

การพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
ตำบลปรีอใหญ่ อำเภوخุขัน จังหวัดศรีสะเกษ

The Development of Health Promotion Model for Integrated
Elderly's Long-term Care by Community Participation: Case Study
of Prue Yai Subdistrict, Khukhan District, Sisaket Province.

(Received: March 4,2023 ; Revised: March 13,2023 ; Accepted: March 16,2023)

ศตวรรษ ศรีพรหม¹, วรรณภา อินตะราชา², วรณสิริ ทางทอง

Satawat Sriprom¹, Wannapa intaracha², Varunsiri Thangtong²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) มีความมุ่งหมายเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประชากรที่ศึกษา ในพื้นที่ และสมัครใจเข้าร่วมกระบวนการทุกขั้นตอน ประกอบด้วย คณะกรรมการบริหารและสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล คณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.) คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ประจำตำบล พนักงานองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (CM) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (CCG) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน พระคิลา นุปัญญา (พระ อสว.) ได้จากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) รวมทั้งสิ้น 56 คน ผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง 100 คน โดยการหาค่าสัดส่วนในกรณีที่เราทราบจำนวนประชากร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การสนทนา กลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า กระบวนการพัฒนาครั้งนี้ ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) เตรียมความพร้อมพื้นที่ 2) ศึกษาข้อมูลสถานการณ์ และบริบทของชุมชน 3) ปฏิบัติการวางแผนการดำเนินงาน 4) สื่อสารแนวปฏิบัติต่อเครือข่าย 5) ปฏิบัติตามแผนงานโครงการ 6) นิเทศ ติดตาม สนับสนุน และประเมินผลการดำเนินงาน 7) สรุปผลถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ สะท้อนผล ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ และปัจจัยแห่งความสำเร็จ ส่งผลให้เกิดรูปแบบจากการพัฒนา เรียกว่า HAS – MAP – ID ประกอบด้วย 1) พัฒนาระบบฐานข้อมูลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (H : Health Promotion Database System) 2) ส่งเสริมการเข้าถึงและใช้งานแอปพลิเคชันที่หลากหลาย (A : Access and use applications) 3) ส่งเสริมการรวมกลุ่มกิจกรรมทางสังคม (S : Social Activity Grouping) 4) กำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน (M : Monitoring and Evaluation) 5) ส่งเสริมการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ (A : Age - Friendly Communities/Cities) 6) วางแผนปฏิบัติการแบบ มีส่วนร่วม (P : Participatory Action Plan) 7) บูรณาการความร่วมมือภาคีเครือข่าย (I : Integrate Network Cooperation) 8) พัฒนาศักยภาพ และทบทวนแนวปฏิบัติของทีมงาน (D : Develop Potential and Review Guidelines) ส่งผลให้มีการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและความพึงพอใจ โดยรวมอยู่ในระดับมาก และส่งผลให้ผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม ได้รับการส่งเสริมสุขภาพตามแผนสุขภาพดี Wellness Plan ครอบคลุมความเสี่ยง หลังการส่งเสริมสุขภาพมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น กลุ่มพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan ที่มีคุณภาพ และหลังการดูแล การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ADL ดีขึ้น

คำสำคัญ การมีส่วนร่วม, การส่งเสริมสุขภาพ, การพัฒนารูปแบบส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

Abstract

This research was a participatory action research aimed to development of health promotion model for integrated elderly's long-term care of community participation, Prue Yai subdistrict, Khukhan district, Sisaket province. The study population voluntarily participated in the research process, consist of executive committees and members of the Subdistrict Administrative Organization, Committee of the Center for Quality-of-Life Development and Career Promotion for the Elderly, the Staff of the Tambon Health Promoting Hospital, the Sub-District Administrative Organization Employees, the Aged Care Manager (CM), the Elderly Care-giver (CG), the Community Care-giver (CCG), the Village Public Health Volunteers, the community leader and Phra Kilanupattaka. A total of 56 participants were recruited using purposive sampling and a sample of 100 elderly people determined by the proportional sampling of the population. The focus group questionnaires were utilized as tools for data collection, the data were analyzed using percentage, mean, standard deviation and content analysis.

The results showed that there were 7 steps of development processes as follows: 1) Area preparation 2) Community situation and context studying 3) Project planning 4) Network communication 5) Implementation 6) Supervision, follow-up, support and performance evaluation 7) Project summarizing, knowledge management, reflecting on problems and obstacles, recommendations and success factors in the development of a model as known as HAS-MAP-ID consists of 1) H : Health Promotion Database System 2) A : Access and use applications 3) S : Social Activity Grouping 4) M : Monitoring and Evaluation 5) A : Age - Friendly Communities/Cities 6) P : Participatory Action Plan 7) I : Integrate Network Cooperation 8) D : Develop Potential and Review Guidelines. As a result, the participations and overall satisfaction were at a high level and resulted in the socially addicted elderly people receiving health promotion according to a wellness plan. After receiving health promotion, there were more desirable health behaviors. The dependent group received a quality care plan and after the ADL performance improved.

Key words: Participation, Health promotion, Elderly's long-term care model development

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว โดยมีผู้สูงอายุ ตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป ประมาณ 12.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.7 ของประชากรทั้งประเทศ จำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องซึ่งประเทศไทยจะเข้าสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” ในปี 2565 โดยจะมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ในอัตราร้อยละ 20 ของจำนวนประชากรทั้งหมด และคาดว่าในปี 2576 จะเข้าสู่การเป็น “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” คือมีสัดส่วนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในอัตราร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด¹

การเพิ่มขนาดและสัดส่วนประชากรสูงอายุไทย ยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการ คาดประมาณ

ประชากรของประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2553 ถึง พ.ศ. 2583 (ฉบับปรับปรุง) แสดงว่าอีกประมาณ 15 ปีข้างหน้า หรือใน พ.ศ. 2579 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 29.28 % (19.4 ล้านคน) หรือคิดเป็น 2 เท่า ของประชากรสูงอายุใน พ.ศ. 2564 และใน พ.ศ. 2583 จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 31.38 (20.5 ล้านคน) ประมาณ 1 ใน 3 ของประชากรไทยทั่วประเทศ²

เมื่ออายุมากขึ้นจะเกิดความเสื่อมถอยของอวัยวะต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดโรคได้ง่าย และมีปัญหาการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 พบว่า ผู้สูงอายุทุก 1 ใน 4 คนจะมีภาวะทุพพลภาพ ในจำนวนนี้ร้อยละ 19 เป็นทุพพลภาพระยะยาว มี

