



รายงานวิจัยเพื่อท้องถิ่น
ฉบับสมบูรณ์

รูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ของผู้สูงอายุ บ้านโพนทอง อำเภอเขียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

โดย นางบรรจง จาตบุญนาค และคณะ

สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย

รายงานวิจัยเพื่อท้องถิ่นฉบับสมบูรณ์

รูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ของผู้สูงอายุ บ้านโพหนอง อำเภอเขียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

โดย นางบรรจง จาตบุญนาท และคณะ

สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

(Executive Summary)

รูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ บ้านโพน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

การวิจัยรูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ บ้านโพน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. ศึกษาทำความเข้าใจวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในบริบทของคนอีสาน 2. การรับรู้ต่อคำว่าผู้สูงอายุ คุณค่าในตัวเองและบทบาทที่เปลี่ยนไป 3. ประเมินสถานการณ์ สภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุของบ้านโพน 4. เพื่อวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในบริบทของชุมชนชนบท 5. เพื่อค้นหาภูมิปัญญาดั้งเดิมในการจัดการดูแลผู้สูงอายุของบ้านโพนทอง 6. เพื่อวิเคราะห์ศักยภาพและบทบาทของภาคีเครือข่ายในการจัดการดูแลผู้สูงอายุของ ตัวผู้สูงอายุเอง ผู้ดูแล ชุมชน ผู้นำชุมชน และ ภาคีเครือข่าย 7. เพื่อพัฒนาแนวทางการจัดการอย่างมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการจัดการดูแลสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสำรวจชุมชน ศึกษาข้อมูล การสังเกต สัมภาษณ์ เจาะลึก และสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์เนื้อหา สะท้อนแนวคิด และการสอบทานข้อมูล ผลการวิจัยพบผู้สูงอายุมีวิถีชีวิต ที่เปลี่ยนแปลง จากอดีต เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย ผู้สูงอายุ ด้านสังคม เศรษฐกิจ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุ รู้ดีกว่าตนเอง มีคุณค่า ลดลง เนื่อง จาก ศักยภาพ ด้านร่างกาย ไม่สามารถทำงานได้ และ การประกอบอาชีพ เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้สูงอายุ ไม่สามารถทำงานได้ เช่นในอดีต บทบาทที่ เคยเป็นผู้นำครอบครัว กลับกลายเป็นผู้อาศัยในครอบครัว รายได้ทั้งหมดมาจากบุตร ที่ไปทำงาน นอกหมู่บ้าน บทบาทด้านสังคม ยังพอมืออยู่ เช่น เป็นผู้นำชุมชน ผู้นำกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้นำกิจกรรมด้านศาสนา ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ เห็นว่า ความสุข ที่มีจากการได้อยู่กับบุตรหลาน บุตรหลาน ให้ความเอาใจใส่ดูแล ได้มีอาชีพ มีรายได้ พอเพียง และส่วนหนึ่งที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เห็นว่า ต้องการถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่น ให้คนรุ่นหลัง ๆ ได้รับชมคุณค่าภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1.ภาคีด้านชุมชน /ท้องถิ่น(กำนัน /ผู้ใหญ่บ้าน/อาสาสมัครสาธารณสุข/องค์การบริหารส่วนตำบล/ชมรมผู้สูงอายุ 2. เครือข่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาลเชียงยืน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนทองอาสาสมัครสาธารณสุข 3. เครือข่ายบริการด้านสังคม พัฒนาสังคมและมนุษย์ ศูนย์สงเคราะห์ เช่น สงเคราะห์ในหมู่บ้านรูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย รูปแบบการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้แก่ 1.การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ และด้านสังคม 2.การพัฒนาอาชีพ หรือรายได้ 3.การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และ การมีส่วนร่วม ของผู้สูงอายุ 4.การจัดอาคารสถานที่ โดยเฉพาะ ที่สาธารณะ ให้เป็นสถานที่ที่เป็นมิตร สำหรับผู้สูงอายุ 5.การส่งเสริม ประชาชนชาวบ้าน ให้ถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่น ต่อคนรุ่นหลัง

บทคัดย่อ

รูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุ บ้านโพน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

โครงการวิจัยรูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุบ้านโพน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคามมีวัตถุประสงค์ในการวิจัย 1. ศึกษาทำความเข้าใจวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในบริบทของคนอีสาน การรับรู้ต่อคำว่าผู้สูงอายุ คุณค่าในตัวเองและบทบาทที่เปลี่ยนไป 2. ประเมินสถานการณ์ สภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุของบ้านโพน 3. เพื่อวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในบริบทของชุมชนชนบท 4. เพื่อค้นหาภูมิปัญญาดั้งเดิมในการจัดการดูแลผู้สูงอายุของบ้านโพนทอง 5. เพื่อวิเคราะห์ศักยภาพและบทบาทของภาคีเครือข่ายในการจัดการดูแลผู้สูงอายุของ ตัวผู้สูงอายุเอง ผู้ดูแล ชุมชน ผู้นำชุมชน และ ภาคีเครือข่าย 6. เพื่อพัฒนาแนวทางการจัดการอย่างมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการจัดการดูแลสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่แบบสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) และสัมภาษณ์แบบกลุ่ม (group interview) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาพบว่า สถานการณ์ปัญหาของผู้สูงอายุในปัจจุบันคือผู้สูงอายุในชุมชนมีการศึกษาน้อย ส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือ หรือจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา เนื่องจากยังไม่ค่อยเห็นความสำคัญของการศึกษา ผู้สูงอายุสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรงมีโรคประจำตัว ผู้สูงอายุประสบปัญหาหนี้สินทั้งที่เป็นของตนเองและลูกหลานสร้างหนี้ไว้ สาเหตุของการกู้หนี้ยืมสินก็มาจากการลงทุนประกอบอาชีพ ของบุตร ค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหาร กู้ยืมมาเพื่อใช้ในการทำนา ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งจากบุตรหลาน โดยลูกหลานส่วนใหญ่จะไปทำงานต่างจังหวัด หรือกรุงเทพฯ นานๆ ครั้งจะกลับมาเยี่ยมบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหงา สิ่งที่มีผลกระทบต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุประกอบด้วยปัจจัยด้านร่างกายระบบต่างๆ ภายในร่างกายก็จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลง กว๊วยะต่างๆ เริ่มเสื่อมถอยและทำงานไม่เป็นปกติ ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสรับโรคร้ายไข้เจ็บได้ง่าย ปัจจัยด้านจิตใจ เมื่อร่างกายเปลี่ยนแปลงไปทำให้ผู้สูงอายุมีสภาพจิตใจที่สับสน เกิดจากการขาดความรักการดูแลอย่างใกล้ชิดจากลูกหลาน ไม่มีเพื่อนพูดคุย ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการเศร้าซึม มีเรื่องครุ่นคิดและวิตกกังวลตลอดเวลา ผู้สูงอายุมองตนเองว่าไม่มีความสำคัญไร้ความสามารถ ปัจจัยด้านสังคมความทันสมัยต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดการทิ้งไร่นาเปลี่ยนอาชีพ และออกไปทำงานนอกหมู่บ้าน เมื่อโครงสร้างของครอบครัวเริ่มเปลี่ยนแปลงไปลูกหลานมักนิยมไปทำงานต่างจังหวัดหรือในตัวเมืองที่เจริญกว่า โดยทิ้งให้ผู้สูงอายุต้องอยู่บ้านเพียงลำพัง ทำให้ไม่มีเพื่อนคุย เกิดความน้อยใจในตนเองขึ้น ปัจจัยด้านเศรษฐกิจผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีฐานะยากจนและเกือบทุกคนก็ประสบกับภาระหนี้สินไม่ว่าจะเป็นของตนเองหรือลูกหลาน ผู้สูงอายุไม่สามารถจะประกอบอาชีพได้เนื่องจากตลาดแรงงานต้องการคนวัยหนุ่มสาวแข็งแรง จากการร่วมกันค้นหาการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน จึงเกิดเป็นกิจกรรมขึ้นดังนี้ การอบรมให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ

อนามัยของตนเองในเบื้องต้นโดยการเชิญวิทยากร ที่เป็นเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลที่มีความรู้โดยตรงมาให้ข้อมูล จากการทำงานวิจัยร่วมกันทำให้คนในชุมชนเห็นความสำคัญ และหันมาดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น โดยมีการกำหนด บทบาท แต่ละหน่วยงาน ในการ ดำเนินกิจกรรม แต่ละด้าน แก่ผู้สูงอายุ จากที่ผ่านมาผู้สูงอายุในชุมชนจะต่างคนต่างอยู่ ไม่มีการรวมกลุ่มกันทำกิจกรรม เมื่อมีงานวิจัยร่วม ความเข้มแข็งของชมรมผู้สูงอายุก็เกิดขึ้น ชมรมผู้สูงอายุที่มีโครงสร้างการทำงานร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรม ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมและให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น สร้างจิตสำนึกให้ลูกหลานเคารพนับถือ เชื่อฟังคำสั่งสอนและมองว่าผู้สูงอายุเป็นแบบอย่างที่ดี เป็นผู้ที่มีคุณค่าในสังคมต่อไป

ศัพท์สำคัญ : คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วม

สารบัญ

	หน้า
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ก
บทคัดย่อ	ข
สารบัญ	ค
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามการวิจัย	6
1.3 วัตถุประสงค์โครงการ	6
1.4 พื้นที่ศึกษา	6
1.5 วิธีการดำเนินงาน	6
1.6 ผลที่คาดว่าจะได้รับ	8
บทที่ 2 ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง	
2.1 แนวคิดการวิจัยแบบมีส่วนร่วม	9
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และผลกระทบด้านสุขภาพ	10
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและความต้องการของมนุษย์	12
2.4 แนวคิดทฤษฎีการจัดการ	16
2.5 แนวคิดการมีส่วนร่วม	18
2.6 แนวคิดเกี่ยวกับภาคีเครือข่ายและพหุภาคี	20
2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย	21
บทที่ 3 รายงานผลการดำเนินงาน	22
บทที่ 4 ผลการศึกษา	38
1. บริบทบ้านโพหนอง	38
2. สถานการณ์ปัญหาผู้สูงอายุความต้องการของผู้สูงอายุ	46
3. นิยาม ความหมายผู้สูงอายุในมุมมองของสังคมบ้านโพหนอง	52
4. สุขภาพ-ความสุขของผู้สูงอายุ	56
5. วิเคราะห์ศักยภาพ บทบาทภาคีในการดูแลผู้สูงอายุ	58
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผลการวิจัย	
บทเรียนที่ได้จากการทำวิจัยภาพกิจกรรมการดำเนินงาน	
ปัญหาอุปสรรคในการทำงาน	
บรรณานุกรม	
ภาคผนวก	

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรวัยสูงอายุในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาเป็นไปตามการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลก โดยประเทศไทยประชากรสูงอายุยังคงเพิ่มขนาดและสัดส่วนขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยประชากรไทยมีอัตราเพิ่มขึ้นประมาณ ร้อยละ 0.5 ต่อปี ขณะที่จำนวนผู้สูงอายุมีอัตราเพิ่มขึ้นร้อยละ 3 ต่อปี (สถาบันวิจัยประชากรศาสตร์, 2550) ผลจากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ.2543 ถึง พ.ศ.2573 แสดงว่าอีกประมาณ 15 ปีข้างหน้า หรือในปี พ.ศ.2568 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 14.9 ล้านคนหรือคิดเป็น 2 เท่าของประชากรสูงอายุในปี พ.ศ.2552 และในปี พ.ศ.2573 จะเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 17.8 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 25 (ประมาณ 1 ใน 4) ของประชากรไทยทั้งประเทศ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.), 2552) ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวนี้ทำให้ปี พ.ศ.2552 เป็นปีที่ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงวัย (Aging Society) อย่างสมบูรณ์ ซึ่งหมายถึงประเทศไทยมีผู้สูงอายุ (ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด (Shryock, 2004) จังหวัดมหาสารคามพบว่าจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นสอดคล้องกับภาพรวมของประเทศ ข้อมูลผลการสำรวจข้อมูลสถิติด้านประชากรในปี พ.ศ.2551 มีจำนวนประชากรสูงอายุคิดเป็นร้อยละ 10.2 ของประชากรทั้งหมด และนับได้ว่าจังหวัดมหาสารคามได้เข้าสู่ “ภาวะสังคมผู้สูงอายุ” (Aging Society) แล้วในปัจจุบัน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 2551)

ผลของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุนี้นับเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจมากทั้งในระดับชาติเพราะส่งผลกระทบอย่างกว้างขวาง ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุไทย คือ ปัญหาทางเศรษฐกิจ ได้แก่ ความยากจน รายได้น้อย ไม่มีรายได้ ต้องเผชิญกับภาวะยากไร้ รองลงมาคือ ปัญหาด้านสุขภาพอนามัย มีโรคประจำตัวซึ่งเกิดจากโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะหลอดเลือดสมองในเลือดสูง กลุ่มอาการสมองเสื่อม โรคข้อเสื่อม ภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้ ภาวะซึมเศร้า และการหกล้ม เป็นต้น พบว่าบริการที่ผู้สูงอายุต้องการมากที่สุด คือ ความต้องการบริการด้านสุขภาพ การรักษา เป็นลำดับแรก รองลงมาคือ ความต้องการช่วยเหลือด้านการเงิน เงินสงเคราะห์ และความต้องการมีกลุ่ม ชุมชมผู้สูงอายุ รวมทั้งความต้องการดูแล ผู้ดูแล และด้านงานอาชีพ (ระพีพรรณ คำหอม และคณะ, 2547) จากรายงานของสำนักข่าวประชาสัมพันธ์ (2550) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 58.3) ยังอาศัยอยู่กับลูกหลานในครอบครัวขยาย ร้อยละ 3.1 อยู่ในครอบครัวเดี่ยว และที่เหลือร้อยละ 31.0 ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง ซึ่งในจำนวนนี้ส่วนใหญ่ร้อยละ 56.7 ไม่มีปัญหาต่อการอยู่ตามลำพังคนเดียว แต่ร้อยละ 21.8 มีความรู้สึกเหงา จากข้อมูลดังกล่าวแสดงว่าปัจจุบันการอยู่ตามลำพังคนเดียวของประชากรไทยมีจำนวนไม่น้อย และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากเหตุผลหลายประการ อาทิ ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จำนวนผู้เป็นโสดหรือเป็นหม้ายเพิ่มขึ้น ลูกแยกออกไปเป็น

ครอบครัวเด็วเพิ่มขึ้น การย้ายถิ่นฐานของลูกเพื่อการประกอบอาชีพเพิ่มขึ้น เป็นต้น ประเด็นการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุนี้ องค์การสหประชาชาติได้มีนโยบายให้ผู้สูงอายุพึ่งพาตนเอง

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรที่ไปสู่สังคมผู้สูงอายุ รัฐบาลไทยจึงได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์หลัก “การเตรียมความพร้อมสังคมไทยสู่สังคมผู้สูงอายุ” โดยเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์หลักของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (คณะกรรมการพัฒนาแผนงานด้านเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2551) และกำหนดแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ระยะยาว พ.ศ.2545-2564 นโยบายและมาตรการดังกล่าวถูกจัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์หลัก ดังนี้) 1. ส่งเสริมและให้บริการการเรียนรู้ที่จะทำให้ผู้สูงอายุรู้จักการปรับตัวการป้องกันโรคและการรักษาสุขภาพ 2) จัดให้มีบริการพื้นฐานและสวัสดิการทางสังคมและการสงเคราะห์ให้แก่ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและไม่มีผู้อุปการะ 3) สนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ทำงานตามความสามารถและความถนัด 4) ส่งเสริมความสัมพันธ์อันดีระหว่างสมาชิกในครอบครัวและผู้สูงอายุ 5) สนับสนุนให้สถาบันศาสนามีบทบาทในการเป็นที่พึ่งพาทางใจแก่ผู้สูงอายุ 6) ส่งเสริมสนับสนุนให้ชุมชนและภาคเอกชนเข้าร่วมจัดบริการและสวัสดิการสังคมให้แก่ผู้สูงอายุ 7) สนับสนุนให้มีการผลิตและพัฒนาบุคลากรสำหรับดูแลรักษาและให้บริการแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งแผนดังกล่าวมีการกำหนดยุทธศาสตร์และมาตรการเกี่ยวกับการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุไว้อย่างชัดเจน โดยมุ่งหวังให้ประชากรผู้สูงอายุที่มีสถานภาพที่ดี มีสุขภาวะทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ส่งเสริมให้เกิดสถาบันครอบครัวอบอุ่นมีสังคมที่เกื้อหนุนซึ่งกันและกัน มีหลักประกันที่มั่นคงปลอดภัยและสามารถพึ่งพาตนเองได้

แม้ว่าในสังคมไทยมีแนวทางและค่านิยมสนับสนุนให้มีการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยสถาบันครอบครัวเป็นหลักในการดูแล แต่จากการสังเคราะห์ระบบบริการสุขภาพของ วรณภา ศรีธัญญรัตน์ พบว่ามีการจัดกลุ่มผู้สูงอายุ เด็ก สตรี ผู้พิการและผู้ยากไร้ไว้ด้วยกัน ทำให้ผู้สูงอายุ ถูกมองว่าไร้ความสามารถ ด้อยโอกาส และไม่สามารถพึ่งตนเองได้ พึ่งให้ความช่วยเหลือและเป็นหน้าที่ของรัฐในการจัดสวัสดิการ และให้การสงเคราะห์ การจัดบริการสุขภาพจึงเป็นการให้บริการและสวัสดิการต่าง ๆ เน้นบริการซ่อมสุขภาพเป็นหลัก ผู้สูงอายุจึงอยู่ในฐานะผู้คอยรับการสงเคราะห์ ถูกละเลยศักยภาพที่มีอยู่และขาดการเตรียมพร้อมและการสร้างสุขภาพตั้งแต่วัยต้น

มุมมองเกี่ยวกับ สุขภาพ แบบเดิมจะมองเฉพาะมิติร่างกาย แต่ถ้าเราขยายมุมมองเกี่ยวกับสุขภาพแบบใหม่ ที่มุมมองกว้าง และเป็นองค์รวมมากขึ้น และ “สุขภาพคือสุขภาวะ” ซึ่งครอบคลุมมิติต่าง ๆ ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การดูแลสุขภาพไม่ใช่หน้าที่ของบุคลากรด้านสุขภาพเท่านั้น แต่เป็นของประชาชนทุกคน รวมถึงผู้สูงอายุเอง และกลายเป็นวิถีชีวิตด้วย ทุกคนจึงมีหน้าที่และความรับผิดชอบดูแลและสร้างสุขภาพตนเองเป็นหลัก ดังนั้นการพัฒนาสุขภาพ ในมุมมองใหม่ “ผู้สูงอายุ” ถูกมองว่าเป็น วัฒนพลังเป็นผู้ที่ศักยภาพและสามารถยังประโยชน์ให้สังคม จึงทำให้สูงอายุแบบมีคุณค่า และศักดิ์ศรี อย่างไรก็ตามเป็นที่ยอมรับว่าในวงจรชีวิตของความสูงอายุ จะมีช่วงเวลาที่ผู้สูงอายุจำเป็นต้องพึ่งพาการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัว และสังคม ดังนั้น คนทุกคนแม้แต่ผู้สูงอายุเองต้องมีความรับผิดชอบดูแลสุขภาพตนเองเป็น

หลัก เพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิต โดยมีครอบครัว ชุมชนช่วยเหลือหนุน ร่วมกับการสนับสนุนจากภาครัฐและองค์กรส่วนท้องถิ่น

อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม อำเภอเชียงยืน เป็นอีกหนึ่งอำเภอที่มีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น โดยผลการสำรวจข้อมูลสถิติด้านประชากรกลางปี มีจำนวนทั้งหมด 62,523 คน และในจำนวนประชากรทั้งหมดพบว่าประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากข้อมูลประชากรผู้สูงอายุ พ.ศ. 2552 ถึง พ.ศ. 2554 มีจำนวนประชากรสูงอายุทั้งสิ้น 5,659 จำนวน 7,663 และ 8,057 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 9.05, 12.3 และ 12.8 ของประชากรทั้งหมดตามลำดับ (ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ อำเภอเชียงยืน, 2554) นอกจากนี้จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นแล้ว กลุ่มผู้สูงอายุยังถูกคุกคามด้วยโรคเรื้อรัง พบว่าประชากรเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นจำนวนมาก จากการสำรวจในปี 2554 พบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังสูงถึง 7,142 ราย โดยจำแนกเป็นโรคเบาหวาน 3,669 ราย ความดันโลหิตสูง 2,884 ราย โรคหืด 589 ราย (โรงพยาบาลเชียงยืน, 2554) จากจำนวนผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น สะท้อนให้เห็นปัญหาสุขภาพที่ประสบอยู่ไม่ว่าจะเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงมักก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพแก่ผู้สูงอายุตามมา เช่น เส้นเลือดในสมองอุดตันหรือแตก และมีอาการอัมพฤกษ์อัมพาตหรือการบาดเจ็บทำให้มีความพิการตามมา นอกจากนั้นแม้ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคแต่เมื่ออายุมากขึ้นก็มีการถดถอยของการทำงานด้านร่างกายและสมอง นำมาซึ่งภาวะพึ่งพิงในการใช้ชีวิตประจำวัน จำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทางกายมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ในปี 2552 มีผู้สูงอายุประมาณ 140,000 คนที่มีภาวะพึ่งพิงระดับรุนแรงซึ่งต้องการการดูแล และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 240,000 คน ในอีก 10 ปี ข้างหน้า (สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2554)

จากการได้ร่วมประเมินสภาพปัญหาของชุมชนตำบลโพธิ์ทอง อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ร่วมกับผู้สูงอายุ อสม. และผู้นำชุมชน ผลการศึกษาพบว่า **บริบทของชุมชนบ้านโพธิ์ดั่งเดิม** บ้านโพธิ์ ประกอบด้วยทั้งหมด 6 หมู่บ้าน มีที่ตั้งอยู่ระหว่างเส้นทางขอนแก่น-กาฬสินธุ์ อยู่ห่างจากอำเภอเชียงยืน ประมาณ 10 กิโลเมตร บริเวณหมู่บ้านล้อมรอบด้วยหนองน้ำ มีความอุดมสมบูรณ์ ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำนาเป็นหลัก อาชีพเสริมรับจ้างทั่วไป ความเป็นอยู่เป็นครอบครัวขยาย มีพ่อแม่ ตา ยาย อยู่กับลูกหลาน แต่ลูกหลานออกไปทำงานนอกบ้านทั้งในพื้นที่และต่างจังหวัด มีเพียงผู้สูงอายุและเด็กอยู่ในหมู่บ้านเป็นส่วนใหญ่ มีจำนวนครัวเรือน 653 ครัวเรือน ประชากรทั้งหมด 3,014 คน เป็นสังคมกึ่งชนบท และความเป็นอยู่แบบเครือญาติ มีความเอื้อเฟื้อ เกื้อกูลซึ่งกันและกันมีการรวมกลุ่มกันทำกิจกรรมต่างๆที่หลากหลาย เช่น วันสงกรานต์ วันเข้าพรรษา ผู้สูงอายุพาลูกหลานไปทำบุญ ฟังธรรมตามประเพณี ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม คือทำนาทำสวนทำไร่ ปลูกหม่อน และเลี้ยงสัตว์ ผู้หญิงมีฝีมือทอผ้า เลี้ยงไหม ฐานะทางเศรษฐกิจของคนในชุมชน ส่วนใหญ่มีฐานะปานกลางค้ำจุนชีวิตแบบประหยัดอดออม และช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ไม่มีหนี้สินเป็นสังคมเข้มแข็ง อักขงกัน"ด้านสุขภาพสมัยก่อนถ้าชาวบ้านมีการเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น ไข้หวัด จะใช้ระบบการแพทย์ภาคประชาชน ส่วนใหญ่รักษาด้วยการแพทย์พื้นบ้าน ได้แก่ การใช้สมุนไพร หมอเป่า หมอทำขวัญ ถ้าไม่หาย ก็จะไปรักษาที่สถานีนอนามัย และรักษาที่โรงพยาบาลเชียงยืน โรคภัยไข้เจ็บก็มีไม่มาก แต่การเจ็บป่วยส่วนใหญ่รักษาด้วยสมุนไพร หมอเป่าที่มีใน

หมู่บ้านก๊วยหลิง ชุมชนบ้านโพนในอดีตรมีลักษณะเด่นด้านการรวมกลุ่มด้านวัฒนธรรมไทย เช่น เล่นกรับ ร้องหมอลำ ร้องเพลงและที่สำคัญชาวบ้านตำบลโพนทอง มีพระครู เข้ม เป็นศูนย์รวมจิตใจและเป็นที่ยึดเหนี่ยวของคนในชุมชน ส่งผลให้คนในชุมชนรักใคร่สามัคคีกัน ด้วยสภาพสังคมและเศรษฐกิจเปลี่ยนแปลงไป วิถีชีวิตบางส่วนก็เปลี่ยนแปลงไป แม้ว่าความเป็นพี่น้อง รักใคร่ยังคงมีอยู่ แต่ภาพที่มีแต่อดีตเริ่มหายไป การไปวัดทำบุญตามประเพณีต่าง ๆ มีบ้าง ส่วนมากเป็นผู้สูงอายุการร่วมกิจกรรม ตามประเพณี เช่น การคักน้ำไปรดน้ำคำหัวผู้สูงอายุเริ่มเลือนหายไป การรวมกลุ่มทำกิจกรรมตามประเพณีลดน้อยลง เนื่องจากต้องรีบทำและรีบไปทำงานอย่างอื่น อาชีพเกษตรกรรม ทำนาเป็นส่วนใหญ่ การเกษตรกรรมอย่างอื่น เริ่มลดลง ทำให้การเลี้ยงไหม และทอผ้าเริ่มหายไปจากชุมชนด้วยเช่นกัน ด้านเศรษฐกิจ เริ่มมีหนี้สิน จากการกู้ยืมเพื่อการทำนาและค้าขาย ประกอบกับ การซื้อปัจจัยอื่น ๆ นอกเหนือจากความจำเป็นในการดำเนินชีวิต เช่น ซื้อโทรศัพท์ ซื้อรถจักรยานยนต์ โครงสร้างระบบสุขภาพของชุมชนปัจจุบันมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง) จำนวน 185 คน คิดเป็นร้อยละ 6.1 ในจำนวนนี้มีผู้ที่พิการที่ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้แต่ต้องการช่วยเหลือบางกิจกรรมจำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 0.89 เป็นผู้พิการที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลยจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 0.49 มีผู้สูงอายุ มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 314 คน คิดเป็นร้อยละ 10.4 นอกจากโรคเรื้อรังแล้ว ผู้สูงอายุยังมีภาวะเจ็บป่วยอื่น ๆ ที่รบกวนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยเฉพาะปวดตามข้อกล้ามเนื้อ และมีภาวะทุพพลภาพจากภาวะแทรกซ้อนของโรคและการเปลี่ยนแปลงจากระบบการชรา ได้แก่ พิกุล หูตึง ตามัว ด้านจิตใจ มีภาวะเครียดเป็นห่วงลูกที่ไปทำงานนอกบ้าน และเครียดจากภาระหนี้สินของลูกระบบดูแลสุขภาพของชุมชน มีมากขึ้น ตั้งแต่การดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยถ้าในระดับครอบครัวจะมีแกนนำสุขภาพของชุมชน มีมากขึ้น ตั้งแต่การดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยถ้าในระดับครอบครัวจะมีแกนนำสุขภาพของชุมชน และสถานีนามัยบ้านโพนเป็นหลัก สถานีนามัยรับผิดชอบ ดูแล 4 มิติ ด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ ถ้ามีอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรือซับซ้อนจะได้รับการส่งต่อที่โรงพยาบาลเชียงยืน จากข้อมูลที่สะท้อนจากอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน พบว่ามีผู้สูงอายุในชุมชนจำนวนหนึ่งที่ทุพพลภาพ อยู่ในภาวะพึ่งพิง แม้บางรายจะมีผู้ดูแล แต่ผู้ดูแล เกิดภาระและความเหน็ดเหนื่อยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ส่วนการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและไม่มีผู้ดูแล จึงเป็นบทบาทของอสม.ในการดูแลโดยการเยี่ยมและให้คำแนะนำ แต่ยังคงดูแลไม่ถึงถึงและขาดความสม่ำเสมอ นอกจากนั้น อสม.ยังต้องการความรู้เพิ่มในการดูแลที่ชุมชน นอกจากหน่วยงานสาธารณสุขแล้วยังมีองค์กรส่วนท้องถิ่นที่มีส่วนร่วมในการดูแลด้านสวัสดิภาพของผู้สูงอายุ โดยองค์การบริหารส่วนตำบลโพนทอง มีบทบาทดูแลการช่วยเหลือเบี้ยยังชีพผู้สูงอายुरายละ 500 บาท ปี แต่ยังมีบางคนที่ยังไม่ได้รับเนื่องจากไม่ได้ขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ และช่วยเหลืออุปกรณ์ในการดำเนินชีวิต เช่น รถเข็น ไม้พยุงเดิน ซึ่งยังไม่สามารถสนับสนุนได้ครอบคลุมนอกจากนั้นองค์การบริหารส่วนตำบลโพนทอง ยังมีบทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพโดยดำเนินการในรูปแบบส่งเสริมให้จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นในเดือน กรกฎาคม 2554 วัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุในหมู่บ้านทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การดูแลสุขภาพส่งเสริมสุขภาพ การทำกิจกรรมด้านศาสนา และประเพณีต่าง ๆ แต่ยังไม่มีการกำหนดรูปแบบการดำเนินงาน เนื่องจากเพิ่งเริ่มก่อตั้ง

ข้อค้นพบจากการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ตำบลโพหนองมีการนำทุนทางสังคมทั้งหมดที่มีอยู่ในพื้นที่มาใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพและสร้างระบบการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุของชุมชน โดยมีเป้าหมายสูงสุด คือ การสร้างและพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้สูงอายุในพื้นที่ ตัวอย่างทุนทางสังคมที่ปรากฏในพื้นที่ มีหน่วยงานทั้งภาครัฐและองค์กรส่วนท้องถิ่น เข้ามามีส่วนมีดังนี้ ซึ่งได้แก่ การมีกลุ่มอสม.ที่เข้มแข็งเป็นฐานและเป็นขุมกำลังในการทำงานด้านสุขภาพ การใช้วัด เป็นที่รวมศูนย์รวมจิตใจและกลไกในการพัฒนาชุมชน เทศบาลตำบลโพหนอง การรวมกลุ่มผู้สูงอายุในชมรม เป็นเพียงการเริ่มต้น ยังไม่เป็นรูปธรรม การทำงานยังต่างคนต่างทำตามแผนงานแต่ละหน่วยงาน แม้ว่าจะมีอสม.ที่ดูแลอย่างใกล้ชิด แต่อสม.เองได้ประเมินตนเองว่า ยังขาดความรู้ และทั้งทักษะในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าว นอกจากนั้น อบต.ยอมรับว่าการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิง ยังไม่ครอบคลุม สวัสดิการเบี้ยยังชีพ การสนับสนุนอุปกรณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันยังไม่เพียงพอ ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้ “ ปัญหาส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุ คือ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปวดตามข้อกล้ามเนื้อ และมีภาวะทุพพลภาพจากโรคและการเปลี่ยนแปลงจากระบบการชรา ได้แก่ พิกุล หูตึง ตามัว ส่งผลกระทบการทำกิจกรรมส่งเสริมจิตวิญญาณ เช่น ไม่สามารถไปฟังธรรมที่วัด ร่วมกิจกรรมเช่นคนอื่น ๆ ได้ ด้านจิตใจ มีภาวะเครียดเป็นห่วงลูกที่ไปทำงานนอกบ้าน และเครียดจากภาระหนี้สินของลูก” จากข้อมูลเบื้องต้น พบว่าผู้สูงอายุ บ้านโพหนองประสบปัญหาทั้ง ปัญหาสุขภาพ กาย ใจ วิญญาณ ของผู้สูงอายุ รวมถึงการไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่ดี การไม่สามารถเข้าถึงการดูแลด้านสวัสดิการผู้สูงอายุ ที่สำคัญขาดการสนับสนุนที่ดีจากบุคคลในครอบครัว การรวมกลุ่มทำกิจกรรมด้านสุขภาพยังมีส่วนน้อย ส่วนการดำเนินงานขององค์กรภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ยังมีความซ้ำซ้อนในด้านบทบาทหน้าที่ และขาดความรู้และทักษะ” นอกจากนี้ พิจารณาจากหลักการเป้าหมายและมาตรการที่กำหนดไว้ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552 ซึ่งเป็นกรอบแนวทางการกำหนดนโยบายยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ พบว่าภาพอนาคตของระบบสุขภาพพึงประสงค์ภายในปี 2563 ที่ระบุไว้ให้ความสำคัญอย่างมากต่อการสร้างความเข้มแข็งและสามารถพึ่งพาตนเองได้ในด้านสุขภาพของชุมชนร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับพื้นที่และสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ระดับชาติในการส่งเสริมศักยภาพของผู้สูงอายุเพื่อดูแลตนเองมุงให้เห็นความสำคัญของการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบทำให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ดังนั้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนของสังคมในการ“สานพลัง” เพื่อสร้าง “สุขภาพะ” เป็นมีส่วนสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

ดังนั้น จากสถานการณ์ปัญหาและเงื่อนไขที่ได้กล่าวข้างต้น คณะผู้วิจัยจึงจะใช้กรอบแนวคิดเรื่องการจัดการแบบมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่ายในการจัดการดูแลสุขภาพะของผู้สูงอายุ โดยใช้กระบวนการ การมีส่วนร่วมและการสร้างเสริมพลังอำนาจ ซึ่งคณะผู้วิจัยหวังว่าจะเกิดรูปแบบการจัดการร่วมระหว่างภาคีเครือข่ายรวมทั้งการเชื่อมประสานให้เกิดความร่วมมือและความสามัคคีในท้องถิ่น เพื่อส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุและพัฒนามาบทบาทและศักยภาพการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ผู้สูงอายุในส่งเสริมคุณค่าและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและนำไปสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” (Population ageing) ที่สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีคุณภาพในอนาคต

2. คำถามวิจัย

รูปแบบการจัดการแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนควรเป็นอย่างไร

3. วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาทำความเข้าใจวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในบริบทของคนอีสาน การรับรู้ต่อคำว่าผู้สูงอายุ คุณค่าในตัวเองและบทบาทที่เปลี่ยนไป
2. ประเมินสถานการณ์ สภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุของบ้านโพหนอง
3. เพื่อวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในบริบทของชุมชนชนบท
4. เพื่อค้นหาภูมิปัญญาดั้งเดิมในการจัดการดูแลผู้สูงอายุของบ้านโพหนอง
5. เพื่อวิเคราะห์ศักยภาพและบทบาทของภาคีเครือข่ายในการจัดการดูแลผู้สูงอายุของ ตัวผู้สูงอายุเอง ผู้ดูแล ชุมชน ผู้นำชุมชน และ ภาคีเครือข่าย
6. เพื่อพัฒนาแนวทางการจัดการอย่างมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการจัดการดูแลสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชน

4. พื้นที่ปฏิบัติการ

พื้นที่ บ้านโพหนอง จำนวน 6 หมู่บ้าน

5. กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายหลักผู้สูงอายุ บ้านโพหนอง 6 หมู่บ้าน จำนวน 314 คน ผู้พิการจำนวน 27 คน อสม. จำนวน 40 คน กรรมการหมู่บ้าน จำนวน 15 คน องค์การบริหารเทศบาลตำบลโพหนอง จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพหนอง จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลเชียงยืน จำนวน 5 คน ทีมวิจัยที่เป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการ จำนวน 2 คน

6. วิธีการวิจัย (กิจกรรม)

ระยะที่ 1 แบ่งออกเป็น 10 กิจกรรม

1. เวทีเตรียมความพร้อมในพื้นที่ เพื่อปรับฐานคิดของทีมงานวิจัยในพื้นที่เกี่ยวกับการวิจัยให้ เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน บทบาทหน้าที่ของทีมงานวิจัย การเตรียมความพร้อม ในการเข้าทำงานในพื้นที่เป้าหมาย

2. เวทีสร้างความเข้าใจให้กับชาวบ้าน บ้านโพธิ์หมี่ที่ 3 เพื่อสร้างความเข้าใจให้กับชาวบ้านในชุมชน ถึงวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน เพื่อค้นหาสมาชิก ในหมู่บ้าน ที่สนใจเข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้
3. ประชุมชาวบ้าน เพื่อให้ข้อมูล สถานการณ์ สภาพปัญหาของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว
4. ประชุมทีมวิจัยสร้างเครื่องมือ แดกกรอบเพื่อเก็บข้อมูล
5. เก็บข้อมูล โดยจัดทีมวิจัย ออกเป็นกลุ่ม ๆ ละ 3 คน ได้แก่ นักวิจัยกลุ่มผู้สูงอายุ 1 คน นักวิจัยกลุ่มวัยผู้ใหญ่ 1 คน นักวิชยนักเรียน 1 คน
 - 5.1. วิธีการเก็บข้อมูล เก็บข้อมูลโดยการเข้าสัมภาษณ์ โดยแบ่ง 1 กลุ่ม ต่อ 5 หลังคาเรือน โดยการสนทนที่บ้าน สัมภาษณ์กลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก ในประเด็นต่อไปนี้
 - 5.2. ศึกษาและสำรวจสถานการณ์ เกี่ยวกับ ผู้สูงอายุ การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยสัมภาษณ์บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องดังนี้ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัว ญาติเครือขาย
 - 5.2.1. ประเด็นในการสัมภาษณ์ เปรียบเทียบตั้งแต่อดีต ถึงปัจจุบัน ความหมาย ของผู้สูงอายุ ในความหมายของแต่ละบุคคล แต่ละมุมมอง คุณค่าของผู้สูงอายุ
 - 5.2.2. สัมภาษณ์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งมุมมอง ความคิด ความรู้สึก ต่อผู้สูงอายุ โดยสัมภาษณ์บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องดังนี้ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัว ญาติเครือขาย
 - 5.3. ศึกษาและสำรวจสถานการณ์ การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตั้งแต่อดีต ถึงปัจจุบัน โดยสัมภาษณ์ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัว ญาติเครือขาย
 - 5.4. สัมภาษณ์ ความต้องการ และแนวทาง ในการจัดการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ
 - 5.5. เวทีถอดบทเรียนรูปแบบการมีส่วนร่วมของญาติเครือขายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ของบ้านโพธิ์
 - 5.6. สร้างตัวชี้วัดสุขภาพผู้สูงอายุบนฐานคิดของชุมชน
 6. รวบรวมข้อมูล
 7. ประชุมทีมวิจัยเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและสังเคราะห์รูปแบบการมีส่วนร่วมของญาติเครือขายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ของบ้านโพธิ์
 8. นำเสนอข้อมูลระดับตำบล/หมู่บ้าน และกำหนดแนวทางปฏิบัติการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ของบ้านโพธิ์
 9. ศึกษาดูงาน
 10. สรุปผลการศึกษาดูงานและสรุปบทเรียนการดำเนินงานระยะที่ 1
- ระยะที่ 2 แบ่งออกเป็น 8 กิจกรรม
 1. ประชุมทีมวิจัยเพื่อวางแผนปฏิบัติการ
 2. ปฏิบัติการแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ของบ้านโพธิ์

3. เวทีติดตามความก้าวหน้า

ระยะที่ 3 การประเมินผลและสรุปผลการศึกษา

1. สรุปผลการปฏิบัติการ
2. เวทีนำเสนอผลระดับตำบล
3. ประชุมทีมวิจัยเพื่อสรุปบทเรียน
4. เข้าร่วมพัฒนาศักยภาพกับ Node และเครือข่ายงานวิจัยเพื่อท้องถิ่น
5. รายงานฉบับสมบูรณ์

7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ทราบถึงบริบทความเป็นอยู่ ความทุกข์ความสุข และการรับรู้เกี่ยวกับภาวะผู้สูงวัยและบทบาทที่เปลี่ยนไปของผู้สูงอายุชนบทอีสาน(บ้านโพธิ์)รวมถึงทราบถึงสถานการณ์สภาพปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุของบ้านโพธิ์ เพื่อนำไปวางแผนแก้ปัญหาต่อไป
2. ได้ทราบรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นการผสมผสานและมีความเป็นองค์รวม โดยใช้ฐานกระบวนการการสร้างเสริมพลังอำนาจ และการมีส่วนร่วม
3. ชาวบ้านและภาคีเครือข่ายเกิดกระบวนการเรียนรู้ปัญหาที่กำลังเกิดขึ้นของชุมชน และได้มีส่วนร่วมในการเสนอแนะทางการจัดการแก้ไขปัญหา
4. เกิดภาคีความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในการร่วมแก้ปัญหาของผู้สูงอายุ โดยชุมชนเอง
5. เป็นการฟื้นฟูสำนึกท้องถิ่น ในการวางแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องรูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ บ้านโพหนอง อำเภอเขียงยืน จังหวัดมหาสารคาม มีการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

- 2.1. แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยแบบมีส่วนร่วม
- 2.2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุและผลกระทบด้านสุขภาพ
- 2.3. แนวคิดการคุณภาพชีวิตและความต้องการของมนุษย์
- 2.4. แนวคิดทฤษฎีการจัดการ
- 2.5. แนวคิดการมีส่วนร่วม
- 2.6. แนวคิดเกี่ยวกับภาคีเครือข่ายและพหุภาคี

2.1. แนวคิดการวิจัยแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม(Participatory Action Research= PAR) เป็นแนวทางการวิจัย มีนักวิชาการและนักพัฒนา ได้พยายามสังเคราะห์ปัญหาและศักยภาพของนักวิจัย และพนักงานอีกส่วนหนึ่ง แล้วพยายามเชื่อมโยงสาระสำคัญของการพัฒนาและการวิจัยออกมาเป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วม หรือการวิจัยและพัฒนา(R&D=Research and Development)ในเบื้องต้น PAR จึงเป็นการวิจัยและพัฒนาในรูปแบบหนึ่ง ที่ทำกับชุมชน และมีการเชื่อมโยงส่วนที่เป็นวิจัย(Research) และส่วนที่เป็นการพัฒนา(หรือแก้ปัญหา) (Development)เข้าด้วยกัน สนธิธัญ ประพุทธนิตินสาร (2546) นอกจากนั้น อรอนงค์ คิเรก บุษราคม และอุทิศ จิตเงิน(2536)ได้กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม(Participatory Action Research= PAR)เป็นการวิจัยรูปแบบหนึ่งที่มีการปรับปรุงมาจากงานพัฒนาและงานวิจัยที่ผ่านมา โดยมีเป้าหมายในการทำงานวิจัยให้เกิดปฏิบัติการในชุมชนโดยชุมชนแก้ไขปัญหา และเมื่อสิ้นสุดการวิจัยชุมชนยังมี กระบวนการต่อเนื่องเพื่อแก้ไขปัญหาของตนเอง ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ได้ให้คนในชุมชน มีโอกาสสะท้อนสิ่งที่ได้เรียนรู้ การสะท้อนถึงสิ่งที่ปรารถนา หรือสิ่งที่ปัญหา จากนั้นนำไปสู่การหาวิธี ในการแก้ไขปัญหโดยคนในชุมชน ในขั้นตอนของการวิจัยอาศัยกระบวนการพบปะแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และวิธีของคนในชุมชน และคนนอกชุมชนที่เป็นเจ้าหน้าที่ ที่เป็นนักพัฒนาและนักวิชาการ ภายใต้การยอมรับ ข้อจำกัด และการมองผลประโยชน์ร่วมกัน การวิจัยในชุมชนโดยทั่วไปที่ผ่านมาคนในชุมชนหรือชาวบ้านจะมีบทบาทเพียงผู้ให้ข้อมูล ตามคำถามที่ผู้วิจัยมีความสนใจเท่านั้น และเมื่อการวิจัยสิ้นสุดผู้วิจัยเท่านั้น ที่ได้เรียนรู้จากการศึกษา แต่ในการการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ทุกคนที่เกี่ยวข้องมีฐานะเป็นผู้วิจัยหมด เริ่มตั้งแต่ คนในชุมชนที่เป็นชาวบ้าน คนนอกชุมชนที่เป็นเจ้าหน้าที่ โดยทุกคนมีส่วนร่วมตั้งแต่วันที่การวิจัยเริ่มต้น และเมื่อการวิจัยสิ้นสุดลงทุกคนที่เกี่ยวข้อง ได้มีการเรียนรู้ และได้ประโยชน์ร่วมกัน

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม(Participatory Action Research= PAR)เป็นการที่บุคคลทุกคนมีความรู้และความร่วมมือกันเพื่อกำหนดปัญหา และแนวทางในการแก้ไขปัญหาดังที่ สุรางค์ จันทวนิช(2537) ได้กล่าวว่า ทุกคนมีความรู้ดีเท่า ๆ กัน กับนักวิจัยหรือนักพัฒนาในการกำหนดปัญหา และการเลือกปฏิบัติการใด ๆ ก็ตาม นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิต ปัญหาของการวิจัยจึงเริ่มต้นจากชาวบ้าน ไม่ใช่จากสมมุติฐานของผู้วิจัย หรือนักพัฒนา แต่ฝ่ายเดียว จะเห็นว่าทั้งสามฝ่าย คือ ชาวบ้าน นักพัฒนา นักวิจัย ต่างมีบทบาทเท่าเทียมกัน ในการร่วมกำหนดปัญหาและเลือกแนวทางปฏิบัติการ การวิจัยเป็นการผสมผสานระหว่างความรู้เชิงทฤษฎีและระเบียบการวิจัยของนักวิจัย เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของนักพัฒนา และความต้องการกับความรอบรู้ของชาวบ้าน

กล่าวโดยสรุป การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research= PAR) เป็นกระบวนการที่ร่วมกันดำเนินการวิจัย โดยมีผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ทั้งที่เป็นชาวบ้าน นักพัฒนา และผู้วิจัยภายนอก เพื่อให้เห็นกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ของการทำงานที่เด่นชัดร่วมกัน มุ่งเน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดี และเหมาะสมกับวิถีของคนในชุมชน

2.2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุและผลกระทบด้านสุขภาพ

2.2.1. ความหมายของผู้สูงอายุ

คำที่ใช้เรียกบุคคลว่า คนชราหรือผู้สูงอายุนั้น โดยทั่วไปเป็นคำที่ใช้เรียกบุคคลที่มีอายุมาก ผมหาว หน้าตาเหี่ยวห่น การเคลื่อนไหวเชื่องช้า พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542) ให้ความหมายคำว่าชราว่า แก่ด้วยอายุ ชำรุดทรุดโทรม แต่คำนี้ไม่เป็นที่ยอมรับเพราะ ก่อให้เกิดความหดหู่ใจ และความถดถอยสิ้นหวัง ทั้งนี้ จากผลการประชุมของคณะผู้อาวุโส โดย พล.ต.ต. หลวงอรรถสิทธิสุนทร เป็นประธาน ได้กำหนดคำให้เรียกว่า ผู้สูงอายุ แทน ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2512 เป็นต้นมา ซึ่งคำนี้ให้ความหมายที่ยกย่องให้เกียรติแก่ผู้ที่ชราภาพว่าเป็นผู้ที่สูงทั้งวัยวุฒิ คุณวุฒิ และประสบการณ์

สุรกุล เจนอบรม (2541) ได้กำหนดการเป็นบุคคลสูงอายุว่า บุคคลผู้จะเข้าข่ายเป็นผู้สูงอายุมิเกณฑ์ในการพิจารณาแตกต่างกัน โดยกำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุไว้ 4 ลักษณะ ดังนี้

1. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากอายุจริงที่ปรากฏ (Chronological Aging) จากจำนวนปีหรืออายุที่ปรากฏจริงตามปฏิทินโดยไม่นำเอาปัจจัยอื่นมาร่วมพิจารณาด้วย
2. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Physiological Aging หรือ Biological Aging) กระบวนการเปลี่ยนแปลงนี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุขัยในแต่ละปี
3. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ (Psychological Aging) จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ สติปัญญา การรับรู้และเรียนรู้ที่ถดถอยลง

4. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากบทบาททางสังคม (Sociological Aging) จากบทบาทหน้าที่ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป การมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคล ตลอดจนความรับผิดชอบในการทำงานลดลง

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2541) ได้เสนอผลการศึกษาภาคสนามว่า การกำหนดอายุที่เรียกว่าเป็น “คนแก่” ส่วนใหญ่ระบุว่าอายุ 60 ปีขึ้นไป แต่บางพื้นที่มีข้อพิจารณาอื่นๆประกอบ เช่น ภาวะสุขภาพ บางคนอายุประมาณ 50 – 55 ปี แต่มีสุขภาพไม่แข็งแรงมีโรคภัยและทำงานไม่ไหว ผมหงอก หลังโก่ง ก็เรียกว่า “แก่” บางคนมีหลานก็รู้สึกว่ารึมนัก และเริ่มลดกิจกรรมเชิงเศรษฐกิจลง กลุ่มผู้สูงอายุไม่ใส่ใจต่อตัวเลขอายุ แต่พิจารณาตัดสินจากองค์ประกอบเช่น สภาพร่างกาย ปวดเอว ปวดตามข้อ เดินไปไกลๆ ไม่ไหว ทำงานหนักไม่ค่อยได้ เหนื่อยง่าย ไม่มีแรง เป็นต้น

จากความหมาย ผู้สูงอายุ ที่นักวิชาการหลายท่านได้กล่าวถึง สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และจิตใจไปในทางที่เสื่อมลง มีบทบาททางสังคม และกิจกรรมในการประกอบอาชีพลดลง ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในหมู่บ้าน โพน ตำบลโพนทอง อำเภอเขียงยืน จังหวัด มหาสารคาม

การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ

จากการกำหนดว่า บุคคลที่อายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุ ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนตะวันออก (2543) ได้เสนอข้อมูล ขององค์การอนามัยโลก โดย อัลเฟรด เจ คาห์น (Professor Dr. Alfred J. Kahn) แห่งมหาวิทยาลัยโคลัมเบีย มีการแบ่งเกณฑ์อายุตามสภาพของการมีอายุเพิ่มขึ้น ในลักษณะของการแบ่งช่วงอายุที่เหมือนกัน คือ

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

ยูริค และคนอื่นๆ (Yuriek and others . 1980 : 31) เสนอการแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุ ตามสถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติ (National Institute of Aging) ประเทศสหรัฐอเมริกา เป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (Young - Old) มีอายุ 60 - 74 ปี
2. กลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (Old - Old) มีอายุ 75 ปีขึ้นไป

ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนภาคตะวันออก (2543) ได้เสนอข้อมูลการแบ่งช่วงอายุ ผู้สูงอายุของประเทศไทย ดังนี้

1. อายุตั้งแต่ 60-69 ปี
2. อายุตั้งแต่ 70-79 ปี
3. อายุ 80 ปีขึ้นไป

2.2.2. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยและผลกระทบด้านสุขภาพ

สุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล และคณะ (2545) ได้ประมวล วิเคราะห์และสังเคราะห์ผลการประชุมที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ปัญหาของผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่าโครงสร้างประชากรโดยรวมเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทำให้ปริมิตทางประชากรกลายเป็นรูปแฉก สัดส่วนและจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้นในขณะที่เด็กลดลง ถึงแม้ประชากรวัยทำงานจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแต่จะเริ่มลดลงในอีก 10-15 ปีข้างหน้าและมีผลต่อภาวะพึ่งพา ทำให้เป็นผลสืบเนื่องต่อสถานะเศรษฐกิจ ขนาดและสัดส่วนของผู้สูงอายุมีอัตราเพิ่มที่เร็วมาก ในอนาคตอีก 10 ปีข้างหน้าหรือในปี พ.ศ. 2555 ประเทศไทยจะได้ชื่อว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุ โดยกว่าร้อยละ 10 ของประชากรมีอายุมากกว่า 60 ปี ประชากรสูงอายุร้อยละ 54-55 เป็นผู้สูงอายุหญิง โดยสัดส่วนผู้สูงอายุหญิงจะยิ่งมากในกลุ่มที่มีอายุมากขึ้น ผู้สูงอายุหญิงจะอยู่ในสถานะหม้ายและเป็นโสดมากกว่าชาย แนวโน้มของการเป็นโสดจะเพิ่มขึ้น แต่การอยู่ในสถานะหม้ายลดลงเล็กน้อย ในขณะที่แนวโน้มการหย่า-แยกเพิ่มขึ้น

โรคและปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญในประชากรสูงอายุของไทยคือโรคไม่ติดต่อโดยเฉพาะโรคที่มีผลต่อการเคลื่อนที่ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคข้อ อุบัติเหตุ เป็นต้น โรคที่มีผลต่อประสาทสัมผัส เช่น การมองเห็น การได้ยิน เป็นต้น นอกจากนี้โรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคกระดูกพรุน โรคความดันโลหิตสูง โรคข้อและกระดูก โรคเบาหวาน และกลุ่มอาการโรคสมองเสื่อมเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุไทย โดยพบว่าเป็นปัญหาในเขตเมืองมากกว่าเขตชนบทโดยเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร ปัญหาการกลืนปัสสาวะไม่ได้ การหกล้มและโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาที่พบบ่อยและมีความสำคัญเช่นเดียวกันทั้งต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต ผู้สูงอายุ ร้อยละ 40 มีโรคหรือปัญหาสุขภาพมากกว่า 2 ชนิดขึ้นไป ร้อยละ 19 มีโรคที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจที่เคยและควรจะทำได้ (ทุพพลภาพระยะยาว) และร้อยละ 7 ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแลกิจส่วนตัว เช่น การอาบน้ำ การสวมเสื้อผ้า หรือการรับประทานอาหาร เป็นต้น

จากข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุ สรุปได้ว่า ประชากรผู้สูงอายุ นับวันจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยจะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ และสังคม โดยเฉพาะตัวผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจาก โรคและปัญหาสุขภาพทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ

2.3. แนวคิดการศึกษาคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในชีวิต

Zhan (1992) กล่าวว่าคุณภาพชีวิต คือ ระดับความพึงพอใจ ซึ่งขึ้นกับประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคล

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ให้ความหมายว่าคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ความพึงพอใจ และสถานะของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม โดยจะสัมพันธ์กับเป้าหมาย และความคาดหวังของตนเอง ภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ค่านิยม มาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น สวัสดิการ และบริการในด้านต่างๆ ตลอดจนลักษณะทางการเมืองการปกครองในสังคมที่อาศัยอยู่ และสามารถประเมินคุณภาพชีวิตในด้านวัตถุวิสัย (objective approach) และด้านจิตวิสัย (subjective approach) (The WHOQOL group, 1994 อ้างถึงใน วรณา กุมารจันทร์, 2543: 4)

Orem (2001) กล่าวว่าไว้ว่าคุณภาพชีวิตมีความหมายเช่นเดียวกับความสุข (well being) ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการมีชีวิตอยู่ ตามประสบการณ์ของความพึงพอใจ ความรู้สึกเป็นสุขภายในจิตใจ

งานวิจัยของผู้เขียนที่เกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิต

ผู้เขียนสนใจเรื่องคุณภาพชีวิต จึงได้ทำวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ดังนี้

ศรีเมือง พลึงฤทธิ์ และ เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ 2544-2545, 2550. เรื่อง การพัฒนาชุมชน เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ กรณีศึกษา: โครงการปฎิชีวนภาพ เพื่อสุขภาพและลดต้นทุนการผลิตข้าว ตำบลคลองสี่ อำเภอกลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในโครงการใหญ่ เรื่องการ พัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัว ในพื้นที่อำเภอกลองหลวง จังหวัดปทุมธานี(เฉลิม วราวิทย์ และคณะ 2544-2545) ผลการวิจัย พบว่า หมู่ 12 จัดทำโครงการเรื่อง “ปฎิชีวนภาพ เพื่อสุขภาพและลดต้นทุนการผลิตข้าว” เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านอาชีพที่มีผลต่อสุขภาพกายและใจ ด้านสังคมที่เกิดการรวมกลุ่มและด้านสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยจากสารเคมี โดยมีกิจกรรมคือ 1) บรรยายและสาธิตการทำปฎิชีวนภาพและสูตรฮอร์โมนชนิดต่างๆ 2) การทำปฎิชีวนภาพภายใต้การแนะนำของวิทยากร 3) การเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของสารเคมีในการเกษตร 4) การไปศึกษาดูงานทำปฎิชีวนภาพอัดเม็ดที่หมู่บ้านดอนยอ จังหวัดสุพรรณบุรี การวิจัยทำให้แกนนำและ/หรือตัวแทนประชาชนสามารถวางแผน และมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตได้ และประชาชนมีความรู้เรื่องปฎิชีวนภาพ ซึ่งเป็น ทั้งการส่งเสริม ป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพของตนเอง และของคนในชุมชน สำหรับข้อเสนอแนะ คือควรขยายกลุ่มไปสู่สมาชิกในวงกว้างมากขึ้น เพื่อให้เกิดพลังเสริมที่จะหนุนช่วยให้กระบวนการเรียนรู้และมีส่วนร่วมของสมาชิกชุมชนมีต่อเนื่องและยั่งยืนต่อมาผู้เขียนเห็นว่าโครงสร้างทางประชานิยมแนวโน้มที่จะมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จึงสนใจในกลุ่มผู้สูงอายุ และทำวิจัยที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาเรื่อง

Paluangrit, Griensven, and Wongboonsin. 2006. เรื่อง Improvement of the quality of life of the elderly through individual empowerment, family care and community support: the case of PhraNakhon Si Ayutthaya province การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1.ประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างได้ 415 คน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายชั้น การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์ตัวประกอบ และการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุ ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านความพอใจ (เป็นด้านที่พบใหม่) และพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนสามารถอธิบายการแปรผันคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านต่างๆ 5 ด้านข้างต้น ได้ร้อยละ 33.8, 9.7, 13.2, 17.9 และ 9.3 ตามลำดับ โดยตัวแปรอิสระ 12 ตัว (เพศ อายุ รายได้ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ การพึ่งตนเอง การได้รับการเกื้อหนุน การมีบทบาท สภาพแวดล้อมที่บ้าน การมีกิจกรรมในชุมชน สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กับ

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 ด้านผลการวิจัยเป็นข้อมูลสำคัญ ที่จะเสนอแนวทางเตรียมการด้านนโยบาย ที่จะนำไปสู่แผนปฏิบัติการในเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิต รวมทั้งการเตรียมการก่อนวัยผู้สูงอายุ โดยเฉพาะ เรื่องการเงินและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ นอกจากนี้ได้ทำวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อหาแนวทางการพัฒนา คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุต่อ ได้ดังนี้

ศรีเมือง พลึงฤทธิ์, 2550 เรื่องแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยบุคคลครอบครัว และ ชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา : การศึกษาเชิงคุณภาพ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้แนวทางการ พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยบุคคลครอบครัว และชุมชน เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่ม ตัวแทนระดับบุคคลและระดับครอบครัว จำนวน 3 กลุ่ม (กลุ่มละ 8, 9, 9 คน) และโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ตัวแทนระดับชุมชน 22 คน ผลการวิจัยแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ต้องการในระดับบุคคล ประกอบด้วย การเตรียมเรื่องความรู้และการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพตั้งแต่วัยเด็กต่อเนื่องถึงวัยสูงอายุ การ เตรียมเรื่องการเงินโดยการออมเงินหรือการสะสมเงินเข้ากองทุนตั้งแต่วัยทำงาน เพื่อเอื้อต่อการเป็นผู้สูงอายุ ที่สามารถพึ่งตนเองได้ และการเป็นผู้สูงอายุที่กระฉับกระเฉงเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน ส่วน ในระดับครอบครัวนั้น บุตรหลานควรมีความกตัญญู ให้ความรักความอบอุ่น ให้การเลี้ยงดูเกื้อหนุน ช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่ สมาชิกในครอบครัวควรมีความรู้และการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ เพื่อสามารถให้ คำแนะนำข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์กับผู้สูงอายุ ปรับปรุงสภาพ แวดล้อมที่บ้าน และปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ อย่างเหมาะสม อีกทั้งสนับสนุนและส่งเสริมผู้สูงอายุให้ยังคงมีบทบาท และเข้าร่วมกิจกรรมทั้งในครอบครัว และชุมชน สำหรับในระดับชุมชน ควรเน้นหลักการชุมชนเข้มแข็ง ประกอบด้วย การสนับสนุนและกระตุ้น ผู้นำชุมชนและประชาชนให้ร่วมกันคิดร่วมกันสร้างกิจกรรม ตามความต้องการ และสอดคล้องกับวิถีชีวิต ของผู้สูงอายุ โดยอาศัยภูมิปัญญาและทรัพยากรท้องถิ่น การเป็นแบบอย่างที่ดี เน้นการทำงานเชิงรุกในการ พัฒนาองค์ความรู้และความร่วมมือกันดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุต่อมาผู้เขียนต้องการหา แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิต และเห็นว่าหลักเศรษฐกิจพอเพียง น่าจะนำมาเป็นแนวทางที่สำคัญได้

ธัญญา สนิทวงศ์ ณ อยุธยา (2542) ได้ทำการประเมินรูปแบบบริการที่จัดให้ผู้สูงอายุในชุมชนเน้น การให้บริการของศูนย์สังเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน ในด้านความเข้มแข็งของชุมชนกับคุณภาพชีวิตและ ความพึงพอใจของผู้สูงอายุ พบว่า การที่ชุมชนมีความเข้มแข็ง ชาวบ้านมีความร่วมมือกันให้การดูแล ช่วยเหลือผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีระดับหนึ่งการมีครอบครัวที่เข้มแข็ง ลูกหลานยังอาศัยอยู่ ร่วมกัน ดูแลผู้สูงอายุได้ดีที่สุด และหากมีองค์กรที่ทำหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงต่อสุขทุกข์ของประชาชน ทำ หน้าที่ของตนเองอย่างเต็มที่เข้าถึงปัญหา รู้วิธีการช่วยเหลือ ผู้สูงอายุกลุ่มด้อยโอกาสจะมีโอกาสพัฒนา คุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นได้มากพอสมควร

สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล (2545) พบว่า การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุนับเป็นปัจจัย สำคัญที่ผู้สูงอายุทุกคนต้องการ ดังนั้นการมีคุณภาพชีวิตที่ดีจึงเป็นเป้าหมายของชีวิตของผู้สูงอายุ ดังที่ สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล ได้สรุปไว้ในบทความดังกล่าวว่า ผู้ที่โชคไม่ดีตายก่อนวัยอันควรย่อมสูงวัยขึ้นจนเข้าสู่ ระยะเวลาของผู้สูงอายุและย่อมมุ่งหวังที่จะมีคุณภาพชีวิตที่สมเหตุสมผลในวัยที่สูงขึ้น คุณภาพของชีวิตของ

มนุษย์ในสังคมเป็นเป้าหมายที่ตั้งอยู่บนเสาหลักที่สำคัญประกอบ 3 ประการ ได้แก่ 1) สุขภาพและความมีอิสระจากภาวะพึ่งพิงให้ยาวนานที่สุด 2) ความมั่นคง ได้แก่ ความมั่นคงทางการเงิน ความมั่นคงในการเข้าถึงบริการที่จำเป็น ความมั่นคงในการมีผู้ดูแลที่เหมาะสม ความมั่นคงในสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย และความมั่นคงที่จะดำรงอยู่ในความภาคภูมิใจและสิทธิมนุษยชน และ 3) การมีส่วนร่วมทั้งการมีส่วนร่วมในครอบครัว ในชุมชนและในสังคมทั้งที่ ก่อให้เกิดรายได้และก่อให้เกิดประโยชน์ที่ไม่ใช่ตัวเงิน แต่เป็นคุณค่ากับผู้อื่นและส่วนรวมและตัวเอง

องค์การอนามัยโลก กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต โดยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL-100) ในการประเมิน สามารถจัดกลุ่มได้เป็น 6 ด้าน The WHOQOL group, 1994 อ้างถึงในวรรณภา กุมารจันทร์(2543) ดังนี้

1) ด้านร่างกาย (physical domain) คือการรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มี ความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงผลก่้าง ในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้เรื่องการนอนหลับ และพักผ่อนรวมทั้งการรับรู้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

2) ด้านจิตใจ (psychological domain) คือการรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ ความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน และการรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้า หรือกังวล เป็นต้น

3) ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล (level of independence domain) คือการรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าจะไม่ต้องพึ่งพาอาศัยต่างๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่นๆ เป็นต้น

4) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social-relationship domain) คือการรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคม รวมถึงการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

5) ด้านสิ่งแวดล้อม (environment domain) คือการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ มีความปลอดภัย และมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคม มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพ และสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

6) ด้านความเชื่อส่วนบุคคล (spirituality religion/person beliefs domain) คือรวมไปถึง

การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อมั่นต่างๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้เรื่องความเชื่อด้านจิตวิญญาณศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อ การดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต สรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง ความผาสุก ความพึงพอใจ ระดับความพึงพอใจ ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคล ภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ค่านิยม มาตรฐานของสังคมนั้นๆ ในการศึกษาครั้งนี้ ทีมวิจัยได้ให้ความหมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุ ถึงความสุข ความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ในปัจจุบัน ภายใต้บริบทบ้าน โพน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดมหาสารคาม

2.4. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการ

ความหมายของการจัดการ เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับองค์กร หรือกลุ่มบุคคล ที่มาร่วมกันตั้งแต่ สองคน ขึ้นไป เพื่อให้สำเร็จผลในกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนั้น ถ้างานที่ต้องอาศัยคนมากกว่า หนึ่งคนเข้ามาช่วยกันทำแล้ว จำเป็นต้องมีการบริหารจัดการสำหรับกลุ่มคนนั้นๆ ซึ่งการจัดการมาจากภาษาอังกฤษว่า Management และมีผู้ให้ความหมาย ไว้หลายท่าน คือ

✓ ธงชัย สันติวงษ์ (ไพรวลัย เทชะโกศล 2543: อ้างอิงมาจากธงชัย สันติวงษ์.2539) อธิบายว่า การจัดการที่ดี ผู้บริหารหรือเจ้าของกิจกรรมทุกคนจะต้องทำหน้าที่จัดการให้ระบบงาน และคนทำงานสามารถทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ

✓ สมคิด บางโม (ไพรวลัย เทชะโกศล 2543: อ้างอิงมาจากสมคิด บางโม 2539) อธิบายว่า การจัดการคือศิลปะในการใช้คน เงิน วัสดุอุปกรณ์ขององค์กร และนอกองค์กร เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ

✓ วิโรจน์ สารรัตนะ (ไพรวลัย เทชะโกศล.2546: อ้างอิงจากวิโรจน์ สารรัตนะ)อธิบายว่า การจัดการเป็นกระบวนการในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร โดยอาศัยหน้าที่ทางการบริหารที่สำคัญ คือ การวางแผนการจัดองค์กร การนำ และการควบคุม

✓ ธงชัย สันติวงษ์ (ไพรวลัย เทชะโกศล.2546: อ้างอิงมาจาก ธงชัย สันติวงษ์.2539) ได้กล่าวว่า หน้าที่สำคัญในการจัดการ (Management Function) ที่เหมาะสมที่สุดและเป็นที่ยอมรับมากที่สุด คือ การใช้กิจกรรมหรืองานบริหารต่าง ๆ ไว้ภายใต้หัวข้อดังนี้

