพูนความรู้ พัฒนาศักยภาพ เพิ่มผู้ที่มีความรู้ ความสามารถทางวิชาการขึ้นเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป

บทบาทของคนในชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 4 พบว่า

- ขาดการส่งต่อข้อมูลด้านสุขภาพในชุมชนทำให้คนในชุมชนไม่ทราบปัญหาและปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข การป้องกันร่วมกัน

- ขาดการเสียสละ อุทิศตน และภาวะผู้นำของคนในชุมชนขาดการกระตุ้น สร้างแรงจูงใจ ไม่เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ขาดการพัฒนาตนเอง การยกย่องให้เกียรติ เห็นคุณค่าเห็นความสำคัญ ต้นแบบ แลกเปลี่ยนทัศนคติส่งเสริมการทำงานเป็นทีมเกิดความสามัคคี เคารพและยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น บริหารแบบกระจายอำนาจโดยให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

- การติดต่อสื่อสารด้วยประสิทธิภาพ (สื่อสารทางเดียว)

- บางท่านไม่มีบทบาทและไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ

ทุนทางสังคมในชุมชนที่เป็นประโยชน์ต่อการนำรูปแบบการดำเนินงานไปขับเคลื่อน ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 4 พบว่า

บางชุมชนไม่ทราบว่าแหล่งทุนในการดำเนินการมีหน่วยไหนสามารถสนับสนุนได้ ยังพบปัญหาการดำเนินงานการบริหารจัดการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ผ่านมาว่า การบริหารจัดการและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและการขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุในชุมชน ขาดทุนสนับสนุนทางสังคม ขาดการบูรณาการร่วมกัน ชุมชนและองค์กรอื่น ๆ ที่สนับสนุนชุมชนขาดการมีส่วนร่วม ต่างคิดต่างทำ ซึ่งบางกิจกรรมดำเนินการซ้ำซ้อนกัน ทำให้การใช้งบประมาณ ไม่มีประสิทธิภาพ ขาดความร่วมมือ ส่งผลให้เกิดความไม่ต่อเนื่องในการดำเนินงานและไม่ครอบคลุมทั้งด้านส่งเสริมและป้องกันโรค การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่การดำเนินงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลและภาคีเครือข่ายเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานในชุมชน

สรุปสถานการณ์ผู้สูงอายุในภาพรวมเขตสุขภาพที่ 4

สถานการณ์โดยรวมของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 4 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคม รองลงมาคือกลุ่มติดบ้าน บริบทของเขตสุขภาพที่ 4 ชุมชนมีความแตกต่างหลากหลาย มีทั้งเป็นแบบเมือง กึ่งเมือง และชนบท ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี เป็นผู้ที่มียุทธศาสตร์สำคัญในครอบครัว และมีการรวมกลุ่มการทำกิจกรรมในรูปแบบของชมรม เช่น ชมรมแม่บ้าน, ชมรมผู้สูงอายุ การเจ็บป่วยส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 4 สาระบุรีส่วนใหญ่เป็นกลุ่มโรค NCDs ได้แก่โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 4 มีอัตราการป่วยด้วยโรคนี้สูงที่สุด ซึ่งโรคนี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุบางส่วนกลายเป็นผู้สูงอายุติดเตียง รองลงมา คือโรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูงในชุมชนมีทุนทางสังคม เช่น เกษตรกรต้นแบบการปลูกผักปลอดสาร การทำน้ายาล้างจาน สมุนไพร การทำที่นอนลมจากยางรถยนต์ เป็นต้น และส่วนมากมีอาชีพหลัก เช่น ข้าราชการบำนาญ เกษตรกร ค้าขาย เป็นต้น คาดหวังว่าการนำรูปแบบมาใช้ดำเนินการจะเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุในชุมชน ส่งผลให้ผู้สูงอายุสุขภาพดี เกิดความร่วมมือกันในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนระยะยาวอย่างเข้มแข็งและยั่งยืนตลอดไป และจากการวิเคราะห์ข้อมูลจากการรวบรวมผลการสัมภาษณ์และบันทึกการสังเกตภาคสนามของผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 24 ชุมชน จากแบบสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า

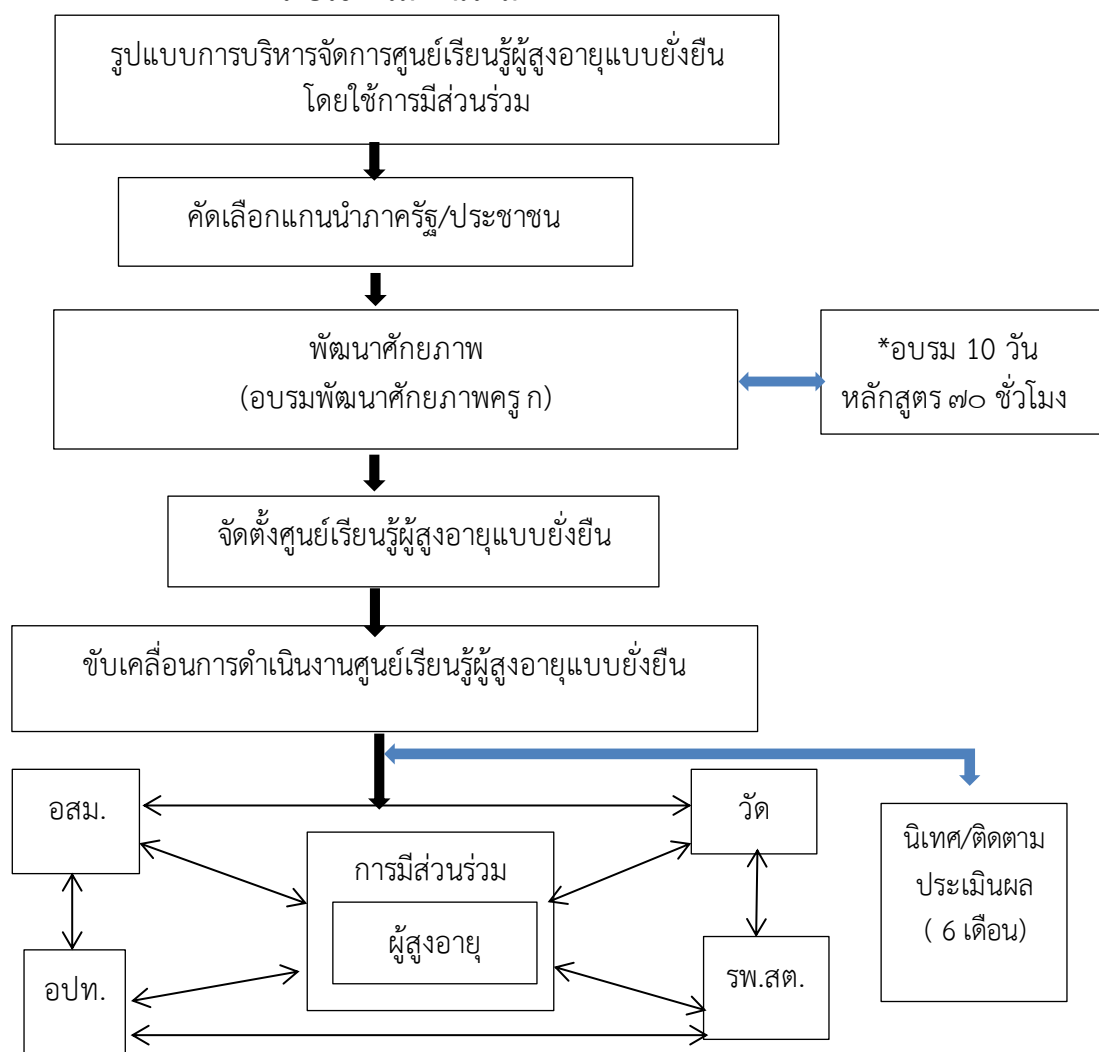
การขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุ เน้นการพัฒนาศักยภาพ ความรู้ พัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุ และสามารถนำองค์ความรู้ไปบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ได้อย่างยั่งยืน สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการพัฒนาอีกทั้งต้องใช้ความร่วมมือในหลายภาคส่วนในชุมชน

การขับเคลื่อนการดำเนินงานในชุมชนมีการบูรณาการของภาคีเครือข่าย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำศาสนา ผู้สูงอายุในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข อีกทั้งการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ภาคีให้ความสำคัญของการสนับสนุนด้านงบประมาณเพื่อการดำเนินงานสุขเสริมสุขภาพ ชุมชนมีความเข้มแข็งของสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุเกิดการ

รวมกลุ่ม ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ เกิดความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวได้อย่างต่อเนื่อง  
 ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีความร่วมมือของทุกภาคส่วน มีหลากหลายหน่วยงานมาร่วมพัฒนา เช่น  
 องค์การบริหารส่วนตำบล พระ อสม.เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และคนในชมรม  
 สูงอายุ เกิดการบูรณาการการทำงานร่วมกันส่งเสริมให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไม่พบปัญหาและอุปสรรค  
 ในการใช้รูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืนเขตสุขภาพที่ 4 โดยให้การมีส่วนร่วม  
 ตอนที่ 2 การสร้างและพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืน เขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้  
 การมีส่วนร่วม

ผลการสร้างและพัฒนารูปแบบโดยพัฒนาระบบการขั้นตอนการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุ  
 แบบยั่งยืน เขตสุขภาพที่ 4 โดยให้การมีส่วนร่วมและนำไปใช้กับกลุ่มทดลองขนาดเล็ก (ดังรูปภาพด้านล่าง)

**รูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืน เขตสุขภาพที่ 4  
 โดยให้การมีส่วนร่วม**



ภาพที่ 1 รูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืน เขตสุขภาพที่ 4 โดยให้การมีส่วนร่วม (กลุ่มขนาดเล็ก)



จากแผนภาพการพัฒนา รูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืน เขตสุขภาพที่ 4 โดย  
ใช้การมีส่วนร่วมนั้น มีการดำเนินการตามรายละเอียด ดังนี้

1.คัดเลือกแกนนำภาครัฐ/ประชาชน เป็นการบูรณาการการสร้างภาคีเครือข่ายของการทำงานร่วมกัน  
ของชุมชน ซึ่งแกนนำนี้ประกอบไปด้วย

- 1) ชมรมผู้สูงอายุ
- 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
- 3) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล
- 4) เจ้าหน้าที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น
- 5) ผู้นำศาสนา (วัดหรือศาสนสถาน)

ซึ่งกำหนดบทบาทหน้าที่ไว้ดังนี้

- ชมรมผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วย ประธานชมรมฯ รองประธานฯ เลขานุการ, เภรณญิก และสมาชิก ใน  
ทีมอย่างน้อย 30 คนขึ้นไป และต้องมีความรู้ความสามารถเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในกลุ่ม สุขภาพแข็งแรง มี  
ความเสียสละ มีจิตสาธารณะ อุทิศตนให้กับส่วนรวม กำหนดให้แกนนำในชมรมอย่างน้อย 17 ท่าน/แห่ง มี  
หน้าที่หลักในการขับเคลื่อนกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ มีแผนการดำเนินกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุอย่าง  
ชัดเจนตลอดทั้งปี และต้องดำเนินการตามแผนทุกเดือน เดือนละ 1 ครั้งอย่างต่อเนื่อง

- อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) กำหนดให้มีอย่างน้อย 2 ท่าน/แห่ง มีหน้าที่ในการเฝ้าระวังและ  
ดูแลผู้สูงอายุ คอยช่วยเหลือและติดตามเยี่ยมบ้านสมาชิกผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อให้คำแนะนำและให้ความรู้แก่  
สมาชิกในครอบครัวและบุคคลที่ดูแลใกล้ชิดผู้สูงอายุ รวมถึงการอำนวยความสะดวกและประสานงานกับ  
หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเมื่อผู้สูงอายุมีปัญหา เช่น หากผู้สูงอายุมีปัญหาการเจ็บป่วยไม่สามารถไปโรงพยาบาลได้  
ต้องสามารถประสานทีมเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เพื่อให้คำแนะนำและประสานการส่งต่อได้

- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล กำหนดให้มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างน้อย 1 ท่าน มี  
หน้าที่เป็นที่ปรึกษาและสนับสนุนการมีส่วนร่วมในทุกๆด้านของผู้สูงอายุในชุมชน รวมถึงการดูแล/หา  
แหล่งทุนด้านงบประมาณและโครงการบางส่วนที่สมาชิกในชมรมต้องการเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งในชุมชน  
 อีกทั้งยังมีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วยและส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมเพื่อป้องกันการ  
เจ็บป่วยและฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

- องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดให้มีผู้แทนหรือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบอย่างน้อย 1 ท่าน มีหน้าที่  
เป็นที่ปรึกษา/สนับสนุน/สรรหางบประมาณต่างๆเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุ ได้แก่ กองทุนหมู่บ้าน งบส่งเสริม  
สุขภาพ และสนับสนุนในด้านขวัญกำลังใจแก่ผู้สูงอายุ เช่น เบี้ยผู้สูงอายุ เบี้ยผู้พิการ และสวัสดิการของรัฐ  
ที่ผู้สูงอายุพึงมีพึงได้ให้ทั่วถึงเสมอภาค

- วัดหรือศาสนสถาน กำหนดให้มีผู้แทนอย่างน้อย 1 ท่าน ทำหน้าที่ส่งเสริมคุณธรรม คำสอนตามหลัก  
ศาสนา สนับสนุนการสร้างขวัญกำลังใจ จิตวิญญาณ เป็นศูนย์รวมจิตใจแก่ผู้สูงอายุ อีกทั้งสนับสนุนการดำเนิน  
กิจกรรมอื่นของศูนย์เรียนรู้ฯตามความเหมาะสม เช่น สืบสานประเพณี วัฒนธรรม

## 2.พัฒนาศักยภาพ (อบรมพัฒนาศักยภาพครู ก)

พัฒนาศักยภาพแกนนำภาครัฐ/ประชาชน โดยสร้างทีมวิทยากรคู่ขนานและอบรมพัฒนาศักยภาพ  
ครู ก มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สามารถนำองค์ความรู้ที่ได้รับ ไปถ่ายทอด ขับเคลื่อนและบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้  
 โดยการอบรมให้ความรู้แก่นักกลุ่มเล็ก ตามหลักสูตรอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมง 1 รุ่น จำนวน  
30 คน เพื่อทดลองการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น

## 3.จัดตั้งศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืน

ชุมชนต้องจัดหาสถานที่ในจัดตั้งเป็นศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืน โดยทุกชุมชนต้องมีการจัดตั้งอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อเอื้อต่อการดำเนินกิจกรรมของกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมส่งเสริมอาชีพ กิจกรรมด้านสาธารณสุขหรือกิจกรรมอื่น ๆ เพื่อเป็นศูนย์รวมของผู้สูงอายุและสมาชิกในชุมชน ซึ่งสถานที่ตั้งอาจเป็นศาลาวัด ห้องประชุมของ อบต. ศาลาประชาคม ห้องประชุมของ รพ.สต. ลานกิจกรรมของชุมชนหรือสถานที่อื่นๆแล้วแต่บริบทของชุมชน และต้องมีการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืน ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร สมาชิกต้องประกอบไปด้วย ประธานชมรมผู้สูงอายุ รองประธานชมรมฯ เลขานุการชมรม เภรณฤฎิก สมาชิกชมรมฯ 2-3 ท่าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เจ้าหน้าที่ห้องคัดกรองส่วนท้องถิ่น ผู้นำศาสนา ซึ่งกรรมการต้องมีสมาชิกอย่างน้อย 10 ท่านขึ้นไป มีแผนงานโครงการชัดเจน ทีมผู้วิจัยจะแจกจ่ายสัญลักษณ์ศูนย์เรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุแบบยั่งยืนให้ติดป้ายนี้ในสถานที่ที่ชุมชนคัดเลือกเพื่อเป็นสัญลักษณ์ของการบูรณาการและมีส่วนร่วมในชุมชนทั้ง 5 องค์ประกอบดังกล่าว ก่อให้เกิดการผสมผสานความร่วมมือของทุกภาคส่วนเป็นอย่างดี ส่งผลให้เกิดความต่อเนื่องในการดำเนินงานและครอบคลุมมากขึ้น



ภาพที่ 2 ป้ายสัญลักษณ์ศูนย์เรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุแบบยั่งยืน

#### 4. ขับเคลื่อนการดำเนินงานศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืน

การดำเนินการกิจกรรมขับเคลื่อนศูนย์เรียนรู้ฯ หลังจากได้พัฒนาศักยภาพแกนนำภาครัฐ/ประชาชน แกนนำจัดทำโครงการขอสนับสนุนงบประมาณจากท้องถิ่น เพื่อขับเคลื่อนชุมชนต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน แกนนำของทุกชุมชนไปขับเคลื่อนตามแผนงาน โครงการที่คิดร่วมกันไว้ ซึ่งการดำเนินงานนี้แต่ละชุมชนจะต้องร่วมกันคิด วิเคราะห์ปัญหาในชุมชน ร่วมกันหาแนวทางแก้ไขตามบริบทของพื้นที่

สร้างการสื่อสารประชาสัมพันธ์ รณรงค์ สร้างกระแสโดยประสานการทำงานเพื่อสื่อสารสู่สาธารณะ ผลิตสื่อต่างๆ เพื่อชุมชนอย่างต่อเนื่องทั้งในระดับ Air war และ Ground war

จัดรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ เช่น การบริโภคอาหารในผู้สูงอายุ เน้นการบริโภคผัก ผลไม้ ปลา และกล้วยน้ำว้าป้องกันโรคอัลไซเมอร์ รณรงค์การออกกำลังกายและการบริหารสายตาในผู้สูงอายุ เป็นต้น

#### 5. การมีส่วนร่วม ผู้สูงอายุ/ รพ.สต./ อบต./ อสม./ วัด มีการนิเทศ/ติดตาม ประเมินผล ( 6 เดือน)

ซึ่งในการดำเนินกิจกรรมทุกเดือนต้องมีแกนนำทั้ง 5 องค์ประกอบข้างต้น ได้แก่

- 1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- 2) เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 3) ประธานชมรมผู้สูงอายุและตัวแทนชมรมผู้สูงอายุ
- 4) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
- 5) พระ/ผู้นำศาสนา

ทีมคณะกรรมการบริหารฯ ศูนย์เรียนรู้ฯ ทั้งหมดนี้จะต้องเข้าร่วมประชุมหารือร่วมกันทุกครั้งทุกเดือนๆ ละ 1 ครั้งเป็นอย่างน้อย รูปแบบที่พัฒนานั้นทีมศูนย์อนามัย (ทีมผู้วิจัย) เป็นที่ปรึกษา ชี้แนะและนิเทศติดตามทุก 6 เดือน เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจแก่ชุมชน