ร้อยละ 1.8 เป็นภาวะทุพพลภาพรุนแรงถึงรุนแรงมาก ความชุกของกลุ่มอาการส่อไปในทางสมองเสื่อม ร้อยละ 3.4 และความดันเลือดสูงพบร้อยละ 24.8 และมีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพา ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมพื้นฐานประจำวัน และมีข้อจำกัดเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ทุกขนาดกิจกรรม โดยเฉพาะผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปมีข้อจำกัดสูงกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ 5 - 10 เท่า ข้อจำกัดเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขรวมทั้งบริการสาธารณสุขและด้านสังคม และส่งผลให้เกิดภาวะพึ่งพิงผู้อื่นและต้องการผู้ดูแล³

การที่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2552 ให้การรับรองมติในประเด็น “การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง” ซึ่งข้อเสนอได้ครอบคลุมทุกมิติของการดูแลผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนั้น จึงมีข้อเสนอให้ทุกภาคส่วนโดยเฉพาะส่วนราชการรวมทั้งภาคเอกชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้นำข้อมตินี้เป็นจุดอ้างอิงสำหรับการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ผลักดันให้องค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรหรือธุรกิจเพื่อสังคม เข้ามามีส่วนร่วมจัดบริการเพื่อเพิ่มทางเลือกให้กับผู้สูงอายุ⁴

เขตสุขภาพที่ 10 ปี 2564 มีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 747,325 คน คิดเป็นร้อยละ 16.29 โดยประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้น เห็นได้จาก ปี 2560-2564 ประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 14.16, 14.73, 15.28, 15.96 และ 16.29 ตามลำดับ และจากข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุตำบลปรีอใหญ่ อำเภอยะรัง จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2564 พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น โดยมีประชากรสูงอายุ จำนวน 1,574 คน คิดเป็นร้อยละ 13.28 และจากข้อมูลผลการประเมินศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุย้อนหลัง 5 ปี ระหว่างปี 2560 – 2564 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 97.63, 95.12, 95.71, 80.16, 90.93 ตามลำดับ ในทางตรงข้ามกันพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 2.37, 4.88, 4.28, 19.83, 9.08 ตามลำดับ⁵ ซึ่งในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งกลุ่มติด

สังคม เพื่อให้คงสุขภาวะที่ดี สามารถดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชนได้ และกลุ่มพึ่งพิง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ยังมีรูปแบบและกระบวนการดำเนินงานที่ยังไม่ชัดเจนเป็นรูปธรรม ขาดการ บูรณาการ การมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในชุมชน แผนงาน โครงการ กิจกรรมในการแก้ไขปัญหา และผู้รับผิดชอบงาน ยังไม่ชัดเจน งบประมาณในการขับเคลื่อนงานไม่เพียงพอซึ่งจากการศึกษาแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ และการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า การส่งเสริมสุขภาพซึ่งเป็นกระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้คนมีความสามารถเพิ่มขึ้นในการควบคุม และส่งเสริมสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น ปัจเจบุคคล หรือกลุ่มบุคคล จะต้องมีความสามารถ ที่จะบ่งบอกและตระหนักถึงความต้องการของตนเอง ที่จะสนองความต้องการต่าง ๆ และสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ หรือปรับตนเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุบรรลุสุขภาวะที่สมบูรณ์ ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม อีกทั้งการบูรณาการด้านสุขภาพและสังคม โดยดำเนินงานทั้งในครอบครัว สถานบริการ และชุมชน โดยดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทั้งที่สุขภาพดี และเจ็บป่วย บริการเสริมส่วนขาดและการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในครอบครัว และภาคีเครือข่ายในชุมชน ยังส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการบริการการดูแล ที่เหมาะสม ดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้งการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ยังเป็นหัวใจสำคัญของกระบวนการดำเนินงานรวมพลังประชาชน กับองค์กรของรัฐหรือองค์กรเอกชน เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาหรือแก้ปัญหาของชุมชน ซึ่งหากภาคีเครือข่ายและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามามีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ ดูแลผู้สูงอายุ มีส่วนร่วมในการดำเนินงานทุกขั้นตอน จะส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง และต่อเนื่องจากชุมชน

จากข้อมูลและสภาพปัญหาที่ตั้งกล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้ ดำเนินการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดรูปแบบการ

ส่งเสริมสุขภาพ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ จากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในชุมชน ให้ผู้สูงอายุกลุ่ม ดิตสังคมได้รับการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อคงสภาวะสุขภาพ ที่ดี ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงได้รับการดูแล และมีคุณภาพ ชีวิตดีขึ้น ซึ่งจะเป็นการประกันความมั่นคง ในด้าน คุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ อย่างปกติสุขและเป็นหลักชัยของสังคมต่อไป

ความมุ่งหมายของการวิจัย

ความมุ่งหมายทั่วไป

เพื่อศึกษาการพัฒนาารูปแบบส่งเสริมสุขภาพ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วม ของชุมชน ตำบลปรีอใหญ่ อำเภอลือชัย จังหวัดศรีสะเกษ

ความมุ่งหมายเฉพาะ

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ บริบทของการ ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบ บูรณาการ ตำบลปรีอใหญ่ อำเภอลือชัย จังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการ ส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลปรีอใหญ่ อำเภอลือชัย จังหวัดศรีสะเกษ
3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการ ส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ ตำบลปรีอใหญ่ อำเภอลือชัย จังหวัดศรีสะเกษ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมี ส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ตาม กรอบแนวคิด ของ Stephen Kemmis และ Robin Mctaggart เพื่อศึกษาการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริม สุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ โดยการมี ส่วนร่วมของชุมชน ตำบลปรีอใหญ่ อำเภอลือชัย จังหวัดศรีสะเกษ ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการวิจัยไว้ ดังนี้

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา เป็นการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบ บูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลปรีอใหญ่ อำเภอลือชัย จังหวัดศรีสะเกษ ตั้งแต่การค้นหาปัญหา

ความต้องการแก้ไขปัญหาของชุมชน การกำหนด แนวทางและวางแผนในการแก้ไขปัญหา การปฏิบัติตาม แผน การประเมินผล รวมทั้งการสะท้อนการปฏิบัติ

2. ประชากร (Population) ประชากร ได้แก่ คณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบล สมาชิก องค์การบริหารส่วนตำบล คณะกรรมการศูนย์พัฒนา คุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุตำบลปรีอใหญ่ (ศพอส.) คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแล ระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กองทุน หลักประกันสุขภาพท้องถิ่นตำบลปรีอใหญ่ คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ประจำตำบล พนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลที่ รับผิดชอบงานสาธารณสุข ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager, CM) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver, CG) อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (อสบ. หรือ Care community Giver; CCG) อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน พระศิลาบุญญาภัก (พระ อสว.) รวมทั้งสิ้น จำนวน 56 คน