1. การวางแผน(Planning) หมายถึง การกำหนดวิธีการที่จะปฏิบัติงานขององค์กร ไว้ล่วงหน้า เพื่อให้สามารถกำหนดวัตถุประสงค์ได้ (Objectives) พัฒนากลยุทธ์(Strategies)จัดทำแผนงาน(Programs) จัดสรรงบประมาณ(Budget)กำหนดระเบียบวิธีปฏิบัติ(Procedures)และแนวนโยบาย(Policies)ที่ดีที่สุดสำหรับองค์กรของตน ภายหลังจากได้มีการวิเคราะห์สถานการณ์(Forecast)
2. การจัดองค์กร (Organizing)หมายถึง ภาระหน้าที่ที่กำหนด จัดเตรียม และลำดับความสำคัญของกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กรที่ตั้งไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. การจัดคนเข้าทำงาน(Staffing) หมายถึงภาระหน้าที่ ที่เกี่ยวกับการจัดการตัวคน ซึ่งเริ่มต้น

ด้วยการเสาะหาและคัดเลือกให้ได้มาซึ่งคนที่มีคุณสมบัติเหมาะสมกับลักษณะงานต่าง ๆ ที่ได้พิจารณาแล้ว

4. การสั่งการ(Directing) หมายถึง ความพยายามที่จะทำให้ทุกฝ่ายในองค์กร เป็นไปในทิศทางที่จะส่งเสริมให้เกิดผลสำเร็จของงานตามวัตถุประสงค์ตามต้องการ

5. การควบคุม(Controlling) หมายถึงการมุ่งบังคับให้ การทำงานต่าง ๆ เป็นไปตามแผน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความสูญเสียทั้งปวง

นอกจากนี้ จากการศึกษาของ สมพันธ์ เตชะอธิก และคณะ (ไพรวลัย เตชะ โกศล.2546;อ้างอิงจาก สมพันธ์ เตชะอธิก และคณะ.2540) พบว่าในชุมชนมีการจัดการในรูปแบบที่ไม่เฉพาะตายตัว โดยอธิบายการจัดการองค์กรของชาวบ้านมีรายละเอียดดังนี้

1. การตัดสินใจร่วม นับเป็นหัวใจสำคัญของการรวมตัวกันเป็นองค์กรของชาวบ้าน เพราะถ้าหากสมาชิก ไม่มีโอกาสตัดสินใจด้วยความเป็นเจ้าขององค์กร ก็ย่อมไม่มีความอยู่รอด องค์กรจะขาดความตระหนัก และช่วยกันประคับประคอง แต่ปล่อยให้ขึ้นอยู่กับผู้นำว่าจะไปในทิศทางใด ดังนั้นการกระทำที่สำคัญ ๆ ในองค์กร จึงต้องให้สมาชิกมีส่วนร่วม

2. โครงสร้าง และบทบาทหน้าที่ โดยทั่วไปมีโครงสร้าง จัดไว้เป็นรูปแบบมาตรฐาน คือ ประธาน รองประธาน เลขานุการ ประธานสัมพันธ์ ปฏิคม เற்றுญิก ตรวจสอบ และกรรมการอื่น ๆ มีการแบ่งบทบาทหน้าที่ กันตามตำแหน่ง โครงสร้างนี้อาจจะไม่จำเป็น สำหรับองค์กรที่มีเนื้อหางานชัดเจน

3. สถานที่และวัสดุอุปกรณ์ เพื่อเป็นศูนย์กลางสำหรับการรวมตัวกัน สำหรับการจัดประชุม จัดกิจกรรม ก่อเก็บวัสดุ อุปกรณ์ และใช้ประโยชน์อื่น ๆ สำหรับชุมชน

4. กฎกติการ่วมกัน เพื่อยึดถือเป็นแนวทางปฏิบัติ และเป็นข้อตกลงร่วมกัน การที่คนหลายคนมารวมกัน ย่อมมีความคิดเห็นที่แตกต่างกัน หรือขัดแย้งกัน ทักษะคติ ต่อการปฏิบัติงาน จึงเป็นสิ่งสำคัญขององค์กรชาวบ้าน

5. การสื่อสารระหว่างผู้นำสมาชิก องค์กรชาวบ้าน ที่มีหลายรูปแบบ เช่น การประชุม ชี้แจง แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และหาข้อสรุปร่วมกัน การแจ้งข้อมูลข่าวสาร ผ่านหอกระจายข่าว การประชุมแกนนำองค์กร และกระจายข้อมูล ต่อกลุ่มย่อย

6. การตรวจสอบ เมื่อมีการแบ่งหน้าที่กันทำแล้ว ต้องมีการตรวจสอบ การดำเนินงาน อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดการรับรู้กันอย่างโปร่งใส

จากการทบทวนแนวคิดข้างต้น ผู้วิจัยสรุปได้ว่า การจัดการเป็นกระบวนการศาสตร์ และศิลป์ ของการใช้บุคคลอื่น ทำงานให้กับองค์กร ในการปฏิบัติงาน ตามขั้นตอนการดำเนินงาน 5 ขั้นตอน คือ การวางแผน การจัดองค์กร จัดบุคคลเข้าทำงาน การสั่งการ และควบคุม เพื่อให้บรรลุสำเร็จ ตามวัตถุประสงค์ หรือเป้าหมาย ขององค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ โดยอาศัย คน เงิน วัสดุ อุปกรณ์เป็นปัจจัยในการดำเนินงาน การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สรุปแนวคิดการจัดการ หมายถึง วิธีดำเนินงานที่ทีมหรือภาาภิเครือข่ายใช้ในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยอาศัยกระบวนการจัดการ คือ การรวมกลุ่มคิด และตัดสินใจร่วมกัน ในการกำหนดกลวิธีและการดำเนินกิจกรรม รวมทั้งกำหนดมาตรการและกำหนดการ

ควบคุมให้กิจกรรมนั้น ๆ ดำเนินไปตามขั้นตอนของการดำเนินงาน 5 ขั้นตอน คือ การวางแผน การจัดองค์กร การจัดบุคคลเข้ารับผิดชอบ การสั่งการ และการควบคุม เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ คือคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยอาศัย คน เงิน วัสดุ อุปกรณ์ เป็นปัจจัยในการดำเนินงาน

2.5. แนวคิดการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วม (participation) คือ เป็นผลมาจากการเห็นพ้องกันในเรื่องของความ ต้องการ และทิศทางของการเปลี่ยนแปลงและความเห็นพ้องต้องกัน จะต้องมีความจนเกิด ความคิดริเริ่ม โครงการเพื่อ การปฏิบัติ เหตุผลเบื้องต้นแรก ของการที่มีคนมารวมกันใดควร จะต้องมีการตระหนักว่าปฏิบัติการทั้งหมด หรือการกระทำทั้งหมด ที่ทำโดยกลุ่มหรือในนามกลุ่มนั้น กระทำผ่านองค์กร (organization) ดังนั้นองค์กร จะต้องเป็นเสมือนตัวนำให้บรรลุถึงความเปลี่ยนแปลงได้ ยุพาพร รูปงาม(2545)

Erwin (อ้างอิงใน ยุพาพร รูปงาม. 2545) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการมี ส่วนร่วมไว้ว่า คือ กระบวนการให้บุคคลเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนา ร่วมคิด ตัดสินใจ แก้ไขปัญหาคด้วย ตนเอง เน้นการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องอย่างแท้จริงของ บุคคล แก้ไขปัญหาร่วมกับการใช้วิทยาการที่เหมาะสม และสนับสนุน ติดตามการ ปฏิบัติงานขององค์กรและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

WHO (ปรีดา ปูนพันธ์ฉาย.2540; อ้างอิงจาก WHO.1979) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชนว่า หมายถึง กระบวนการซึ่งบุคคลและครอบครัวมีส่วนร่วมรับผิดชอบในเรื่องสุขภาพอนามัย และสวัสดิการทั้งชุมชนที่อยู่อาศัย โดยเน้นในเรื่องการพัฒนาความรู้ ความสามารถของประชาชน ในการ พัฒนาชุมชนของตนเอง

เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง(2527) การมีส่วนร่วม หมายถึง การเข้าร่วมกิจกรรมของชาวบ้าน ตามที่ หน่วยงานของรัฐ หรือเอกชนจัดขึ้น หรือชาวบ้าน เป็นผู้เสนอ โดยมีการเข้าร่วมหลายระดับ เช่น การเข้าร่วม ฟังเฉย ๆ ฟังและออกความคิดเห็น ตลอดจนร่วมในการวางแผน

ขั้นตอนการมีส่วนร่วม

โกวิท พวงงาม (2545) ได้สรุปถึงการมีส่วนร่วมที่แท้จริงของประชาชน ในการ พัฒนา ควรจะมี 4 ขั้นตอน คือ

1. การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาของแต่ละท้องถิ่น กล่าวคือ ถ้าหากชาวบ้านยังไม่สามารถทราบถึงปัญหาและเข้าใจถึงสาเหตุของปัญหา ในท้องถิ่นของตน เป็นอย่างดีแล้ว การดำเนินงานต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาของท้องถิ่นย่อม ไร้ประโยชน์ เพราะชาวบ้านจะไม่ เข้าใจและมองไม่เห็นถึงความสำคัญของการ ดำเนินงานเหล่านั้น

2.การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรม เพราะการวางแผนดำเนินงาน เป็น ขั้นตอนที่จะช่วยให้ชาวบ้านรู้จักวิธีการคิด การตัดสินใจอย่างมีเหตุผล รู้จักการ นำเอาปัจจัยข่าวสาร ข้อมูลต่าง ๆ มาใช้ในการวางแผน

3.การมีส่วนร่วมในการลงทุนและการปฏิบัติงาน แม้ชาวบ้านทส่วนใหญ่มจะมี

ฐานะยากจน แต่ก็มีแรงงานของคนที่สามารถใช้เข้าร่วมได้ การร่วมลงทุนและปฏิบัติงาน จะทำให้ชาวชนบทสามารถคิดต้นทุนดำเนินงานได้ด้วยตนเอง ทำให้ได้เรียนรู้การดำเนิน กิจกรรมอย่างใกล้ชิด

4.การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลงาน ถ้าหากการติดตามงานและประเมินผลงานขาดการมีส่วนร่วมแล้วชาวชนบทย่อมจะไม่ทราบด้วยตนเองว่างานที่ทำ ไปนั้นได้รับผลดีได้รับประโยชน์หรือไม่อย่างใด การดำเนินกิจกรรมอย่างเดียวกันใน โอกาสต่อไป จึงอาจจะประสบความสำเร็จยากลำบาก

นอกจากนี้สำนักมาตรฐานการศึกษา, สำนักงานสภาพัฒนาการศึกษาระดับสูง กระทรวง ศึกษาธิการ, สำนักมาตรฐานอุดมศึกษา และทบวงมหาวิทยาลัย(2545)ยังได้ กล่าวถึง การมีส่วนร่วมในขั้นตอนของการพัฒนา 5 ขั้น ดังนี้

- 1.ขั้นมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาในชุมชนตลอดจนกำหนดความต้องการของชุมชน และมีส่วนร่วมในการจัดลำดับความสำคัญของความ ต้องการ
- 2.ขั้นมีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนา โดยประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและวัตถุประสงค์ของโครงการ กำหนดวิธีการและแนวทางการดำเนินงาน ตลอดจนกำหนดทรัพยากรและแหล่งทรัพยากรที่ใช้
- 3.ขั้นมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนา เป็นขั้นตอนที่ประชาชนมีส่วนร่วม ในการสร้างประโยชน์โดยการสนับสนุนทรัพยากร วัสดุอุปกรณ์และแรงงาน หรือเข้าร่วม บริหารงานประสานงานและดำเนินการขอความช่วยเหลือจากภายนอก
- 4.ขั้นการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์จากการพัฒนา เป็นขั้นตอนที่ ประชาชนมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ที่พึงได้รับจากการพัฒนาหรือยอมรับ ผลประโยชน์อันเกิดจากการพัฒนาทั้งด้านวัตถุและจิตใจ
5. ขั้นการมีส่วนร่วมในการประเมินผลการพัฒนา เป็นขั้นที่ประชาชนเข้าร่วม ประเมินว่าการพัฒนาที่ได้กระทำไปนั้นสำเร็จตามวัตถุประสงค์เพียงใด

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม

World Health Organization (อ้างใน กมลา สาครณิทรัพย์.2545) เสนอว่า ปัจจัยพื้นฐานในการมีส่วนร่วมของประชาชน คือ

1. ปัจจัยของสิ่งจูงใจ จากสภาพความเป็นจริง ของชาวบ้านที่จะเข้าร่วมกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง ทั้งในแง่การร่วมแรง ร่วมทรัพยากร หรืออื่นๆนั้นมีเหตุผล 2 ประการ คือ

1.1. การมองเห็นว่าจะได้รับประโยชน์จากสิ่งตอบแทนในสิ่งที่ตนทำลงไปซึ่งถือเป็น เรื่องการกระตุ้นให้เกิดมีสิ่งจูงใจ

1.2. การได้รับคำบอกกล่าวหรือชักชวนจากเพื่อนบ้านให้เข้าร่วม โดยมีสิ่งจูงใจเป็นตัวนำ ซึ่งถือเป็นเรื่องของการก่อให้เกิดมีสิ่งจูงใจ

2. ปัจจัยโครงสร้างของช่องทางในการเข้ามามีส่วนร่วม แม้ว่าชาวชนบทจำนวนมากจะเห็นประโยชน์ของการเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา แต่ก็ไม่อาจเข้าร่วมกิจกรรมได้ เนื่องจากการเข้ามามีส่วนร่วมมิได้จัดรูปแบบความสัมพันธ์ที่เหมาะสม เช่น ภาวะผู้นำ ลักษณะการทำงาน กฎระเบียบ แบบแผน เป็นต้น

จากการทบทวนงานวิจัย ที่ได้กล่าวถึงความหมายการมีส่วนร่วม ได้ให้ความหมายไว้หลายท่าน ซึ่งผู้วิจัยได้สรุปความหมายของการมีส่วนร่วม เป็นการมีส่วนร่วมช่วยเหลือโดยสมัครใจ การให้ประชาชน หรือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง องค์กรทั้งภาครัฐ และเอกชน เข้าร่วมกับกระบวนการตัดสินใจ ร่วมวางแผนพัฒนา ร่วมกระบวนการดำเนินการของโครงการ ตลอดจนร่วมรับผลประโยชน์จากโครงการ

2.6. แนวคิดเกี่ยวกับเครือข่าย และเครือข่ายชุมชน

Alter Hage (นฤมล นิราทร.2543 อ้างอิงจาก Alter Hage.1993) ให้นิยามเครือข่ายทางสังคม คือ รูปแบบทางสังคมที่เปิดโอกาสให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ ระหว่างองค์กร เพื่อแลกเปลี่ยน เพื่อการสร้างความเป็นอันหนึ่งอันเดียว และการร่วมกันทำงาน เครือข่ายประกอบด้วยองค์กรจำนวนหนึ่ง ซึ่งมีอาณาเขตแน่นอนหรือไม่ก็ได้ และองค์กรเหล่านี้มีฐานะเท่าเทียมกัน .

พระมหาสุทิตย์ อาภากร(2546) หมายถึง ความสัมพันธ์ทางสังคมทั้งระดับ ปังเจกบุคคล ปังเจกบุคคลกับกลุ่ม กลุ่มกับกลุ่ม และกลุ่มกับเครือข่าย โดยเป็นการอธิบายถึง พฤติกรรมความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับสิ่งต่าง ๆ เช่น กิจกรรม การสื่อสาร ความร่วมมือ การพึ่งพาอาศัย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ ที่มีโครงสร้าง และรูปแบบที่หลากหลาย

ขนิษฐา กาญจนรังษินนท์ (2551) เครือข่าย (Network) คือ กลุ่มของคนหรือองค์กรที่สมัครใจแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน ทำกิจกรรมร่วมกัน โดยมีการจัดรูปหรือจัดระเบียบโครงสร้างที่คนหรือองค์กรสมาชิกยังคงมีความเป็นอิสระ (ทั้งนี้ ความสัมพันธ์ของสมาชิกในเครือข่ายต้องเป็นไปโดยสมัครใจ กิจกรรมที่ทำในเครือข่ายต้องมีลักษณะเท่าเทียมหรือแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน (Starkey. 1997)

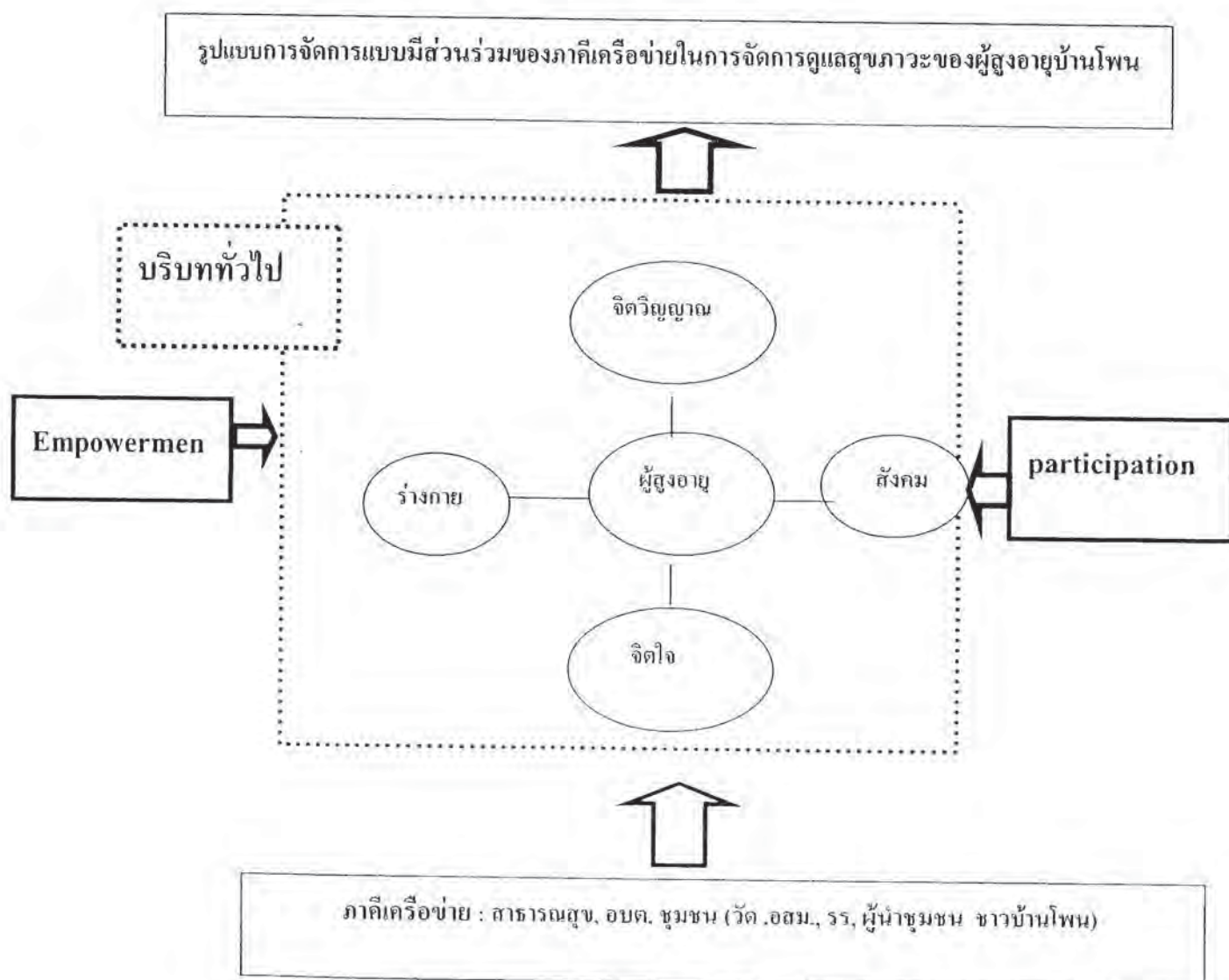
เสรี พงศ์พิศ (2548) สำหรับแนวคิดด้วย “เครือข่าย” (Network) นั้น เป็นแนวคิดและแนวปฏิบัติที่มีมาช้านาน แนวคิดเรื่องเครือข่ายสัมพันธ์กับแนวคิดเกี่ยวกับประชาสังคม (Civil Society) และแนวคิดเกี่ยวกับอำนาจรัฐ ทั้งนี้ ในความหมายที่กว้าง เครือข่ายคือหัวใจของวิถีชุมชนในอดีต ซึ่งผู้คนอยู่ร่วมกันแบบพึ่งพาอาศัยกันทั้งในชุมชนและกับชุมชนอื่น ๆ มีความสัมพันธ์แบบเครือข่ายที่แสดงออกทางกิจกรรมที่ทำกันสม่ำเสมอ หรือเป็นครั้งคราวทั้งนี้ เพื่อความอยู่รอดของชุมชน เพราะแม้มีอำนาจรัฐอยู่ แต่ก็ไม่ได้ครอบคลุมไปถึงวิถีปฏิบัติของชุมชน

จะเห็นได้จากแนวคิดดังกล่าว ข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า ภาวเครือข่าย หมายถึง รูปแบบหรือกระบวนการทางสังคมอันเกิดจากการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กลุ่ม องค์กร สถาบัน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ มีทั้งหน่วยงานภาครัฐ หน่วยงานภาคเอกชน องค์กรประชาชน ซึ่งประกอบไปด้วย บ้าน และครอบครัว หน่วยงานด้านการศึกษา ได้แก่ โรงเรียน หน่วยงานด้านปกครอง ได้แก่ ผู้นำชุมชน องค์กร

บริหารส่วนท้องถิ่น(อบต.) หน่วยงานสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาล สถานีอนามัย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนทอง) สถาบันทางศาสนา ได้แก่ วัด องค์การเอกชน ได้แก่ ชมรมต่าง ๆ ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มเยาวชน ซึ่งมีบทบาทร่วมกันดำเนินกิจกรรม โดยมีเป้าหมายร่วมกัน การมีส่วนร่วมคิด ร่วมวางแผน ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุบ้านโพน

2.7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ บ้านโพหนอง อำเภอยะยี่น จังหวัดมหาสารคามเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research : PAR) โดยมีวัตถุประสงค์ในการวิจัยดังนี้

1. เพื่อศึกษาทำความเข้าใจวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในบริบทของที่บ้านโพหนอง การรับรู้ต่อคำว่าผู้สูงอายุ คุณค่าในตัวเองและบทบาทที่เปลี่ยนไป
2. ประเมินสถานการณ์ สภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่บ้านโพหนอง
3. เพื่อวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในบริบทของชุมชนชนบท
4. เพื่อค้นหาภูมิปัญญาดั้งเดิมในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านโพหนอง
5. เพื่อวิเคราะห์ศักยภาพและบทบาทของภาคีเครือข่ายในการจัดการดูแลผู้สูงอายุของตัวเอง ผู้ดูแล ชุมชน ผู้นำชุมชน และ ภาคีเครือข่าย -
6. เพื่อพัฒนาแนวทางการจัดการอย่างมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการจัดการดูแลสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชน

ทีมวิจัยชุมชนได้ร่วมกันดำเนินการเก็บข้อมูลโดยยึดวัตถุประสงค์ของโครงการเป็นหลัก ซึ่งกิจกรรมการดำเนินงาน มีรายละเอียด ดังนี้

รายละเอียดการดำเนินงานโครงการตามแผนงาน

กิจกรรม	วัตถุประสงค์กิจกรรม	วิธีดำเนินการ/เครื่องมือ/กระบวนการ	ผู้เข้าร่วมกิจกรรม	สถานที่/เวลา	ผลที่ได้จากการทำกิจกรรม
1.ประชุมทีมวิจัยเพื่อชี้แจงความเข้าใจเกี่ยวกับกรอบการวิจัยและกำหนดบทบาทหน้าที่	1. เพื่อให้ทีมวิจัยมีความเข้าใจในขั้นตอนวิธีการการทำงานวิจัย 2. เพื่อกำหนดระยะเวลาที่ชัดเจนในการจัดเวทีชี้แจงโครงการแก่ชุมชน	- การบรรยาย - การสะท้อนกลับ	ทีมวิจัย จำนวน 5 คน วิทยากรจากสกว. 3 คน	วันที่ 4 พ.ย. 54 เวลา 09.00-17.00 น. ห้องประชุมบน รพ. เชียงยืน	ได้เข้าร่วม คนที่เข้าร่วมบางส่วนเนื่องจากทีมวิจัยพื้นที่มีการกิจ ประกอบกับการเดินทางของทีมวิจัยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ จึงไม่เข้าร่วมมากนัก ทีมวิจัยเริ่มเข้าใจกระบวนการ และบทบาทหน้าที่นักวิจัยบ้าง จึงได้นัดหมาย นัดวันที่ 02/12/2554 ที่สถานีนอนมัย โพ้นทอง เพื่อสร้างความเข้าใจแก่ทีมทั้งหมด ก่อนลงพื้นที่
2.1ประชุมทีมวิจัยเพื่อชี้แจงความเข้าใจเกี่ยวกับกรอบการวิจัยและกำหนดบทบาทหน้าที่(ต่อ)	1. เพื่อสร้างความเข้าใจในกระบวนการทำวิจัยแก่ทีมวิจัยทั้งหมด 2. เพื่อกำหนดแผนการดำเนินงานแต่ละขั้นตอน	- การบรรยาย - การให้ทีมผู้เข้าร่วมประชุมเล่าประสบการณ์หรือ ค้นหาในเรื่องที่ใกล้เคียง เช่น กว่าจะมาเป็นผ้าไหม	ทีมวิจัยทั้งหมด จำนวน 12 คน	วันที่ 02 ธ.ค. 2554 เวลา 10.00-12.30 น.	ทีมวิจัยส่วนหนึ่ง ดิดการกิจ เนื่องจากเป็นผู้ที่พื้นที่รับผิดชอบหลายหน้าที่และไม่อยู่ในพื้นที่ จึงทำให้ทีมเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบถ้วนทุกคนทีมวิจัยแสดงความสนใจ และสามารถบอกถึงกระบวนการที่ต้องทำวิจัยได้อย่างง่าย ๆ ได้

กิจกรรม	วัตถุประสงค์กิจกรรม	วิธีดำเนินการ/เครื่องมือ/กระบวนการ	ผู้เข้าร่วมกิจกรรม	สถานที่/เวลา	ผลที่ได้จากการทำกิจกรรม
3. ประชุมชี้แจงโครงการวิจัยแก่ชุมชน	1. เพื่อชี้แจงความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการ 2. รับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากชุมชน	1. ชี้แจงรายละเอียดและแนวทางการดำเนินงานโครงการโดยใช้กระดาน 2. รับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากชุมชนเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหา และความต้องการการดูแลผู้สูงอายุ	ทีมวิจัยหลัก 12 คน ทีมวิจัยรอง 5 คน ผู้นำชุมชน 5 คน ผู้สูงอายุ 52 คน ผู้ทรงคุณวุฒิ 1 คน รวม 75 คน	วันที่ 10 /ธ.ค. /2554 เวลา 9.00-12.00 ที่บ้านโนนโพ	1. ชุมชนทราบและเข้าใจรายละเอียดโครงการ 2. ได้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากชุมชนเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาและความต้องการดูแลของผู้สูงอายุ 3. ทีมวิจัยได้ประเด็นในการเก็บข้อมูล 4. ชุมชนมีความตื่นตัวมากขึ้น ปัญหา - การประสานงาน กับผู้มีส่วนร่วมในชุมชน ไม่ทั่วถึง เช่น ไม่เชิญพระภิกษุมาร่วมรับฟัง โรงเรียนไม่ได้เข้าร่วม ดัดภารกิจและในวันหยุด สิ่งที่ต้องปรับปรุง - วางแผนการประสานงานทุกครั้ง - การชี้แจงโครงการของนักวิจัย และพูดเร็วเกินไป ค่าบางค่ายังใช้ศัพท์ตามข้อวิจัย ทำให้ผู้สูงอายุไม่เข้าใจ

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีการ/เครื่องมือ/ กระบวนการ	ผู้เข้าร่วมกิจกรรม	วัน/เวลา/สถานที่	ผลที่ได้/บทเรียนที่ได้
4.อบรมการแตกประเด็นและสร้างเครื่องมือเก็บข้อมูล	1. เพื่อร่วมกันแตกกรอบประเด็นคำถามและกำหนดเครื่องมือการเก็บข้อมูล	- บรรยาย - แบ่งกลุ่มและร่วมกันแตกกรอบประเด็นคำถาม - แต่ละกลุ่มนำเสนอ - วิทยากรสรุปข้อมูล	- นักวิจัยจากบ้าน เรือนเข้าร่วม รวมทั้งหมด 8 คน - นักวิจัยจากทีมอื่นๆ ทีมละประมาณ 8 คน รวม 40 คน - อ.ที่ปรึกษา ทีม วิทยากรรวม 5 คน	วันที่ 17 ธ.ค. 54 เวลา 09.00-18.00 น. ห้องประชุม รพ.เซี่ยงหยัน	1. ทีมวิจัยเข้าใจกระบวนการแตกกรอบประเด็นคำถาม 2. ได้เครื่องมือและประเด็นคำถามในการเก็บข้อมูล 3. นักวิจัยได้พัฒนาทักษะการนำเสนอ 4. นักวิจัยสามารถแตกประเด็นคำถามได้ถูกต้อง ใช้คำพูดภาษาที่สื่อความหมายได้ ทำให้ได้คำถามในแต่ละประเด็นแต่ยังคงบางประเด็นที่มีเวลาไม่พอ จึงใช้วิธีการ กลับไปทำเพิ่ม 5. ในเวทีนี้ ได้ร่วมแลกเปลี่ยนกับทีมอื่น ทำให้ได้คำถามที่มากขึ้น จากหลายความคิด
5. ประชุมชี้แจงกรอบคำถาม และทบทวนบททหน้าให้ผู้วิจัยกำหนดหน้าที่การเก็บข้อมูล	1. เพื่อชี้แจงและทำความเข้าใจเกี่ยวกับกรณวิสัย 2. เพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่ 3. ชักชวนความเข้าใจ	1. เอกเอกสารโครงการ/แผน กิจกรรม 2. ชี้แจงรายละเอียด โครงการวิจัย 3. ชี้แจงบทบาทหน้าที่และ	ทีมวิจัยหลัก 10 คน ทีมวิจัยรอง 5 คน รวม 15 คน	วันที่ 18/12/2554 เวลา 14.00-16.00 น. ที่ สถานีอนามัยบ้านโพน	1. ทีมวิจัยเข้าใจรายละเอียดโครงการและทราบแนวทางการดำเนินงาน 2. ทีมวิจัยทราบบทบาทหน้าที่และเทคนิคการเป็นนักวิจัยที่ดี 3. ทีมวิจัยทราบแผนการดำเนินงาน/

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีการ/เครื่องมือ/ กระบวนการ	ผู้เข้าร่วมกิจกรรม	วัน/เวลา/สถานที่	ผลที่ได้/บทเรียนที่ได้
เก็บข้อมูลบริบทชุมชนในครั้งต่อไป	ประเด็นที่ต้องสัมภาษณ์	เทคนิคการเป็นนักวิจัยที่ดี 4. แจกกระดาษเปล่าเอกสาร/สมุด/ปากกา			งบประมาณและระยะเวลาดำเนินการ 4. นักวิจัยหลักรู้จักนักวิจัยรอง ร่วมกำหนดแนวทางการเก็บข้อมูล
6. เก็บข้อมูลบริบทชุมชน	1. เพื่อสัมภาษณ์ ชักนวล บริบทบ้านโพธิ์ 2. เพื่อเก็บข้อมูล ความ เกี่ยวเนื่องผู้สูงอายุ ตั้งแต่อดีต- ปัจจุบัน	1. แบ่งทีมวิจัยเป็น 4 กลุ่ม 2. แบ่งหัวข้อในการสัมภาษณ์ สนทนากลุ่ม 3. แบ่งหน้าที่ ของแต่ละทีม ให้ชัดเจน 4. ใช้เวทีการเสวนาหารเย็น ผู้สูงอายุ “โสมพาแสง” 5. ทีมวิจัย ได้รับความร่วมมือ จากทีมเยาวชน เข้าร่วม กิจกรรม โดยการแบ่งหน้าที่ กันก่อนแล้ว ทีมเยาวชน บางส่วน ต้อนรับผู้สูงอายุ พา ไปนั่ง บางส่วนลงทะเบียน ผู้สูงอายุ 6. หลังจากนั้น เมื่อได้เวลากัน	ทีมวิจัยหลัก 12 คน ทีมวิจัยรอง 5 คน ผู้นำชุมชน 8 คน ผู้สูงอายุ และญาติ จำนวน 60 คน รวม 85 คน	วันที่ 30 ธ.ค. 54 เวลา 17.00-21.00 น. ที่ ดอนโฮง บ้านโพ ธิ์	1. ทีมวิจัยได้เรียนรู้การจัดการจัดเวทีประชุม ซึ่งเป็นครั้งแรกที่ได้ดำเนินการกันเอง 2. นักวิจัยได้เทคนิคการเป็นนักวิจัย คือ การเป็นผู้ฟังที่ดีและเป็นผู้จดบันทึกที่ดี 3. นักวิจัยมีความกระตือรือร้นในการทำ วิจัย 4. ทีมวิจัยมีความคุ้นเคยกันมากขึ้นและ เกิดความสามัคคีกันในทีมวิจัย 5. ทั้งทีมวิจัย /ชาวบ้าน ได้รับรู้เกี่ยวกับ ประวัติหมู่บ้าน 6. ทีมวิจัยกำหนดนัดหมายสรุปข้อมูลครั้ง ต่อไป คือวันที่ 18 มกราคม 2555