การประเมินผลการขับเคลื่อนตามรูปแบบฯ (6 เดือน) มีผลผลิตคือ

1.แกนนำซึ่งการคัดเลือกเป็นความสมัครใจของกลุ่มเป้าหมายที่จะคัดเลือกอาสาสมัครเพื่อเข้าร่วมพัฒนาศักยภาพ ซึ่งแกนนำทีมบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืน โดยใช้การมีส่วนร่วมมี 5 องค์ประกอบสำคัญหลักๆ คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนวัดหรือสถานสถานผู้แทนชมรมผู้สูงอายุ ผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.พัฒนาศักยภาพแกนนำ (อบรมพัฒนาศักยภาพครู ก) โดยมีการพัฒนาทีมแกนนำ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านวิชาการ การมีส่วนร่วม ด้านกระบวนการบริหารจัดการ โดยการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมง (10 วัน) 1 รุ่น จำนวน 30 คน

3.ขับเคลื่อนการดำเนินงานศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืนในชุมชนซึ่งหลังการอบรมแกนนำดำเนินการจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้ฯและพัฒนาศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืน โดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนตนเอง จัดให้มีสถานที่ทำกิจกรรมทุกเดือน พร้อมติดป้ายสัญลักษณ์ แสดงให้เห็นเด่นชัด ซึ่งป้ายนี้ทางผู้วิจัยดำเนินการจัดทำให้และมอบให้ในวันแรกของการเข้าร่วมกิจกรรม และชุมชนต้องร่วมกันจัดทำแผนการขับเคลื่อนพร้อมทั้งประเมินผลการดำเนินกิจกรรมของศูนย์การเรียนรู้ฯเดือนละ 1 ครั้งอย่างต่อเนื่องทุกเดือน ซึ่งจะมีการติดตามเชิงรุกจากทีมผู้วิจัยภายใน 6 เดือน จำนวน 1 ครั้ง

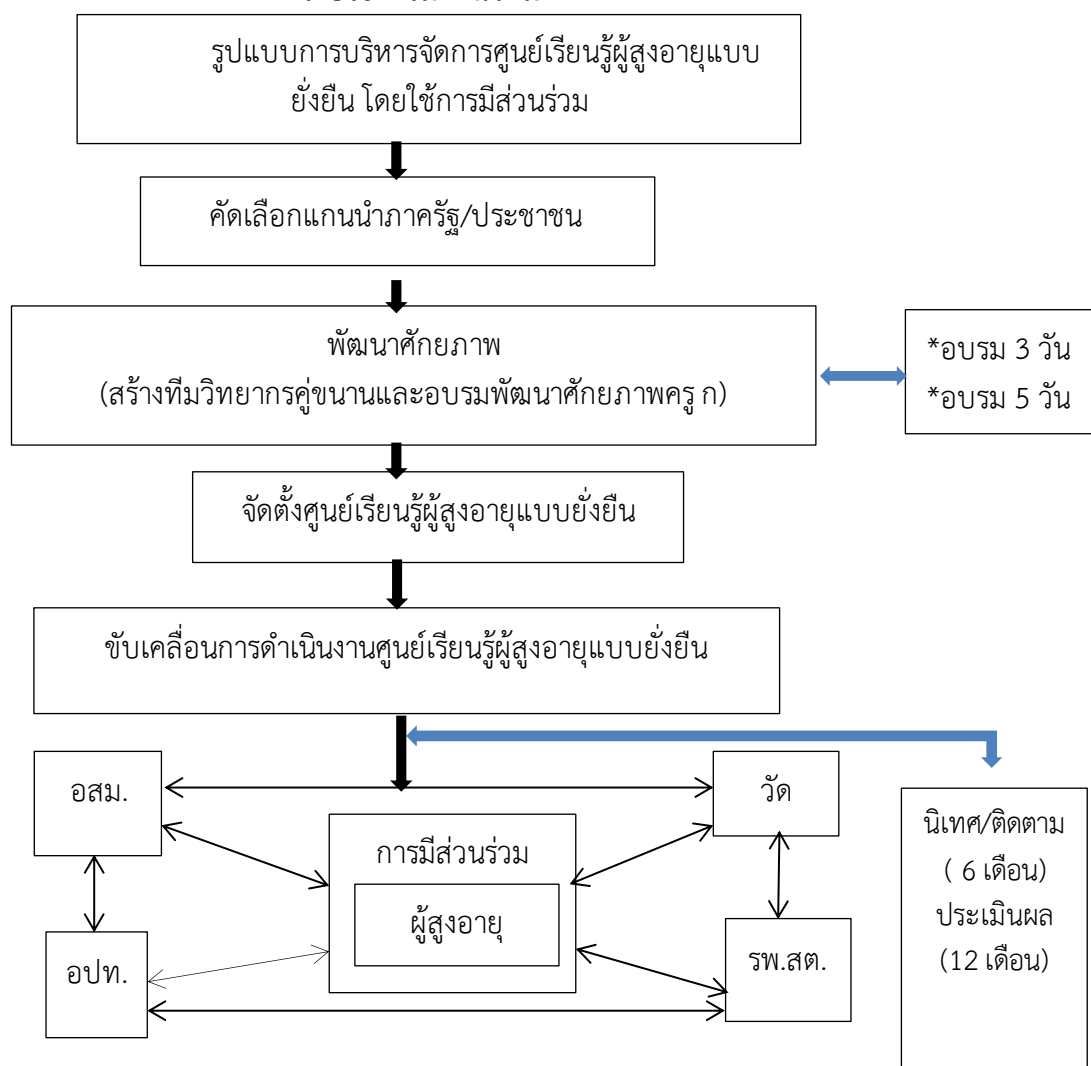
หลังการนำไปทดลองใช้ในกลุ่มเล็กทีมผู้วิจัยได้พบปัญหาและควรปรับกระบวนการ 2 ขั้นตอน คือ

1.หลักสูตรที่นำมาใช้ระยะเวลาสั้นเกินไป ผู้เข้าร่วมอบรมแกนนำบางท่านไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทั้งหลักสูตร ผู้เข้าอบรมและผู้วิจัยจึงเห็นควรปรับหลักสูตรให้ระยะเวลาการอบรมให้กระชับสั้นลง

2.การประเมินผลเพียง 1 ครั้ง (6 เดือน) ยังไม่เพียงพอต่อการเกิดความยั่งยืน เพราะจากการเก็บข้อมูลพบว่าบางชุมชนที่มีความเข้มแข็งไม่มากพอไม่เกิดการต่อเนื่องในการดำเนินงาน ทีมผู้วิจัยจึงเพิ่มการประเมินผล เป็น 2 ครั้ง รวม 12 เดือน ดังภาพที่ปรับใช้ตามขั้นตอนด้านล่าง

กระบวนการสร้างและพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืน เขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การมีส่วนร่วม สรุปลำดับขั้นตอนกระบวนการของการพัฒนาได้ดังขั้นตอนดังภาพที่ 2 ดังนี้

### รูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืน เขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การมีส่วนร่วม



ภาพที่ 3 รูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืน เขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การมีส่วนร่วม

จากภาพด้านบน ขั้นตอนการพัฒนาพัฒนาศักยภาพ (สร้างทีมวิทยากรชุมชนและอบรมพัฒนาศักยภาพครู ก)

1. ทีมผู้วิจัยปรับกระบวนการพัฒนาศักยภาพแกนนำภาครัฐ/ประชาชน เป็นการสร้างทีมวิทยากรชุมชนและอบรมพัฒนาศักยภาพครู ก มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สามารถนำองค์ความรู้ที่ได้รับ ไปถ่ายทอดขับเคลื่อนและบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ โดยการอบรมให้ความรู้ครอบคลุม 8 จังหวัด ตามหลักสูตร 2 หลักสูตร ได้แก่

1) หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุโดยอาสาสมัคร 18 ชม. (อบรม 3 วัน) สำหรับครู ก 1 รุ่น จำนวน 90 คน โดยคัดเลือกแกนนำผู้สูงอายุในชุมชนฯ

2) หลักสูตรการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ 32 ชม. (อบรม 5 วัน) ทีมวิทยากรคู่ขนาน 1 รุ่น จำนวน 90 คน โดยคัดเลือก อสม. ในชุมชนเดียวกันและเป็นชุมชนเดียวกับที่ส่งแกนนำผู้สูงอายุมาอบรมหลักสูตร 18 ชม. หลังการอบรมแกนนำผู้สูงอายุร่วมกับ อสม. มีชุมชนต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอละ 1 คน เข้ารับการอบรมหลักสูตรนี้ร่วมด้วย เพื่อช่วยขับเคลื่อนการดำเนินงาน และผลักดันให้เป็นรูปธรรม และขยายการขับเคลื่อนชุมชนต้นแบบไปยังชุมชนอื่นๆ

2.ผู้วิจัยปรับการมีส่วนร่วม ผู้สูงอายุ/ รพ.สต./ อปท./อสม./วัด มีการนิเทศ/ติดตาม ( 6 เดือน) ประเมินผล (12 เดือน)

ซึ่งในการดำเนินกิจกรรมทุกเดือนต้องมีแกนนำทั้ง 5 องค์กรประกอบข้างต้น ได้แก่

- 1.เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- 2.เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 3.ประธานชมรมผู้สูงอายุและตัวแทนชมรมผู้สูงอายุ
- 4.อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
- 5.พระ/ผู้นำศาสนา