3. กลุ่มตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตร คำนวณสัดส่วนในประชากร กรณีที่ทราบจำนวน ประชากร (สุ่มหนา กลางการ และวรพจน์ พรหมสัถย พรต, 2553 : 122)⁶ กำหนดให้ระดับความเชื่อมั่น ที่ร้อยละ 95 ซึ่งจะทำให้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยการจับ ฉลาก (Simple Random Sampling) จากประชากร ผู้สูงอายุทั้งหมด 1,873 คน โดยใช้ขนาดตัวอย่างใน การศึกษาครั้งนี้จำนวนทั้งสิ้น 100 คน

4. พื้นที่ในการศึกษา ตำบลปรีอใหญ่ อำเภอลือชัย จังหวัดศรีสะเกษ

การสร้างและตรวจสอบเครื่องมือ

ขั้นตอนในการสร้างและตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ ในการวิจัย มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษาและรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร หนังสือ วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. สร้างแบบสัมภาษณ์ ตามกรอบที่กำหนด
3. ให้ที่ปรึกษาตรวจสอบให้คำแนะนำ
4. นำเครื่องมือที่ผ่านการแก้ไข ปรับปรุงตาม คำแนะนำของที่ปรึกษา แล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความ

ตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) พิจารณาความถูกต้อง ความตรงเชิงเนื้อหา ภาษาและความชัดเจนของภาษา โดยพิจารณาจากค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม คำตอบ กับเนื้อหาตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ IOC (Index of Congruence) ผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือวิจัย

สรุปผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน พบว่า ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.66 – 1.00 ดังนั้น แบบสัมภาษณ์ จึงถือว่ามีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์

5. นำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ (Try out) ในพื้นที่ตำบลอวย อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดศรีสะเกษ

6. นำข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือในการวิจัยทั้งฉบับ (Reliability analysis) เพื่อประเมินเครื่องมือในการวิจัยแต่ละด้านมีคุณภาพนำไปใช้ได้หรือไม่ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha, Coefficient) (สุมัทนา กลางการ และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553 : 122)⁶ ได้ค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ดังนี้

6.1 แบบสัมภาษณ์ชุดที่ 1 ส่วนที่ 2 สัมภาษณ์การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงาน มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.88

6.3 แบบสัมภาษณ์ชุดที่ 2 ส่วนที่ 2 สัมภาษณ์สัมภาษณ์ความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.93

7. จัดพิมพ์ข้อคำถามฉบับจริง เพื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

8. ขอการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ระดับเขต เขตสุขภาพที่ 10 : R10-EC04 รหัสโครงการวิจัย ID-04-65-03-E

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ตามกรอบแนวคิดของ Stephen Kemmis และ Robin Mctaggart โดยมี 4 ขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 ขั้นการวางแผน (Planning)

กิจกรรมที่ 1 เตรียมความพร้อม

1.1 แต่งตั้งคณะทำงาน/ทีมวิจัยจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดรูปแบบบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว

1.2 สร้างความสัมพันธ์แบบหุ้นส่วน

กิจกรรมที่ 2 ศึกษาข้อมูล สถานการณ์และบริบทของชุมชน ด้านส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

กิจกรรมที่ 3 ประชุมเชิงปฏิบัติการโดยประยุกต์เครื่องมือทางการบริหารที่เหมาะสม เพื่อวางแผนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของชุมชน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ค้นหาปัญหาการพัฒนา วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา และวางแผนการดำเนินงานตามความต้องการ ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

3.1 วิเคราะห์สภาพปัญหา

3.2 วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา

3.3 วางแผนการดำเนินงานและกำหนดแนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ

3.4 นำแนวทางที่ได้มาจัดทำแผนปฏิบัติการ

ระยะที่ 2 ขั้นการปฏิบัติการพัฒนาตามแผนปฏิบัติการ (Action)

กิจกรรมที่ 4 ประชุมเชิงปฏิบัติการชี้แจงผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในแนวทางการพัฒนาตามแผนปฏิบัติการ

กิจกรรมที่ 5 ปฏิบัติตามกิจกรรม แผนงานโครงการ ตามกระบวนการทำงานใหม่

ระยะที่ 3 ขั้นการสังเกตผลการปฏิบัติ (Observation)

กิจกรรมที่ 6 นิเทศ ติดตาม เยี่ยมเสริมพลังสนับสนุนให้คำแนะนำในการปฏิบัติตามแผนการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตามกระบวนการทำงานใหม่

6.1 เก็บรวบรวมข้อมูลการดำเนินงาน และจัดบันทึกการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้น

6.2 สังเกตกระบวนการทำงานใหม่ จาก พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในแต่ละ ขั้นตอน

6.3 ประเมินผลการดำเนินงานตามแผน

ระยะที่ 4 ขั้นการสะท้อนผล (Reflexion)

กิจกรรมที่ 7 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ เพื่อหาปัจจัยแห่งความสำเร็จ

7.1 จัดเวทีชุมชน เพื่อเสนอผลการปฏิบัติในการแก้ปัญหา รับข้อเสนอการแก้ปัญหาจากชุมชนเพิ่มเติม รวมทั้งสะท้อนผลการปฏิบัติงาน

7.2 ประชุมคณะทำงาน สรุปผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญห ในครั้งต่อไป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ด้านแผนพัฒนา และผลการดำเนินงาน (Output, Outcome) ที่เกิดขึ้น จากการประชุม ผลการวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคและ ปัจจัยความสำเร็จ เป็นข้อมูลที่ได้จากการใช้การสังเกต แบบมีส่วนร่วม และแบบไม่มีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกนำข้อมูลที่เกิดขึ้นในการ ดำเนินงานมาเชื่อมโยง กับแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง และสรุปผลการดำเนินงานมาเป็นรูปแบบการพัฒนา

สรุปผลการวิจัย

1. สถานการณ์ บริบทของชุมชน ในการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว แบบบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบล ปรีอใหญ่ อำเภอบุขันธิ์ จังหวัดศรีสะเกษ

สรุปได้ว่าตำบลปรีอใหญ่ เป็นชุมชนแบบชนบท มีหมู่บ้านในเขตปกครอง จำนวน 20 หมู่บ้าน จำนวน หลังคาเรือน 2,505 หลังคาเรือน มีประชากร ทั้งหมด 11,857 คน เพศชาย 5,882 คน เพศหญิง 5,973 คน เป็น ผู้สูงอายุทั้งหมด 1,873 คน เพศชาย 823 คน เพศหญิง