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีการ/เครื่องมือ/ กระบวนการ	ผู้เข้าร่วมกิจกรรม	วัน/เวลา/สถานที่	ผลที่ได้/บทเรียนที่ได้
		สมควร ทีมวิจัยได้เรียนเชิญ ประชาชนชมรมผู้สูงอายุกล่าว วัตถุประสงค์งาน กล่าวเปิด งาน โดยนายกเทศบาสา พร้อมทั้งกล่าวประวัติบ้าน โพน			
7.สรุปข้อมูลบริบท ชุมชน - วางแผนล่วงหน้า ศึกษาสภาพปัญหา และความต้องการ ของผู้สูงอายุ - วางแผนเก็บข้อมูล เพิ่มในส่วนบริบทที่ ยังไม่ชัดเจน	1.เพื่อ วิเคราะห์ข้อมูลบริบท บ้าน โพน ที่รวบรวมได้ 2.วางแผนการเก็บข้อมูล บริบทเพิ่มเติม 3.วางแผนเก็บข้อมูลสภาพ ปัญหา และความต้องการ ผู้สูงอายุบ้าน โพน	1.ทีมวิจัยแต่ละคนเล่าข้อมูลที่ ตนเก็บมาให้ทีมในกลุ่มฟัง 2. สรุปข้อมูลภาพรวมของ ประวัติบ้าน โพน โดยจัด เส้นตรง บนกระดานฟรู่ฟ กำหนดเป็นช่วงระยะเวลา ปี พ.ศ. ที่เกิดเหตุการณ์สำคัญ ที่ได้รวบรวมข้อมูลมา 3.ทีมวิจัย ถ่านข้อมูลจัดแย้ง กัน จะบันทึกและเป็น ประเด็นที่ต้งศึกษาเพิ่ม ในการเก็บข้อมูลต่อไป	ทีมวิจัยหลัก 10 คน ทีมวิจัยรอง 3 คน รวม 12 คน	วันที่ 18 ม.ค. 55 เวลา 9.00-12.00 น. สถานีอนามัยบ้าน โพน	1.ได้ข้อมูลบริบทชุมชนที่ค่อนข้าง สมบูรณ์ตั้งแต่การเริ่มก่อตั้งบ้าน ชุมชน ตั้งเดิมการค้าเนินชีวิตของผู้สูงอายุใน อดีต ตั้งแต่ต้นจน จนกระทั่ง เข้านอน 2.ได้เรียนรู้บ้าน โพน เป็นหมู่บ้านที่มี ความสามัคคี มีความเชื่อที่ทุกคนยึดถือ ด้านจิตใจ คือหลวงพ่อใหญ่ 3.นักวิจัยได้รู้การแก้ไขปัญหาและ อุปสรรคในการดำเนินงาน เช่น การจัด สถานที่ในการสัมภาษณ์ ควรเรียบสงบ ปราศจากการรบกวน 4. นักวิจัยได้ทราบ แนวทางการได้ข้อมูล ที่ละเอียดมากขึ้น โดยการถามให้เล่า

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีการเครื่องมือ/ กระบวนการ	ผู้เข้าร่วมกิจกรรม	วัน/เวลา/สถานที่	ผลที่ได้/บทเรียนที่ได้
8 ศึกษาและสำรวจ สถานการณ์ สภาพ ปัญหาของผู้สูงอายุ บ้านโพธิ์ทอง โดย การสัมภาษณ์กลุ่ม	1. เพื่อทราบสถานการณ์ ผู้สูงอายุ จำนวน แต่ละกลุ่ม ปัญหาของแต่ละกลุ่ม 2. ความต้องการในการดูแล เพื่อให้เกิดความ สุข	1. แบ่งทีมวิจัย เป็น 3 ทีม 2. แบ่งหน้าที่ ในทีม ผู้ สัมภาษณ์ ผู้บันทึกข้อมูล 3. มอบหมาย มีผู้นัดหมายกับ ผู้สูงอายุ และผู้ดูแล 4. การสัมภาษณ์กลุ่ม แยกเป็น กลุ่มผู้สูงอายุชาย /หญิง 5. การมีประเด็นในการ สัมภาษณ์ ในสมุดนักวิจัย	นักวิจัย 8 คน ผู้สูงอายุ กลุ่ม สุขภาพแข็งแรง ทำ กิจกรรมได้ด้วย ตนเองจำนวน 5 คน ผู้สูงอายุ ที่อยู่ติดบ้าน มีปัญหาการเดินทาง จำนวน 2 คน ผู้ดูแล จำนวน 2 คน ผู้สูงอายุที่พิการ 1 คน ผู้ดูแล 1 คน รวม 19 คน	วันที่ 21 ม.ค. 55 เวลา 9-12.00 น. บ้านผู้สูงอายุ	ไม่ใช่ ถ้ามตอบเป็นข้อ ๆ 5. นักวิจัยมีความมั่นใจในแนวคำถามที่จะ ไปสัมภาษณ์ 6. ทีมวิจัยกำหนดนัดหมายสรุปข้อมูลครั้ง ต่อไป วันที่ 21 มกราคม 2555 1. ได้ทราบผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 แข็งแรง ไปไหนมาไหน ได้ และเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชน กลุ่มที่ 2 กลุ่ม ที่สุขภาพแข็งแรง แต่ไม่ออกไป ร่วมกิจกรรมกับชุมชน อยู่แต่ในบ้าน ตนเอง กลุ่มที่ 3 กลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพ เจ็บป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่ โรคปวดเมื่อย ตามร่างกาย เบาหวาน ความดันโลหิตสูง กลุ่มที่ 4 กลุ่มที่มีปัญหาการทำกิจวัตร ประจำวัน ต้องมีผู้ดูแล มีจำนวน 5 คน 2. ได้รับทราบปัญหา ความต้องการดูแล ทางด้านร่างกาย จิตใจ 3. ผู้สูงอายุ รู้สึกมีความสุข กับการได้

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีการ/เครื่องมือ/ กระบวนการ	ผู้เข้าร่วมกิจกรรม	วัน/เวลา/สถานที่	ผลที่ได้/บทเรียนที่ได้
9. เก็บข้อมูล วิเคราะห์รูปแบบ การมีส่วนร่วมดูแล ผู้สูงอายุ ของอสม./ ผู้ดูแล/เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข/ภาค/ ผู้นำชุมชน โดยการ สัมภาษณ์	1. เพื่อเก็บข้อมูล บทบาท หน้าที่ ของภาคีเครือข่าย ใน การดูแลผู้สูงอายุ 2. เพื่อให้ภาคีเครือข่าย ได้ สะท้อนปัญหาในการดูแล ผู้สูงอายุ และปัญหาในการ ดำเนินงาน สัมภาษณ์	1. สันทนาการ โดยเรียนเชิญ ตัวแทนภาคี ต่าง ๆ เข้าร่วม ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ชาวชน ผู้นำชุมชน ประธานชมรม ผู้สูงอายุ ผอ.รพ.สต. และ เจ้าหน้าที่รพ.สต. เจ้าหน้าที่ เทศบาล ทองทอง 2. ใช้ผัง Mine map ในการ บันทึกข้อมูล เพื่อให้ทุกคน เห็นถึง ความเกี่ยวข้องกัน ของแต่ละหน่วยงาน 3. ตัวแทนภาคีเครือข่าย ได้ เล่ากิจกรรมที่ดำเนินงานด้าน ผู้สูงอายุ และ ปัญหาและ อุปสรรค 4. ยาวาชนช่วยบันทึก	รพ.สต. อสม. ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ ชาวชน และประธานชมรม ผู้สูงอายุ มิกกลุ่ม เยาวชนเข้าร่วม จำนวน 8 คน เนื่องจากจัดวันเสาร์ จึงได้เข้าร่วม ทีมวิจัย ได้เรียนรู้ว่า แต่ละ หน่วยงาน มีการ ช่วยเหลือผู้สูงอายุ อย่างไร บ้าง และได้ สะท้อนความ ต้องการช่วยเหลือ ปัญหาและอุปสรรค ที่ทีมวิจัยได้ทราบ	วันที่ 21 ม.ค. 55 และ 19 ก.พ. 55 เวลา 9-12 น. สถานีอนามัยบ้านโพน	พูดคุยสิ่งต่าง ๆ กับทีมวิจัย อยากให้ทำ บ่อย ๆ 1. นักวิจัย ได้เรียนรู้วิธีการเก็บข้อมูลการ สัมภาษณ์เชิงลึก 2. นักวิจัย ได้เรียนรู้ การสังเกตวิธีการ สัมภาษณ์เชิงลึก 3. ทีม และภาคีเครือข่าย ได้เกิด กระบวนการคิดสะท้อนเกี่ยวกับการ ทำงานด้านผู้สูงอายุ

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีการ/เครื่องมือ/ กระบวนการ	ผู้เข้าร่วมกิจกรรม	วัน/เวลา/สถานที่	ผลที่ได้/บทเรียนที่ได้
10.นำเสนอข้อมูล ความก้าวหน้า งานวิจัย	1. เพื่อนำเสนอข้อมูลที่ได้ ทั้งหมดต่อชุดโครงการใหญ่ และสภา 2. เพื่อกระตุ้นการทำงานของ ทีมวิจัยแต่ละโครงการ	5. หัวหน้าทีมวิจัย ช่วยสรุป 1. แต่ละกลุ่มนำเสนอข้อมูลที่ได้ทั้งหมด 2. หัวหน้าชุดโครงการและ สกว. ให้ข้อเสนอแนะแนว ทางการดำเนินงานขั้นตอนต่อไป	ทีมวิจัยหลัก 5 คน ทีมวิจัยรอง 2 คน รวม 6 คน	วันที่ 16 ก.พ. 2555 เวลา 08.30-16.30 น. ที่ รพ. เชียงใหม่	1. ทีมวิจัยมีความมั่นใจมากขึ้นว่ากิจกรรม และกระบวนการที่ทำมานั้นถูกต้องแล้ว 2. ทีมวิจัย ได้ แนวทางการเก็บข้อมูล เพิ่มเติม ในประเด็น ที่เป็น หัวใจหลัก ของงานวิจัย ได้ แก่ บทบาทของภาคี เครือข่าย มีส่วนร่วมอย่างไร ในการพัฒนา คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
11.ศึกษานิยาม ความหมาย และ การให้คุณค่าผู้ สูงอายุในมุมมอง ของชุมชน 2. ศึกษานิยามความ หมายเชิงค่าว่า ความสูงอายุนุ่มมก ของผู้สูงอายุ	1. เพื่อเก็บข้อมูล ความหมาย ของผู้สูงอายุ ของคนใน ชุมชน 2. เพื่อสร้างข้อมูลนิยาม ความหมาย และการให้ คุณค่าผู้สูงอายุในมุมมอง ของคนทั้ง 4 วัย 2. เพื่อทราบข้อมูล การ ให้ค่าความหมาย จากค่าว่า	1. การแบ่ง หมู่บ้าน รับผิดชอบให้แก่นักวิจัย 2. มอบหมาย นักวิจัย สัมภาษณ์เจ้าอาวาส โดยผู้วิจัยหลัก เป็นผู้ สัมภาษณ์ ยาวชนช่วยและ บันทึก โดยแบ่งผู้ถูก สัมภาษณ์ 4 กลุ่ม ในการให้ ความหมายค่าว่าผู้สูงอายุ	นักวิจัยหลักทุกคน นักวิจัยรองจำนวน 6 คน	ช่วงวันที่ 25 ก.พ. 55- 13 มี.ค. 55 เวลา ช่วงหัวค่ำ ที่บ้านผู้สูงอายุ	1. ได้นิยาม ความหมาย และการให้คุณค่า ผู้สูงอายุในมุมมองของคนทั้ง 4 วัย คือ วัย เด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุ 2. นักวิจัย ได้พัฒนาศักยภาพและทักษะ การเป็นผู้ฟังและผู้จัดบันทึกที่ดี 3. ได้นิยาม ความหมายของคำว่า ความสูง อายุพอใจในชีวิต ของผู้สูงอายุบ้านโพธิ์ 4. ทีมวิจัยกำหนดนัดหมายครั้งต่อไป มีนาคม 2555

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีการ/เครื่องมือ/ กระบวนการ	ผู้เข้าร่วมกิจกรรม	วัน/เวลา/สถานที่	ผลที่ได้/บทเรียนที่ได้
	ความพึงพอใจในชีวิต หรือ ความสุข ในมุมมองผู้สูงอายุ แต่ ละกลุ่ม	ดังนี้ กลุ่มเด็ก กลุ่ม เยาวชน กลุ่มวัยผู้ใหญ่ และกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มละประมาณ 5-6 คน 3.สัมภาษณ์ผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิต โดยใช้คำว่า ความสุข ความพอใจ ใช้ คำถามดังนี้“ทุกวันนี้ สุข แล้วยัง แล้ว มีทุกข์ อย่างไร”			
12. เกริ่นนำเสนอ ข้อมูลทั้งหมดที่ วิจัย ได้มา	1.เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล ตาม วัตถุประสงค์ 2. เพื่อกำหนดแนวทางในการ เก็บข้อมูลเพิ่มเติม แต่ละ วัตถุประสงค์ 3. เพื่อกำหนดให้ทีมวิจัย ที่ไม่ เกี่ยวข้องกับการเก็บข้อมูลนั้น ได้มีส่วนร่วม	1.เขียนวัตถุประสงค์ บน กระดาน ฟรึฟ ที่ละข้อ มี 6 ข้อ 2. ให้ทีมวิจัย แต่ละคน บอกข้อมูล ใน วัตถุประสงค์นั้น ๆ ตามที่ ตนได้เก็บข้อมูลมา	นักวิจัยจำนวน 8 คน นักวิจัยเยาวชน 2 คน	วันที่ 15 มีนาคม 55 เวลา 9-12.00 น สถานีอนามัยบ้านโพธิ์	1.นักวิจัย ได้เรียนรู้ การนำข้อมูลมา วิเคราะห์ 2. นักวิจัย ได้แสดงศักยภาพให้ เพื่อนร่วม ทีมเห็นความสามารถในการทำวิจัย แต่ ละคน 3.ได้แนวทางในการเก็บข้อมูลเพิ่ม เนื่องจาก ข้อมูลในประเด็น บทบาทภาคี

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีการ/เครื่องมือ/ กระบวนการ	ผู้เข้าร่วมกิจกรรม	วัน/เวลา/สถานที่	ผลที่ได้/บทเรียนที่ได้
	ได้รับทราบข้อมูลไปพร้อม ๆ กับคนอื่นในทีม	3.เขาชวน ช่วยบันทึก 4.หัวหน้าทีม สรุป ข้อมูล			เครือข่าย ยังไม่ชัดเจน จึงวางแผนที่จะเก็บข้อมูลเพิ่ม 4.ข้อมูลด้าน สุขภาวะผู้สูงอายุ ยังไม่ชัดเจน มอบหมายให้คุณประนอม และคุณก๊ิบ ช่วยรวบรวม ข้อมูลด้านภูมิปัญญาท้องถิ่น มอบให้ คุณออย กับทีมเยาวชนไปเก็บเพิ่ม นัดหมาย การเข้าร่วมประชุม นำเสนอความก้าวหน้าที่ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม (มมส.)
13.การเข้าร่วมกิจกรรมวันสงกรานต์ กับผู้สูงอายุ	1.เพื่อสังเกตการณ์มีส่วนร่วมของแต่ละภาคี ในการจัดงานวันผู้สูงอายุ 2.เพื่อสังเกตการณ์มีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ	1.เข้าร่วมงาน 2.สังเกต	1.ทีมวิจัยทุกคน 20 คน	วันที่ 14 เม.ย. 55 เวลา 7-14.00 น.	1.พบว่า การจัดงานในครั้งนี้ มีเทศบาลโพธิ์ทองเป็นเจ้าภาพหลักให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ และดูแลเรื่องสถานที่ อุปกรณ์ รวมทั้งดำเนินงานในภาพรวม 2.มีผู้สูงอายุ เข้าร่วมกิจกรรม ที่วัดจำนวน มาก แต่ ที่ไม่ได้มาร่วมส่วนหนึ่ง เนื่องจาก ไปมาลำบาก 3.มีชาวบ้าน เข้าร่วมกิจกรรม ทุกวัย ซึ่ง

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีการ/เครื่องมือ/ กระบวนการ	ผู้เข้าร่วมกิจกรรม	วัน/เวลา/สถานที่	ผลที่ได้/บทเรียนที่ได้
					พบว่า ชาวบ้าน โพนให้ความสำคัญกับ วันนี้ เนื่องจาก ยึดถือมานาน ว่าต้องหยุด งาน มาสักกระหลวป่ว ร่วมกับ สงน้ำ ผู้สูงอายุ
14. เป้าเสนอรายงาน ความก้าวหน้าระยะ ที่ 1 ตล สกว.	1. เพื่อนำเสนอข้อมูลทั้งหมด 2. เพื่อรับฟังข้อเสนอแนะจาก ผู้ทรงคุณวุฒิในการดำเนินงาน ต่อไป 3. เพื่อกำหนดการส่ง รายงานความก้าวหน้าและแนว ทางการจัดทำรายงาน	1. แต่ละโครงการนำเสนอ ข้อมูลทั้งหมด 2. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมกันในแต่ละโครงการ 3. ผู้ทรงคุณวุฒิให้ ข้อเสนอแนะ	หัวหน้าโครงการ ทีม วิจัยรวม 8 คน	วันที่ 4 พ.ค. 2555 เวลา 09.00-15.00 น. ที่คณะพยาบาลศาสตร์ มมส.	1. ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการ ทำงานกับโครงการอื่นๆ 2. ได้เข้าใจ ทำไม ต้องทำวิจัยโดยชาวบ้าน หรือ ห้างถิ่น เพราะเป็นเรื่องที่ คนวิจัย เกี่ยวข้อง อยู่กับชีวิตประจำวัน เรื่องใกล้ ตัว แต่เมื่อทำไปแล้ว ต้องเกิดการเรียนรู้ 3. ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะการทำวิจัย กลุ่ม นี้ เป็นเรื่องที่ยากตรง ที่จะทำอะไร ให้ ภาคี มาร่วมกับเรา โดยวิธีการที่ให้เกิด ความยั่งยืน คือ การหาเจ้าภาพหลัก หรือ คนที่จะเป็นแกนหลักในการดำเนิน กิจกรรม คือใคร
15. อบรมการทำ รายงานการเงิน	1. เพื่อให้ผู้รับผิดชอบการเงิน โครงการมีความรู้และเข้าใจ	1. บรรยาย 2. ฝึกปฏิบัติ	หัวหน้าโครงการ และผู้รับผิดชอบ	วันที่ 8 พ.ค. 2555 เวลา 09.00-14.00 น.	1. ผู้รับผิดชอบการเงินมีความรู้เรื่อง เอกสารการเงิน และการจัดทำบัญชี

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีการ/เครื่องมือ/ กระบวนการ	ผู้เข้าร่วมกิจกรรม	วัน/เวลา/สถานที่	ผลที่ได้/บทเรียนที่ได้
โครงการวิจัย (โดย ศกว.)	แนวทางการทำรายงานการเงิน 2. เพื่อกระตุ้นให้การเงิน โครงการมีการจัดทำรายงาน การเงิน	3. สร้างสิ่งที่ได้รับ/ปัญหา อุปสรรคในการ ดำเนินงาน/ข้อเสนอแนะ	การเงินโครงการ รวม 2 คน	ที่คณะพยาบาลศาสตร์ นมส.	การเงินโครงการมากขึ้น 2. ทราบแนวทางการจัดทำรายงานการเงิน 3. ทราบกำหนดการส่งรายงานการเงิน 4. ทราบปัญหาอุปสรรคในการทำงานที่ เกี่ยวกับการเงินและแนวทางการแก้ไข 5. นักวิจัยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน
15. ประชุมทีมวิจัย เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล และแลกเปลี่ยนข้อมูล เพิ่มเติมตามที่ได้รับ เสนอแนะ และ วางแผนการ นำเสนอข้อมูลแก่ ชุมชน	1. เพื่อให้ทีมวิจัยร่วมกัน วิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดตาม วัตถุประสงค์ 2. เพื่อวางแผนการเก็บข้อมูล เพิ่มเติมในประเด็นที่ขาด เพิ่มเติมในการนำเสนอ 3. เพื่อวางแผนการนำเสนอ ข้อมูลและกำหนดวันที่ รับผิดชอบ	1. หัวหน้าโครงการชี้แจง ผลการนำเสนอเมื่อวันที่ 4 พ.ค. 55 2. ร่วมกันวางแผนเก็บ ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่ อ. เสนอแนะ 3. ร่วมกันสรุปบทเรียนที่ ได้จากการทำงานวิจัยและ ปัญหาอุปสรรค 4. ร่วมกันกำหนดวัน นำเสนอข้อมูลแก่ชุมชน	ทีมวิจัยหลัก 9 คน ทีมวิจัยรอง 3 คน รวม 12 คน	วันที่ 21 พ.ค. 55 เวลา 08.30-16.30 น. ที่สถานอนามัยบ้านโพธิ์	1. ทราบผลการดำเนินงานและประเด็นที่ ต้องเก็บข้อมูลเพิ่มเติม 2. ทีมวิจัยร่วมกันวางแผนเก็บข้อมูล เพิ่มเติมและได้แนวคำถามการเก็บข้อมูล 3. ทราบกำหนดวันนำเสนอข้อมูลแก่ ชุมชน 4. ทราบบทเรียน/ผลที่เกิดขึ้นกับนักวิจัย และชุมชน และปัญหาอุปสรรค 5. นัดหมายครั้งต่อไปวันที่ 23 พ.ค. 55

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีการ/เครื่องมือ/ กระบวนการ	ผู้เข้าร่วมกิจกรรม	วัน/เวลา/สถานที่	ผลที่ได้/บทเรียนที่ได้
ประชุมทีมวิจัยเพื่อ วิเคราะห์ข้อมูลและ วางแผนการ นำเสนอข้อมูลแก่ ชุมชน	1. ทีมวิจัยร่วมกันวิเคราะห์ ข้อมูลทั้งหมดตามวัตถุประสงค์ 2. เพื่อสรุปข้อมูลเพิ่มเติม 3. เพื่อวางแผนและเตรียมความ พร้อมการนำเสนอข้อมูลแก่ ชุมชน 4. เพื่อร่วมกันตั้งเป้าหมายของ การนำเสนอข้อมูล	5. แบ่งหน้าที่รับผิดชอบ 1. สรุปข้อมูล 2. นักวิจัยร้องเป็นผู้สรุป ข้อมูลโดยใช้ กระดาษ 3. ผู้รับผิดชอบงานแต่ละ งานรายงานความก้าวหน้า ความพร้อมในการ เตรียมการนำเสนอข้อมูล	ทีมวิจัยหลัก 9 คน ทีมวิจัยรอง 3 คน รวม 12 คน	วันที่ 21 พ.ค.55 เวลา 08.30-16.30 น. ที่สถานีอนามัยบ้านโนน	1. ได้ข้อมูลที่จะนำเสนอต่อชุมชน 2. ทีมวิจัยทุกคนร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูล ทั้งหมด 3. ทราบความก้าวหน้าในการเตรียมการ นำเสนอข้อมูลแก่ชุมชน 4. ทีมวิจัยทราบว่าต้องทำอะไรบ้าง 5. ทีมวิจัยทราบเป้าหมายของการ นำเสนอข้อมูล

วิเคราะห์บทเรียนจากการดำเนินงาน

กิจกรรม : ประชุมทีมวิจัยเพื่อชี้แจงความเข้าใจเกี่ยวกับกรอบการวิจัยและกำหนดบทบาทหน้าที่ โดยการติดต่อประสานงาน ไปยังผู้นำชุมชนเพื่อให้ทราบว่า นักวิจัย จะลงพื้นที่บ้าน โพน เพื่อสอบถามปัญหาด้านผู้สูงอายุ ของชุมชน และไปสังเกตการณ์สภาพความเป็นอยู่ของชาวบ้านเพื่อพัฒนาโจทย์วิจัย โดยมีผู้เข้าร่วมเป็นทีมวิจัย จำนวน 6 คน และผู้นำชุมชนจำนวน 1 คน

นอกจากการสอบถามชาวบ้านในหมู่บ้านแล้ว ยังได้เข้าไปสอบถามผู้สูงอายุที่อยู่ในหมู่บ้าน ซึ่งผู้นำชุมชน และอาสาสมัครเข้าร่วมวิจัยเป็นผู้นำทางไปพบผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุได้เล่าถึง ความเป็นอยู่ ในปัจจุบัน ทั้งด้านร่างกาย ด้านเศรษฐกิจ สังคม บางคนเล่าว่า เมื่อก่อน ในอดีต มีความสุข อาหารการกิน ก็มีตามทุ่งนา กบเขียดก็กินกันได้ แต่ปัจจุบัน ไม่มี ต้องซื้อขาย ทำให้สุขภาพมีแต่โรค โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงไม่เคยมี แต่ปัจจุบันมีกันแทบทุกคน ด้วยภาวะเศรษฐกิจที่ ลูกหลานต้องออกไปหารายได้ นอกหมู่บ้าน ทำให้ผู้สูงอายุ ต้องอาศัยอยู่ตามลำพัง หรือ แม้แต่บางครั้ง มีหลานอยู่ด้วย ก็มีความรู้สึกห่างเหินกัน รู้สึกลูกหลานไม่สนใจ ขาดเพื่อนพูดคุย ซึ่งผู้สูงอายุ ให้ข้อมูลว่า ถ้าได้ร่วมกิจกรรม หรือมีคนมาเป็นเพื่อน จะรู้สึกมีความสุขมากขึ้น

จากการสอบถามปัญหาดังกล่าว ของผู้สูงอายุบ้าน โพน จึงทำให้ทีมวิจัยต้องการใช้กระบวนการวิจัยเพื่อนำไปสู่รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยมีฐานคิดว่า ถ้าทุกส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ มีส่วนร่วมในการดำเนินงานร่วมกัน ผู้สูงอายุจะได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิต

บทเรียนจากการดำเนินงาน

1. การติดต่อประสานงานในพื้นที่ ดัดจริตเรื่อง การออกหนังสือ ในการแจ้งข่าวสาร ทำให้การประสานงาน ค่อนข้างกระชั้นชิดเกินไป
2. ทีมหัวหน้าวิจัย กับผู้นำชุมชนขาดความคุ้นเคย เกิดความวิตกกังวลว่า จะไม่ได้รับความร่วมมือ
3. ในชุมชน มีกิจกรรม ต่าง ๆ ของชุมชน จึง ต้องใช้การเข้าไปพบชาวบ้านที่บ้าน โดยเฉพาะผู้สูงอายุ

กิจกรรม : ประชุมชี้แจงโครงการวิจัยแก่ชุมชน เพื่อให้ชาวบ้านทราบ และเข้าใจถึงเหตุผล ของการเข้าไปในหมู่บ้านของนักวิจัย พร้อมกับอาสาสมัครนักวิจัยในหมู่บ้าน เพื่อที่จะดำเนินงานโครงการ โดยมีทีมวิจัย จำนวน 21 คน ผู้นำชุมชน 3 คน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโพนทอง 1 คน นักวิชาการจากมหาวิทยาลัยมหาสารคาม 1 คน

ทีมนักวิจัย ได้ลงพื้นที่บ้าน โพน เพื่อจัดเวทีในการชี้แจงโครงการ และหาอาสาสมัครวิจัยเพิ่ม โดยเริ่มถึงการเล่ากระบวนการทำวิจัย อย่างมีส่วนร่วม เป็นการทำวิจัยร่วมกันของนักวิจัยและชาวบ้าน โคนชาวบ้านเป็นผู้แสดงความคิด ความต้องการของตนเอง ให้ข้อมูล และนักวิจัยเป็นผู้หาข้อมูล และรวบรวมข้อมูล จากนั้นทีมวิจัยได้ชี้แจงให้ชาวบ้านฟังว่า จากการติดต่อยังผู้นำชุมชน และผู้สูงอายุ บางส่วน และการสังเกตสภาพชุมชน สรุปได้ว่า ปัญหาที่ผู้สูงอายุประสบอยู่ในปัจจุบัน มีหลายด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ ทีมวิจัยจึงมีความต้องการที่จะศึกษาปัญหา และความต้องการอย่างละเอียด เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา โดยใช้กระบวนการวิจัยอย่างมีส่วนร่วม

จากการสังเกตพบ ว่า ชาวบ้าน ส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ เข้าใจ และสับสนหัวใจที่จะมีทีม เข้ามาช่วยเหลือ โดยตนเองมีส่วนร่วม ในการแสดงความคิดเห็น และเข้าร่วมทีมนักวิจัย

บทเรียนจากการดำเนินงาน

การจัดเวทีชี้แจง ทีมวิจัย หรือผู้นำทีมวิจัย ควรปรับคำพูดบางคำ ให้เป็นภาษาที่ชาวบ้านเข้าใจง่าย

กิจกรรม: อบรมการแลกเปลี่ยนและสร้างเครื่องมือเก็บข้อมูล

การอบรมให้ความรู้แก่ทีมวิจัย ในการเก็บข้อมูลในพื้นที่ และให้ทีมวิจัยร่วมกันออกแบบสอบถาม หรือ สัมภาษณ์ในการจัดเก็บข้อมูล โดยมี นักวิจัยจากบ้าน โพนเข้า ร่วมทั้งหมด 8 คน -นักวิจัยจากทีมอื่น ๆ ทีมละประมาณ 8 คน รวม 40 คน อาจารย์ที่ปรึกษา ทีมวิทยากรรวม 5 คน

กิจกรรม : ลงพื้นที่บ้านโพนเพื่อเก็บข้อมูลเบื้องต้น โดยให้ชาวบ้าน ที่เป็นนักวิจัยเก็บข้อมูล ร่วมด้วย มีผู้เข้าร่วมได้แก่ ทีมวิจัยหลัก 12 คน ทีมวิจัยรอง 5 คน ผู้นำชุมชน 8 คน ผู้สูงอายุ และญาติจำนวน 60 คน รวม 85 คน

โดยหลังจากที่นักวิจัย ได้อบรมการเก็บข้อมูล และเตรียมความพร้อม กำหนด หน้าที่ในทีมเรียบร้อยแล้ว ในวันถัด โดยทีมนักวิจัยท้องถิ่นแบ่งกลุ่ม กลุ่มละประมาณ 3-4 คน แบ่ง 4 กลุ่ม เพื่อเก็บข้อมูล โดยแบ่งกันรับผิดชอบตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยใช้คำถามที่ได้ร่วมกันแตกกรอบ คำถามไว้ก่อนหน้านี้ โดยนักวิจัยชาวบ้าน เป็นผู้สัมภาษณ์ และมีนักวิจัยอีกคนในทีมเดียวกัน เป็นผู้บันทึกข้อมูล

บทเรียนจากการดำเนินงาน

1. การเก็บข้อมูล เป็นไปด้วยความยุ่งยากเนื่องจาก มีการรวมกลุ่มกัน ของผู้สูงอายุ จำนวนมาก ทำให้เสียงดัง การสัมภาษณ์ยุ่งยากมากขึ้น
2. การดำเนินงาน ถ้าช้า จนมืด ซึ่งทีมวิจัยไม่ได้เตรียมการเรื่องไฟฟ้าส่องสว่าง ทำให้ เกิดปัญหาในการบันทึกข้อมูลเล็กน้อย
3. การจัดกิจกรรมในช่วงสุดท้าย ผู้สูงอายุ บางส่วนได้ร่วมสนุก จึงพึงพอใจ แต่ผู้สูงอายุบางคนสภาพร่างกายไม่สามารถยืนนานได้ จึงไม่อาจร่วมกิจกรรมได้ จึงเกิดความไม่พอใจ

กิจกรรม : ประชุมทีมวิจัยเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล ทีมนักวิจัยได้เก็บรวบรวมมา โดยหัวหน้านักวิจัยเป็นผู้นำเสนอ ข้อมูลที่ได้รวบรวมมาจากการสัมภาษณ์ มาร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูล และสรุปเพื่อให้ได้ข้อมูลจริง โดยบางประเด็นที่ ข้อมูลยังมีความขัดแย้งกัน ได้มอบหมายให้นักวิจัย ไปสัมภาษณ์เพิ่มเติม เพื่อให้ข้อมูลสมบูรณ์มากขึ้น จากนั้นทีมนักวิจัย ได้กำหนดการ จัดเวทีเพื่อนำข้อมูลที่ได้ มาเสนอต่อชาวบ้าน เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับชาวบ้าน โดยนักวิจัยได้เสนอข้อมูลและชี้แจงข้อมูลให้ชาวบ้านได้รับรู้ และให้ชาวบ้านมีส่วนร่วมได้แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมในสิ่งที่ชาวบ้านต้องการ สิ่งที่ต้องทำ

บทเรียนจากการดำเนินงาน

1. ทีมวิจัยได้เข้าใจ ถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในชุมชน ด้านผู้สูงอายุ

บทที่ 4

ผลการศึกษาวิจัย

การวิจัยเรื่องการรูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ บ้านโพหนอง อำเภอยะยี่ จังหวัดมหาสารคามเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research : PAR) โดยมีวัตถุประสงค์ในการวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาทำความเข้าใจวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในบริบทของคนบ้านโพ การรับรู้ต่อคำว่าผู้สูงอายุ คุณค่าในตัวเองและบทบาทที่เปลี่ยนไป
2. ประเมินสถานการณ์ สภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุของบ้านโพหนอง
3. เพื่อวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในบริบทของชุมชนชนบท
4. เพื่อค้นหาภูมิปัญญาดั้งเดิมในการจัดการการดูแลผู้สูงอายุของบ้านโพหนอง
5. เพื่อวิเคราะห์ศักยภาพและบทบาทของภาคีเครือข่ายในการจัดการการดูแลผู้สูงอายุของ ตัวผู้สูงอายุเอง ผู้ดูแล ชุมชน ผู้นำชุมชน และ ภาคีเครือข่าย
6. เพื่อพัฒนาแนวทางการจัดการอย่างมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการจัดการดูแลสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชน

วัตถุประสงค์ 1. เพื่อศึกษาทำความเข้าใจวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในบริบทของคนบ้านโพ การรับรู้ต่อคำว่าผู้สูงอายุ คุณค่าในตัวเองและบทบาทที่เปลี่ยนไป

ความเปลี่ยนแปลง ตั้งแต่อดีต จนถึงปัจจุบันของบ้านโพ

ประวัติบ้านโพ

บ้านโพ อยู่ทิศตะวันออก อำเภอยะยี่ ห่างออกไปประมาณ 6 กิโลเมตรเศษๆ ตามทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 209 สายขอนแก่น – กาฬสินธุ์ พอไปถึงบ้านสีดาสระแก้ว แยกลงไปทางทิศใต้ประมาณ 2 กิโลเมตร ท่านจะมองเห็นบ้านโพตั้งยาวเหยียดขนานกับถนน บ้านโพ ขึ้นการปกครองกับตำบลโพหนอง อำเภอยะยี่ จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเป็นหมู่บ้านที่ประดิษฐานพระพุทธรูปองค์ใหญ่อันศักดิ์สิทธิ์องค์หนึ่งที่ขึ้นชื่อลือชามเป็นที่เลื่อมใสของพระพุทธศาสนิกชนในหมู่บ้านใกล้เคียงและประชาชนทั่วไป

บ้านโพ อยู่ห่างจากอำเภอยะยี่ไปทางทิศตะวันออกระยะทางประมาณ 6 กิโลเมตร และอยู่ห่างจากตัวจังหวัดไปทางทิศตะวันตกเฉียงเหนือ ระยะทางประมาณ 40 กิโลเมตรจากถนนใหญ่มีทางแยกเข้าหมู่บ้าน 3 แห่ง คือ แห่งแรก ที่ปากทางเขื่องโรงเรียนบ้านหนองไผ่ ลงไปทางทิศใต้ ข้ามสะพานห้วยกุดจอกเข้าสู่หมู่บ้านคุ้มเหนือ หรือคุ้มนอก แห่งที่สอง ที่ปากทางข้างโรงเรียนสีดาสระแก้ว ผ่านหมู่บ้านสีดา ข้ามสะพานคอนกรีตห้วยกุดจอก เข้าสู่หมู่บ้านคุ้มใหญ่ หรือคุ้มใน แห่งที่สาม

อาณาเขต

ทิศเหนือ จดบ้านสิดา บ้านหนองไผ่ ต.โพนทอง อ.เชียงยืน จ.มหาสารคาม บ้านหัวนาคำ ต.หัวนาคำ อ.ยางตลาด จ.กาฬสินธุ์

ทิศใต้ จดบ้านมะโม บ้านห้วยม่วง ต.หนองซอน อ.เชียงยืน จ.มหาสารคาม

ทิศตะวันออก จดบ้านนาสีนวล บ้านหนองเม็ก ต.นาสีนวล อ.กันทรวิชัย จ.มหาสารคาม

ทิศตะวันตก จดบ้านโพนทอง บ้านหนองคู ต.โพนทอง อ.เชียงยืน จ.มหาสารคาม

บ้านโพน เป็นหมู่บ้านเก่าแก่ดั้งเดิม ตั้งราวปลายพุทธศตวรรษที่ 1 หรือ พ.ศ.1100 ที่ได้นามว่าบ้านโพนได้มาจาก โพนจอมปลวกอันสูงใหญ่ ซึ่งเป็นที่ประดิษฐานองค์พระพุทธรูป หรือที่ชาวบ้านนิยมเรียกกันจนเลยปากว่า “ครุบาใหญ่” ผู้ตั้งบ้านหลังแรกนั้นจะเป็นใครไม่ปรากฏหลักฐานเพียงแต่ทราบจากคนเฒ่าคนแก่ในหมู่บ้าน เล่าขานต่อกันมาว่าเป็นหมู่บ้านหนึ่งขึ้นอยู่ในการปกครองของอาณาจักรลาว เมื่อลาวเข้ามาปกครองดินแดนแห่งนี้ก็สามารเข้ากันได้ดีกับผู้คนที่ย้ายย้ายมาแต่เดิม ขนบธรรมเนียมประเพณีก็มีความใกล้เคียงกันสามารถปรับประยุกต์ในส่วนปลีกย่อยให้เกิดความเหมาะสมกลมกลืน จึงไม่ปรากฏมีความขัดแย้งที่รุนแรงขึ้นกับผู้คนที่เป็นคนในท้องถิ่นเดิม

ต่อมา อาณาจักรลาวไม่เจริญเท่าใดนัก จึงตกเป็นเมืองขึ้นของขอมหรือละว้าหรือกะละและชนชาติอื่นหลายคราว จนในที่สุดไทยแผ่อำนาจเข้ายึดดินแดนละว้าหรือกะละได้ตั้งแต่นั้น (พ่อใหญ่ แสง ชินแสน) เล่าปากต่อปาก ไม่มีจารึกหลักฐานให้พอสนับสนุน ชินแสน นายกเทศบาลตำบลโพนทอง ถึงประวัติเพิ่มเติมว่าบ้านโพนของเรา เป็นเมืองเก่าแก่เกิดขึ้นพร้อมกัน เมืองฟ้าแดดสงยาง(อาณาจักรโบราณ ของอำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์) บ้านโพนได้สร้างเมือง บริเวณคอนหังคอน โสงเป็นป่ามีเจ้าเมืองมาสร้างเมือง บริเวณโนนตูม สร้างเมืองก็ต้องมีการสร้างหลวงปู่ใหญ่ เมื่อสร้างเมืองเสร็จ เจ้าเมืองทางกาฬสินธุ์ บอกว่าเจ้าเมืองบ้านโพนไม่ยอมส่งส่วย จึงส่งคนมาทำจัด พอเจ้าเมืองตาย ชาวบ้านที่เหลือ จึงกระจัดกระจายตั้งถิ่นฐานลงมาบ้านโพนถือว่าเป็นที่สูง นาชั้นดินธรรมดา คำว่าภูเขาซึ่งสารคามไม่มีภูเขา เลยเอาความคิดนี้ไปตั้งชื่อกันเพื่อให้แผ่นดินสูงขึ้น

การปกครอง เดิมทุกหมู่บ้านที่เป็นบ้านเก่าแก่เช่นอย่างบ้านโพน จะไม่มีผู้ใหญ่บ้านปกครองที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นทางการตามพระราชบัญญัติลักษณะการปกครองท้องที่อย่างทุกวันนี้ แต่ก็มีผู้ปกครองที่ลูกบ้านยกย่องหรืออุปโลกน์ขึ้นจากบุคคลที่ถูกบ้านให้ความเคารพนับถือ มีฐานะดี ความประพฤติดี มีจิตใจเป็นธรรม เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ มีเมตตาจิตสูง เรียกว่า “จำเริญ” หรือ “กวนบ้าน” ทำหน้าที่เหมือนผู้ใหญ่บ้านปัจจุบัน บ้านโพนมีจำเริญ หรือกวนบ้าน ติดต่อกันมาดังนี้คือ

- หมื่นถี - ไชยปัญญา
- ัญญาหนูเทียน - โพธิราช

ครั้นต่อมาบ้านเมืองเจริญขึ้น ทางราชการได้ตราพระราชบัญญัติปกครองท้องที่ขึ้นปี พ.ศ. 2457 (แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2542) บ้านโพนจึงแบ่งเขตการปกครองเพื่อความเหมาะสมออกเป็น 2 หมู่บ้าน คือ

หมู่ 11 เรียกว่าหมู่บ้านคุ้มในหรือคุ้มใหญ่ มีวัดประจำหมู่บ้าน 3 วัด ได้แก่ วัดใต้ (ขณะนี้ เป็นวัดร้าง) วัดแห่งที่สองได้แก่วัดกลางหรือวัดพุทธประดิษฐ์ซึ่งเป็นวัดที่ประดิษฐานองค์หลวงพ่อในปัจจุบัน 3 วัดเหนือ คือ วัดจันทร์ประสิทธิ์ในปัจจุบัน

ลำดับรายนามผู้ใหญ่บ้านที่ได้รับการแต่งตั้งหรือเลือกตั้งเท่าที่พบในหลักฐาน ได้แก่

1. หมื่นคำไพเถาะ (นายคำไพ ขวัญโพน)
2. ขุนศรีหนองวอน (นายศรีจันทร์ ศิริกิจ เดิมเป็นกำนันตำบลโพนทองออกจากกำนันได้รับการแต่งตั้งให้เป็นผู้ใหญ่บ้าน)
3. นายเหรียญ สุริยะ (แต่งตั้ง)
4. นายหย่อม ภูพินนา (เลือกตั้ง)
5. นายโถม ขันทอง (เลือกตั้ง) คนปัจจุบัน

ต่อมาเมื่อ พ.ศ. 2531 ประชากรในหมู่บ้านเพิ่มมากขึ้น เป็นอุปสรรคในการปกครองและการพัฒนา จึงได้แบ่งการปกครองแยกจากหมู่ 11 เป็นหมู่บ้านที่ 17 มี นายน้อย ชารี ได้รับการเลือกตั้งเป็นผู้ใหญ่บ้าน คนปัจจุบัน

ลำดับรายนามเจ้าอาวาสปกครองฝ่ายสงฆ์ วัดพุทธประดิษฐ์ สืบทอดกันมาได้แก่

1. พระอาจารย์อินทร์ ฐิตปโปญ
2. พระอาจารย์เหรียญ โชติญาโณ
3. พระอาจารย์แพงมา ธรรมโม
4. พระอาจารย์คู่ จันทสโร
5. พระอาจารย์ทอง อินทปญโญ
6. พระอาจารย์ชู กตปญโญ
7. พระอาจารย์คำ ปญญาสโร
8. พระอาจารย์เคนแหล่ สุทธิญาโณ
9. พระอาจารย์เลียง จิตติปญโย
10. พระอาจารย์ประเคน ธรรมสโร
11. พระอาจารย์เคน ปญญาโณ
12. หลวงพ่อหัด กนุญาโณ
13. หลวงพ่อจับ จิตติสโร
14. หลวงก้ามี่ เคชะปญโย

15. พระครูประดิษฐ์วิริยาภรณ์ (แฉล้ม) (องค์ปัจจุบัน) ซึ่งได้รับการแต่งตั้งในปี พ.ศ. 2516 มาจนถึงปัจจุบัน

หมู่บ้านที่ 12 เรียกว่าหมู่บ้านเหนือหรือหมู่บ้านคุ่มนอก มีวัดประจำหมู่บ้านชื่อ วัดเหนือหรือวัดจันทร์ประสิทธิ์ ถึงแม้ว่าบ้านโพนจะแยกปกครองออกเป็นหลายหมู่บ้านและมีวัดหลายวัดก็ไม่นับเป็นอุปสรรคชวนให้แตกแยกความสามัคคีแต่อย่างใด ชาวบ้านโพนทองมีความรักใคร่กลมเกลียวกันดีเสมอมา มีอะไรก็ค่อยพูดจากันรู้เรื่องไม่ทะเลาะเบาะแว้งกัน โดยถือคติว่า “รวมกันเราอยู่แยกหมู่เราตาย” จะเห็นได้จากการทำบุญมหาชาติจะร่วมกันทำ ณ วัดใดวัดหนึ่ง หมุนเวียนกันไปทุกปี ไม่มีการแยกทำเช่นวัดต่างๆ ไปทั้งนี้เพราะทั้งสามหมู่บ้านยึดองค์หลวงปู่เป็นศูนย์รวมน้ำใจอย่างแน่นแฟ้น บารมีอำนาจอิทธิฤทธิ์หลวงปู่แผ่ขยายปกป้องคุ้มครองลูกหลานชาวบ้านโพนอย่างทั่วถึง ไม่เพียงแต่ชาวบ้านโพนเท่านั้น กระทั่งลูกหลานชาวบ้านใกล้เคียงทั้งที่ตามมาหากินในเมืองไทยและเดินทางไปทำงานต่างประเทศที่อยู่ห่างไกล หากให้ความเคารพนับถือหลวงปู่ยังได้รับความคุ้มครองป้องกันภัยอันตรายที่จะมาถึงตนเสมอเหมือนชาวบ้านโพนคุณเดียวกัน

ประวัติประเพณีความเชื่อชาวบ้านโพน

ปูชนียวัตถุที่สำคัญ

พระพุทธรูป ขนาดหน้าตักกว้าง 1.6 เมตร สูง 2 เมตร สร้างด้วยศิลาแลงเป็นพระพุทธรูปเก่าแก่ในอำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม เป็นที่สักการะของชาวบ้านทั่วไป ชาวบ้านเรียก “หลวงปู่” “พระครูบาใหญ่” หรือ “พระใหญ่บ้านโพน”

วัดพุทธประดิษฐ์ ตั้งเมื่อ พ.ศ. 2023 เป็นโบราณ ไม่ปรากฏหลักฐานว่าสร้าง พ.ศ.ใดใครเป็นผู้สร้างเล่าสืบกันต่อๆ มาว่ามีชาวอุบลราชธานีในระยะเริ่มยุคกรุงธนบุรีอพยพมาที่บ้านโพน สาเหตุมาจากกลุ่มเจ้าพระวอเกิดความบาดหมางกับฝ่ายเจ้าปล้าจึงพากันเคลื่อนย้ายเข้ามาตั้งหลักแหล่งอยู่ที่ดอนมดแดงริมฝั่งน้ำมูลในเขตจังหวัดอุบลราชธานี แล้วขอพึ่งพระบรมโพธิสมภารต่อสมเด็จพระเจ้ากรุงธนบุรี เหตุการณ์ในช่วงนี้เกิดการขยายตัวเมือง ในเขตอุบลราชธานีและยโสธร ในระหว่างนี้อุบลเป็นเมืองแล้ว แต่ยังไม่เรียกว่าอุบล ครั้นสถาปนากรุงเทพฯ 10 ปี พระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกฯ จึงพระราชทานนามว่าอุบลราชธานี ศรีวนาลัยประเทศราช ผู้คนจากเมืองอุบลได้อพยพมาตั้งบ้านเรือนขึ้นที่บ้านโพน ได้พบพระพุทธรูปโบราณทำด้วยศิลาแลง จึงพร้อมใจกันใช้ที่ดินบริเวณนั้นสร้างวัดขึ้น ต่อมา ปี พ.ศ. 2132 ได้รับพระราชทานวิสุงคามสีมา พ.ศ. 2484 พระเถียงเป็นเจ้าอาวาสได้ขอเปลี่ยนชื่อวัดใหม่จากเดิมว่า วัดกลาง เป็นวัดพระพุทธประดิษฐ์จนถึงปัจจุบัน ชาวบ้านนิยมเรียกว่า วัดใหญ่บ้านโพน ได้รับพระราชทานวิสุงคามสีมาเมื่อ พ.ศ. 2123 การบริหารและการปกครอง มีเจ้าอาวาสเท่าที่ทราบนาม คือ

การบริหารและการปกครอง มีเจ้าอาวาสเท่าที่ทราบนาม คือ

รูปที่ 1 พระอธิการเหรียญ พ.ศ. 2430 - 2445

รูปที่ 2 พระเทพวงศาจารย์ พ.ศ. 2445 - 2457

รูปที่ 3 พระชู พ.ศ. 2457 - 2469

รูปที่ 4 พระคู่ พ.ศ. 2469 – 2480

รูปที่ 5 พระเลียง พ.ศ. 2480 – 2491

รูปที่ 6 พระคำพัฒนา พ.ศ. 2491 – 2500

รูปที่ 7 พระเคนเหว พ.ศ. 2500 – 2504

รูปที่ 8 พระอธิการเคนเจอ พ.ศ. 2504 – 2511

รูปที่ 9 พระทัด พ.ศ. 2511 – 2516

รูปที่ 10 พระครูประดิษฐ์วิริยาภรณ์ ตั้งแต่ พ.ศ. 2516 จนถึงปัจจุบัน

ประเพณีที่สำคัญตั้งแต่โบราณจนถึงปัจจุบัน เทศกาลสงฆ์น้ำหลวงปู่

พุทธศาสนิกชนผู้ยึดถือพระพุทธศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ และน้อมรับเอาหลักธรรมคำสอนของพระพุทธองค์ เป็นเครื่องชี้นำจิตใจให้ชุ่มฉ่ำทุกเช้าค่ำ เชื่อว่า คงยอมรับและเคารพศรัทธาในหลวงปู่เสมือนหนึ่งองค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธะเจ้า บรมศาสดาแห่งพระพุทธศาสนา ยอมรับอภินิหารความศักดิ์สิทธิ์ขององค์หลวงปู่ รับว่าหลวงปู่เป็นศูนย์รวมน้ำใจและอยู่เหนือชีวิตจิตใจของชาวพุทธด้วยการเคารพกราบไหว้บูชา ด้วยดอกไม้ ธูปเทียนขอพรให้หลวงปู่ช่วยคุ้มครอง เพื่อความอยู่เย็นเป็นสุขแก่ตนและครอบครัว บรรลุสิ่งอันพึงปรารถนาทั้งปวง แล้วยังมีการปฏิบัติต่อองค์หลวงปู่อีกประการหนึ่งที่ชาวบ้าน โพน และผู้เคารพศรัทธาในหลวงปู่ถือปฏิบัติสืบกันมาแต่โบราณกาล คือ งานเทศกาลสงฆ์น้ำหลวงปู่ ซึ่งกำหนดให้มีขึ้นในเดือนหกของทุกปี

งานเทศกาลสงฆ์น้ำหลวงปู่ก็เนื่องมาแต่ประเพณีสงกรานต์นั่นเองพอถึงวันสงกรานต์พระสงฆ์ก็นำเอาพระพุทธรูปจากในวิหารหรือที่ตั้ง ลงมาตั้งวางไว้ ณ ที่เตรียมไว้ให้ประชาชนได้สงฆ์น้ำกัน เรียกว่า วันพระลง บางวัดมีการสร้างหอสงฆ์น้ำโดยเฉพาะ วางสงฆ์น้ำเป็นรูปพระยานาคสำหรับเทน้ำที่สงฆ์น้ำให้ไหลไปรดองค์พระพุทธรูปในหอสงฆ์ วัดที่ไม่มีหอสงฆ์ก็เอาพระพุทธรูปลงมาตั้งวางไว้บนโต๊ะกลางแจ้ง ครั้นสงกรานต์ล่วงไปก็นำพระพุทธรูปนั้นไปเก็บไว้ ณ ที่เดิม ส่วนพระพุทธรูปใหญ่ที่ไม่สามารถนำลงมาได้ เช่น พระประธานในโบสถ์ ก็สงฆ์ ณ ที่นั่นเลย เสร็จสิ้นประเพณีสงกรานต์หรือครบกำหนดสงกรานต์สามวันแล้ว ก็ป็นอันเลิกสงฆ์น้ำพระพุทธรูปกันไปโดยปริยาย ไม่มีวันพระขึ้น

สำหรับหลวงปู่ยังมีพิธีสงฆ์น้ำครั้งใหญ่หลังจากที่สงกรานต์ล่วงพ้นไปแล้วกาทำเป็นประจำทุกปีมิได้ขาด การสงฆ์น้ำหลวงปู่เริ่มต้นตั้งแต่วันเอาพระลงคือวันสงกรานต์ เรื่อยไปจนถึงวันที่สงฆ์ครั้งใหญ่ เรียกกันว่า วันเอาพระขึ้น หรือสงฆ์น้ำพระใหญ่บ้าน โพน ทำให้ชื่อว่าการเทศกาลสงฆ์น้ำหลวงปู่ในระหว่างที่ยังไม่มีพิธีสงฆ์น้ำครั้งใหญ่หลวงปู่จะผู้คนไปสงฆ์น้ำมิได้ขาดสงฆ์น้ำหลวงปู่แล้วจึงสงฆ์พระสงฆ์และผู้เฒ่าผู้แก่ หรือผู้ควรเป็นที่เคารพนับถือของลูกหลานซึ่งถือเป็นประเพณีอันดีงามกันสืบมา ต่อเมื่อ ได้มีพิธีสงฆ์น้ำหลวงปู่ครั้งใหญ่บ้าน โพนล่วงพ้นไปแล้วจึงจะถือว่าประเพณีสงกรานต์ของชาวบ้าน โพนหมดวาระลงในแต่ละปี

การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมการประกอบอาชีพ ตั้งแต่ อดีต ถึงปัจจุบัน

ชาวบ้านโพโนในอดีตส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำนา ส่วนอาชีพเสริมอย่างอื่น คือ ปลูกฝ้าย ปลูกคราม ปลูก เลี้ยงหม่อนไหม เมื่อก่อน เสื้อผ้าต้องดำ (ทอ) ค่อยได้นุ่ง ลงเงินฝ้ายยาม(ตอน)กลางคืน กลางวัน(วัน)ทำนา ทำไร่ เลี้ยงจิ้งจก(วัว) ควาย ช้อนปลา หาเห็ด หาบฟืน หากินด้วยลำแข้งของคน (หญิง อายุ 78 ปี) ซึ่งในสมัยนั้นอาหารการกินอุดมสมบูรณ์มาก อาหารตามธรรมชาติมีมากมาย อาหารไม่ได้ซื้อหาเองตามทุ่ง เช่น หากบ เห็ด ปู ปลา (ชาย อายุ 63 ปี) เมื่อได้อาหารมาก็เอามาแบ่งปัน แลกกันกิน ไม่มีการซื้อขาย อาชีพ รองลงมา ที่ทุกคนต้องทำ คือ การต้มเกลือ แก่เต่ามาไปต้มเกลือที่หนองซอน(พ่อ โสดา ชันทอง อายุ 65 ปี) แหล่งน้ำเป็นหนองท้ายหมู่บ้าน ส่วนน้ำดื่ม เป็นน้ำบ่อ ที่บ้านมะโม่ ตอนเช้าหาบถังน้ำไปตักน้ำกินวันละ 2 หาบ สร้าง(บ่อน้ำ) อยู่บ้านมะโม่ บางครั้งน้ำไม่มี ไปไกลถึงบ้านนาสันวล (หมู่บ้านที่อยู่ห่างบ้านโพโน ไปทางทิศตะวันออกเฉียงใต้ ประมาณ 5 กิโลเมตร)(นางแพง อุปนันท์ 67 ปี .นางจันทร์ อุปนันท์ 72 ปี) เวลาบุญเอาเกลือไปแลกไก่อตามบ้าน อาชีพต้มเกลือกันทุกบ้าน กินเกลือแทนปลาเค็ม(ปลาร้า)(พ่อ ชู อายุ 82 ปี) มาเลิกต้มเกลือ 2501 เนื่องจากมีพ่อค้านำเกลือมาแลกข้าว ในระยะต่อมาประมาณ ปีพ.ศ. 2498-2500 เริ่มมีการไปค้าขาย ในตัวเมืองเชียงใหม่(บ้านเชียงยืน) ชาวบ้านจะหาบข้าวไปขายกับพ่อค้าที่บ้านเชียงยืนหาบละ 12 บาท การทำนาสมัยก่อน ต้องใช้แรงงานคนเป็นหลัก การไถนาใช้วัว หรือควาย ไม่ใช่ควายเหล็กเหมือนปัจจุบัน ต้นทุนการผลิต ก็น้อย เพราะปุ๋ยใช้มูลวัว ควาย ซึ่งมีเพียงพอความต้องการใช้ พ.ศ. 2530 ควายเหล็ก(รถไถนาเดินตาม) ก็เข้ามาแทนการไถนาโดยใช้ควาย บ้านไหนไม่มีรถไถ ก็ขายวัวควาย ไปซื้อ (ตาเคน อายุ 68 ปี)

ชาวบ้านโพโน เมื่อครั้งอดีต อาศัยอยู่รวมกันอย่างมีความสุข อาศัยพึ่งพากัน โดยมีความเป็นพี่น้องกัน อยู่แบบเครือญาติ มีความเอื้ออาทรกัน มีของกินก็แบ่งกันกินชอกันกินได้ (แม่สุดถนอม ทองดี อายุ 73 ปี) ลักษณะครอบครัว อยู่รวมกัน รุ่นตา ยาย พ่อ แม่ ลูก หลาน ทุกคนในครอบครัว ต่าง ยึดถือคำพูด หรือ เชื่อฟัง คนที่มีอายุมากที่สุดในบ้าน ไม่มีการโต้เถียง ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน เดิมไปด้วยการถ้อยทีถ้อยอาศัยกัน บ้านไหนมีงาน บุญ งานแต่ง หรือพิธี ต่าง ๆ เพื่อนบ้านจะช่วยเหลือกันต้มที่ ทั้งด้านแรงงาน และ ข้าวของ ผลไม้ที่ใช้ในงาน จะขนมาช่วยกัน กนละเล็ก กนน้อย โดยไม่คิดมูลค่า ในฤดูกาลทำนา ก็จะมีการช่วยเหลือกัน เรียกว่า ลงแขก ช่วยจนเสร็จ และหมั่นเวียนกันไป จนหมดทุกคน ซึ่งผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีอายุมากที่สุดในบ้าน จะเป็นที่เชื่อฟังของทุกคน เนื่องจากเป็นผู้ที่พาสร้างครอบครัว มีอยู่มิถิ่น ก็เพราะผู้สูงอายุ(ตะกี้ ผู้เฒ่าว่า อีหยัง ต้องฟังเพิ่น บ่อขัดขืน เพราะเป็นเป็นผู้พาเอ็ด เงินทองกะเก็บน้าเพิ่น) (นางช้อน อายุ 68 ปี) ในระดับหมู่บ้าน ลูกบ้านทุกคน จะเชื่อฟังผู้เฒ่าในหมู่บ้าน เมื่อก่อนไม่มีผู้ใหญ่บ้าน จะมีผู้ใหญ่บ้านเป็นผู้ปกครอง ยังไม่มีกำนัน การปกครอง ลูกบ้านจะเชื่อฟังผู้ใหญ่บ้าน เวลามีข่าว จะแจ้ง หรือ ปรีกษาหาหรือ ผู้ใหญ่บ้าน จะส่งสัญญาณ กระบอกไม้ไผ่ (ขอลอ) หรือแม้แต่การแจ้งเตือนขโมย หรือโจรเข้ามาปล้นวัวควาย และเริ่มมีผู้นำเป็นทางการ ประมาณพ.ศ. 2547

ปัจจุบัน มีความแตกต่างกัน สังคมยึดด้านเศรษฐกิจเป็นหลัก ทุกคนมุ่งแต่หาเงิน ไม่ค่อยมีเวลาอยู่กับบ้าน (ทุกวันนี้ เงินเป็นใหญ่ อีหยังกะซื้อเขา เอาหัวดำ เลยบ่อมีความหมาย หาเงินบ่อได้) ชายอายุ 72 ปี

ปัจจุบัน การทำนาโดยใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่มากขึ้น ในทุกขั้นตอนการทำนา การไถควายเหล็ก การหว่าน
 แทนการดำ ลดเวลาในการทำนาลง การเกี่ยวใช้รถเกี่ยวแทนแรงคน การนวดข้าว ใช้รถสีข้าง แทน
 แรงงานคนทั้งหมด การพาสัตว์กัน ก็หายไป(ลงแขกเกี่ยวข้าว ดำนา) คนในชุมชนก็เริ่มเห็นห่างกัน บางคน
 ไม่รู้จักกันด้วยซ้ำเพราะคนมากขึ้น หมู่บ้านใหญ่ขึ้น ครอบครัว ที่เคยอยู่กับพร้อมหน้า ไม่มีให้เห็น ส่วนใหญ่
 มีผู้สูงอายุกับเด็กเล็กในหมู่บ้าน การอยู่รวมกันน้อยมาก เพราะต่างคนต่างทำงาน บ้านไหนมีงาน หรือ ทำนา
 มักจะมีเงินเป็นปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้อง ทำให้ความสัมพันธ์กันลดลง การช่วยเหลือกันในกิจกรรมทางการ
 เพาะปลูกก็ไม่ค่อยมี หลังจากที่รถไถเดินตาม หรือชาวบ้านเรียกว่า ควายเหล็ก เข้ามาแทนที่ควายไถนา และ
 เริ่มมีอาชีพการค้าขายหอมแดง ผู้สูงอายุที่เคยมีบทบาท หลักในการทำนา เป็นผู้มีความสามารถ ประสบการณ์
 สูงในการทำนา จึงไม่มีบทบาทในการทำนา ได้แค่ช่วยเหลือดูหว่านที่ขึ้นตามนา และคอยถากถางไม่ให้รก
 ถึงเวลา บุตรหลานก็จ้างคนมาเกี่ยว พร้อมกับสีข้าว เสร็จเรียบร้อยภายในเวลาไม่ถึงวัน ปี 2530 รถไถนาเข้า
 มา ทุกคนอยากมี ขายเป็นควาย ไปซื้อรถไถ มันทึ่ไถได้เร็ว 2-3 วันก็เสร็จ ต่างจากควาย เมื่อก่อน 2 เดือน กว่า
 จะเสร็จ เราก็ใช้รถไถ ไม่เป็น ช่วยถูกไม่ได้ ถูกเขาก็รีบทำ รีบไปค้าขาย หาเงิน เขาเลยบ่มีเวียก บ่มี
 ความหมาย ในสายตาเขา (ตาเคน อายุ 78 ปี)

การคมนาคม

อดีต การคมนาคม สื่อสาร ยังไม่เจริญก้าวหน้า ชาวบ้านจะใช้วิธี และนั่งเกวียนในการเดินทาง
 ระยะไกล ไม่มีถนน เป็นเพียงเส้นทางเล็ก ๆ พอคนเดินและเกวียนบรรทุกผ่านได้เท่านั้น สำหรับการสื่อสาร
 จะใช้การตีเกราะ หรือ ขอลอ แสงสว่างกลางคืน ใช้กะบอง(ขี้ไต้)และ ตะเกียงน้ำมันกาซตามลำดับ
 ปีพ.ศ. 2524 เริ่มมีไฟฟ้า เข้ามาแทน การสื่อสารก็เริ่มทันสมัย พร้อมกับมี โทรศัพท์ หอกระจายข่าว

ปัจจุบัน การเดินทางใช้รถจักรยานยนต์หรือรถยนต์เป็นหลัก หรือไม่กี่โทรศัพท์ติดต่อกัน(ทุกวันนี้
 บ่ไปหาถิ่น นิดหน่อย ยกโทรศัพท์ก็ออกกันแล้ว) นางนิยม อายุ 68 ปี ซึ่งมีรถจักรยานยนต์ โทรศัพท์มีทุก
 บ้าน ทำให้เกิดความสะดวกให้กับชาวบ้าน สิ่งเหล่านี้ มีประโยชน์ ก็มีโทษ ที่เห็นได้ชัด ความสัมพันธ์ใน
 ครอบครัวลดลง ถูกหลาน สนใจแต่ดูโทรทัศน์ การไปมาหาสู่กันลดลง เพราะมักจะใช้โทรศัพท์
 ติดต่อสื่อสาร การพบหน้ากันลดลง (เด็กน้อย มันกะเบ่ง ตะโทรศัพท์ เว้มันกะบ่อ เอาหูใส่)ชาย อายุ 72 ปี

จากข้อมูลบริบทของชุมชน ประเพณี วัฒนธรรม การคมนาคม เศรษฐกิจ ที่เปลี่ยนแปลงไป สามารถ
 วิเคราะห์ได้ดังนี้

1. ชุมชนชนบท กลับกลายเป็นชุมชนชนบท แต่การดำเนินชีวิตต่าง ๆ เป็นไปตามความเจริญด้าน
 เศรษฐกิจ และเทคโนโลยี จากข้อมูลจะพบว่า ผู้สูงอายุ ดังนายวัควายที่มีอยู่เพื่อไปซื้อรถไถนาเดินตาม
 ตามแบบอย่างเพื่อนบ้าน ที่เห็นว่าทำนาได้เร็ว ใช้เวลาสั้นลง สามารถไปทำงานที่อื่นได้เพิ่มมากขึ้นซึ่งส่งผล
 ถึง การว่างงานของผู้สูงอายุ หรือผู้ที่ไม่ใช้รถไถนาเดินตามไม่ได้ กระทบต่อความมีคุณค่าของผู้สูงอายุ ที่เคย
 เป็นผู้ที่เชี่ยวชาญ เป็นผู้นำในการทำนา แต่กลายเป็นผู้คอยทำตามลูกหลาน

2. การคมนาคมในหมู่บ้าน มีถนนคอนกรีต ตัดผ่าน การเดินทางสะดวกสบายใช้รถยนต์/จักรยานยนต์ ทำให้คนหนุ่มสาว ต่างเดินทางออกไปทำงาน นอกหมู่บ้าน ผู้สูงอายุ จึงอยู่บ้านตามลำพัง ส่งผลให้รู้สึกถูกทอดทิ้ง หรือ ถูกหลานไม่ดูแล

3. ลักษณะอาชีพ ลูกหลานต้องออกไปค้าขายนอกหมู่บ้าน หลายวัน ทำให้ผู้สูงอายุอยู่บ้านตามลำพัง เป็นเพียง คนคอยเฝ้าบ้าน และคอยดูแลหลาน ทำให้วิถีการประกอบอาชีพทำนา เริ่มเปลี่ยนไป โดยปรับใช้เทคโนโลยีมาช่วย ทำให้บทบาทความสำคัญของผู้สูงอายุลดลง

4. สมาชิกในครอบครัว ต่างมีความรับผิดชอบ ที่เพิ่มขึ้น หรือมีกิจกรรมอื่น ๆ เข้ามาแทรก เช่น โทรศัพท์ โทรทัศน์ การรับแรงค้าขาย ทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวลดลง

ด้านสุขภาพ

สมัยก่อน ไม่มีโรงพยาบาล หรือสถานอนามัย โรคเรื้อรังไม่มีบันทึก *แต่ก่อนผู้เฒ่าไม่มีโรคเบาหวาน มีแต่โรคผอมแห้งแรงน้อย เพราะไม่ค่อยมีกิน* ชาวบ้าน ในยุคแรก ๆ มักเชื่อเรื่อง ไสยศาสตร์ ผี ป่า ผีนา ต่อมาเมื่อมีหมอพื้นบ้าน ถ้าเจ็บไข้ ไม่ว่า จะเป็นหมอบีบ หมอดำแย หมอเป่า หมอยารากไม้ ยามเจ็บป่วย กินยาสมุนไพร รากไม้ *ใบตุนนำมาหั่นตากแห้ง แล้วปวดหัว(แผลไฟลวก เอาลูกกระโดนมาผสมกับน้ำมันหมา ทาจะเย็น โสดา ชันทอง 65 ปี)* ต่อมาก่อนปี 2500 จะมีหมอแสง เป็นหมอพื้นบ้าน ได้ร่ำเรียนมา (ตาแสง แสนพล บิดาของยาย) สมุนไพรที่ใช้ เป็น รากไม้ ขานก เขากวาง หมอแสงเป็นหมอดำแยทำคลอด หมอปราบผีก็ได้ พ่อหมอแสง ไม่เรียกค่ารักษาแต่อย่างใด เป็นหมอที่มีชื่อเสียงมาก แต่ วิชาหมอพื้นบ้าน สูญหายไม่มีคนสืบทอด เนื่องจาก คนที่เรียน ต้องปฏิบัติตนเคร่งครัด อย่างมาก จึงไม่มีใครอยากเรียน *แต่ก่อนไม่มียาเหมือนทุกวันนี้ ป่วยอยู่ 2-3 ปี ก็มี แม่หายให้กินมีแต่รากไม้ พอกินเข้าไปก็หายดี* (ยายสอ ชารี อายุ 83 ปี) นอกจากนั้น ก็มีหมอโส แสนพล ซึ่งเป็นหมอ เก่งด้านวิชาอาคม เป็นเอ็นทอ้ง หรือโรคทอ้ง ซึ่งปัจจุบัน อาจจะเป็นมะเร็ง แต่ก่อนเรียกว่าผีในทอ้ง กินยาต้ม (ปวด จนทอ้งเกร็ง) เมลงที่มีพิษกัด จะใช้ดาไฟสน เอาขางมาทาแก้พิษ (แพง อุปันท์ อายุ 67 ปี) ผู้หญิงทอ้งแก่ ใกล้คลอด เอาผักปิง หรือบางคนเอาทรายมาทาทอ้งให้รื้น ๆ เชื่อว่าคลอดลูกง่าย การคลอดด้วยหมอดำแย ซึ่งปัจจุบันไม่มีแล้ว ผู้ที่มีความชำนาญ ก็ได้เสียชีวิต หลังคลอดบุตร จะอยู่ไฟ ประมาณ 10 คืน *ตอนนั้น อายุประมาณ 22-23 ปี นี่ละ ก็ได้อยู่ไฟครั้งละ 10 คืน จนแขนเปื่อยหมด* (ลำ สร้อยคำ อายุ 78 ปี)

ช่วงปีพ.ศ. 2500 เริ่มมีอนามัยที่อำเภอกันทรวิชัย จะมีหมอเข้ามาหมู่บ้าน แต่นาน ๆ ที ต่อมาไม่นานก็มีอนามัยที่บ้านเชียงยืน มีหมอสั่งโต ประจำอนามัยบ้านเชียงยืน เวลาเจ็บไข้ ถ้าไม่หาย ก็ไปหาหมอสั่งโต ซึ่งเมื่อการแพทย์แผนปัจจุบันเข้ามา ชาวบ้านก็ลืมสมุนไพร จนกระทั่ง ประมาณ พ.ศ. 2524 ก็ไม่นิยมใช้สมุนไพร

ปัจจุบัน มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง นอกจากนั้นมีอาการเจ็บปวดตามร่างกาย ซึ่งผู้สูงอายุบอกว่า ปัจจุบันอาหารซื้อเขากิน มีเครื่องปรุงมากมาย ปรุงอาหารที่ ใช้

น้ำปลา คะนอ ผงชูรส เคี้ยวนี้ใส่ผงชูรสเป็นหลัก ซึ่งอาจจะทำให้เกิดโรคที่เป็นอยู่ทุกวันนี้ “ทุกวันนี้ กินอยู่กะซื้อเขา แล้วเครื่องปรุงรส ก็มีหลาย เลยเอ็ดให้เป็นโรค ปัจจุบันถ้าเจ็บป่วย จะไปรักษาที่สถานีนามัย แม้จะเล็กน้อย เช่นเป็นไข้ ซึ่งในอดีต ผู้สูงอายุ จะแข็งแรง ไม่ค่อยมีอัมพาต อายุ 60-70 ปี ยังทำนาอยู่เลย”

นายสุด อายุ 74 ปี

2. ประเมินสถานการณ์ สภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุของบ้านโพนทอง

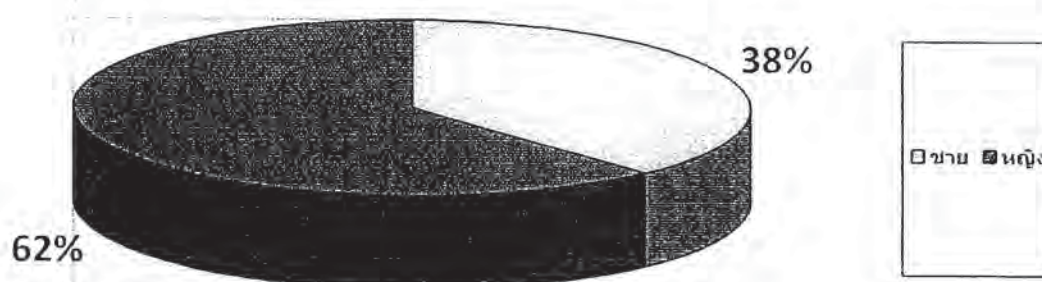
2.1. สถานการณ์ปัญหา ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ

ข้อมูลจากการสำรวจของเทศบาลตำบลโพนทอง ร่วมกับ อาสาสมัครสาธารณสุข สรุปข้อมูลเพิ่มเติมในเรื่อง

สถานการณ์ปัญหาผู้สูงอายุ วันที่ 21 มกราคม 2555 เวลา 9.00 น. ณ รพ.สต. โพนทอง ดังแสดงให้เห็นตามตารางข้างล่างนี้

เพศ ตาราง : แสดงจำนวนผู้สูงอายุ ตามลักษณะเพศ

	จำนวน ทั้งหมด คน	ชาย	หญิง
จำนวนผู้สูงอายุตามที่มีอยู่จริง	314	120	194



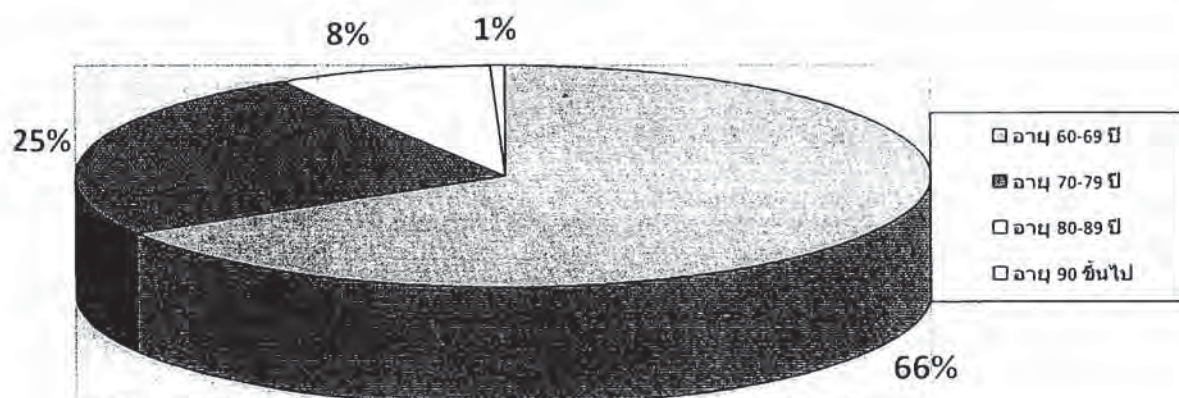
แผนภูมิที่ 1 เปรียบเทียบสัดส่วนร้อยละของเพศผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เพศหญิงร้อยละ 62 เพศชาย ร้อยละ 38

อายุ ตาราง : แสดงจำนวนผู้สูงอายุ ตามกลุ่มอายุ

	จำนวน ทั้งหมด คน(ร้อยละ)	ชาย (ร้อยละ)	หญิง (ร้อยละ)
จำนวนผู้สูงอายุตามที่มีอยู่จริง	314 (100)	120 (38)	194 (62)
อายุ 60-69 ปี	208 (66)	87 (28)	121 (38)
อายุ 70-79 ปี	78 (25)	26 (8)	52 (17)
อายุ 80-89 ปี	26 (8)	6 (2)	20 (6)
อายุ 90- ปี ขึ้นไป	2 (0.6)	1 (0.3)	1 (0.3)



แผนภูมิที่ 1 เปรียบเทียบสัดส่วนร้อยละของกลุ่มอายุ ของ ผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า

ผู้สูงอายุช่วง 60 - 69 ปี คิดเป็นร้อยละ 66

ผู้สูงอายุ 70 - 79 ปี คิดเป็นร้อยละ 25

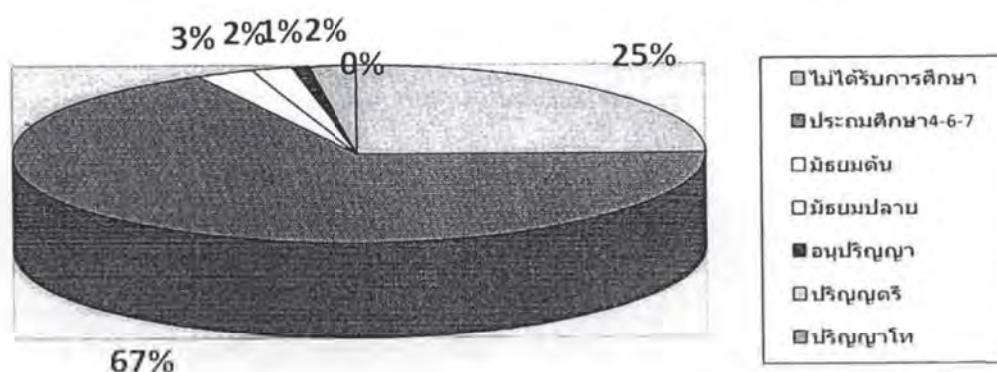
ผู้สูงอายุ 80-89 ปี คิดเป็นร้อยละ 8

ผู้สูงอายุมีอายุ 90 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 0.6

การศึกษา

ตาราง : แสดงจำนวนผู้สูงอายุ ตามระดับการศึกษา

	(ร้อยละ)
จำนวนผู้สูงอายุตามระดับการศึกษา	
ระดับ ไม่ได้รับการศึกษา	25
ระดับประถมศึกษา 4-6-7	67.3
ระดับมัธยมศึกษา ตอนต้น	2.6
ระดับมัธยมศึกษา ตอนปลาย	2
ระดับอนุปริญญา	1
ระดับปริญญาตรี	2
ระดับปริญญาโท	0.1



แผนภูมิที่ 3 เปรียบเทียบสัดส่วนร้อยละของระดับการศึกษาผู้สูงอายุ

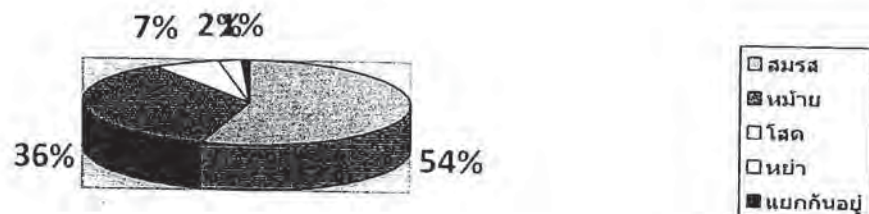
ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการระดับศึกษาในระดับประถมศึกษาปีที่ 4,6,7

คิดเป็นร้อยละ 67.3 รองลงมาคือ ไม่ได้รับการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 25 และมีระดับ

มัธยมศึกษาตอนต้น การศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย อนุปริญญา ปริญญาตรี และปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 2.6, 2, 1, 2 และ 0.1 ตามลำดับ มีส่วนน้อยที่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไป

สภาวะสุขภาพ

ตาราง : แสดงจำนวนผู้สูงอายุ ตามกลุ่มอายุ



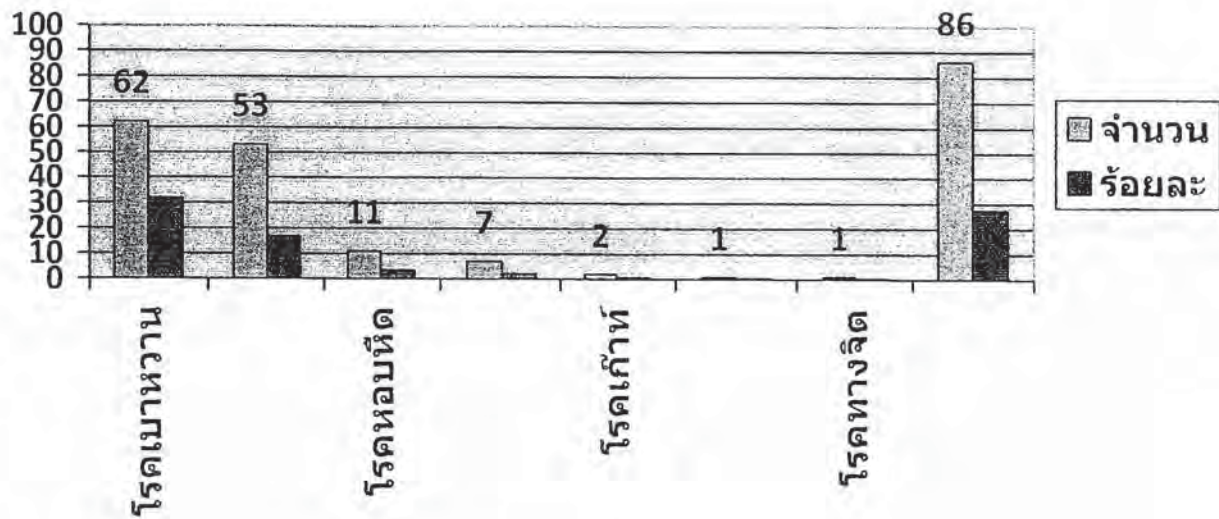
แผนภูมิที่ 4 เปรียบเทียบสัดส่วนร้อยละของกลุ่มอายุ

ผลการศึกษาพบว่า มีสภาวะสุขภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 54.30 รองลงมาคือมีสภาวะสุขภาพหย่าร้าง คิดเป็นร้อยละ 35.30 มีส่วนน้อยที่มีสภาวะสุขภาพโสด หย่าร้าง และแยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 6.90 2.00 และ 0.90 ตามลำดับ

สภาวะสุขภาพ

ตาราง : แสดงข้อมูลปัญหาด้านสุขภาพผู้สูงอายุบ้านโพธิ์

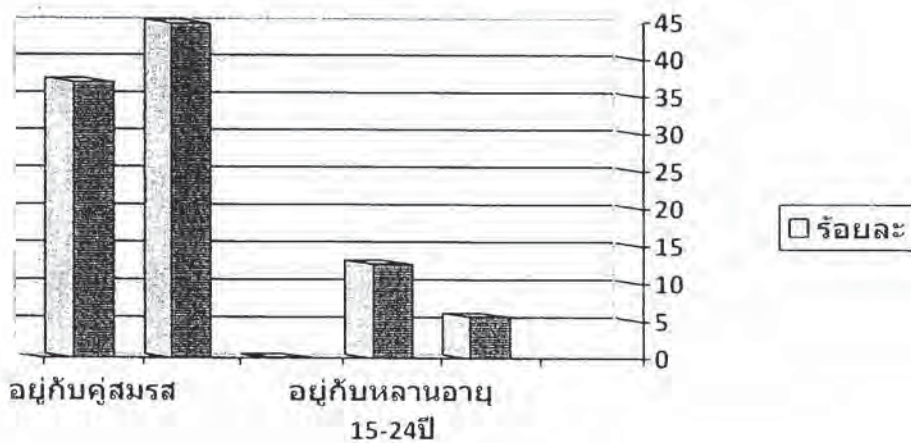
	โรคเบาหวาน	โรคความดันโลหิตสูง	โรคหอบหืด	พิการ	โรคเก๊าท์	โรคหัวใจ	โรคเจ็บปว้ยทางจิต	อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อข้อต่อ
จำนวนคน	62	53	11	7	2	1	1	86
ร้อยละ	31.84	16.87	3.50	2.22	0.63	0.31	0.31	27.3 (จากทั้งหมด)



แผนภูมิที่ 5 แสดงสัดส่วนร้อยละของโรคที่ผู้สูงอายุเป็น

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ คือ โรคเรื้อรัง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 31.84, 16.87 ตามลำดับ รองลงมา คือ มีอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย เป็นโรคปวดข้อคิดเป็นร้อยละ 27.3

การอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ



ผลการศึกษาพบว่า

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตร/ธิดา คิดเป็นร้อยละ 44.60

รองลงมา ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 36.90

ผู้สูงอายุอาศัยอยู่คนเดียว คิดเป็นร้อยละ 0.1

ไม่ได้อยู่กับคู่สมรสหรือบุตร

อยู่กับหลานที่มีอายุ 15-24 ปี คิดเป็นร้อยละ 12.6

กับหลานที่มีอายุ 14 ปีลงมา คิดเป็นร้อยละ 5.5

อยู่กับญาติพี่น้องหรือคนอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 0.1

ความต้องการเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชน

ผลการศึกษาพบว่า

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่

ตรวจสุขภาพ วัดความดันโลหิต การออกกำลังกาย ฯลฯ และ เข้าร่วมกิจกรรมด้านศาสนาและ

ประเพณี ได้แก่ ปฏิบัติธรรม ทำบุญ จัดงานประเพณี ฯลฯ คิดเป็นร้อยละ 91.34 และ 90.39ของผู้สูงอายุทั้งหมด

กิจกรรมที่ผู้สูงอายุต้องการเข้าร่วม

ผลการศึกษาพบว่า

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการรวมตัวกันเป็นกลุ่ม/ชมรม/องค์กรคิดเป็นร้อยละ 61.98 รองลงมาคือ การร่วมระดมความคิดเห็นและการเข้าร่วมกิจกรรมที่ผู้อื่นจัดให้ คิดเป็นร้อยละ 44.18 และ 50.00 ตามลำดับ

จากข้อมูลด้านสุขภาพของคนในชุมชน สามารถวิเคราะห์ได้ดังนี้

1. พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุหญิงมากกว่าผู้สูงอายุชาย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้นคือ อายุระหว่าง 60-69 ปี ถึงร้อยละ 66 นอกจากนั้น พบว่ามีการเจ็บป่วย โรคเรื้อรัง 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคเบาหวานร้อยละ 31.84 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 16.87 โรคหอบหืดร้อยละ 11 ตามลำดับ มีผู้สูงอายุที่มีมากกว่า 1 โรค จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 4.77

2. จากการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน พบดังนี้ กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี จำนวน 184 คน ร้อยละ 58.59 (กลุ่มที่ชอบออกสังคม ร่วมกิจกรรมในชุมชน จำนวน 135 คน ร้อยละ 42.9 กลุ่มที่ไม่ชอบออกนอกบ้าน หรือมีกิจกรรมร่วมของชุมชน จำนวน 49 คน ร้อยละ 15.6) กลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง แต่ต้องมีคนคอยดูแล 29 คน ร้อยละ 9.23 กลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันทุกอย่าง จำนวน 3 คน ร้อยละ 0.95

3. ผู้สูงอายุมองว่า การเปลี่ยนแปลงลักษณะการบริโภคอาหาร เช่น การมีเครื่องปรุงรส เป็นสาเหตุสำคัญ ทำให้เกิดโรคต่าง ๆ โดยเฉพาะโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ซึ่งสะท้อนว่า ในอดีต โรคเหล่านี้ไม่ค่อยพบ ผู้สูงอายุมีร่างกายแข็งแรง อายุมากก็ยังสามารถทำนาได้ การดูแลด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่ต่างจากอดีตที่เคยใช้สมุนไพร และช่วยเหลือตนเอง ปัจจุบัน เจ็บป่วยเล็กน้อยก็ไปรักษาที่สถานีนอนมัย

2.2. การให้ความหมายของผู้สูงอายุบ้านโพหนอง

ความหมายของผู้สูงอายุ ในกลุ่มผู้สูงอายุ วัย 80 ปี : ผู้สูงอายุเกิดมานาน ก็เลยเป็นผู้เฒ่า ผู้ที่กินข้าวไม่ได้ ก็ไม่มีเรี่ยวแรง มีแต่กินแต่นอน ไปไหนมาไหน ไม่ได้ เหมือนไม้ไผ่ผุพัง

ลักษณะผู้สูงอายุ : ไปไหน มาไหนไม่ได้ นั่งอยู่เฉย ๆ เขาเอาหลานให้อุ้มก็อ้อมหลานน้อยก็ไม่ได้ หูก็หนวก ตาก็มัว ไม่รู้จะอยู่ถึงตอนไหน ทрудโทรมเหมือนกับไม้ผุ ไปไหนมาไหนไม่ได้ คนที่กลัวลูกหลานไม่ได้อยู่ได้กิน คนที่จิตใจอยากไปไหนมาไหน แต่ร่างกายไปไม่ได้ แก่แล้วเดินไม่ไหว

ความหมายในกลุ่มผู้สูงอายุ วัย 60-70 ปี : คือ คิดถึงแต่อนาคตลูกหลาน กลัวลูกหลานไม่มีอยู่มีกิน ผู้สูงอายุผู้เฒ่า คนแก่ เกิดก่อน อายุ 60 ปีขึ้นไป คนเกิดนาน คนหัวหงอก ผู้ที่อ่อนแรง ไปไหนมาไหนลำบาก จิตใจไม่เหมือนคนหนุ่ม ผู้ที่กลัวลูกหลานให้ความอบอุ่น จะดีใจหลาย ผู้ที่เข้าวัดฟังธรรม และเลี้ยงลูกหลานให้ลูกคนหัวขาว คนแก่หมดสภาพ

ลักษณะผู้สูงอายุ : ชอบไปวัดทำบุญ ผู้ที่เลี้ยงหลานให้ลูก อยู่เฝ้าบ้านให้ ผู้ที่แก่ตัว และเป็นภาระลูกหลาน เป็นผู้ที่ไม่มีเรี่ยวแรง สองวันดี สี่วันไข้ ตามองไม่เห็น ขาดินไม่ค่อยได้ อยากไปทำบุญกับเขาก็ไปไม่ได้ คนหัวหงอก จิตใจไม่เหมือนคนหนุ่มสาว คิดมากแต่เรื่องอนาคตลูกหลาน มีแต่อยากได้เงินได้ทอง เก็บไว้ให้ลูกหลาน อยากอยู่นาน ๆ ดูแลลูกหลาน ให้เขาอยู่ดีกินดี มีสุขภาพแข็งแรง คนที่ไปไหนมาไหนไกลไม่ค่อยได้ อาหารก็กินไม่ค่อยได้ ไม่อยากกินอะไร กินได้แต่ข้าวต้ม ผู้ที่ไม่ค่อยอยู่ดีมีแรง

ความหมายในกลุ่มผู้สูงอายุ วัย 20-59 ปี : ผู้ที่มีแต่ความสุข ความเจริญ พ่อแม่ เมื่ออยู่กับหลานก็มีความสุข อบอุ่นที่ปรึกษา เป็นหลักบ้านหลักเมือง เป็นผู้มีความรู้ความสามารถในเรื่องเก่า ๆ เด็กเล็ก คนแก่ที่หมดสภาพ บ่มีประโยชน์ ผู้ที่กำลังต้องการความอบอุ่นจากลูกหลาน เด็กน้อย เอาใจยาก อยากให้ลูกหลานเอาใจ อยากให้อยู่ด้วยตลอดไม่ให้ไปไหน เด็กน้อยที่บ่อยาก ต้องการแต่ความอบอุ่น ปล่อยไว้คนเดียวจากไปไหนไกลก็ไม่ได้

ลักษณะผู้สูงอายุ : เป็นคนวุ่นวายหัวใจ บางครั้งก็พูดจาไม่รู้เรื่อง บางครั้งก็จำใครไม่ได้ ไม่รู้จักภาษา เจมดู่ขี้บ่น พูดมาก ไม่ค่อยเอื้อเฟื้อ ทำอะไรช้า ไม่ค่อยเข้าใจอะไรง่าย ๆ อยากได้แต่เงิน มักทำงานหนัก แล้วบ่นปวดเมื่อย มีโรคประจำตัวหลาย บ่นปวดตามร่างกาย

ความหมายในกลุ่มผู้สูงอายุ วัย ต่ำกว่า 20 ปี : คนเกิดนาน คนแก่ อายุ 60 ปีขึ้นไป วัดอุโบสถ ผู้หาเงินให้ใช้ ผู้ให้คำปรึกษา ยกเว้นเรื่องเพศ ผู้ที่บอกเรื่องเรียน

ลักษณะผู้สูงอายุ : เจมดู่ ผู้ใช้ ดี จมดี ไม่เข้าใจวัยรุ่น ไม่มีเหตุผล ผู้ที่ต้องการการดูแล ผู้ที่นำวิญญูมาบางครั้งพูดคำ ไม่พูดดี ๆ

จากข้อมูลข้างต้น สะท้อนให้เห็นการให้ความหมายคำว่าผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุตอนปลาย มองตนเองด้านสุขภาพการเคลื่อนไหว เป็นคนที่ไม่มีความแข็งแรง ไปไหนมาไหนไม่ได้ และสะท้อนภาพความสัมพันธ์ของอวัยวะตามวัย เช่น ตา มัว หูตึง นอกจากนั้นด้านจิตใจยังมีความเป็นห่วงใยลูกหลาน ส่วนการให้ความหมายของกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น สะท้อนความหมายผู้สูงอายุด้านสุขภาพการเคลื่อนไหว ต่างจากวัยผู้สูงอายุตอนปลาย คือ เป็นคนที่อ่อนแรงลง ไปมาก่อนข้างลำบาก(ยังไปมาได้) ส่วนด้านจิตใจ สะท้อนให้เห็นว่า ความ

เป็นห่วงถูกหลานมาเป็นอันดับต้น ๆ และสิ่งที่มองต่างจากวัยผู้สูงอายุวัยอื่น ๆ คือตนเองยังสามารถเลี้ยงหลาน เฝ้าบ้าน ได้ สรุปได้ว่า การให้ความหมาย และการบ่งบอก ลักษณะผู้สูงอายุ ในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกัน จะสะท้อนตามศักยภาพทางด้านร่างกายที่ดี และไม่ดี โดยถ้ายังสามารถไปมาได้ ก็จะมองเห็นคุณค่าของตนเอง แต่ถ้าศักยภาพด้านร่างกายไม่ดี ผู้สูงอายุจะมองคุณค่าตนเองทางลบ เป็นคนไม่มีประโยชน์ ส่วนด้านจิตใจ จะเห็นว่าเมื่อเริ่มเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ การเข้าวัดทำบุญเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุ ปรารถนาที่จะปฏิบัติ

2.3. ประเมินสถานการณ์ สภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุของบ้านโพหนอง

สภาพปัญหาของผู้สูงอายุในอดีต

ด้านสุขภาพ ในอดีตผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะไม่มีโรคเรื้อรัง เช่น ปัจจุบัน แต่มีเจ็บป่วยด้วยโรคระบาด อหิวาตกโรคไม่มียารักษา แต่คนจะมีอายุ 70-80 ส่วนมากเมื่อถึงเวลาจะตายไปเลย ส่วนใหญ่ก็จะตายด้วยโรคชรา โรคไขเลือดออกไม่มี เพราะไม่มียุง นอนไม่มีมุ้ง เพราะได้ยุง จะเลี้ยงวัว ควาย ขุนมันกัดเลือดวัวควายอื่น มันก็ไม่กัดคน เมื่อมีการเจ็บป่วยอะไรก็จะใช้หมอนพื้นบ้าน ด้านยาสมุนไพร ด้านเป่า ยาต้ม ประคบ อบาบ คลอดลูกที่บ้านโดยหมอตำแย ไม่มีโรงพยาบาล คนในสมัยก่อนกินอาหารตามธรรมชาติ กินลูกผัก ปลูก ปลา กบ เขียด ไม่มีผงชูรส ไม่มีน้ำปลา มีแต่เกลือกับปลาร้า เมื่อก่อน ต้มเกลือกิน เลือดต้ม ปี 2501 สมัยก่อนกินเกลือแทนปลาร้า(ตาชู่ หีบแก้ว อายุ)ไม่มีขนมหวาน เป็นเด็กไม่มีขนมกิน คือทุกวันนี้ (ยายแพง อุปันท์ อายุ 67 ปี) แต่ก่อนไม่ใช้เงิน ไม่มีรถใช้ ไม่มีเครื่องปรุงรส ไม่มีเครื่องนุ่งห่ม พริกก็ปลูกกิน ผักทุกอย่างก็ปลูกกินเอง หากินเองทุกอย่าง

ด้านความเป็นอยู่ เมื่อก่อน อยู่ด้วยความยากลำบาก เพราะไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวก ไปมา ใช้เดิน ไม่มีรถ ข้างไม่มีโรงสี ไม่มีไฟฟ้าใช้กระบอง หรือ ตะเกียงน้ำมันก๊าด ลำบากตั้งแต่ตื่นนอน หุงหาอาหาร ไปหาบน้ำกิน ระยะทางไกล ไปไหนมาไหน ลำบาก ต้องเดินเอา ไปขายวัวควาย ถึงร้อยเอ็ด เดินไปตั้งแต่ตีหนึ่ง บางครั้งเดินไปถึงอุบล

สภาพปัญหาของผู้สูงอายุในปัจจุบัน

ปัจจุบันความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุต่างจากในอดีตมาก ปัจจุบันอาหารตามธรรมชาติที่เคยมีก็น้อยลง การหาอาหารตามธรรมชาติลดลง มีการใช้สารเคมีมากขึ้น อาหารตามธรรมชาติมีการปนเปื้อนสารเคมีเนื่องจากการทำนาในปัจจุบันต้องใช้สารเคมี และเนื่องจากการคมนาคมสะดวกดังนั้นประชาชนส่วนใหญ่จึงนิยมซื้ออาหารสดและอาหารสำเร็จรูปตามร้านค้าในหมู่บ้านและตลาด ดังคำกล่าวที่ว่า “ตะกั่วกินปนหอย ป่นปูนเคี้ยวนี้ กินบ่อเป็น มีแต่ซื้อหมู ไก่ ปลาทะเล ปลาสด ส่วนมากเป็นอาหารถุง”(เพชรหญิง อายุ 72 ปี) เทคโนโลยีทันสมัยทั้งการเพาะปลูก และการแพทย์ มีเครื่องจักรช่วยงานในไร่นาทดแทนวัวควาย และคุณค่าผู้สูงอายุเริ่มลดลงตาม จากเคยเป็นหลักในการทำนา ปัจจุบันกลับมีความหมายคนเฝ้าบ้าน ปี 2530 รถไถนาเข้ามา ทุกคนอยากมี ขายวัวควาย ไปซื้อรถไถ มั่นใจ ไถได้เร็ว 2-3 วันก็เสร็จ ต่างจากควาย เมื่อก่อน 2 เดือน กว่าเสร็จ เราใช้รถไถ ไม่เป็น ช่วยถูกไม่ได้ ถูกเขาก็รีบทำ รีบไปค้าขาย หาเงิน (ตาเคน อายุ 78 ปี

) ดังนั้น จึงสะท้อนปัญหาผู้สูงอายุในปัจจุบัน ค้อยค่าลง คนรุ่นหลัง ๆ มองไม่เห็นคุณค่าผู้สูงอายุ มองข้ามอดีตที่เคยผ่านมา จำเป็นต้องอยู่ด้วยเงินเป็นปัจจัยหลัก จึงทำให้คนรุ่นวัยทำงาน ไปค้าขาย ปลอมไ้ผู้สูงอายุกับลูกหลานในบ้าน โรคภัยไข้เจ็บเป็นโรครักษาไม่หาย (เรื้อรัง) เมื่อเจ็บป่วยก็จะไปหาหมอที่สถานีนามัย หรือโรงพยาบาลเชียงยืนหรือที่คลินิกเอกชนในอำเภอ เดียวนี้ จักเป็นหยั่ง เจ็บปวด รักษาไม่หาย ยากะกินหลาย ไปหาหมอ ชูเดือน (เพศหญิง อายุ 66 ปี) สมัยนี้ลำบากในการกิน เพราะเจ็บเหงือก ปวดฟัน การนอนเวลานอนก็ปวดเอวเพราะกระดูกพรุน เกิดจากการทำงานหนักมานาน ทองดี อายุ 73 ปี นอกจากนั้น จากสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ลูกหลาน เดินทางออกนอกหมู่บ้านมากขึ้น ส่วนคนที่ไม่ได้ทำงานประจำที่ ต่างจังหวัด จะออกค้าขาย ซึ่งมีการขายหัวหอมทั้งหมู่บ้าน ทำให้ผู้สูงอายุ ขาดผู้ดูแลว่าเหว่ ไม่มีเพื่อนคุย “แต่ก่อน ลูกหลานนับถือ ไหว้ผู้เฒ่า เดียวนี้ หัวด้าออกก่อน หัวด่อนตามหลัง เดียวนี้ลูกหลาน มีอำนาจเพราะเขาหาเงินได้ เขาเลยมีอำนาจ ทุกวันนี้เงินมีอำนาจ พวกหัวด้ามีอำนาจ ผู้เฒ่าไม่มีคุณค่าอะไรเลย ” มันก็ไม่มีคนรุ่นราวคราวเดียวกัน ก็มีแต่ลูกหลานอยู่ด้วย แต่พูดคุยด้วยไม่ค่อยดี เพราะค่อยห้ามปรามเรื่องที่ลูกหลานทำผิด ลูกหลานไม่ชอบก็เลยไม่พูดดีด้วย