ทีมคณะกรรมการบริหารฯทั้งหมดนี้จะต้องเข้าร่วมประชุมหารือร่วมกันทุกครั้ง รูปแบบที่พัฒนานั้นทีมศูนย์อนามัย (ทีมผู้วิจัย) เป็นที่ปรึกษา ชี้แนะและนิเทศติดตามทุก 6 เดือน เพื่อติดตามการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบที่ชุมชนกำหนด ผลักดันให้เกิดชุมชนต้นแบบดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดละ 3 ชุมชน สร้างขวัญกำลังใจแก่ชุมชนที่เป็นตัวอย่างที่ดี (Best practice model) สร้างกระแสสังคม และสื่อสารสังคมด้านการจัดการชุมชนต้นแบบดูแลผู้สูงอายุสู่การเป็นศูนย์การเรียนรู้ชุมชนดูแลผู้สูงอายุแบบยั่งยืนฯ

การประเมินผลการขับเคลื่อนตามรูปแบบฯ (12 เดือน) มีผลผลิตคือ

1.แกนนำซึ่งการคัดเลือกเป็นความสมัครใจของกลุ่มเป้าหมายที่จะคัดเลือกอาสาสมัครเพื่อเข้าร่วมพัฒนาศักยภาพ ซึ่งแกนนำทีมบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืน โดยมีการมีส่วนร่วมมี 5 องค์กรประกอบสำคัญหลักๆ คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนวัดหรือสถานสถานผู้แทนชมรมผู้สูงอายุ ผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.พัฒนาศักยภาพแกนนำ (สร้างทีมวิทยากรคู่ขนานและอบรมพัฒนาศักยภาพครู ก) โดยมีการพัฒนาทีมแกนนำ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านวิชาการ การมีส่วนร่วม ด้านกระบวนการบริหารจัดการ โดยการจัดการอบรมพัฒนาศักยภาพแกนนำจำนวน 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 จำนวน 3 วัน ครั้งที่ 2 จำนวน 5 วัน รวมทั้งสิ้น 8 วัน

3.ขับเคลื่อนการดำเนินงานศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืนในชุมชนซึ่งหลังการอบรมแกนนำดำเนินการจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้ฯและพัฒนาศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืน โดยมีการมีส่วนร่วมของชุมชนตนเอง จัดให้มีสถานที่ศูนย์ฯ พร้อมป้ายสัญลักษณ์แสดง ซึ่งป้ายนี้ทางผู้วิจัย ดำเนินการจัดทำให้และมอบให้ในวันแรกของการเข้าร่วมกิจกรรม และชุมชนต้องร่วมกันจัดทำแผนการขับเคลื่อนพร้อมทั้งประเมินผลการดำเนินกิจกรรมของศูนย์ฯเดือนละ 1 ครั้งอย่างต่อเนื่องทุกเดือน ซึ่งจะมีการติดตามเชิงรุกจากทีมผู้วิจัย ทุก 6 เดือน จำนวน 2 ครั้ง หากพบปัญหาอุปสรรคการดำเนินกิจกรรม ควรแลกเปลี่ยนเรียนรู้พัฒนาและปรับปรุงต่อไป

ตอนที่ 3 ผลการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืน เขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การมีส่วนร่วม

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบการพัฒนาารูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืน เขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การมีส่วนร่วม ก่อนและหลังดำเนินการ

ประเด็น	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ
สถานการณ์ผู้สูงอายุในชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ด้วยบริบท (Cortex) สมาชิกในชุมชนไม่ทราบสถานการณ์ของผู้สูงอายุในชุมชนตนเอง</li> <li>-สมาชิกในชุมชนส่วนใหญ่ไม่ทราบสถานการณ์ของผู้สูงอายุในชุมชนตนเอง</li> <li>- หน่วยบริการระดับปฐมภูมิยังไม่มีรูปแบบการดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกัน</li> <li>- การส่งเสริมความรู้ ขาดการประเมิน และการติดตามผลการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม</li> <li>- การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชนเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนไม่มีรูปแบบ ดำเนินการจะทำตามคำสั่งของเจ้าหน้าที่ของรัฐ ไม่มีกระบวนการคิดริเริ่มที่จะดำเนินการได้ด้วยตนเอง (พึ่งพิงหน่วยงานของรัฐ)</li> <li>- หน่วยงานภาครัฐต่างกันคิด ต่างกันทำ ขาดเกิดการบูรณาการงานกัน มีความทับซ้อนในบางกิจกรรม และมีส่วนขาดในบางกิจกรรมและไม่ทั่วถึงและไม่เกิดประโยชน์แก่ผู้สูงอายุอย่างแท้จริง</li> <li>- การส่งเสริมความรู้ทางวิชาการขาดความต่อเนื่องในการเพิ่มพูน องค์ความรู้ และประสบการณ์ทางวิชาการใหม่ๆ สำหรับแกนนำในชุมชน ทำให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นแบบเดิมๆตามความรู้เดิมที่ได้รับรู้มาทั้งข้อมูลที่เชื่อถือได้และข้อมูลที่เป็นความเชื่อของท้องถิ่น</li> <li>- ความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ไม่เพียงพอในการดูแลที่ถูกต้องวิธี</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สถานการณ์โดยรวมของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 4 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคม รองลงมาคือกลุ่มติดบ้านบริบทของเขตสุขภาพที่ 4 จากข้อมูล HDC เดือน ตุลาคม 2560 พบว่า ผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 4 ได้รับการคัดกรอง ADL พบว่า ติดสังคม ร้อยละ 96.2 % ติดบ้าน ร้อยละ 3 % ติดเตียง 0.8 %</li> <li>- ชุมชนมีความแตกต่างหลากหลาย มีทั้งเป็นแบบเมือง กึ่งเมือง และชนบท ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในครอบครัว และมีการรวมกลุ่มการทำกิจกรรมในรูปแบบของชมรม เช่น ชมรมแม่บ้าน, ชมรมผู้สูงอายุ</li> <li>- การเจ็บป่วยส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 4 สาระบุรีส่วนใหญ่เป็นกลุ่มโรค NCDs ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 4 มีอัตราการป่วยด้วยโรคนี้สูงที่สุด ซึ่งโรคนี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุบางส่วนกลายเป็นผู้สูงอายุติดเตียง รองลงมา คือโรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูงในชุมชน</li> <li>- มีทุนทางสังคมเช่น เกษตรกรต้นแบบการปลูกผักปลอดสาร การทำน้ายาล้างจานสมุนไพร การทำที่นอนลมจากยางรถยนต์ เป็นต้น และส่วนมากมีอาชีพหลัก เช่น ข้าราชการ บำนาญ เกษตรกร ค้าขาย เป็นต้น</li> </ul>

ประเด็น	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ
	<p>- ผู้รับผิดชอบงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีองค์ความรู้ที่ดีและมีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้มาตรฐาน แต่ผู้แทนจากองค์การบริหารปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนจากวัดหรือ ศาสนสถาน ยังมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน</p> <p>- การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนยังขาดแกนนำที่เข้มแข็ง การบริหารจัดการส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขเป็นแกนหลักในการขับเคลื่อน แต่ด้วยภาระงานที่มีมากและบุคลากรมีจำนวนน้อยอีกทั้งต้องดำเนินงานทั้งด้านรักษา ส่งเสริม ป้องกันฟื้นฟู ร่วมด้วยและเจ้าหน้าที่ 1 ท่านต้องรับผิดชอบงานหลายอย่าง ทำให้การดำเนินการไม่สมบูรณ์และขาดการต่อเนื่อง</p> <p>หน้าที่ส่วนใหญ่ปฏิบัติตามนโยบายและตัวชี้วัดซึ่งไม่ได้ แก่ไขและตอบสนองปัญหาสุขภาพที่แท้จริงของผู้สูงอายุในชุมชน</p> <p>- งบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุขมีจำกัด ไม่เกิดการบูรณาการและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมแบ่งปันจะก่อให้เกิดความเข้มแข็งของชุมชน</p> <p>- ไม่มีสื่อ คู่มือ แนวทางหรือรูปแบบที่ชัดเจน ทำให้การดำเนินการไม่ไปในแนวทางเดียวกัน ความรู้ไม่ทันสมัย ส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่น อีกทั้งขาดการพัฒนาทักษะ ขาดความมั่นใจไม่สามารถประยุกต์และนำมาปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ ทำให้การการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ ต้องการคู่มือ แนวทางเพิ่มพูนความรู้ พัฒนาศักยภาพเพิ่มผู้ที่มีความรู้ความสามารถทางวิชาการขึ้นเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป</p>	<p>- ผู้แทนจาก อปท.มีความรู้และตระหนักในเรื่องสุขภาพของคนในชุมชนเพิ่มขึ้น</p> <p>- มีแกนนำ มีจิตอาสา มีผู้เสียสละอุทิศตนเพื่อส่วนรวมทั้งด้านสุขภาพและด้านอื่นๆแบบบูรณาการทั้งภาครัฐและประชาชน</p> <p>- มีการบริหารจัดการในรูปแบบคณะกรรมการในการขับเคลื่อน</p> <p>- มีงบประมาณสนับสนุนระบบสุขภาพในชุมชนเพิ่มนอกเหนือจากหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>- มีงบประมาณในการบริหารงานอื่นๆ</p> <p>- มีการสื่อสารข้อมูลหลายทาง ทำให้การส่งต่อข้อมูลรวดเร็วขึ้น ลดขั้นตอนการประสานงาน</p>