1,050 คน ประกอบอาชีพทำนา เป็นหลักนับถือศาสนา พุทธ มีวัด จำนวน 6 แห่ง สำนักสงฆ์ จำนวน 7 แห่ง มี โรงเรียนประถมศึกษา จำนวน 6 แห่ง โรงเรียน มัธยมศึกษา จำนวน 1 แห่ง ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน และการศึกษาตามอัธยาศัย จำนวน 1 แห่ง ศูนย์พัฒนา เด็กเล็กก่อนวัยเรียน จำนวน 7 แห่ง หอกระจายข่าว จำนวน 20 แห่ง ที่อ่านหนังสือประจำหมู่บ้าน จำนวน 20 แห่ง

ข้อมูลลักษณะประชากร ของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 60 - 69 ปี สถานภาพสมรสคู่การศึกษาในระดับประถมศึกษา อาชีพไม่ได้ทำงาน อาศัยอยู่กับบุตร ได้รับสวัสดิการ การรักษาพยาบาล มีการเข้าร่วมกิจกรรมที่ผู้มีส่วน เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุจัดขึ้น และมีการรับรู้ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุ จากอาสาสมัครสาธารณสุข

ข้อมูลลักษณะประชากร ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง กับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ระยะยาวแบบบูรณาการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง อายุ 51 - 60 ปี สถานภาพสมรสคู่ การศึกษาในระดับประถมศึกษา อาชีพหลักคือการทำนา มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 5,001 - 10,000 บาท ประสบการณ์ การรับผิดชอบงานเกี่ยวกับงานผู้สูงอายุ 1 - 5 ปี การคัดกรองและแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตาม ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ของ ผู้สูงอายุ (Activities of Daily Living : ADL) โดยทำการ สํารวจจากประชากรผู้สูงอายุในตำบลปรีอใหญ่ ซึ่งทำ การเก็บข้อมูลผู้สูงอายุได้ทั้งสิ้น จำนวน 1,554 คน คิด เป็นร้อยละ 98.70 พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุ กลุ่มที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือตนเองได้ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป จำนวน 1,413 คน คิดเป็น ร้อยละ 90.93 กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL 5 - 11 คะแนน จำนวน 123 คน คิดเป็นร้อยละ 7.91 กลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ พักการ หรือ ทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL 0 - 4 คะแนน จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 1.16

2. กระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลปรีอใหญ่ อำเภอยุซันต์ จังหวัดศรีสะเกษ

กระบวนการพัฒนา โดยใช้แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ดำเนินการตามกรอบแนวคิด ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ประกอบด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอนคือ

การวางแผน (planning) ในขั้นการวางแผนสรุปได้ว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวิจัยได้ใช้แนวคิดทางการบริหารเชิงกลยุทธ์ คือแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategy Route Map : SRM) มาเป็นเครื่องมือในการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้เกิดการบูรณาการการประยุกต์ใช้ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ค้นหาปัญหา การพัฒนา วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา และวางแผนการดำเนินงานตามความต้องการในการพัฒนา ซึ่งเริ่มตั้งแต่ขั้นที่หนึ่ง การวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์แบบมีส่วนร่วมโดยใช้แผนที่ทางความคิด (Mind Map) ตามมุมมองของแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ 4 ระดับ ได้แก่ ระดับรากฐาน กระบวนการ ภาควิชา และประชาชน ขั้นที่สอง มีการกำหนดจุดหมายปลายทาง (Destination) สามารถเลือกจุดหมายปลายทางได้ตรงตามประเด็นที่ต้องการพัฒนามากขึ้น ซึ่งส่งผลให้คณะทำงานทุกคนทราบถึงจุดหมายปลายทางการพัฒนาาร่วมกัน ขั้นที่สาม สร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map) การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลปรีอใหญ่ อำเภอยุซันต์ จังหวัดศรีสะเกษ ภายในปี 2565 – 2566 ซึ่งคณะทำงาน ได้ร่วมกันจัดกลุ่มจุดหมายปลายทาง และนำมากำหนดเป็นเป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์ และวางกลยุทธ์ในการขับเคลื่อนงานอย่างน้อย 2 – 3 กลยุทธ์ ภายใต้เป้าประสงค์ วัตถุประสงค์ชัดเจน ขั้นที่สี่ สร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการ (Strategic linkage Model : SLM) ซึ่งมีการกำหนดเป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์ และกำหนดเส้นทางด่วนพิเศษในการพัฒนา (Road Map) ภายในปี 2565 รวมทั้ง มีการวางตัวผู้รับผิดชอบงานอย่างชัดเจน

ขั้นที่ห้า นิยามเป้าประสงค์และอธิบายการทำงาน (Strategic Objective Definition) กำหนดกิจกรรมสำคัญที่จะขับเคลื่อนให้บรรลุเป้าประสงค์ตามระยะเวลาของยุทธศาสตร์ ขั้นที่หก สร้างแผนปฏิบัติการ (Action Plan/Mini SLM) ซึ่งได้กำหนดเป็นแผนปฏิบัติการของภาคีเครือข่ายตำบลปรีอใหญ่ จำนวน 6 แผน และได้โครงการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจำนวน 12 โครงการ ซึ่งมีผู้รับผิดชอบ ระยะเวลาและงบประมาณในการขับเคลื่อนงานอย่างชัดเจน ขั้นที่เจ็ด การเปิดงาน (Launching) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบ มีการนำแผนปฏิบัติการแบบบูรณาการตามแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ถ่ายทอดไปสู่การปฏิบัติ

การลงมือปฏิบัติ (Action) มีการชี้แจงแผนต่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และนำแผนปฏิบัติการบรรจุเข้าข้อบัญญัติงบประมาณท้องถิ่น รวมทั้งแผนสุขภาพของแต่ละหน่วยงาน และแผนกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น กบท. โดยผ่านความเห็นชอบของผู้บริหาร ซึ่งส่งผลให้ได้รับงบประมาณในการขับเคลื่อนงานตามแผนทุกกิจกรรม และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบ มีการนำแผนปฏิบัติการแบบบูรณาการ ตามแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติตามเส้นทางด่วนพิเศษ (Road Map) อย่างเป็นรูปธรรม