นอกจากนั้น ด้านจิตใจ เป็นห่วงลูกหลาน โดยเฉพาะปัญหานี้สิน ที่ลูกหลาน กู้ยืม ธกส. มาค้าขาย มาซื้อรถยนต์ “ตั้งแต่ตื่นนอน ที่หนักสุดกะ ไข่ความคิดนี้ละ ว่าจะทำอย่างไร ในการครองชีพ ถึงจะดี ขึ้น เป็นหนี้เป็นสินมากมาย หนี้เงินล้าน ธกส. หนี้ค่ารถไถนา ค่าปุ๋ย หางเงินกะพอ ได้ใช้ ค่าลูกหลานไปโรงเรียน ต้องยืมเงินดอกนายทุน”

ปัญหาที่ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง ได้แก่ คิดมากเรื่องกลัวลูกหลานไม่มีกิน กลัวไม่มีเหมือนคนอื่นเขา ไม่มีลูกอยู่ด้วย ไม่มีคนทำอาหาร กลัวป่วยแล้วไม่เห็นลูก ค่าใช้จ่ายมากขึ้น ไม่มีเงินใช้ อยากให้ลูกหลานมาทำอาหาร ดูแลทุกวัน กลัวเจ็บป่วยแล้วไม่มีลูกมาดูแล เจ็บปวดตามร่างกาย

ผู้สูงอายุที่มีลูกหลานอยู่ด้วย ได้แก่ โรคภัย รักษาไม่หาย ลูกหลานไม่ช่วยทำอะไร อยากให้ลูก ๆ แสดงออกเอาใจใส่มากขึ้น เจ็บปวดตามร่างกาย ตามัว หูหนวก กลัวลูกหลานลำบาก ไม่มีข้าวกิน เพราะทำนาไม่เป็น ไม่ฝึกทำ แม่สุดอนอม ทองดี อายุ 73 ปี สมัยนี้ลำบากในการกิน เพราะเจ็บเหงือก ปวดฟัน การนอนเวลานอนก็ปวดเอวเพราะกระดูกพรุน เกิดจากการทำงานหนักมานาน

วิถีชีวิตของผู้สูงอายุในบริบทของคนอีสาน การรับรู้ต่อคำว่าผู้สูงอายุ คุณค่าในตัวเองและบทบาทที่เปลี่ยนไป

สถานการณ์และสภาพปัญหาผู้สูงอายุ จากข้อมูลข้างต้นสามารถสรุปได้ดังนี้

2.2.1 ด้านร่างกาย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกร ตั้งแต่อายุเข้าวัยรุ่น จนกระทั่งเข้าวัยสูงอายุ จึงส่งผลถึงการเจ็บป่วย โดยเฉพาะระบบกล้ามเนื้อและกระดูก เช่น ปวดเมื่อยเนื้อตัว ปวดหลัง ปวดเอว ปวดขา และไม่มีแรง เดินไม่ค่อยได้ เป็นโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ปัญหาจากการเสื่อมของอวัยวะ เช่น ตามัว หูหนวก และบางคนมีหลายโรค เป็นล้น

2.2.2 ด้านจิตใจและอารมณ์ เนื่องจาก การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจและสังคม ทำให้บุตรหลาน มองว่า อาชีพทำนา ทำไร่ เป็นอาชีพ ที่ไม่มีคุณค่า และหนัก ประกอบกับผลผลิต ไม่สามารถ หารายได้ พอเพียง ที่จะใช้จ่ายในครอบครัว จึงเริ่ม ออกไปทำงานรับจ้างอื่น ๆ นอกหมู่บ้าน หรือไม่ต่าง จังหวัด ทำให้ผู้สูงอายุ อยู่บ้านตามลำพัง กับ เด็กหลาน ผู้สูงอายุ รู้สึกไม่มีความสุข สิ้นหวัง หมดพลัง เหงา ว้าเหว่ วิตกกังวลทั้งจากการเจ็บป่วย ภาวะเครียด และมีหนี้สินที่บุตรหลานกู้ยืมมาค้าขาย รู้สึกถูกลดปล่อยให้อยู่ตามลำพัง ไม่มีคุณค่า โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง

2.2.3 ด้านครอบครัวและสังคม ผลจากสภาพร่างกาย ที่ไม่สามารถเดินไปมา ได้ อย่างเดิมเมื่อตอน ยังหนุ่ม ทำให้ผู้สูงอายุขาดการปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ขาดเอาใจใส่ดูแล และขาดการปฏิสัมพันธ์กับ ครอบครัวและบุตรหลาน และขาดการปฏิสัมพันธ์กับสังคม เนื่องจากขาดการพบปะ สังสรรค์ กับเพื่อน เพื่อนบ้าน การเข้าสังคมลดน้อยลง ทำให้เกิดการแยกตัวเอง

2.2.4 ผลกระทบทางด้านจิตวิญญาณ ความมีคุณค่าและศักดิ์ศรีในชีวิตของตนเองลดน้อยลง เนื่องจาก สูญเสียการยอมรับนับถือ ขาดความรัก ความเอาใจใส่จากบุตรหลานหรือสมาชิกในครอบครัวและสังคม ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีประโยชน์

2.2.5.ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ รายได้ไม่เพียงพอยังชีพ มีหนี้สิน ซึ่งถูกเป็นผู้ก่อหนี้

ความต้องการของผู้สูงอายุ(กลุ่มที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้) : อยากมีความสุขมากกว่าเดิม อยาก เห็นลูกหลานมารวมกันทุกคน เห็นลูกหลานมีความสุข ลูกหลานพร้อมหน้า ลูกหลานอยู่ดูแลอาหารการกิน ทุกวัน อยากมีเพื่อนพูดคุย อยู่อย่างไม่มีโรคภัย มีयरักษาโรคไม่ให้เจ็บป่วย อยากให้หมอ (เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมาเยี่ยม)อยากให้ร่างกาย สมบูรณ์แข็งแรง โดยการไม่เบียดเบียนผู้อื่น ต้องการมีเงินใช้ เพราะหาเงินเองไม่ได้ อยากให้ลูกหลานส่งเงินมาให้ใช้ เจ็บป่วยอยากมีหมอมาดูแลที่บ้าน อยากไปหาเพื่อนบ้าน พูดคุย กับเพื่อนบ้าน อยากให้ลูกหลานพูดคุยด้วย นอกจากนั้น ผู้สูงอายุ กลุ่มที่มีศักยภาพ ชอบช่วยเหลือผู้อื่น ต้องการแสดงออกด้านภูมิปัญญาที่ ตนมีความสามารถ ได้แก่ การแสดงพื้นบ้าน เล่นกรับ การร้อง ฆ้อง การ ทอผ้าไหม

ความต้องการของผู้สูงอายุ(กลุ่มที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม) กลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่อยู่กับหลาน ต้องการลูกหลานมาดูแล ด้านการกิน การเจ็บป่วย กำลังใจให้อบอุ่น บางคนอยู่กับพี่ น้องที่เป็นผู้สูงอายุด้วยกัน เนื่องจากลูกไปทำงานนอกบ้าน และต่างจังหวัด ลูกส่งเงินมาให้ บ้าง แก่ค่าใช้จ่าย ในชีวิตประจำวัน ได้จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (600 บาท/เดือน) ดังคำกล่าวที่ว่า ส่วนบางคนถึงแม้ลูกหลานจะ ไม่อยู่ดูแล แต่ส่งเงินให้เป็นประจำทุกเดือน แต่ผู้สูงอายุก็ยังต้องการให้ลูกหลานมาอยู่ดูแล ซึ่งผู้สูงอายุบาง คนมีภาวะเครียดเนื่องจากลูกหลานเลี้ยงยาก บอกสอนไม่ได้ นอกจากนี้ผู้สูงอายุต้องการให้เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขออกมาให้บริการที่บ้าน

ความต้องการหน่วยงาน /บุคคลเข้ามาดูแล ผู้สูงอายุที่ลูกหลาน ไม่ได้อยู่ด้วย มีความต้องการลูกหลาน ให้อยู่ดูแลมากขึ้น ส่วนผู้สูงอายุที่มีลูกหลานคอยดูแลประจำ มีความต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้ามาดูแล สุขภาพที่บ้าน หรือ ตรวจสุขภาพทุกเดือน นอกจากนั้นต้องการพักผ่อนพูดคุย

จากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลความต้องการผู้สูงอายุคล้ายคลึงกันดังนี้

1. การพบปะเพื่อน หรือ กลุ่ม จากการเปลี่ยนแปลงด้านการประกอบอาชีพ และสังคมที่เปลี่ยนแปลง ทำให้ผู้สูงอายุ อยู่เฝ้าบ้าน ไม่ได้ไปไหน เกิดความเหงา รู้สึกโดดเดี่ยว ต้องการเพื่อนคุย
2. ต้องการการเอาใจใส่ จากบุตรหลาน ในการดูแลเรื่องการจัดหาอาหาร พาไปหาหมอ
3. ส่งเสริมรายได้ ต้องการมีเงิน ไว้ใช้สอย ค่าใช้จ่ายเล็ก ๆ น้อย ๆ ให้กับตนเอง เช่น ทำบุญ ค่าอาหาร
4. การถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่น ให้ผู้อื่นได้ชื่นชม หรือสืบทอด
5. ต้องการการดูแล จากเจ้าหน้าที่ ด้านสุขภาพ เยี่ยมถึงบ้าน หรือ ดูแลอย่างสม่ำเสมอ ตรวจสอบสุขภาพ ทุกเดือน

3. เพื่อวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในบริบทของชุมชนบท(ความสุข ความพอใจ)

ความสุข ความพอใจของผู้สูงอายุ : เข้าวัด ฟังธรรม รักษาศีลธรรม พoczyพอกิน อยู่ดีกินดี มีที่มั่งมี มีผู้นำดี ครอบครัวดี มีศรัทธา ปัญญา จิตใจดี จิตใจสงบด้วยการรักษาศีล ร่างกายแข็งแรงไม่เจ็บปวด นุ่งห่มเสื้อผ้าดี มีงานทำ ได้ทอดผ้า ตักน้ำ มีรายได้ ออกไปเดินเล่นได้ ไปร่วมกิจกรรมกับคนอื่น ๆ ได้ ได้อยู่กับลูกหลาน ลูกหลานเลี้ยง ดูแลดี ๆ มีเงินใช้ไม่ขาดมือ ลูกหลานมาร่วมกันพร้อมหน้ากัน ลูกหลานมีความสุข ลูกหลานอยู่ด้วยทุกวัน มีข้าว มีน้ำกินตลอด ได้แสดงออกการแสดงเก่า ๆ ร้องเพลง ฟ้อน เล่นกรับ เล่นกลอง รำวง ร้องเพลง สบายกาย สบายใจกว้างขวาง สุขภาพแข็งแรง ไม่ต้องทำอะไร นั่งอยู่นอนกิน ไม่เจ็บป่วย ทำบุญ อาหารลูกหลานหามาให้ ไม่เป็นหนี้สินผู้อื่น สบายใจที่เห็นลูกหลานมีความสำเร็จ ได้ทำอะไรดังตั้งใจไว้ ได้เล่าเรื่องราวในอดีต มีเพื่อนพูดคุย อยากมีอายุยืน มีงานทำคือ มัดหอม

บทบาทผู้สูงอายุ

- สมัยก่อน ผู้สูงอายุ จะเป็นผู้นำครอบครัว เป็นหัวหน้าหมู่บ้าน มีอำนาจในการตัดสินใจ ปัญหาทุกอย่าง การตัดสินใจทุกอย่าง อยู่ที่ผู้สูงอายุ
- ผู้สูงอายุเป็นผู้คอยบอก คอยสอน ให้คนในบ้านประพฤติปฏิบัติ แต่สิ่งดีงาม
- ผู้สูงอายุ เป็นหัวเรี่ยวหัวแรงในการทำงาน เพราะอาชีพทำนาสมัยก่อน ไม่มีเครื่องจักร ใช้แรงคน และแรงควาย ผู้ที่เกิดก่อน จะได้รับการฝึกหัด ไถนา ทำนาเป็นทุกคน และบอกสอนต่อรุ่นหลังเป็นทอด ๆ ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณค่าในสายตาของคนรุ่นต่อมาภายหลัง
- ผู้สูงอายุเป็นผู้นำด้านเศรษฐกิจในครอบครัว ผู้หญิง จะมีบทบาทการหุงหาอาหาร และทอดผ้า ใช้ในการนุ่งห่ม เลี้ยงลูก

บทบาทผู้สูงอายุเปลี่ยนไป

ความสำคัญของผู้สูงอายุเริ่มเปลี่ยนไป ตามสภาพการดำรงชีวิตที่เปลี่ยน จากการอยู่แบบเดิม จากคำบอกเล่าตาหู่ หีบแก้ว อายุ 70 ปี สมัยก่อน อำนาจอยู่กับผู้เฒ่า ผู้เฒ่าเป็นผู้หาเก็บผัก หักฟืน ลูกหลานนับถือ ลูกหลานไหว้ผู้เฒ่า เคียงนี้หัวคำออกก่อน หัวค่อนนำหลัง (วันหนุ่มนำ วัยสูงอายุ) *ผู้เฒ่าเป็นร่มโพธิ์ร่มไทร* ของลูกหลาน แก่มาก็เฝ้าบ้านให้ลูกหลาน ตอนค่ำมาก็สวดมนต์ให้วัพระ อำนาจเปลี่ยนไปอยู่ที่คนหนุ่มสาว ซึ่งผู้สูงอายุ เริ่มลดความสำคัญไปพร้อม ๆ กับความเจริญด้านเทคโนโลยี ซึ่งเช่นเดียวกับวัวควายที่หมดความหมาย ไปพร้อม ๆ กัน เมื่อประมาณ พ.ศ. 2524 บ้านโพธิ์เริ่มมีไฟฟ้าใช้ ถนนตัดผ่านหินแดง ชาวบ้านเริ่มมีรถไถนาเดินตาม เริ่มจาก 1 หลัง เป็นมีทุกหลังคาเรือน คนในหมู่บ้าน เริ่มเห็นว่า รถไถนา ไถนาได้เร็วกว่าควาย ซึ่งเดิมใช้เวลา เกือบ ๆ 2 เดือน จึงไถเสร็จ แต่ รถไถ ใช้เวลาประมาณ 2-3 วันก็เสร็จ บ้านไหนไม่มีเงินซื้อรถไถ ก็จะขายวัว ขายควายซื้อรถไถนา บทบาทเดิมผู้สูงอายุเคยทำนา ไถนาพร้อมกับลูก แต่หันมาใช้รถไถนาเดินตาม ต้องกำลังบังคับรถมากกว่า แรงที่ควายไถนา และใช้เครื่องยนต์ ซึ่งผู้สูงอายุ ไม่สามารถเรียนรู้วิธีการและไม่มีแรงพอที่จะใช้รถไถได้ การดำนา ก็เปลี่ยนเป็นหว่านและจ้างแรงงานรับทำนา ไปค้าขาย บทบาทผู้สูงอายุในด้านนี้ จึงค่อย ๆ ลดลงและคงเหลือแต่ดูแลลูกหลานเขาทำนา และคอยไปดูน้ำ ดูหญ้าให้ เมื่อลูกหลานไปค้าขายนอกหมู่บ้าน

ตาเคน ให้ข้อมูล : เคียงนี้ใช้เงิน เป็นหลัก เงินทอง ก็หาได้จากลูกหลานต้องไปขายหอม ทำงานรับจ้างนอกหมู่บ้าน จึงได้เงินมา อาหารการกินทุกอย่าง ต้องซื้อ เสื้อผ้า นุ่งห่มซื้อทุกอย่าง สนุ่ย ยาสีฟันซื้อหมด ผู้สูงอายุก็หาเงินไม่ได้เท่าคนหนุ่ม อำนาจจึงเป็นคนหนุ่ม การตัดสินใจก็ไม่ต้องอาศัยผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ มีประโยชน์อยู่บ้าง คอยดูแลลูกหลาน และเฝ้าบ้าน คนเคารพยำเกรงผู้สูงอายุ พูดอะไรก็มีคนเชื่อถือ ลูกหลานก็กลัว เคียงนี้ พูดอะไรขึ้นมากลูกหลานก็ไม่เอาหูไปใส่ *ผู้เฒ่าไม่ค่อยอยู่เฉย ๆ มีแต่คนทะเลาะทะเลาะกันไปรับจ้างนั่งมัดหอมอยู่ที่บ้านส่วนมากมีแต่ผู้เฒ่าไปหารายได้ไม่ค่อยมีผู้เฒ่าไปวัดเลย*

สรุปได้ว่า ความสุข ความพอใจของผู้สูงอายุ แบ่งได้ คือ ด้านร่างกาย ร่างกายแข็งแรง ไม่มีความเจ็บปวดมารบกวนทางด้านร่างกาย แม้มีโรคแต่ให้ทำกิจกรรมได้ปกติ ด้านจิตใจ ได้อยู่กับบุตรหลาน และเห็นบุตรหลานมีความสุข นอกจากนั้น ด้านจิตวิญญาณ คือการเข้าวัดฟังธรรม นอกจากนั้น ยังพบว่า การได้เล่าเรื่องราวในอดีต หรือ ถ่ายทอดความเชี่ยวชาญด้านภูมิปัญญาความสามารถของผู้สูงอายุ ทำให้มีความสุขเพิ่มขึ้น ส่วนด้านเศรษฐกิจ มีรายได้ พอเพียงกับการเป็นอยู่ในปัจจุบัน และด้านสังคม ผู้สูงอายุ ต้องการเพื่อนพูดคุย ต้องการร่วมกิจกรรมกับคนในชุมชน

บทบาทที่เปลี่ยนไปที่กระทบต่อคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุ เกิดจากสภาพสังคม และเศรษฐกิจที่เปลี่ยนไป ที่สำคัญ การมีบทบาทเป็นผู้นำครอบครัวในอดีต นำทั้งในด้านสังคม การเงิน และการประกอบอาชีพ กลับลายเป็น บทบาทผู้ตาม หรือผู้อาศัยในครอบครัว ในทุก ๆ ด้าน ยกเว้นในด้านศาสนา ที่ผู้สูงอายุ ยังคงมีบทบาทเป็นผู้นำลูกหลานปฏิบัติกิจกรรมด้านศาสนา

6. เพื่อวิเคราะห์ศักยภาพและบทบาท(ค้นหาแนวทางการมีส่วนร่วม)ของภาคีเครือข่ายในการจัดการดูแลผู้สูงอายุของ ตัวผู้สูงอายุเอง ผู้ดูแล ชุมชน ผู้นำชุมชน และ ภาคีเครือข่าย

ระดับครอบครัว

ลูกหลาน ให้การดูแลในเรื่องปัจจัย 4 ในการดำรงชีพ ได้แก่ ค่าใช้จ่าย อาหาร เครื่องใช้ในชีวิตประจำวัน เสื้อผ้า การพาไปร่วมกิจกรรมกับชุมชน การพาไปรักษาพยาบาล บทบาทส่วนใหญ่ของครอบครัว จะเป็นหลาน อันับรองลงมา คือลูก

ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน ดูแลด้าน จิตใจ การถามข่าว ให้กำลังใจ ช่วยเหลือ ในเรื่องค่าอาหาร เวลาไปเยี่ยมกัน

ระดับชุมชน

ผู้นำชุมชน ดูแลหลายด้าน ได้แก่ ด้านการสงเคราะห์ตามโครงการของรัฐ ต่าง ๆ เช่น โครงการแจกเสื้อ ผ้าห่มภัยหนาว ส่งเสริมการจัดตั้งกองทุนวันละ 1 บาท โดยมีคณะกรรมการเป็นชาวบ้านด้วยกัน สมาชิกจะได้รับ การช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล กรณีเข้าอนรักษานในโรงพยาบาล ช่วยเหลือวันละ 100 บาท ไม่เกิน 10 วัน / ปี ช่วยค่าทำศพ 10,000 บาท/ศพ ดูแลในเรื่องการดำเนินการ ประสานงานกับหน่วยงานราชการ ในด้าน การรวบรวมเอกสาร หลักฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุส่งต่อหน่วยงานอื่น ๆ ที่ได้รับการประสานมา

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บทบาทร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เยี่ยมให้กำลังใจ วัดความดันโลหิต ตามอาการเจ็บป่วย คอยให้คำแนะนำด้านสุขภาพ และสอนการออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพที่จำเป็น

รพ.สต.โพหนอง มีบทบาท กำหนดแผนด้านสุขภาพครอบคลุม การส่งเสริม ป้องกันโรค ฟันฟูร่างกาย และรักษาโรคเบื้องต้น รวมทั้งส่งต่อ รพ.เชียงยืน ด้านสุขภาพ ได้แก่ ตรวจสุขภาพ ให้ความรู้การป้องกันโรค รักษาโรค และติดตามเยี่ยมที่บ้าน นอกจากนี้ ยังเป็นแกนหลักในการดำเนินงาน ตรวจสุขภาพประจำปีผู้สูงอายุ ส่วนกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ มีบทบาทในการสนับสนุนการจัดตั้ง และการดำเนินงานร่วมกับเทศบาลตำบลโพหนองและโรงพยาบาลเชียงยืน

ชมรมผู้สูงอายุ ยังมีบทบาทไม่ชัดเจน เนื่องจาก ยังขาดรูปแบบการดำเนินงาน และการรวมกลุ่มของคณะกรรมการยังไม่ชัดเจน ขาดงบประมาณ และการสนับสนุนที่เป็นรูปธรรม

แกนนำเยาวชน มีการร่วมทำแผน ร่วมกับเทศบาล ดำเนินงานในฐานะ ผู้ร่วมกิจกรรม วันผู้สูงอายุ

วัด มีกิจกรรมทางศาสนา ได้แก่ การเทศนา การนั่งสมาธิ การทำบุญตักบาตร ซึ่ง เป็นการเข้าวัดฟังธรรม ตามโอกาสของผู้สูงอายุ ที่เคยปฏิบัติมาตั้งแต่อดีต ซึ่งผู้สูงอายุ บางส่วน ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ดังใจปรารถนา เนื่องจากบุตรหลานไม่อยู่ด้วย

เทศบาลตำบลโพหนอง บทบาท กำหนด นโยบายด้านสุขภาพโดยเน้นด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นกิจกรรมหลัก โดยบทบาทสนับสนุนงบประมาณ และการดำเนินกิจกรรมเองในบางกิจกรรม ซึ่งถ้าเป็นกิจกรรมด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่ จะดำเนินการร่วมกับ รพ.สต.โพหนอง โดยจะรวบรวมข้อมูล

ประจำปี และกำหนดโครงการ หรือกิจกรรม และบรรจุในแผนพัฒนาประจำปี เช่น การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ การตรวจสุขภาพในผู้สูงอายุ นอกจากนั้นภารกิจหลักตามนโยบายรัฐบาล คือ การจ่ายเบี้ยยังชีพ เบี้ยคนพิการ ซึ่งผู้สูงอายุทุกคนมีสิทธิได้รับประโยชน์นั้น แต่ กองทุนประกอบอาชีพ กองทุนหมุนเวียน ให้เฉพาะที่เข้าหลักเกณฑ์ที่กำหนด ผู้สูงอายุไม่ได้ทุกคน โดยกำหนด จัดทำกลุ่มอาชีพ คนละ 2,000 บาท/ปี ส่วนกิจกรรม ด้านศาสนา และประเพณี เทศบาลตำบลโพธิ์ทองเป็นแกนหลักในการจัดงานวันผู้สูงอายุ จัดพิธีรดน้ำดำหัว กิจกรรมทอดเทียนรวมในวันที่ 13 เมษายน ของทุกปี

รทส.เป็นหน่วยงาน ภายนอก ที่มีบทบาท ในการส่งเสริมทุนกู้ยืมในการประกอบอาชีพ

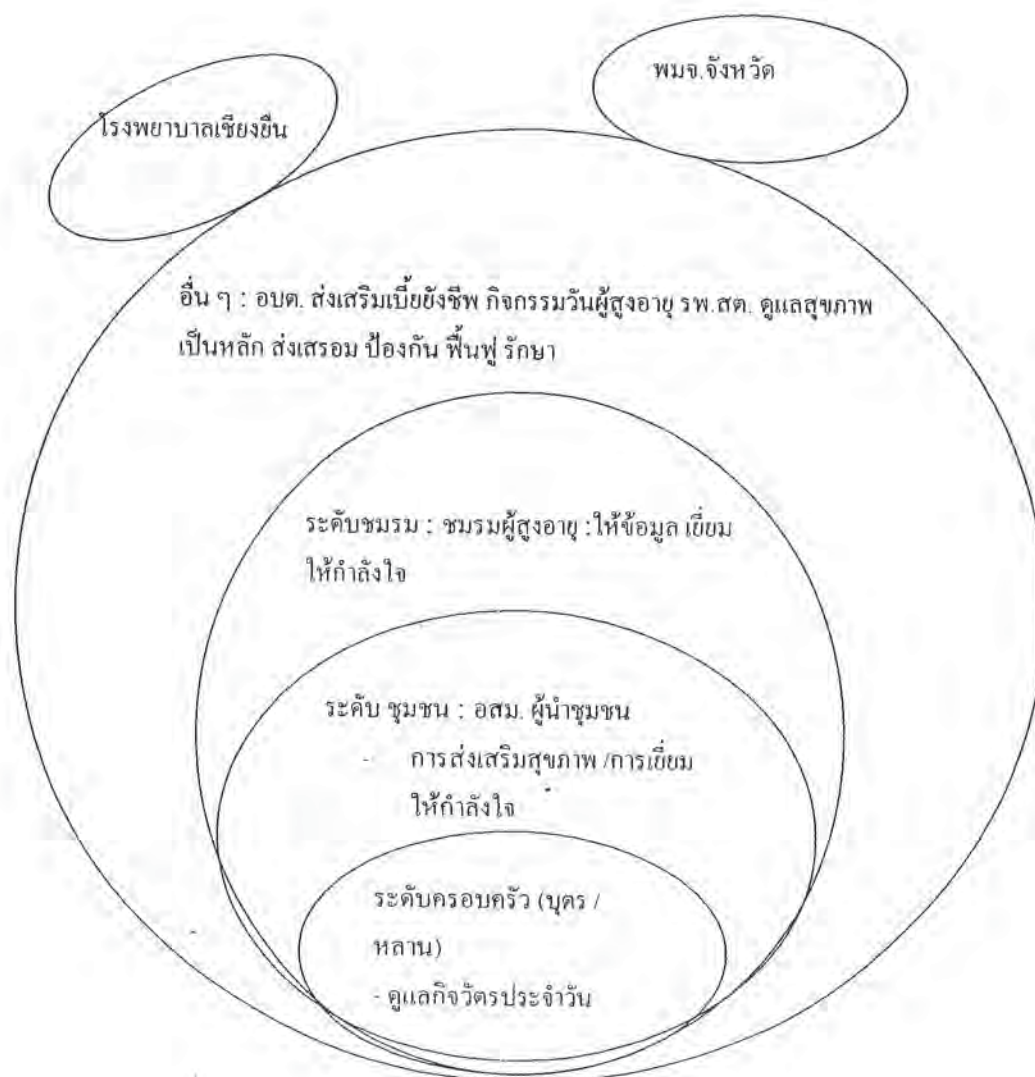
โรงพยาบาลเชียงยืน มีบทบาทในการดูแลด้านสุขภาพ เช่นเดียวกับ รพ.สต. แตกต่างกันว่าที่โรงพยาบาล เป็นแหล่งสนับสนุนงบประมาณ กำหนดนโยบายด้านสุขภาพ โดยกิจกรรมส่วนใหญ่ รพ.สต. เป็นผู้ดำเนินการ

ภายนอกชุมชน

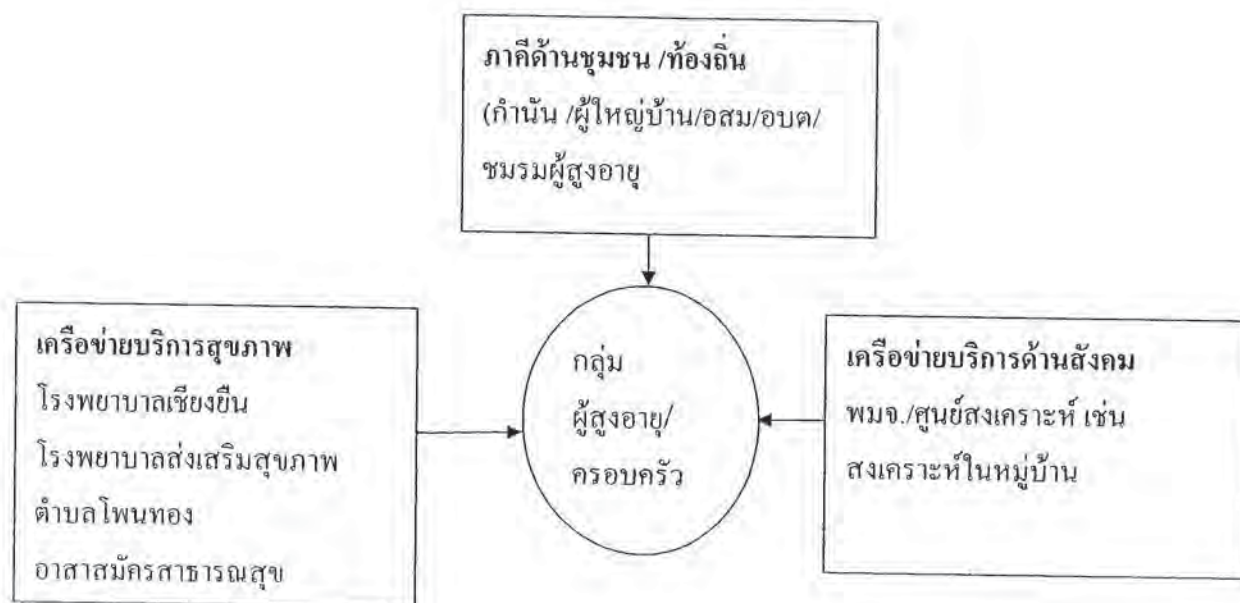
โรงพยาบาลเชียงยืน กำหนดแผน และ นโยบายด้านสุขภาพ ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เชียงยืน โดยดำเนินงาน ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟูสุขภาพ และการรักษาพยาบาล โดย รพ.สต. หรือ สถานีอนามัยบ้านโพธิ์ทองเป็นตัวแทนหน่วยงานในการนำนโยบายต่าง ๆ มาปฏิบัติ

หน่วยงาน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.)มีบทบาท ในการสนับสนุน งบประมาณ โดยผ่านทางเทศบาล ในการจัดกิจกรรม โครงการด้านผู้สูงอายุ และงบประมาณค่าจัดการศพ รายละ 2,000 บาท ซึ่งต้องดำเนินการผ่านทางเทศบาล

จากข้อมูลวิเคราะห์ได้ ว่า แต่ละหน่วยงาน ต่างมีบทบาทดำเนินกิจกรรมด้านผู้สูงอายุ ในแต่ละด้าน แตกต่างกัน ตามภารกิจของหน่วยงาน แต่กิจกรรมที่กำหนดในแต่ละปี อาจจะยังไม่ตอบสนองความต้องการ ผู้สูงอายุบางกลุ่ม ในชุมชน นอกจากนี้ การดำเนินกิจกรรมส่วนใหญ่ยังขาดแกนนำหลัก หรือเจ้าภาพหลัก ในการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดความร่วมมือและกำหนดแผนกิจกรรมร่วมกัน



ภาพ: แสดง ระดับของการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ



แสดงกลุ่มภาคีเครือข่าย สามารถแบ่งเป็นกลุ่มหลัก 3 กลุ่ม

รูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

จากการศึกษาข้อมูลในด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ และกระบวนการในการเก็บข้อมูลที่บ้าน โพน ตำบลโพนทอง อ.เชียงยืน จ.มหาสารคาม ทำให้ทีมวิจัย ได้ทราบถึงปัญหาและความทุกข์ ความต้องการของผู้สูงอายุ ด้านต่าง ๆ ทีมวิจัยได้กำหนดรูปแบบการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ขึ้นดังนี้

1. การดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุ ทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ และด้านสังคม
2. การพัฒนาอาชีพ หรือรายได้
3. การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และ การมีส่วนร่วม ของผู้สูงอายุ
4. การจัดอาคารสถานที่ โดยเฉพาะ ที่สาธารณะ ให้เป็นสถานที่ที่เป็นมิตร สำหรับผู้สูงอายุ
5. การส่งเสริม ปราชญ์ชาวบ้าน ให้ถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่น ต่อคนรุ่นหลัง

ทีมวิจัย มีความเห็นร่วมกันการจัดการควรมีส่วนร่วม ทุกภาคีเครือข่าย ที่เกี่ยวข้อง ตามบทบาทหน้าที่ ของแต่ละหน่วยงาน

1. การดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุ ทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ และด้านสังคม เป็นหน้าที่รับผิดชอบของ รพ.สต. และ สนับสนุน ทั้งด้าน งบประมาณ จาก เทศบาลตำบลโพนทอง
2. การพัฒนาอาชีพ หรือรายได้ เป็นบทบาท รับผิดชอบ ของ องค์การบริหารส่วนตำบล โพนทอง

3.การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และ การมีส่วนร่วม ของผู้สูงอายุ เป็นบทบาท หลัก ของ ชมรม ผู้สูงอายุ และ อาสาสมัครสาธารณสุข

4.การจัดอาคารสถานที่ โดยเฉพาะ ที่สาธารณะ ให้เป็นสถานที่ที่เป็นมิตร สำหรับผู้สูงอายุ เป็น บทบาทหลัก ของเทศบาลตำบลโพหนอง

สรุปกิจกรรม ที่ได้ ดำเนินการ ด้านผู้สูงอายุ โดยการบูรณาการแบบมีส่วนร่วม จากทุกภาคีเครือข่าย โครงการ อบรมความรู้ ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลโพหนอง โดยการมีส่วนร่วม จากภาคีเครือข่าย ดังนี้