ประเด็น	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ
	<p>- ขาดการส่งต่อข้อมูลด้านสุขภาพในชุมชนทำให้คนในชุมชนไม่ทราบปัญหาและปัญหาไม่ได้รับ การแก้ไข การป้องกันร่วมกัน</p> <p>- ขาดการเสียดล อูทิสตน และภาวะผู้นำของคนในชุมชนขาดการกระตุ้น สร้างแรงจูงใจ ไม่เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ขาดการพัฒนาตนเอง การยกย่องให้เกียรติ เห็นคุณค่าเห็นความสำคัญ ต้นแบบ แลกเปลี่ยนทัศนคติส่งเสริมการทำงานเป็นทีมเกิดความสามัคคี เคารพและยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่นบริหารแบบกระจายอำนาจโดยให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ</p> <p>- การติดต่อสื่อสารด้วยประสิทธิภาพ (สื่อสารทางเดียว)</p>	
<p>บทบาทการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน</p>	<p>บางท่านไม่มีบทบาทและไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ</p>	<p>ประชาชนในชุมชนร่วมมือกันในการดูแลคนในชุมชน โดยมีแกนนำในการดำเนินการของภาคีเครือข่าย มีบทบาทหน้าที่ดังนี้</p> <p>- ชมรมผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วย ประธานชมรมฯ รองประธานฯ เลขานุการ,เหรัญญิก และสมาชิก ในทีมอย่างน้อย 30 คนขึ้นไป และต้องมีความรู้ความสามารถเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในกลุ่ม สุขภาพแข็งแรง มีความเสียดล มีจิตสาธารณะ อูทิสตนให้กับส่วนรวม กำหนดให้แกนนำในชมรมอย่างน้อย 17 ท่าน/แห่ง มีหน้าที่หลักในการขับเคลื่อนกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ มีแผนการดำเนินกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ อย่างชัดเจนตลอดทั้งปี และต้องดำเนินการตามแผนทุกเดือน เดือนละ 1 ครั้งอย่างต่อเนื่อง</p> <p>- อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อส.ม.) กำหนดให้มีอย่างน้อย 2 ท่าน/แห่ง มีหน้าที่ในการเฝ้าระวังและดูแล</p>



ประเด็น	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ
		<p>ผู้สูงอายุ คอยช่วยเหลือและติดตามเยี่ยมบ้านสมาชิกผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้คำแนะนำและให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัวและบุคคลที่ดูแลใกล้ชิดผู้สูงอายุ รวมถึงการอำนวยความสะดวกและประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเมื่อผู้สูงอายุมีปัญหา เช่น หากผู้สูงอายุมีปัญหาการเจ็บป่วยไม่สามารถไปโรงพยาบาลได้ ต้องสามารถประสานทีมเจ้าหน้าที่รพ.สต. เพื่อให้คำแนะนำและประสานการส่งต่อได้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล กำหนดให้มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างน้อย 1 ท่าน มีหน้าที่เป็นที่ปรึกษาและสนับสนุนการมีส่วนร่วมในทุกๆด้านของผู้สูงอายุในชุมชน รวมถึงการจัดสรร/หาแหล่งทุนด้านงบประมาณและโครงการบางส่วนที่สมาชิกในชมรมต้องการ เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งในชุมชน อีกทั้งยังมีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วยและส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยและฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน</li> <li>- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดให้มีผู้แทนหรือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบอย่างน้อย 1 ท่าน มีหน้าที่เป็นที่ปรึกษา/สนับสนุน/สรรหางบประมาณต่างๆเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุ ได้แก่ กองทุนหมู่บ้าน งบประมาณส่งเสริมสุขภาพ และสนับสนุนในด้านขวัญและกำลังใจแก่ผู้สูงอายุ เช่น เบี้ยผู้สูงอายุ เบี้ยผู้พิการ และสวัสดิการของรัฐที่ผู้สูงอายุพึงมีพึงได้ให้ทั่วถึงเสมอภาค</li> </ul>

ประเด็น	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ
		<p>-วัดหรือศาสนสถาน กำหนดให้มีผู้แทนอย่างน้อย 1 ท่าน ทำหน้าที่ส่งเสริมคุณธรรม คำสอนตามหลักศาสนา สนับสนุนการสร้างขวัญกำลังใจ จิตวิญญาณ เป็นศูนย์รวมจิตใจแก่ผู้สูงอายุ อีกทั้งสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมอื่นของศูนย์ เรียงรู้ๆ ตามความเหมาะสม เช่น สืบสานประเพณี วัฒนธรรม</p>
<p>ทุนทางสังคมของชุมชนในการนำรูปแบบการดำเนินงานไปขับเคลื่อน</p>	<p>-ไม่ทราบว่าแหล่งทุนในการดำเนินการมีที่ไหน ยังพบปัญหาการดำเนินงานการบริหารจัดการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ผ่านมาว่า การบริหารจัดการและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและการขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุในชุมชน ขาดการบูรณาการร่วมกัน ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรอื่น ๆ ที่สนับสนุนชุมชน ต่างคิดต่างทำ ซึ่งบางกิจกรรมดำเนินการซ้ำซ้อนกัน ทำให้การใช้งบประมาณ ไม่มีประสิทธิภาพ ขาดความร่วมมือ ส่งผลให้เกิดความไม่ต่อเนื่องในการดำเนินงานและไม่ครอบคลุมทั้งด้านส่งเสริมและป้องกันโรค</p>	<p>- ทราบช่องทางแหล่งทุนเพิ่มขึ้น เช่น จาก อปท.,อบจ.,วัด,กรมสวัสดิการสังคม สามารถดึงงบประมาณ</p> <p>- มีการนำทรัพยากรในชุมชนมาต่อยอดเพื่อเพิ่มแหล่งทุน</p> <p>- หน่วยงาน อบต.สนับสนุนงบประมาณในการจ่ายเบี้ยผู้สูงอายุ, งบประมาณโครงการศึกษางานเพื่อการส่งเสริมจริยธรรม (ไหว้พระ 9 วัด)</p> <p>-ได้รับงบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน</p> <p>-ได้รับงบประมาณจากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ยากไร้</p>
<p>ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานในชุมชน</p>	<p>-การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต.</p>	<p>เกิดจากความร่วมมือ ร่วมใจ ร่วมแรง ความสามัคคีของทุกภาคส่วนในชุมชน</p>
<p>ความคาดหวังในการนำรูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืน เขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การมีส่วนร่วมมาใช้ในชุมชน</p>	<p>-ไม่ได้คาดหวัง</p>	<p>คาดหวังว่าการนำรูปแบบมาใช้ดำเนินการจะเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุในชุมชน ส่งผลให้ผู้สูงอายุสุขภาพดี เกิดความร่วมมือกันในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนระยะยาวอย่างเข้มแข็งและยั่งยืนตลอดไป</p>

## บทที่ 5

### สรุปอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการ ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืน เขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การมีส่วนร่วม วิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาของการ บริหารจัดการศูนย์การเรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืน เขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบ เฉพาะเจาะจง ซึ่งเป็นทีมบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืน เขตสุขภาพที่ 4 ทั้ง 8 จังหวัด จำนวน 24 แห่ง จำนวน 544 คน โดยใช้แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตฉบับที่ภาคสนาม และ แบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า สร้างและพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืน เขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การมีส่วนร่วม มีการดำเนินการ 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน/สถานการณ์/ปัญหาแนวคิด ทฤษฎีที่ เกี่ยวข้องวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาศึกษาค้นคว้าเอกสาร สังเกตสอบถามสัมภาษณ์ ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ ทดลองใช้ รูปแบบในกลุ่มขนาดเล็กปรับปรุงรูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ฯ ระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้โปรแกรม ทดลองใช้ในกลุ่ม ตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น focus group รูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืน เขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การมี ส่วนร่วม ประกอบไปด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุ วัดหรือศาสนสถาน ผลการศึกษาของการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบ ยั่งยืน เขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การมีส่วนร่วมผลการประเมินรูปแบบพบว่าสถานการณ์ผู้สูงอายุในชุมชนตามบริบทของ ผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 4 จากการคัดกรอง ADL ของเขตสุขภาพที่ 4 จากฐานข้อมูล HDC ปี 2561 พบว่า ติดสังคม ร้อยละ 96.2 % ติดบ้าน ร้อยละ 3 % ติดเตียง 0.8 % ที่มา:ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข ประชาชน ในชุมชนเพิ่มบทบาทการดูแลผู้สูงอายุ เกิดความร่วมมือ ร่วมใจ มีแกนนำด้านสุขภาพมีทุนทางสังคม มีช่องทาง แหล่งทุนหลายแหล่ง ต่อยอดเพื่อเพิ่มแหล่งทุน ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานเกิดจากความร่วมมือ ร่วมใจ ร่วมแรง ร่วมพลัง และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน และคาดหวังว่ารูปแบบการบริหาร จัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืน เขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนจะเป็นประโยชน์ ส่งผล ให้ผู้สูงอายุสุขภาพดี เกิดความร่วมมือกันในชุมชนในระยะยาวอย่างเข้มแข็งและยั่งยืนตลอดไป ข้อเสนอแนะควร ส่งเสริมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ดึงศักยภาพและคุณค่าของคนในชุมชนบนพื้นฐานของต้นทุนทรัพยากรตามบริบทเพื่อความ เข้มแข็งและยั่งยืนต่อไป

#### อภิปรายผล

1.ศึกษาสถานการณ์ จากการศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบ ยั่งยืน เขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การมีส่วนร่วม สถานการณ์ผู้สูงอายุในชุมชนตามบริบทของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 4 จากการคัดกรอง ADL พบว่า จากการคัดกรอง ADL ของเขตสุขภาพที่ 4 จากฐานข้อมูล HDC ปี 2561 พบว่า ติดสังคม ร้อยละ 96.2 % ติดบ้าน ร้อยละ 3 % ติดเตียง 0.8 % ซึ่งเป็นไปทิศทางเดียวกันของระดับประเทศ ที่ มีกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 86.6 % ติดบ้าน 2.8 % ติดเตียง ร้อยละ 0.6 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า หากมีการพัฒนา รูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืน เขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การมีส่วนร่วม จะส่งผลให้กลุ่ม ติดสังคม ยังคงมีสุขภาพดี ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้สอดคล้องกับ สุดา รัตน์ ชูพันธ์<sup>44</sup> ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุติดสังคม ในเขต พื้นที่ รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสระตะเภา ตำบลปลั่งกิ่งอำเภอนนไทย จังหวัด