การสังเกตการณ์ (Observation) มีการจัดตั้งทีมนิเทศ ติดตาม การดำเนินงาน โดยมีรูปแบบการนิเทศติดตาม คือ การออกตรวจเยี่ยม สังเกตการณ์ ให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหา ซึ่งกระบวนการสังเกตการณ์ ได้ใช้ใน 2 รูปแบบ คือ 1) การสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) ซึ่งทำการสังเกตการณ์ในขณะที่เข้าร่วมการดำเนินกิจกรรมทั้ง 12 โครงการ ซึ่งพบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนแผนงานโครงการความกระตือรือร้น ร่วมคิดวางแผนการปฏิบัติ ร่วมตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาาร่วมปฏิบัติทุกขั้นตอนจนเสร็จสิ้นกิจกรรม ร่วมประเมินผลการดำเนินกิจกรรม และร่วมรับผิดชอบร่วมรับผิดชอบทั้งทางบวกทางลบ 2) การสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participant Observation) จากการสังเกตการณ์โดยการติดตามเยี่ยมเสริมพลัง และสังเกตพฤติกรรม

มีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากวงนอกของการดำเนินงาน กิจกรรม พบว่า แกนนำภาคราชการมีการชี้แนะแนวทางการปฏิบัติตามหลักวิชาการ และโน้มน้าวใจภาคประชาชนให้คล้อยตามและร่วมตัดสินใจตามการชี้แนะในบางประเด็นที่ต้องอิงหลักทฤษฎีเป็นองค์ประกอบ ภาคประชาชนมีความกระตือรือร้นมีส่วนร่วมในฐานะผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มองเห็นประโยชน์ ในฐานะผู้ได้รับประโยชน์จากการพัฒนาทางตรง ทางอ้อม องค์การทางศาสนา พระสงฆ์มีความตระหนักและแสดงบทบาทในการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นต่อการขับเคลื่อนงานในเบื้องต้น รวมทั้งอำนวยความสะดวกในด้านสถานที่ เพื่อให้เกิดการดำเนินกิจกรรมให้เกิดความราบรื่น

สะท้อนผล (Reflection) มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนการดำเนินงาน และคืนข้อมูลให้แก่ชุมชนเพื่อประกอบการวางแผนในการแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง โดยการถอดบทเรียนตามหลักการทบทวนหลังการปฏิบัติ (After Action Reviews : AAR) และสะท้อนผล ซึ่งพบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนงานทราบถึงทิศทางความสำเร็จของการดำเนินงาน และมีข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ ประกอบการตัดสินใจในการวางแผนแก้ไขปัญหาพัฒนาตามเส้นทางด่วนพิเศษ (Road Map) ในส่วนที่เกี่ยวข้องให้ประสบความสำเร็จตามแผนที่เดินยุทธศาสตร์

จากการวิจัย พบว่า การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 2.74$, S.D. = 0.34) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการร่วมรับผล มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 2.85$, S.D. = 0.26) รองลงมาคือ ด้านการร่วมคิด มีค่าเฉลี่ย ($\bar{x} = 2.77$, S.D. = 0.26) ตามลำดับ

3. ผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ โดยมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลปรีอใหญ่ อำเภออุซัน จังหวัดศรีสะเกษ

สรุปได้ว่า ผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ โดยมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งผลให้เกิดกิจกรรมที่ได้มาจากการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งสิ้น 12 กิจกรรมสำคัญ ซึ่งมี

แผนงาน โครงการรองรับชัดเจน มีผู้รับผิดชอบงานจากภาคีเครือข่าย ทุกภาคส่วนในชุมชน และมีแหล่งงบประมาณที่เพียงพอต่อการดำเนินงาน ประกอบด้วย

- 1) พื้นฟูและพัฒนาศักยภาพผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการในชุมชน ผลของการดำเนินงานผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น สามารถขับเคลื่อนกระบวนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวเชิงป้องกัน (Preventive LTC) สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ด้วยแผนสุขภาพไตรายบุคคล Wellness Plan ทั้งในชมรมผู้สูงอายุ ในชุมชน และมีการจัดการดูแล (Long Term Care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามแผนการดูแล Care Plan คุณภาพ โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้คำปรึกษาในการจัดการดูแลให้เหมาะสม ตามปัญหาสุขภาพรายบุคคล
- 2) พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการบริหารจัดการฐานข้อมูลผู้สูงอายุตำบลปรีอใหญ่ ผลของการดำเนินงานผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถบริหารจัดการฐานข้อมูลผู้สูงอายุตำบลปรีอใหญ่ ให้เป็นเอกภาพ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงชุดข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพ ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และสามารถวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลไปใช้ในการแก้ไขปัญหาได้ตรงตามประเด็นสุขภาพรายบุคคล รวมทั้งสามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลจากแหล่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องมาอ้างอิงเพื่อเทียบเคียงมาตรฐานการพัฒนาให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน
- 3) พัฒนาศักยภาพการเรียนรู้สุขภาวะที่สมบูรณ์ของผู้สูงอายุ ผลของการดำเนินงาน แกนนำผู้สูงอายุตำบลปรีอใหญ่สามารถจัดทำแผนการส่งเสริมสุขภาพไตรายบุคคล Wellness Plan ได้ตรงตามประเด็นปัญหาสุขภาพตนเอง และสมาชิกทั้งที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุ และในชุมชน
- 4) พัฒนาศักยภาพด้านการใช้งานระบบ แอปพลิเคชัน และแพลตฟอร์มด้านการส่งเสริมสุขภาพ ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ผลของการดำเนินงาน มีความรู้ในการเลือกใช้แพลตฟอร์มที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม สามารถวิเคราะห์ สังเคราะห์ นำเข้าข้อมูลและบริหารจัดการข้อมูล เพื่อการวางแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามการแบ่งกลุ่มศักยภาพ และตรงตามประเด็นปัญหาสุขภาพของบุคคล
- 5) ส่งเสริมการพัฒนา