- 1.องค์การบริหารเทศบาลตำบลโพหนอง รับผิดชอบ จัดหางบประมาณ ในการ ดำเนินการ และเป็น เจ้าภาพหลักในการประสานงาน โดยนางประมุล หมูไสภณ ตำแหน่ง นักพัฒนาชุมชน
- 2.หน่วยงาน ท้องถิ่น โรงเรียน ได้ สนับสนุนหอประชุมโรงเรียนบ้านโพ ให้เป็นสถานที่จัดอบรม
- 3.หน่วยงานสาธารณสุข โดย โรงพยาบาลเข็ญยืน และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพหนอง เป็นวิทยากร ให้ความรู้ ด้านการดูแล สุขภาพ และ จัดนิทรรศการ
- 4.อาสาสมัครสาธารณสุข มีบทบาท ในการ แจ่งข่าว และ นำผู้สูงอายุ เข้าร่วมกิจกรรม รวมทั้ง ดูแล เรื่องความสะดวกสบาย อาหาร และน้ำดื่ม ในการอบรม

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการวิจัย

1. ทีมวิจัย ที่เป็น นักวิชาการ

จากก่อนเริ่มงานวิจัย เคยเรียนรู้ และทำวิจัย เชิงปริมาณ พอได้ลงมือปฏิบัติ การวิจัย เชิง ปฏิบัติการ และได้เรียนรู้กระบวนการ ในการทำวิจัย ทำให้ เห็นกระบวนการ ที่มีความสวยงาม ทำให้เกิด การเรียนรู้ ไป โดยไม่รู้ตัว ยิ่งกระบวนการเรียนรู้ เกิดจากการได้ลง มือปฏิบัติ แล้ว วิเคราะห์ข้อมูลด้วยทีม วิจัยเอง ทำให้ เกิดการเรียนรู้ อย่างลึกซึ้ง เกิดความเข้าใจชุมชน และ เห็นความจริงใจ ของ ผู้สูงอายุ ที่มีความ ยากลำบากในการ ดำรงชีวิต อยู่ ทำให้อยากช่วยเหลือ

2.ทีมวิจัยชุมชน มีความกล้าที่จะแสดงออก ทางความคิดเห็น มีความสามัคคี ในหมู่คณะ มีวิถีคิด เป็นเหตุ เป็นผล สามารถวิเคราะห์ ประเด็นตาสง ๆ ได้ดีขึ้น เกิดความภาคภูมิใจ ในกิจกรรมที่ได้มีส่วนร่วม มีความสุข ที่ได้ร่วมกิจกรรม

3.ผู้สูงอายุ ได้ สะท้อน ปัญหา และความต้องการ อย่างน้อย มีคนรับฟังความคิดเห็น ของตน ได้มี ส่วนร่วมในการ ให้ข้อมูล และร่วม แสดงความคิดเห็น ในกิจกรรม ต่าง ๆ

บทที่ 5

โครงการวิจัยนี้เป็นการศึกษา รูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ บ้านโพหนอง อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ซึ่งทีมวิจัยได้ดำเนินการมาตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน 2554 ถึงเดือน มิถุนายน 2556 บทเรียนคือนักวิจัยและชุมชนหลายประการ ซึ่งบทเรียนที่ได้จากการทำวิจัยมีดังต่อไปนี้

ด้านชุมชน

1. ด้านชุมชน มีศักยภาพชุมชนเบื้องต้น เพื่อประเมินและวางแผนการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และยังเป็นการเตรียมความพร้อมชุมชนผ่านเครื่องมืองานวิจัยเพื่อท้องถิ่นในการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมระหว่างคนในชุมชนและหน่วยงาน หรือกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

2. เกิดการประสานภาคีที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมมาทำงาน เช่น เทศบาลตำบลโพหนอง ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มเยาวชน

3. ชุมชนสามารถรวมกลุ่มกันเพื่อศึกษาเรื่องราว วิถีชีวิตผู้สูงอายุ ประเพณีหมู่บ้าน มีการสืบค้นข้อมูล บันทึก เรียนรู้ และมีการเล่าหรือถ่ายทอดได้

4. ชุมชนสามารถรวมกลุ่มกันผ่านกระบวนการวิจัย ในการสืบค้น อันเป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างการมีส่วนร่วม เป็นการฝึกการทำงานเป็นทีม สะท้อนการมีส่วนร่วมได้อย่างชัดเจน

ด้านนักวิจัย

1. การสร้างคนที่เป็นลักษณะ การสร้างผู้นำใหม่และเสริมศักยภาพผู้นำเก่า เพื่อเป็นแกนนำในการขับเคลื่อน ออกแบบกิจกรรมและปฏิบัติการกับกลุ่มเป้าหมายร่วมกัน เช่น การสนทนากลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูล การวางแผนเพื่อสัมภาษณ์ เก็บข้อมูล

2. เกิดคุณค่ามากขึ้น นักวิจัยรู้สึกว่าคุณเป็นส่วนหนึ่ง ของการเกิดข้อมูล ที่ได้รวบรวมมา จนเป็นเรื่องราว ที่ไม่เคยมีใครสืบค้นมาก่อน

3. นักวิจัย มีความสุข เพราะได้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผ่านกระบวนการวิจัย ได้ไปในที่ไม่เคยไป เช่น มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

4. ได้รับรู้ความเปลี่ยนแปลง ของชีวิตผู้สูงอายุ ได้รับรู้ ความรู้สึก ความทุกข์ ความสุข และปัญหา ความต้องการของผู้สูงอายุ

5. นักวิจัยมีการพัฒนาทักษะทางการพูด ฟัง อ่าน เขียน มีความกล้าแสดงออก เช่น กล้าถาม กล้านำเสนอ กล้าแสดงความเห็น รู้จักการทำงานเป็นกลุ่ม รู้จักประเมินการทำงานของตัวเองและเพื่อนเรียนรู้ อย่างสนุกสนาน และมีความสุข

6. นักวิจัย มีความภาคภูมิใจ ว่า ทำวิจัยได้ เข้าใจวิจัยชาวบ้าน หรือท้องถิ่นทำอะไร

ปัญหาและอุปสรรคในการทำงาน

ระยะแรกของการทำวิจัย

1. นักวิจัย ขาดทักษะในการ สัมภาษณ์ เก็บรวบรวมข้อมูล จึงทำให้การลงเก็บข้อมูล ได้ข้อมูลมาเพียงเล็กน้อย
2. นักวิจัย มีภารกิจอื่นทำให้ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกคนและทุกครั้ง
3. นักวิจัย ขาดความเข้าใจ ในขั้นตอน วิธีการวิจัยท้องถิ่น มีความวิตกกังวล ในการ เก็บข้อมูล

ระยะดำเนินโครงการวิจัย

1. นักวิจัยส่วนใหญ่ เขียนไม่ได้ หรือ เขียนไม่คล่อง จึงเกิดปัญหาการเก็บข้อมูล ได้ ชวนกลุ่มเยาวชนเข้าร่วมนักวิจัย
2. นักวิจัยส่วนหนึ่ง เป็นกลุ่มผู้นำ หรือ มีบทบาทอื่น ๆ รับผิดชอบ เช่น ผู้นำเกษตร หรือมีภารกิจตรงกับกิจกรรม ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ จึงได้หานักวิจัยเข้าร่วมทีม เพิ่ม โดยค้นหา จากคนที่สนใจเป็นเบื้องต้นก่อน
3. ขาดประสบการณ์ ในการจัดกิจกรรม ทำให้ เกิดปัญหาได้ เช่น การจัดงานปี ใหม่ พาเลง ค่านิยมที่ผิดคิดของ ผู้นำชุมชน หรือ หน่วยงานที่เข้าร่วมกิจกรรม เช่น ต้องมีหนังสือเรียนเชิญในระยะแรก ของการทำงาน นักวิจัยรู้สึก “กลัว” คำว่า “นักวิจัย” คือกลัวจะทำไม่ได้ กลัวทำเป็น
4. การเข้าร่วมกิจกรรม กับเครือข่ายอื่น ๆ นักวิจัยได้เข้าร่วม บางส่วนเท่านั้น เนื่องจาก ติดภารกิจ หรือ ไม่ก็ สถานที่นัดหมายอยู่นอกหมู่บ้าน ไม่สามารถจัดหารถได้

แผนการดำเนินงานระยะที่ 2 โครงการวิจัย รูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
บ้านโพน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	วิธีการและขั้นตอน	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ระยะเวลา
1. เวทีนำเสนอข้อมูลและกำหนดรูปแบบการจัดกิจกรรม	1. เพื่อนำเสนอข้อมูลสู่ชุมชน 2. เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลไปใช้ในระยะที่ 2 3. เพื่อวางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	1. ทีมวิจัย 2. ที่ปรึกษา 3. ผู้นำ / นายก อบต./รพ./ร.ร./วัด 4. ประชาชน รวม 140 คน	1. ประสานผู้เข้าร่วม 2. ประสานงานภาคีเครือข่าย 3. ดำเนินการนำเสนอข้อมูลโดยนักวิจัยชุมชน 4. ประชุมภาคีเพื่อหารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิต	1. ชุมชน ได้รับข้อมูลสถานการณ์สภาพปัญหาของผู้สูงอายุ 2. ได้แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 3. เพื่อหาเจ้าภาพหลัก/แกนหลักในการพัฒนาระยะต่อไป	มิถุนายน 55
2. ศึกษาดูงาน	1. เพื่อสร้างการเรียนรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ การดูแลผู้สูงอายุ 2. สร้างแรงจูงใจ ในการทำงาน	1. ทีมวิจัย 2. ผู้นำชุมชน 3. ผู้สูงอายุ รวม 50 คน	1. ประสานงาน 2. จัดเตรียมการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น 3. ศึกษาดูงาน 4. สรุปผลการเรียนรู้	1. ผู้เข้าร่วมได้เห็นรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 2. นักวิจัย เกิดแรงจูงใจ ในการทำงาน	สิงหาคม-ตุลาคม 55

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	วิธีการและขั้นตอน	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ระยะเวลา
4. ประชุมทีมวิจัยเพื่อวางแผนปฏิบัติการ	1. เพื่อเตรียมความพร้อมของกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินการ	1. ทีมวิจัย 22 คน 2. ผู้นำ อสม. 3. ที่ปรึกษา 4. ชุมชน รวม 80 คน	1. ประสานงานทีม/สถานที่ 2. จัดประชุม จัดทำแผนปฏิบัติในการดำเนินกิจกรรมในระยะที่ 2 3. สรุปผลการประชุม	1. ทีมเข้าใจในกระบวนการปฏิบัติการร่วมกัน 2. ทีมวิจัยมีการวางแผนทางร่วมกัน เพื่อให้กิจกรรมบรรลุเป้าหมาย 3. ได้แผนปฏิบัติการ	มิถุนายน-กรกฎาคม
11. ปฏิบัติการรูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายในการจัดการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ	เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	1. ทีมวิจัย 22 คน 3. ผู้สูงอายุ จำนวน 314 คน รวม 336 คน	1. ประสานงานทีม/สถานที่ 2. ดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	1. ได้เกิดกิจกรรม การอบรมให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 2. มีตัวแทน ผู้สูงอายุ รวมกลุ่มกันในการจัดกิจกรรม ให้ต่อเนื่อง	มิถุนายน-สิงหาคม
12. รายงานความก้าวหน้างานวิจัย	เพื่อทราบความก้าวหน้า และปัญหาในการปฏิบัติการ	1. ทีมวิจัย รวม 22 คน	1. ประสานงาน 2. ดำเนินการ 3. สรุปผลความก้าวหน้า	1. ทราบความก้าวหน้าการดำเนินงาน 2. ได้ ทบทวน การดำเนินงาน และวางแผนในการทำงาน ขึ้นต่อไป	กันยายน

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	วิธีการและขั้นตอน	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ระยะเวลา
7. สรุปผลการปฏิบัติ	เพื่อสรุปผลการทดลอง	1. ทีมวิจัย 3. ผู้สูงอายุ รวม 50 คน	1. ประสานงาน 2. เตรียมสถานที่/อุปกรณ์ 3. ใช้ผังความคิด /ประชุม 4. สรุปผลการประชุม	1. ได้รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ได้มีการจัดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	ตุลาคม
8. เวิร์กช็อปแลกเปลี่ยนเรียนรู้	เพื่อกำหนดผลการศึกษาค้นคว้าและหาแนวทางที่เกี่ยวข้อง	1. ทีมวิจัย 20 คน 2. ที่ปรึกษา 5 คน 3. ประชาชน 4. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวม 140 คน	1. ประสานเชิญผู้เกี่ยวข้อง 2. ประสานเตรียมพื้นที่ในการจัดกิจกรรม 3. ประชาสัมพันธ์เวทีและเตรียมการนำเสนอ 4. จัดเวที 5. สรุปผล	1. ได้นำเสนอผลการดำเนินงานกิจกรรม แก่ชุมชน 2. ได้แนวทาง / ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมจากเวที 3. ภาคีเครือข่าย ที่ร่วมดำเนินงาน ได้ทบทวนบทบาทตนเอง และแนวทางดำเนินงานต่อไป	ตุลาคม-พฤศจิกายน
9. ประชุมทีมวิจัยเพื่อสรุป/สังเคราะห์บทเรียน	เพื่อสรุป/สังเคราะห์องค์ความรู้การดำเนินโครงการ และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการวิจัย	1. ทีมวิจัย 22 คน 2. ที่ปรึกษา 3 คน รวม 25 คน	1. ประสานทีมงาน 2. จัดประชุม 3. สรุปผล	1. ชูบทเรียน รูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	ตุลาคม-พฤศจิกายน

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	วิธีการและขั้นตอน	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ระยะเวลา
10. เข้าร่วมพัฒนาศักยภาพกับ Node และเครือข่ายงานวิจัย เพื่อท้องถิ่น	1. เพื่อพัฒนาศักยภาพทีมวิจัยให้สามารถดำเนินโครงการวิจัยตามแนวทางการงานวิจัยเพื่อท้องถิ่นโดยการเข้าร่วมเวที Node วิชาการ 2. เพื่อติดตามความก้าวหน้าการดำเนินโครงการวิจัยโดยการเข้าร่วมเวที Node วิชาการ	1. ทีมวิจัย 10 คน 2. ที่ปรึกษา 3 คน	1. ประสานผู้เข้าร่วม 2. ดำเนินการ 3. สรุป	1. ทีมวิจัยสามารถดำเนินโครงการวิจัยได้ตามแนวทางงานวิจัยเพื่อท้องถิ่น	ทั้งโครงการ
11. รายงานฉบับสมบูรณ์	เพื่อกำหนดรายงานผลการวิจัยที่ผ่านกระบวนการวิเคราะห์ - สังเคราะห์ความรู้จากการดำเนินงาน	หัวหน้าโครงการ	1. รวบรวมข้อมูล 2. เขียนรายงาน 3. ส่งให้ Node วิชาการตรวจสอบความครบถ้วน 4. ส่งรายงานให้กับ สกว.	รายงานฉบับสมบูรณ์ 5 เล่ม โครงการ ได้มีอุปสรรคล่าช้าสิ้นสุดโครงการ เดือนมิถุนายน 2556	กำหนดเดิม พฤศจิกายน- ธันวาคม

การวางแผนกิจกรรม ในระยะหลังสิ้นสุดโครงการ

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	วิธีการและขั้นตอน	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ระยะเวลา
1. โครงการอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ	1. เพื่อพัฒนาศักยภาพทีมชม. ให้มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ 2. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการติดตามเยี่ยม บ้าน และได้รับคำแนะนำ การดูแลสุขภาพ อย่างต่อเนื่อง ในชุมชน	1. อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 1 คน ต่อหมู่บ้าน	1. ประสานผู้เข้าร่วม 2. ดำเนินการ 3. สรุป	1. มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 2. มีกิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ	
1.1 โครงการ สนับสนุน ส่งเสริมสุขภาพบ้านโปง	เพื่อ จัดหาพื้นที่ สำหรับผู้สูงอายุ และครอบครัว ได้ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพร่วมกัน	1. สถานชุมชน ช่างสถานีอนามัยบ้านโปง	1. นำเสนอ โครงการ พร้อมประชาชนชาวบ้าน 2. จัดทำโครงการ 3. ศึกษาดูงาน 4. ระดมทุน.	มีสถานที่ ที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุและผู้สูงอายุในชุมชน สามารถใช้ร่วมกับ กลุ่มวัยอื่นๆ ในชุมชน	

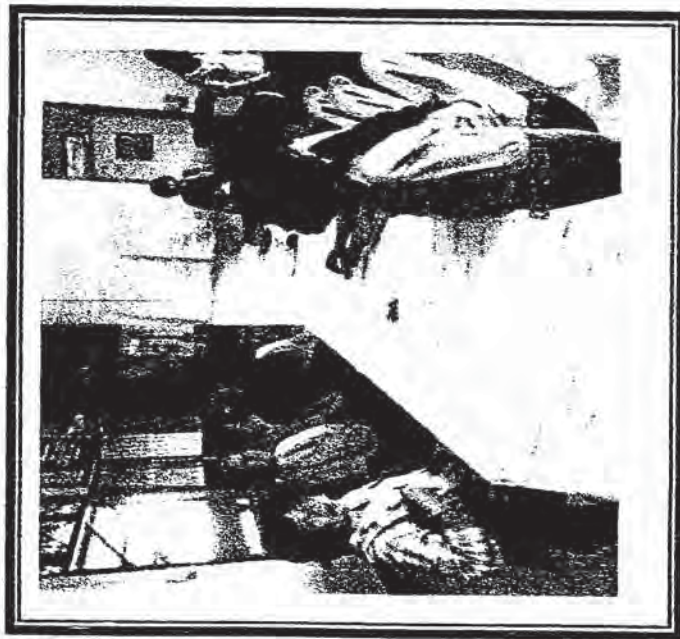
บรรณานุกรม

1. กรมการศึกษานอกโรงเรียน. หลักการพื้นฐานการศึกษานอกโรงเรียน พ.ศ.2541. กรุงเทพฯ : มิตรภาพการพิมพ์, 2541.
2. โกวิท พวงงาม. การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน. ม.ป.ท.2545.
3. ชาญ กาญจนรังษินันท์. การบริหารเครือข่าย. www.northphc.org/doc/mananet.doc, 26 พฤษภาคม 2555.
4. เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง. การระดมประชาชนเพื่อการพัฒนาชนบท: การบริหารงานพัฒนาชนบท. กรุงเทพฯ: ศักดิ์สภาคการพิมพ์, 2527.
5. ัญญา สนิทวงศ์ ณ อยุธยา. 2542. การประเมินรูปแบบบริการที่จัดให้ผู้สูงอายุในชุมชนเน้นการให้บริการของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพประจำหมู่บ้าน. รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ: คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
6. ปรีดา เรืองวิชาธร. งาน พลังกลุ่ม และความสุข. กรุงเทพฯ : เพ็ญฟ้า พรินต์. 2547.
7. ยุพาพร รูปงาม. การมีส่วนร่วมของข้าราชการสำนักงานงบประมาณ ในการปฏิรูประบบราชการ. ภาคนิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. 2545.
8. ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : นามมีบุ๊คส์พับลิเคชันส์, 2546.
9. วรณา कुमारจันทร. 2543. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
10. วิโรจน์ สารรัตนะ. การบริหาร หลักการ ทฤษฎี และประเด็นทางการศึกษา. กรุงเทพฯ: ทิพย์วิสุทธิการพิมพ์. 2542.
11. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. สวัสดิการผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.
12. ศรีเมือง พลังฤทธิ์. แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยบุคคล ครอบครัว และชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา : การศึกษาเชิงคุณภาพ. วารสารประชากรศาสตร์ ปีที่ 23 ฉบับที่ 2 กันยายน 2550.
13. สมพันธ์ เตชะอธิกและคณะ. การพัฒนาความเข้มแข็งขององค์กรชาวบ้าน. กรุงเทพฯ : เจริญวิทย์การพิมพ์. 2540.
14. สมคิด บางโม. องค์การและการจัดการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัทพิมพ์ดี จำกัด. 2539.
15. สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. สังคมวิทยาภาวะสูงอายุ ความเป็นจริงและการคาดการณ์ในสังคมไทย. (กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539. อ้างจาก McPherson, Barry D., "Aging as a Social Process." Toronto : Butterworth & Co., 1983.
16. เสรี พงศ์พิส. เครือข่าย: ยุทธวิธีเพื่อประชาชนเข้มแข็ง ชุมชนเข้มแข็ง. กรุงเทพฯ: เจริญวิทย์การพิมพ์. 2548.

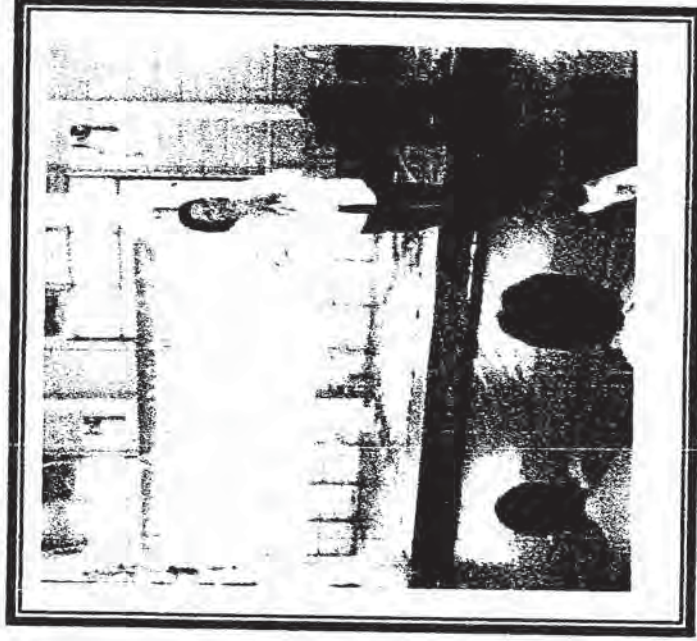
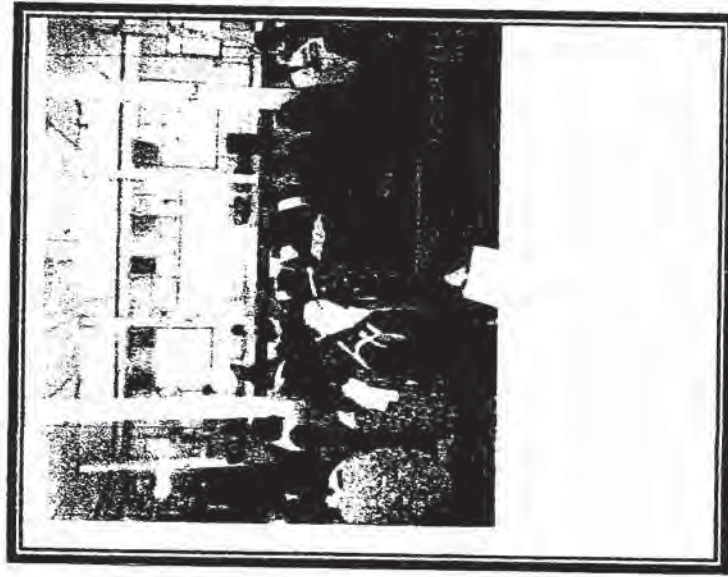
17. สุรกุล เจนอบรม. วิสัยทัศน์ผู้สูงอายุและการศึกษานอกระบบสำหรับผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ : นิธิแอดเวอร်ไทซ์กรุ๊ป, 2541.
18. สุทธิพันธ์ จิตะพันธ์กุล. ประชากรสูงอายุไทย ตอนที่ 1 : สถานการณ์และความสำคัญของผู้สูงอายุ. สถานการณ์ฉบับที่ 25 (ธันวาคม) พ.ศ. 2541.
19. Erwin, W. participation Management : Concept Theory and Implementation. Atlanta: Georgia State University. 1976.
20. Orem, D. E. Nursing concepts of practice. New York: Mc.Graw-Hill Book. 2001.
21. Paluangrit, S., Griensven, F. V., and Wongboonsin, K. Improvement of the quality of life of the elderly though individual empowerment, family care and community support: the case of Phra Nakhon Si Ayutthaya province, Thailand. Journal of Population and Social Studies, 14(2).2006.
22. The WHOQOL group. The development of the world health organization quality of life assessment instrument. In. J Orley, & Kuyken (Eds.), Quality of life assessment: Internation perspectives. New York: Springer-verlag. 1994. Cited in Wanna Kumarnjan. 2000. Quality of life among the elderly in the upper Southern Region. Master's Thesis, Major in Gerontology Nursing, Graduate School, Mahidol University.
23. Yurick, A.G., et al. The Aged Person and Nursing Process. New York : Appleton. Century-Crofts. 1980.
24. Zhan, L. 1992. Quality of Life : Conceptual and measurement issues. Journal of Advanced Nursing 17 (July): 979.

ภาคผนวก

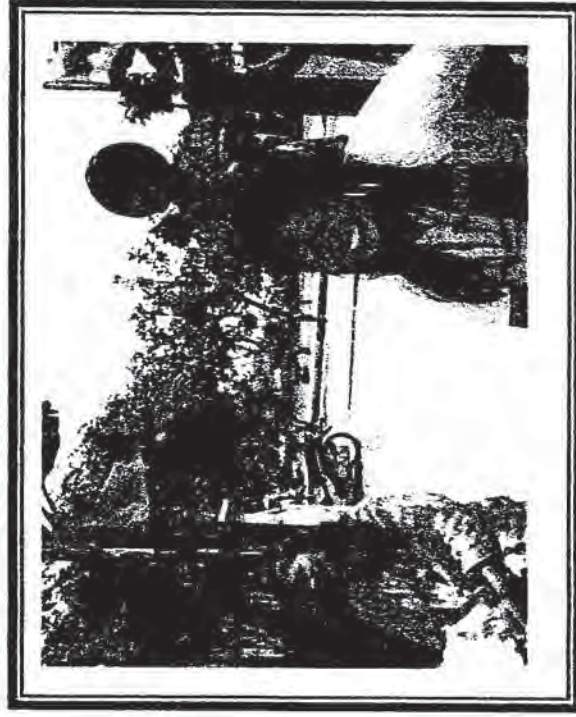
ภาพ: การค้นหานักวิจัย ผู้มีความเสียสละ มีใจร่วมพัฒนาที่ รพ.สต. โพนทอง



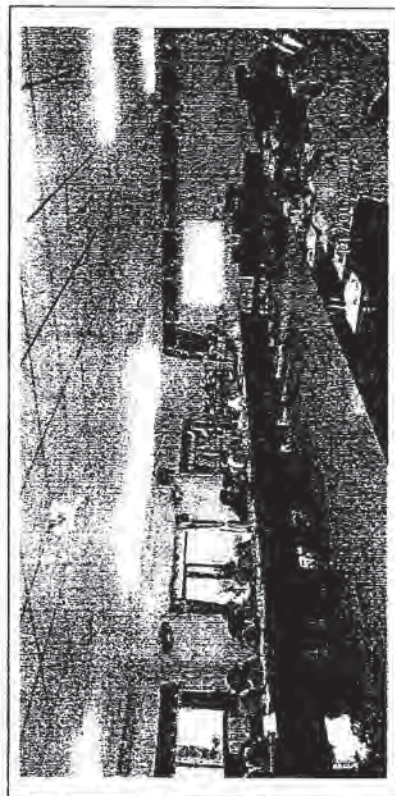
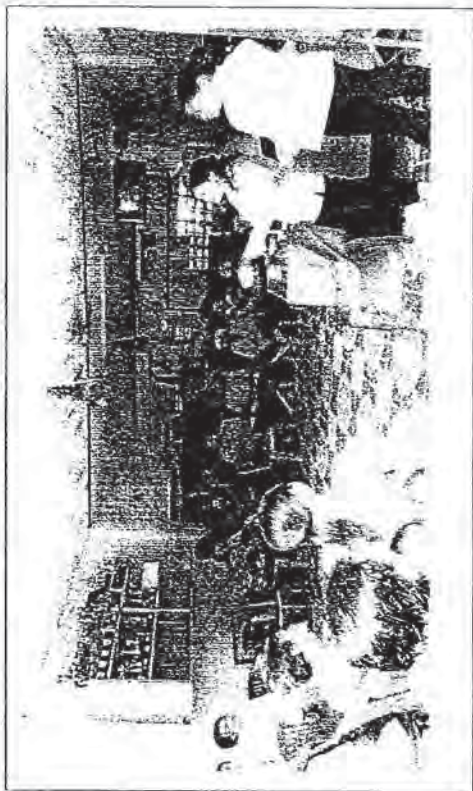
ภาพ : เวทีนำเสนอโครงการ ต่อชุมชน ที่ วัดบ้านโพน มีผู้สูงอายุ และผู้นำชุมชนเข้าร่วม จำนวนมากเกินความคาดหมาย



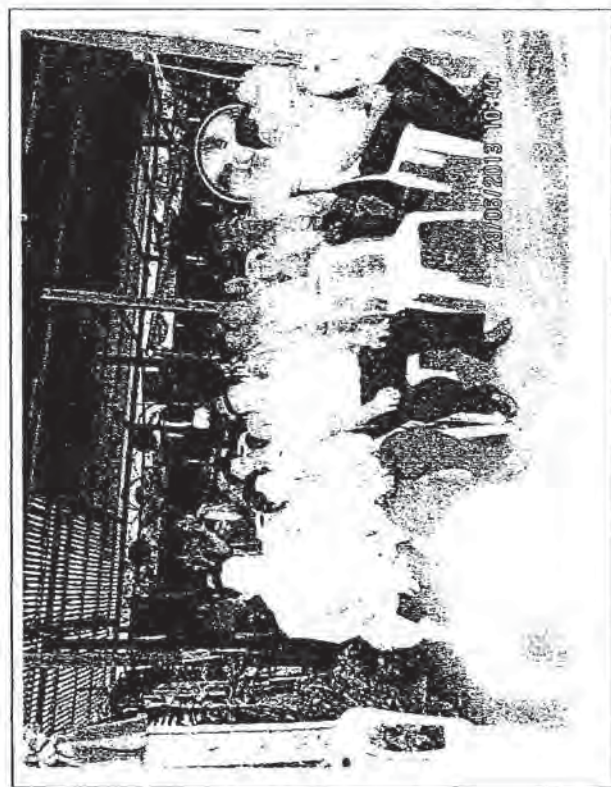
ภาพ : ความสุข ความภาคภูมิใจ ของนักเรียน



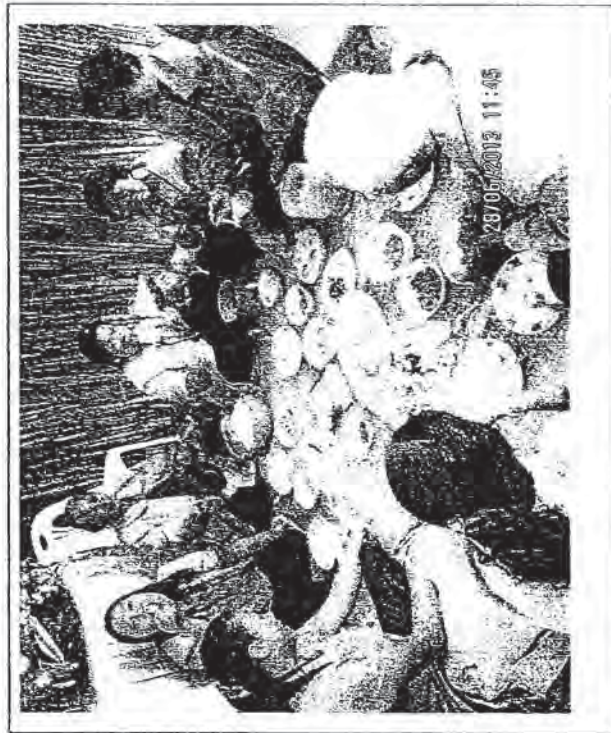
กิจกรรม การค้นข้อมูลให้ชุมชน



กิจกรรม การศึกษาดูงาน การจัดกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลเหล่าดอกไม้ อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม



กิจกรรม การศึกษาดูงาน การจัดกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลเหล่าดอกไม้ อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม



ประวัติทีมวิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย นางบรรจง จาตบุญนาท

เกิดวันที่ 27 พฤศจิกายน 2512

สถานที่เกิด จังหวัด มหาสารคาม

สถานที่อยู่ปัจจุบัน 132 หมู่ 13 ตำบลเขว้าใหญ่ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัด มหาสารคาม

ประวัติการศึกษา

มัธยมศึกษาตอนต้น-มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนผดุงนารี จังหวัดมหาสารคาม

ปริญญาตรี การพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ปริญญาโท การพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รายชื่อทีมนักวิจัย นักวิชาการ และนักวิจัยชาวบ้าน โพน ค. โพนทอง อ.เชียงยืน จ.มหาสารคาม

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| 1. นางสุจิตรา ยะวร | |
| 2. ดร.อมร สุวรรณนิมิต | 12. นางสาวรัศมี ชมเสียง |
| 3. นายภูธร สารสวัสดิ์ | 13. นางจิตติรัตน์ ทองนิล |
| 4. ดร.สมเสาวนุช จมูศรี | 14. นางประนอม ไชยะ |
| 5. นางสุชาดา คาชาทุม | 15. นางซ็อน ชินแสน |
| 6. นายวรรณพล อุปนันท์ | 16. นางบรรจง อุปนันท์ |
| 7. นายศักดิ์สิทธิ์ หมูโสภณ | 17. นางประมุศ หมูโสภณ |
| 8. นายวงษ์พร ภูพันนา | 18. นายกล้าภ ทัพภูตา |
| 9. นายบุญเลิศ กินรี | 19. นายเคนบง วงษ์กระนวน |
| 10. นายคำพันธ์ โสภี | 20. นายสมร อุปนันท์ |
| 11. น.ส.กุสุมาพร ไชยปัดชา | |