นครราชสีมา พบว่ากลุ่มติดสังคมมีความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดี ส่งผลให้สุขภาพดีละไม่เป็นโรคที่ป้องกันได้

2.การพัฒนาารูปแบบ บทบาทของประชาชนในชุมชนต้นตัวในช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ เกิดความร่วมมือร่วมใจ และมีแกนนำด้านสุขภาพมีทุนทางสังคม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การดูแลผู้สูงอายุ ควรเป็นความร่วมมือร่วมใจของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในพื้นที่ โดยทุกฝ่ายจะต้องมองว่าผู้สูงอายุเป็นผู้มีคุณค่าต่อชุมชน ความสูงอายุเป็นภาวะตามธรรมชาติที่คนทุกคนต้องเผชิญและต้องทำความเข้าใจว่าคนในวัยนี้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมแตกต่างไปจากคนวัยอื่น การดูแลผู้สูงอายุควรอยู่บนพื้นฐานความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ความเอื้ออาทร การเห็นอก เห็นใจและตระหนักถึงคุณค่าของประสบการณ์ในผู้สูงอายุปัจจุบันมีหน่วยงาน/องค์กรที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุอยู่หลายหน่วยในระดับชุมชนท้องถิ่นมีหน่วยงาน/องค์กรหลักๆ ดังนี้ องค์กรบริหารส่วนตำบล/เทศบาล เป็นหน่วยงานหลักในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ ผ่านแผนงานโครงการมีงบประมาณสนับสนุนทำหน้าที่จ่ายเบี้ยยังชีพ จัดอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ จัดรถรับส่งผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยไปโรงพยาบาลส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรวมกลุ่มกัน จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ โดยให้มีกิจกรรมต่างๆ ทั้งด้านสุขภาพอนามัย กิจกรรมเสริมรายได้จัดกิจกรรมสาธารณสุข ภาวะปรับสภาพแวดล้อมในชุมชน ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุรวมทั้งซ่อมแซมบ้านให้กับผู้สูงอายุอีกด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพ องค์กรรวมอย่างเป็นระบบ ทั้งการเก็บข้อมูลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและลดความเสี่ยง การจัดบริการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุ จัดฝึกอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และช่วยแนะนำเมื่ออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อสม.) มีปัญหาในการปฏิบัติงานและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านช่วยดำเนินงานในชุมชนร่วมด้วย ชมรมผู้สูงอายุ จัดกิจกรรมต่างๆตามความต้องการของสมาชิกผู้สูงอายุเพื่อให้สมาชิกได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ สสำรวจผู้สูงอายุที่ไม่สามารถออกจากบ้านมาร่วมกิจกรรมชมรมหรือไปโรงพยาบาลได้ รวมทั้งจัดหาสมาชิกที่มีจิตอาสาเป็นอาสาสมัครไปเยี่ยมผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และอยู่ติดบ้าน ติดเตียงหน่วยงานและองค์กรต่างๆ ควรมีการประสานความร่วมมือกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการและความช่วยเหลือตามสิทธิของผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและอยู่ในชุมชนสังคมอย่างมีศักดิ์ศรีต่อไป สอดคล้องกับฉันทลักษณ์ นวลสีทอง<sup>39</sup> ทำการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุจากการศึกษาได้พัฒนาารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 1 รูปแบบ คือ รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนโดยพัฒนากิจกรรมดังนี้ 1) กิจกรรมการให้ความรู้ การสาธิตและการให้ข้อมูลเพื่อสร้างความตระหนักต่อพฤติกรรมสุขภาพ 2) กิจกรรมเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามดูแลและประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3) สร้างเครือข่ายในชุมชนโดยตั้งแกนนำผู้สูงอายุเพื่อให้ชุมชนและผู้สูงอายุเกิดความตระหนักต่อการรักษาสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของชุมชนทำให้เกิดกระบวนการยั่งยืนในการดำเนินงานซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ จิราภรณ์ อุ่นเสียม<sup>42</sup> ซึ่งทำการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 11 โดยมีขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและสถานการณ์ การวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุ การวางแผนการดำเนินงาน การปฏิบัติการ และการติดตามและประเมินผล ส่งผลให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้รับรู้ข้อมูลและเข้าใจสถานการณ์ปัญหา ระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างแท้จริง เกิดการเรียนรู้ร่วมกันอย่างเข้าใจส่งผลให้ภาคีเครือข่ายทุกระดับรวมทั้งท้องถิ่น และชุมชนรู้จักตนเองมากยิ่งขึ้น รวมทั้งได้รับรู้ถึงทุนทางสังคมที่มีอยู่สามารถนำมาช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ในการวางระบบการดูแล การบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม นำไปสู่การจัดทำแผนระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จนเกิดความยั่งยืนได้ การมีส่วนร่วมที่ผู้วิจัยพัฒนา เป็นการมีส่วนร่วมของ 5 กลุ่มหลักๆ คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ชมรมผู้สูงอายุ วัดหรือศาสนสถาน

3. ผลการพัฒนา รูปแบบผลการพัฒนา รูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืน เขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การมีส่วนร่วม ก่อนและหลังพบว่าหลังดำเนินการมีการดำเนินการอย่างมีส่วนร่วมก่อให้เกิดความยั่งยืน สอดคล้องกับธาดา เจริญกุล<sup>36</sup> ทำการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการบริหารจัดการเครือข่ายกองทุนสวัสดิการชุมชนของการพึ่งพาตนเองแบบยั่งยืนในจังหวัดแพร่ พบว่า รูปแบบการบริหารจัดการที่มีการกำหนดเป้าหมายของกองทุนมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของกรรมการ มีแผนการสนับสนุนการดำเนินงานจากภาครัฐพร้อมทั้งการนำความรู้ของคนในพื้นที่มาใช้ประโยชน์ในการสร้างรายได้ให้มีเงินออม การพัฒนาการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมจาก อปท.หน่วยงานองค์กรภาคีเครือข่ายในจังหวัดและสอดคล้องกับพิสิษฐ์ พิริยาพรรณ<sup>37</sup> ทำการวิจัยการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุครบวงจรแบบบูรณาการพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และชุมชนมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพหลังการเรียนรู้กระบวนการฯ เพิ่มขึ้นและมีแนวทางการปฏิบัติที่ดีในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนและสอดคล้องกับสมบัติ นามบุรี<sup>38</sup> ทำการศึกษาทฤษฎีการมีส่วนร่วมในงานรัฐประศาสนศาสตร์ พบว่า การมีส่วนร่วม (Participation) เป็นกระบวนการสื่อสารในระบบเปิดซึ่งเป็นการสื่อสารสองทางระหว่างบุคคลกลุ่มบุคคล ชุมชนหรือองค์กร ในการดำเนินกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งหรือหลายกิจกรรมทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ซึ่งการมีส่วนร่วมจะเกี่ยวข้องกับกระบวนการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนาร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมการดำเนินการและร่วมรับผลประโยชน์ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายร่วมกันของกลุ่มและเป็นการเสริมสร้างความสามัคคีความรู้ที่ร่วมกันรับผิดชอบกับกลุ่มด้วย ซึ่งมีความสอดคล้องกับกมลทิพย์ จันทร์คำและคณะทำการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในเขตอำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี การใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งมีผลต่อความยั่งยืนของการดำเนินงานในพื้นที่ และสอดคล้องกับ จารุโส สุตศิริ<sup>40</sup> ซึ่งศึกษารูปแบบการพัฒนาองค์กรชุมชนแบบยั่งยืน กล่าวว่า องค์กรชุมชนที่ประสบความสำเร็จแบบยั่งยืนได้ต้องเกิดกระบวนการเรียนรู้และการมีส่วนร่วมของสมาชิกทำให้เกิดจิตสำนึกและจิตวิญญาณชุมชน ในการผนึกกำลังกันแก้ปัญหาชุมชนที่สอดคล้องกับบริบทนำไปสู่การดำเนินการแบบยั่งยืน ด้วยการถือประโยชน์ร่วมกัน เอื้อเพื่อเอื้อแก่กัน มีความเคารพนับถือเมตตากรุณาต่อกัน และผลการประเมินความพึงพอใจรูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืน เขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การมีส่วนร่วมนั้นมีความเหมาะสมกับชุมชน,ความพึงพอใจต่อรูปแบบ,รูปแบบมีประโยชน์และได้รับความรู้ ซึ่งทั้งหมดโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยระดับมากที่สุด สอดคล้องกับงานวิจัยของพิสิษฐ์ พิริยาพรรณ<sup>37</sup> ทำการวิจัยการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุครบวงจรแบบบูรณาการพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และชุมชนมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพหลังการเรียนรู้กระบวนการฯ เพิ่มขึ้นและมีแนวทางการปฏิบัติที่ดี ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนและสอดคล้องกับพัชรินทร์ ไสภา ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการบริหารจัดการองค์การบริหารส่วนตำบล ที่การมีส่วนร่วมของประชาชนในการบริหารจัดการร่วมตัดสินใจ ร่วมรับผลประโยชน์ ร่วมในการปฏิบัติการ และด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผลทำให้การดำเนินการในชุมชนดี และสอดคล้องกับเพชร ดนัย วัชรธนพัฒนา<sup>41</sup>ทำการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างยั่งยืนในการขับเคลื่อนตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการของจังหวัดพิษณุโลกผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อสภาพการดำเนินงานและคาดหวังต่อการมีส่วนร่วมในตำบลจัดการสุขภาพ แบบบูรณาการ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก กลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล มีความคิดเห็นและความคาดหวังที่แตกต่างกันและการพัฒนา รูปแบบมี 4 ด้าน ได้แก่ 1) การพัฒนาทีมงานและส่งเสริมการมีส่วนร่วม 2) การสร้างความยั่งยืนด้านสิ่งแวดล้อม 3) การสร้างความยั่งยืนด้านเศรษฐกิจและ 4) การสร้างความยั่งยืนด้านสังคม