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย (1) พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลปรีอใหญ่ ผลของการดำเนินงาน มีการจัดการกองทุนสวัสดิการสังคม ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมสงเคราะห์ช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน มีการดูแลสวัสดิการ แก่ผู้สูงอายุในชุมชน เช่น มีการเยี่ยมสงเคราะห์ผู้สูงอายุ 87 คน ฌาปนกิจสงเคราะห์ 20 คน ผลของการดำเนินงานโครงการ (2) พัฒนาศักยภาพและแลกเปลี่ยนเรียนรู้เครือข่ายการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลปรีอใหญ่ ผลการดำเนินงาน CM, CG สามารถจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง Care Plan คุณภาพ โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้ตรงตามประเด็นปัญหาสุขภาพ (3) ส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุตำบล ปรีอใหญ่ ผลของการดำเนินงานโครงการสำคัญ มีการส่งเสริมอาชีพและรายได้ ให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชน โดยการอบรมการผลิตศิลปหัตถกรรมพื้นบ้าน เช่น การทำไม้กวาดทางมะพร้าว การทำพรมเช็ดเท้าจากเศษผ้า การจักสารตะกร้า และมีการรวมกลุ่มจำหน่ายผลิตภัณฑ์พื้นบ้าน เป็นส่งเสริมการใช้เวลาว่าง การมีกิจกรรมรวมกลุ่มและก่อให้เกิดรายได้ในชุมชน 6) ส่งเสริมการพัฒนาเมือง/ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 (1) โครงการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน ผลของการดำเนินงานพบว่า ทุกหมู่บ้านมีการดำเนินกิจกรรมบ้านสะอาด สิ่งแวดล้อมดี มีการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาชาวบ้านเพื่อจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดความปลอดภัย เช่น การจัดทำราวจับไม้ไผ่ป้องกันการพลัดตกหกล้มทั้งภายในและภายนอกบ้าน รวมทั้งสถานที่สาธารณะ การพัฒนาหมู่บ้านสะอาด จัดการขยะในชุมชน 2) โครงการพัฒนาสิ่งแวดล้อมและที่พักอาศัย ที่ถูกสุขลักษณะแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผลของการดำเนินงาน พบว่า มีการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยโดยช่างจิตอาสาในชุมชน มีการระดมทุน งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการปรับปรุงที่พักอาศัยและสิ่งอำนวยความสะดวกในที่พักอาศัยให้แก่ผู้สูงอายุที่ 11 หลังคาเรือน และสร้างที่พักอาศัยให้ผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน ขาดคนดูแล จำนวน 1 หลัง 7) แกนนำจิตอาสาพัฒนาชุมชน ด้านส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ผลการ

ดำเนินงาน พบว่า เยาวชนจิตอาสา ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ สามารถเป็นผู้ประสานหรือเป็นผู้เชื่อมประสานความรักความอบอุ่นระหว่างกลุ่มวัย สามารถจัดกิจกรรมสร้างกระแสการดูแลสุขภาพและมีการจัดเวทีพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนระหว่างเยาวชนกับผู้สูงอายุ โดยมีการจัดกิจกรรมสืบสานวัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่น ตามขนบธรรมเนียมประเพณีพื้นถิ่น รวมทั้งมีการสร้างแรงจูงใจ โดยการมอบรางวัลแก่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง 8) บูรณาการพัฒนาคุณภาพแผนการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ผลของการดำเนินงาน พบว่า (1) แกนนำ โรงเรียน/ชมรมผู้สูงอายุ สามารถจัดทำแผนสุขภาพดีรายบุคคล Wellness Plan สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ได้ตรงตามประเด็นปัญหาความเสี่ยงทางสุขภาพรายบุคคล ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น (2) CM, CG, CCG, และสหสาขาวิชาชีพ สามารถจัดการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) โดยร่วมกันจัดทำแผนการดูแล Care Plan คุณภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan ที่มีคุณภาพมีการเปลี่ยนกลุ่มดีขึ้น

สรุปว่า การสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategy Route Map : SRM) เป็นเครื่องมือในการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ส่งผลให้การดำเนินกิจกรรมสำคัญตามแผนงาน โครงการ และมีเป้าประสงค์ชัดเจนภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมองเห็นภาพจุดหมายปลายทางการพัฒนาในแผนเดียวกัน ทราบบทบาทที่ต้องรับผิดชอบและสามารถนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม สามารถดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดูแลผู้สูงอายุ ทุกกลุ่มให้คงสถานะทางสุขภาพที่ดี โดย 1) กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวเชิงป้องกัน (Preventive LTC) ด้วยแผนสุขภาพดีรายบุคคล Wellness Plan ผ่านโรงเรียน/ชมรมผู้สูงอายุ พบ ว่ามีการทำแผนสุขภาพดี เพิ่มขึ้น ร้อยละ 80 ผลการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้วย Bluebook Application พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น ร้อยละ 75 2) การจัดกิจกรรมการ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง ได้รับการดูแลตาม Care Plan คุณภาพ ร้อยละ 100 ผลการประเมินเมื่อสิ้นสุดการ ให้บริการ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 141 คน มีค่า ADL ดีขึ้น จำนวน 46 คน (ร้อยละ 31.51) จากการสอบถามความพึงพอใจ พบว่า ระดับความพึงพอใจ ต่อการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบ โดยรวมอยู่ใน ระดับมาก ($\bar{X} = 2.69$, S.D. = 0.28) ด้านที่มีค่าเฉลี่ย สูงสุดคือ ด้านความพึงพอใจต่ออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชน มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 2.78$, S.D. = 0.24) รองลงมา คือ ด้านความพึงพอใจต่อการบริการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการและที่บ้านที่มีคุณภาพ มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X} = 2.77$, S.D. = 0.30) ตามลำดับ

จากการพัฒนารูปแบบ ครั้งนี้ มีการดำเนินงาน 7 ขั้นตอน 12 กิจกรรม ซึ่งมีกิจกรรมสำคัญที่ได้จากการ ถอดบทเรียนปัจจัยแห่งความสำเร็จมาเป็นรูปแบบการ ดำเนินงานของตำบลปรีอใหญ่ คือ Prue yai Subdistic Model (HAS – MAP – ID) ดังนี้

H : Health Promotion Database System ระบบฐานข้อมูลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พัฒนา ระบบให้เป็นปัจจุบัน ทันสมัย และมีความเป็นเอกภาพ

A : Access and use applications ส่งเสริมการ เข้าถึงและใช้งานแอปพลิเคชันที่หลากหลาย ในการสื่อสาร และประชาสัมพันธ์อย่างมีประสิทธิภาพ

S : Social Activity Grouping ส่งเสริมการ รวมกลุ่มกิจกรรมทางสังคม การสืบสานประเพณี วัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น ส่งเสริมอาชีพรายได้ และ ส่งเสริมสุขภาพ ดูแลสวัสดิการสมาชิกในชุมชน

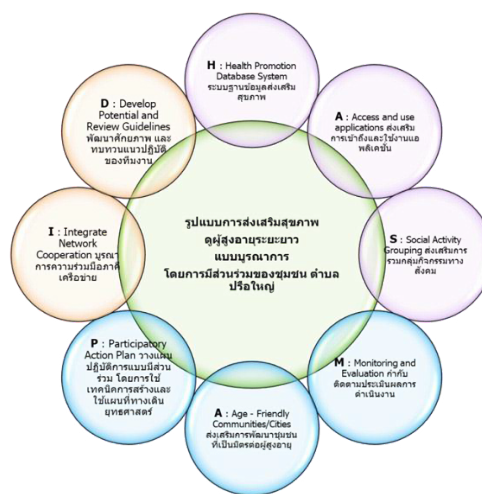
M : Monitoring and Evaluation กำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน และ เฝ้าระวังเสริมพลังเครือข่าย เสริมแรงสร้างพลัง ให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง

A : Age – Friendly Communities/Cities ส่งเสริมการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ เพื่อ ให้ เกิดการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ

P : Participatory Action Plan วาง แผน ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยการใช้เทคนิคการสร้าง และใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ มาเป็นเครื่องมือ การ สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน

I : Integrate Network Cooperation บูรณาการ ความร่วมมือภาคีเครือข่ายในชุมชนด้วยกลไก บ้าน วัด ราชการ (บวร) ให้มีความเข้มแข็ง ผู้นำชุมชนและสมาชิก ในชุมชนเกิดความเข้าใจเริ่มสร้างสรรค์การพัฒนาและ ให้ความร่วมมืออย่างจริงจัง

D : Develop Potential and Review Guidelines พัฒนาศักยภาพ และทบทวนแนวปฏิบัติ ของทีมงาน ให้มีทักษะ ความรู้ ความสามารถ และมีความพร้อม ความมั่นใจในการปฏิบัติงาน



ภาพประกอบรูปแบบ Prue yai Subdistic Model

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย การพัฒนารูปแบบการส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ โดยการมี ส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งเป็นไปตามความมุ่งหมายของการ วิจัยโดยใช้รูปแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม นำมาอภิปรายผล ดังนี้

1. การศึกษาสถานการณ์ บริบทของชุมชน ใน การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ระยะยาวแบบบูรณาการ โดยความร่วมมือของชุมชน ตำบลปรีอใหญ่ อำเภออุซันต์ จังหวัดศรีสะเกษ

จากการศึกษา ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนา รูปแบบ พบว่า การมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับมาก เนื่องจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบ ส่วน ใหญ่เป็นผู้ที่มีบทบาททางสังคมในชุมชน และมีความรู้ ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับงานผู้สูงอายุในชุมชนมา

อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับผลการวิจัยของ เสตจ์ โรจนธรรม (2556)⁷ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ระดับตำบลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ด้านอายุ ตำแหน่ง และอายุราชการ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ระดับตำบลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยการสนับสนุนการดำเนินงาน และปัจจัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายมีความสัมพันธ์ เชิงบวก กับการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ระดับตำบล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สอดคล้องกับการวิจัยของ สมจินตนา คุ่มภัย (2559)⁸ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชาวชุมชนในองค์การบริหารส่วนตำบลต้นแบบที่บูรณาการแผนชุมชนสู่แผนพัฒนาท้องถิ่น จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชาวชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\text{Sig} < 0.05$) ได้แก่ อาชีพ รายได้ของชาวชุมชน อบต. ใช้กลยุทธ์จัดกิจกรรมหรือโครงการอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ นิตยา นันทขว้าง (2552)⁹ ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมขององค์การบริหารส่วนตำบลในงานสาธารณสุข อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การมีส่วนร่วมขององค์การบริหารส่วนตำบลในงานสาธารณสุข ความรู้พื้นฐานด้านการพัฒนางานสาธารณสุขอยู่ในเกณฑ์ที่จะช่วยให้พื้นฐานการพัฒนางานสาธารณสุขที่ดีร่วมกันได้

2. กระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลปรีอใหญ่ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

กระบวนการพัฒนา โดยใช้แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ดำเนินการตามกรอบแนวคิด ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ประกอบด้วยกระบวนการ 7 ขั้นตอน ทั้งนี้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดทางการบริหารเชิงกลยุทธ์ คือการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategy Route Map :

SRM) เป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนงานให้ตรงตามบริบทของพื้นที่ รวมทั้งเพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการดำเนินงานทุกขั้นตอน เกิดแผนงานโครงการที่มาจาก การมีส่วนร่วมของคนในชุมชนอย่างแท้จริง ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญ 1) วางแผนปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยการใช้เทคนิคการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ 2) บูรณาการความร่วมมือภาคีเครือข่ายในชุมชนด้วยกลไก บ้าน วัด ราชการ (บวร) 3) พัฒนาศักยภาพ และทบทวนแนวปฏิบัติของทีมงาน 4) พัฒนาระบบฐานข้อมูลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 5) ส่งเสริมการรวมกลุ่มกิจกรรมทางสังคม 6) ส่งเสริมการเข้าถึงและใช้งานแอปพลิเคชันที่หลากหลาย 7) ส่งเสริมการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ 8) กำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงาน และ เยี่ยมเสริมพลังเครือข่าย ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ธารารัตน์ สัญญะโม (2565)¹⁰ ได้ศึกษาแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์กับการพัฒนาชุมชน: การเรียนรู้เพื่อเสริมพลังอำนาจ ความรอบรู้ทางสุขภาพจากชุมชนฐานราก พบว่า แนวทางการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เป็นเครื่องมือสำหรับกระบวนการเรียนรู้และเสริมพลังชุมชน จะต้องมียุทธศาสตร์ประกอบพื้นฐาน 6 ประการ ได้แก่ ผู้นำกิจกรรมต้องมีทักษะกระบวนการ ประชาชนเป็นศูนย์กลาง เปิดกว้างสู่การเรียนรู้ การเสริมสร้างการมีส่วนร่วม ความสอดคล้องกับความจำเป็นของชุมชน และความต้องเป็นการสื่อสารเชิงบวก สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ปาณิสรา ภูโสภาก (2554)¹¹ ได้ศึกษากระบวนการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของเทศบาลตำบลปทุม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน แสดงออกจากการร่วมคิด ร่วมวางแผนมาตรการชุมชนในการดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรคและไข้เลือดออก และการมีส่วนร่วมของพหุภาคี แสดงออกจากการร่วมดำเนินการในการสนับสนุนชุมชนในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกตามมาตรการทางวิชาการ สอดคล้องกับผลการวิจัย ของ ธนกร จิระออน (2553)¹² ได้ศึกษารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า การใช้กระบวนการแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการจัดการกับปัญหาไข้เลือดออก ทำให้