ซึ่งจะเห็นได้ว่าการพัฒนา รูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืน เขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การมีส่วนร่วมของผู้วิจัยสอดคล้องกับ Arnstien<sup>16</sup> การมีส่วนร่วมหมายถึง การเข้าไปมีส่วนร่วมโดยไม่มี

บทบาทอะไรเลยย่อมไม่ได้ผล การมีส่วนร่วมที่มีคุณภาพนั้นผู้เข้าร่วมจะต้องรู้จักใช้อำนาจและสามารถควบคุมกิจกรรมนั้นได้จึงจะทำให้เกิดผลอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวคิดของ Berkley<sup>17</sup> การมีส่วนร่วม คือ การที่ผู้นำเปิดโอกาสให้ผู้ตามทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมตัดสินใจในการทำงานเท่าที่จะสามารถกระทำได้ และสอดคล้องกับ William Erwin<sup>18</sup> การมีส่วนร่วม คือ กระบวนการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนา ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ แก้ปัญหาของตนเอง และจากแนวคิดทฤษฎี การมีส่วนร่วม (Participation) ใช้กระบวนการให้ประชาชนมีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนาร่วมหาปัญหา วิเคราะห์หาแนวทางแก้ไข ร่วมตัดสินใจ ร่วมการดำเนินการและร่วมรับผลประโยชน์โดยมีเป้าหมายเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายร่วมกันของกลุ่มและเป็นการเสริมสร้างความสามัคคีความรู้สึกร่วมรับผิดชอบกับกลุ่มด้วย ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน เพราะชุมชนจะทราบปัญหาที่แท้จริงของชุมชนและสามารถหาแนวทางแก้ไขได้ตรงประเด็น ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนตามบริบทและทรัพยากรที่มีอยู่ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจ การมีส่วนร่วมเห็นประโยชน์ซึ่งเป็นพื้นฐานที่ก่อให้เกิดความยั่งยืนของการดำเนินงานอื่นๆต่อไป

### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การจัดทำนโยบายสาธารณะใช้การขับเคลื่อนของทุกภาคส่วน มีส่วนร่วมในทุกกระบวนการในระดับชุมชน องค์กร ท้องถิ่นและจังหวัด เพื่อให้เกิดพลังในการจัดการชุมชนให้เป็นชุมชนเพื่อการเรียนรู้ การดูแลผู้สูงอายุแบบยั่งยืนโดยชุมชนเพื่อชุมชน มีกิจกรรมขับเคลื่อนที่เหมาะสม สอดคล้องกับบริบท มีการสื่อสารสาธารณะ มีการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพ สร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนและเครือข่ายในชุมชนอย่างแท้จริง ผลักดันการดำเนินงานส่งเสริมการเรียนรู้ในชุมชน รong รับสังคมผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้นเข้าสู่นโยบายระดับประเทศต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติและการนำไปใช้ประโยชน์

1. หน่วยงานภาครัฐ เช่น รพ.สต., องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรสนับสนุนและส่งเสริมการดำเนินงานเพื่อให้เกิดศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืน ควรเน้นการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้ง ร่างกาย และ จิตใจ พัฒนาด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายอื่น ๆ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อสร้างความเข้มแข็งและยั่งยืนต่อไป

2. พัฒนาศักยภาพชุมชน สร้างกระบวนการเรียนรู้ ให้ประชาชนและชุมชนเป็นเป็นผู้ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตัดสินใจ โดยอยู่บนพื้นฐานของต้นทุนของชุมชน โดยการให้ชุมชนมองชุมชน ใช้ทรัพยากรในชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุดตามบริบทของชุมชนนั้นๆ รวมทั้งทรัพยากรมนุษย์ การดัดศักยภาพด้านภูมิปัญญาของผู้สูงอายุมาใช้ส่งเสริมการสร้างพฤติกรรมและค่านิยมในผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี เพื่อสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง

### ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. ควรมีการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปขยายทดลองใช้ในพื้นที่อื่น เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบและการมีส่วนร่วมของเครือข่าย

2. ควรศึกษาและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มอื่นๆ เช่น กลุ่มติดบ้าน หรือกลุ่มติดเตียง เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุได้ครอบคลุมและเท่าเทียมกัน

### เอกสารอ้างอิง

1. วัชรภรณ์ ชิวโศภิษฐ.สังคมผู้สูงอายุ:ปัจจัยการตลาดที่เปลี่ยนไป.วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์ ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 (มกราคม – มีนาคม 2562).
2. กรมสุขภาพจิต.ก้าวอย่างของประเทศไทย สู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ .2561. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ:[เข้าถึงเมื่อ 26 กันยายน 2561] เข้าถึงได้จาก <https://www.dmh.go.th/news->
3. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย.พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพมหานคร.2559.
4. ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี กรมอนามัย.ศูนย์การเรียนรู้ชุมชนดูแลผู้สูงอายุ.2560.
5. ชมพูนุท พรหมภักดี.การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย(Aging society in Thailand).สำนักงานวิชาการสำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา.ปีที่ 3 ฉบับที่ 16 สิงหาคม 2556.
6. กรมกิจการผู้สูงอายุ.สถานการณ์และแนวโน้มสังคมผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556 – 2573.[เข้าถึงเมื่อ 11 ตุลาคม 2560].[อินเทอร์เน็ต].เข้าถึงได้จาก <http://www.dop.go.th/th/know/1/47>.
7. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.เตรียมรับมือสังคมสูงวัย ความท้าทาย-การปรับตัวสู่สมดุลใหม่.[เข้าถึงเมื่อ 11 สิงหาคม 2560 [อินเทอร์เน็ต].เข้าถึงข้อมูลจาก:  
[https://www.nesdc.go.th/ewt\\_w3c/ewt\\_news](https://www.nesdc.go.th/ewt_w3c/ewt_news)
8. ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 20 สิงหาคม 2559][อินเทอร์เน็ต].เข้าถึงข้อมูลจาก[http://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php?sele\\_kpiyear=2016&level=1&sele\\_kpi=442f204be9d6aec9da15786ad707d5a4](http://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php?sele_kpiyear=2016&level=1&sele_kpi=442f204be9d6aec9da15786ad707d5a4)
9. กุลยา ต้นติผลาชีวะ.การพยาบาลผู้สูงอายุ.กรุงเทพมหานคร.เจริญกิจการพิมพ์.2557.
10. นงลักษณ์ บุญไทย ความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานคร วิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยศลิปากร2560
11. คัมภีร์ สุดแท้.การพัฒนารูปแบบการบริหารวิชาการในโรงเรียน.วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม. 2558.
12. มาลี สืบกระแส. (2552). การพัฒนาแบบองค์การแห่งการเรียนรู้ของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการบริหารการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสยาม.
13. รุ่งนภา จิตรโรจนรักษ์ .การพัฒนาแบบการบริหารของคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานสำหรับประชาชน.วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต.จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
14. Cope, Leishman, & Strarie .New public management pulia nation and a tough old bill ,P26-38,1995
15. วิรัช วิรัชนิภาวรรณ. (2559). 50 แนวคิด ตัวชี้วัด ตัวแบบของการบริหารจัดการ และการบริหารจัดการที่ยั่งยืน. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์โพเพช.
16. Amstien, S.R. (1969). A Ladder of Citizen Participation. Journal of the American Institute of Planners, 35(4).
17. G.E. Berkley. (1975). The Craft of Public Administration. Boston: Allyn and Bacon
18. William, E. ( 1976 ) . Electoral Participation in a Low Stimulus Election. Rural Development, 4(1) .

19. Cohen, J.M. , & Uphoff, N.T. (1981). Rural Development Participation: Concept and Measure for Project Design Implementation and Evaluation: Rural Development Committee Center for international Studies. New York: Cornell University Press.
20. United Nations.(1981). Yearbook of International Trade Statistics. United Nations: UN Press.
21. Putti. (1987). Work values and organizational commitment: A study in the Asian context. Human Relations, 4(2).
- 22.นิคม ผัดแสน 2540 การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการโรงเรียนประถมศึกษาต่อการพัฒนาการศึกษาของกลุ่มโรงเรียนอนุตรศึกษา สังกัดสำนักงานประถมศึกษาอำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ /
- 23.อุทัย บุญประเสริฐ. (2542). การศึกษาแนวทางการบริหารและการจัดการศึกษาของสถานศึกษาใน รูปแบบการบริหารโดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน. กรุงเทพฯ: โครงการวิจัยภายใต้การสนับสนุน ของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี.
- 24.พีระ พรนวม. (2544). ศรีทธาต่อหลักการการมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาของผู้บริหารโรงเรียน สังกัดสำนักงานการประถมศึกษา อ าเภอแม่ทา จังหวัดล าพูน. (วิทยานิพนธ์การบริหาร การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางการศึกษา). บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- 25.สมยศ นาวิการ. (2545). การบริหาร. กรุงเทพฯ: ชาลววิทย์เซ็นเตอร์.
- 26.นรินทร์ชัย พัฒนพงศา. (2546). การมีส่วนร่วม : หลักการพื้นฐาน เทคนิคและกรณีตัวอย่าง. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สิริลักษณ์การพิมพ์.
- 27.จิราภรณ์ ศรีศ า. (2547). การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการพัฒนาการจัดการศึกษาของโรงเรียนอริวิทย์ ระดับประถมศึกษา จังหวัดเชียงใหม่. (วิทยานิพนธ์การบริหารการศึกษา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา). บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- 28.จินตนา สุขจรรย์นั. (2549). การศึกษาและการพัฒนาชุมชน. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- 29.ทรงวุฒิ เรื่องวาทศิลป์. (2550). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการศึกษาในพื้นที่บริการของ โรงเรียนล้อมแรดวิทยา อ าเภอเถิน จังหวัดล าปาง. (วิทยานิพนธ์การบริหารการศึกษา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา). บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- 30.สัญญา เคนาภูมิ. (2551). ความส าเร็จของวิสาหกิจชุมชนใน 4 จังหวัดชายแดนลุ่มน้ำโขง. (วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์). บัณฑิต วิทยาลัย: มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- 31.เมตต์ เมตต์การุณจิต. (2553). การบริหารจัดการศึกษาแบบมีส่วนร่วม: ประชาชน องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น และราชการ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บุ๊คพอยท์.
- 32.กมลชนก ภูมิชาติ.รูปแบบชุมชนต้นแบบ ที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ.วารสารอินทนิลทักษิณสาร (INTHANINTHAKSIN JOURNAL).คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ.2560.
- 33.ธิติมา บุญเจริญ.การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลสูงอายุเพื่อสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน. มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์.[เข้าถึงเมื่อวันที่9ตุลาคม 2560][อินเทอร์เน็ต].เข้าถึงได้จาก <http://search.library.nsr.u.ac.th/BibDetail.aspx?bibno=123596>.
- 34.เวธกา กลิ่นวิจิต.การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี.[เข้าถึงเมื่อวันที่9ตุลาคม 2560][อินเทอร์เน็ต].เข้าถึงได้จาก [http://dspace.lib.buu.ac.th/bitstream/1234567890/2007/2/2560\\_037.pdf](http://dspace.lib.buu.ac.th/bitstream/1234567890/2007/2/2560_037.pdf).



35. วิไล ตาปะสี.ศึกษารูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลวังตะกุง จังหวัดนครปฐม.วารสารเกื้อการุณย์.มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.[เข้าถึงเมื่อวันที่9ตุลาคม 2560][อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kcn/article/view/95192>.
- 36.ธาดา เจริญกุล.ศึกษารูปแบบการบริหารจัดการเครือข่ายกองทุนสวัสดิการชุมชนของกาารพึ่งพาตนเองแบบยั่งยืนในจังหวัดแพร่.มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตแพร่.2559.
- 37.พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ.การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุครบวงจรแบบบูรณาการ.มหาลัย์บูรพา. [เข้าถึงเมื่อวันที่9ตุลาคม 2560][อินเทอร์เน็ต].เข้าถึงได้จาก <http://dspace.lib.buu.ac.th/xmlui/handle/1234567890/1477>.
- 38.สมบัติ นามบุรี.ทฤษฎีการมีส่วนร่วมในงานรัฐประศาสนศาสตร์.มหาวิทยาลัยรัตนบัณฑิต.[เข้าถึงเมื่อวันที่9ตุลาคม 2560][อินเทอร์เน็ต].เข้าถึงได้จาก<https://so06.tci-thaijo.org/index.php/jra/article/view/179213>.
- 39.ณัฐภัสญ์ นวลสีทอง.การศึกษาการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุจากการศึกษาได้พัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม.มหาวิทยาลัยขอนแก่น [เข้าถึงเมื่อวันที่9ตุลาคม 2560][อินเทอร์เน็ต].เข้าถึงได้จาก<http://chdkkujournal.com/demo/subcontent.php?id=848>
- 40.จารุโส สุดศิริ.ศึกษารูปแบบการพัฒนางค์กรชุมชนแบบยั่งยืนวารสารเทคโนโลยีภาคใต้ที่ 8 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2558มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช.นครศรีธรรมราช,2558.
- 41.เพชรน้อย วิชระณพัฒน์ธาดา.การศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างยั่งยืนในการขับเคลื่อนตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ จังหวัดพิษณุโลก.วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 (มีนาคม-เมษายน 2562) พิษณุโลก,2560.
- 42.จิราภรณ์ อุ่นเสียม.การศึกษาพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 11[เข้าถึงเมื่อวันที่9ตุลาคม 2560][อินเทอร์เน็ต].เข้าถึงได้จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/reg45/article/view/217956>
- 43.กมลทิพย์ จันทร์คำ.การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในเขตอำเภอน้ำเย็น จังหวัดอุบลราชธานี.มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี[เข้าถึงเมื่อวันที่9ตุลาคม 2560][อินเทอร์เน็ต].เข้าถึงได้จาก<https://so06.tci-thaijo.org/index.php/mcjou/article/view/242373>
- 44.สุดารัตน์ ชูพันธ์.ความรู้ในการดูแล สุขภาพตนเอง และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุติดสังคม คณะสาธารณสุขศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยเทคโนโลยีพนมวันท์,2562.

ภาคผนวก

### แนวคำถามเจาะลึก

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับ

1. วิธีการขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุในชุมชน
2. ความรู้และทักษะในการให้คำแนะนำและการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
3. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

#### แนวคำถาม

1. ปัจจุบันมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุอย่างไรบ้าง
2. ทีมงานที่ขับเคลื่อนการดำเนินงานในชุมชนมีใครร่วมดำเนินการบ้าง
3. ท่านให้ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างไร
4. ท่านมีปัญหาและอุปสรรคในการใช้รูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืนเขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การมีส่วนร่วมหรือไม่ อย่างไร
5. ท่านมีข้อคิดเห็นอย่างไรกับรูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืนเขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การมีส่วนร่วมที่นำมาใช้ในชุมชนของท่าน

### แนวคำถาม/ประเด็นการสนทนากลุ่ม

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ได้ข้อมูลในระยะก่อนการดำเนินการเพื่อใช้ในการวางแผน

#### แนวคำถาม

1. สถานการณ์ผู้สูงอายุในชุมชนท่านเป็นอย่างไรบ้าง
2. ปัจจุบันท่านมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างไรบ้าง
3. ในชุมชนของท่านมีทุนทางสังคม อะไรบ้างที่เป็นประโยชน์ต่อการนำรูปแบบการดำเนินงานไป

#### ข้อเคลือบ

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานในชุมชน
5. ท่านคาดหวังในการนำรูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืนเขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การมีส่วนร่วมมาใช้ในชุมชนอย่างไร

## แบบบันทึกการสังเกตภาคสนาม

วันที่.....เวลา.....สถานที่.....

รายละเอียด (ใคร ทำอะไร ที่ไหน เมื่อไร อย่างไร ทำไม)	สิ่งที่เห็น	ประเด็นสำคัญ

ลงชื่อผู้บันทึก.....

ว/ด/ป.....

**แบบประเมินความพึงพอใจ/ การนำไปใช้**  
**รูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืนเขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การมีส่วนร่วม**

**ตอนที่ 1 สถานภาพทั่วไป**

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย/ลงในช่อง  หน้าข้อความ

**1. เพศ**

หญิง       ชาย

**2. อายุ**

ต่ำกว่า 60 ปี     60-69     70-79 ปี     80 ปีขึ้นไป

**3. สถานภาพผู้ตอบ**

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข       เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  
 พระ/ผู้นำศาสนา       ประธานชมรมผู้สูงอายุ/สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ  
 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

**ตอนที่ 2 การประเมินความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรมการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืนเขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การมีส่วนร่วม**

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย/ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว

ข้อ	ความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืนเขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การมีส่วนร่วม	ระดับความพึงพอใจ /การนำไปใช้				
		มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1
1.	รูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืนเขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การมีส่วนร่วมมีประโยชน์ต่อท่านและชุมชน					
2.	การมีรูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืนเขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การมีส่วนร่วม ทำให้ท่านมีส่วนร่วมในชุมชน					
3.	รูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืนเขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การมีส่วนร่วม มีความเหมาะสมกับชุมชนของท่าน					
4.	ท่านได้รับความรู้จากการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืนเขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การมีส่วนร่วม					
5.	ความพึงพอใจในภาพรวมหลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุแบบยั่งยืนเขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การมีส่วนร่วม					

**ตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะ.....**

ขอบคุณที่ท่านให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสายฝน สายสุ่ม
วัน เดือน ปีเกิด	26 กันยายน 2516
สถานที่เกิด	จังหวัดลพบุรี
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี 1 หมู่ 11 ต.บ้านหมอ อ.บ้านหมอ จ.สระบุรี 18130
ประวัติการศึกษา	- สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี ปีการศึกษา 2542 - สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาโภชนวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา 2562
ที่อยู่ปัจจุบัน	48/47 หมู่ 12 ต.ธารเกษม อ.พระพุทธบาท จ.สระบุรี 18120