เกิดการปฏิบัติในการดูแลปัญหาโรคไขข้ออักเสบ หลังการพัฒนาามากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับผลการวิจัยของ สุปราณี บุญมี (2562)¹³ ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนเปือย อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์ พบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายมีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ (1) การวางแผนแบบมีส่วนร่วม (2) การดำเนินงานของภาคีเครือข่ายเข้มแข็งและ (3) การติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ศรายุทธ ชูสุทนต์ (2564)¹⁴ ได้ศึกษาการพัฒนาการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เทศบาลตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนทีจังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2) กิจกรรมการถ่ายทอดความรู้สู่ชุมชน และ 3) กิจกรรมสร้างขวัญกำลังใจให้กับผู้สูงอายุ

3. ผลของการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ โดยการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลปรีอใหญ่ อำเภออุซัน จังหวัดศรีสะเกษ

การดำเนินการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ โดยการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นการดำเนินการเพื่อรองรับสถานการณ์การขยายตัวของสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมซึ่งมีสุขภาพที่ดี มีแนวโน้มลดลงตามลำดับตรงข้ามกันผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มพึ่งพิงก็มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และเพื่อให้เกิดรูปแบบในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสม เป็นการประกันความมั่นคงทางด้านคุณภาพชีวิตและสวัสดิภาพของผู้สูงอายุจากการศึกษาผลของการพัฒนา พบว่า ระดับคะแนนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินการพัฒนารูปแบบ มีคะแนนเฉลี่ย การมีส่วนร่วม โดยรวมอยู่ในระดับมาก และโดยรวมคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดำเนินการมีส่วนร่วมของชุมชน ใน

การพัฒนาตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ สุปราณี บุญมี (2562)¹³ ได้ศึกษาการพัฒนาการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนเปือย อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์ ผลการดำเนินงานตามขั้นตอน พบว่า การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ศิริพรรณ บุตรศรี (2558)¹⁵ ได้ศึกษาการพัฒนาการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลคลองข่อย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี พบว่า การประเมินผลการทดสอบรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า ได้รับการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนทุกขั้นตอนการวิจัย ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน (2560)¹⁶ ได้ศึกษาการพัฒนาการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลสุขภาพจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับผลการวิจัยของ เติมนภา ทองอินทร์ (2563)¹⁷ ได้ศึกษาการพัฒนาการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว องค์การบริหารส่วนตำบลหันนางาม อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทุกด้านอยู่ในระดับมาก และภาพรวมอยู่ในระดับมาก

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุระดับตำบล โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพชีวิตอย่างครอบคลุมในทุกมิติของการพัฒนา เช่น สังคมความเป็นอยู่ เศรษฐกิจ รายได้ สวัสดิการทางสังคม และสุขภาพ

2.2 ควรศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการอย่างไร้รอยต่อ ระหว่างภาคีเครือข่าย ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งภายในภายนอกชุมชน เพื่อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพและส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างดีจาก นายแพทย์ปกรณ์ ตุงคะเสรีรักษ์ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ที่ให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ในการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว รวมทั้งสนับสนุนบุคลากร งบประมาณ และอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ ที่นี้ ขอขอบพระคุณนางไฉไล ช่างตำรองผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ที่ให้คำปรึกษา แนะนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และการดำเนินการด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ระดับเขต เขตสุขภาพที่ 10 ขอบคุณ นางประไพ เจริญผล ผู้ช่วยผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ที่ให้คำแนะนำในด้านเนื้อหาวิชาการ

ขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ สำนักงานสาธารณสุขอำเภออุษาคเนย์ ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ปรีอใหญ่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลปรีอคัน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลทับทิมสยาม 06 องค์การบริหารส่วนตำบลปรีอใหญ่ โรงเรียนผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุตำบลปรีอใหญ่ ผู้นำชุมชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วนในชุมชน ที่อำนวยความสะดวกในด้านอาคาร สถานที่ และบุคลากร ช่วยให้ข้อมูลและเก็บรวบรวมข้อมูล ร่วมดำเนินการให้การศึกษาในครั้งนี้จนบรรลุตามวัตถุประสงค์

ท้ายนี้ ข้าพเจ้าขอกราบขอบพระคุณ บุญคุณบิดา มารดา ครู อาจารย์ ภรรยา ญาติพี่น้อง และบุคคลที่ไม่ได้เอ่ยนามไว้ ณ ที่นี้ ซึ่งเป็นผู้อยู่เบื้องหลังที่คอยให้การสนับสนุนข้าพเจ้าในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2562. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.); 2564.
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎีกา. รายงานการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 - 2583 (ฉบับปรับปรุง). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : พัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2562.
3. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). รายงานประจำปี 2559. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: ดีไซน์เบอรี่; 2559.
4. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). รวมมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2552. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ศิริวัฒนา อินเทอร์เน็ต; 2553.
5. Health Data Center ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อวันที่ 14 กันยายน 2564. กระทรวงสาธารณสุข: จากเว็บไซต์ <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat;> 2564.
6. วรพจน์ พรหมสัตยพรต. การบริหารงานสาธารณสุขท้องถิ่น. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด; 2553.
7. เสด็จ โรจนธรรม และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ระดับตำบลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดนครศรีธรรมราช [วิทยานิพนธ์ดุสิตบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2556.
8. สมจินตนา คุ่มภัย. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชาวชุมชนในองค์การบริหารส่วนตำบลต้นแบบที่บูรณาการแผนชุมชนสู่แผนพัฒนาท้องถิ่น จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร 2559;9:733-748.
9. นิตยา นันทขว้าง. การมีส่วนร่วมขององค์การบริหารส่วนตำบลในงานสาธารณสุข อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2552.
10. ธารรัตน์ สัญญาโม และคณะ. แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์กับการพัฒนาชุมชน: การเรียนรู้เพื่อเสริมพลังอำนาจความรอบรู้ทางสุขภาพจากชุมชนฐานราก. วารสารสังคมศาสตร์และวัฒนธรรม 2565;6:77-88.

11. ปาณิสรา ภูโสภา และคณะ. กระบวนการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของเทศบาล ตำบลปทุม อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2554.
12. ชนกร จีระออน. รูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2553.
13. สุปรานี บุญมี และคณะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนเปือย อำเภอสมน จังหวัดสุรินทร์ [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2562.
14. ศรายุทธ ชูสุทนต์ และคณะ. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเทศบาลตำบล บางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัย มหาสารคาม; 2564.
15. ศิริพรรณ บุตรศรี. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน [วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.
16. สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุอำเภวารินชำราบจังหวัด อุบลราชธานี. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2560;9:57-69.
17. เต็นนภา ทองอินทร์ และคณะ. การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว องค์การบริหารส่วนตำบลหันนางาม อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2563