



รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการวิจัย การสร้างพื้นที่ต้นแบบในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
ในพื้นที่เมือง ชุมชนสามัคคี ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

โดย

กิตติศักดิ์ ไกรจันทร์ และคณะ

สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย

ตุลาคม 2555

สัญญาเลขที่ RDG55E0020

รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการวิจัย การสร้างพื้นที่ต้นแบบในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
ในพื้นที่เมือง ชุมชนสามัคคี ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

โดย

กิตติศักดิ์ ไกรจันทร์ และคณะ

สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย

ตุลาคม 2555

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ	ข
สารบัญ	ค
บทที่ 1	บทนำ
	1
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา
	1
	คำถามการวิจัย
	2
	วัตถุประสงค์
	3
	กลุ่มเป้าหมาย
	3
	พื้นที่ศึกษา
	3
	วิธีดำเนินงาน
	3
	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
	4
บทที่ 2	การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง
	6
	แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
	6
	แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
	9
	แนวคิดการมีส่วนร่วม
	14
	แนวคิดการสร้างเครือข่าย
	19
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
	22
บทที่ 3	กระบวนการวิจัย
	26
	ขอบเขตการวิจัย
	26
	เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
	27
	การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
	27
	ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย
	28
	การวิเคราะห์ข้อมูล
	37
บทที่ 4	ผลการศึกษา
	38
	สถานการณ์และบริบท ผู้สูงอายุในชุมชนสามัคคี
	38
	องค์ความรู้ ระบบและกลไกการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของชุมชน
	47
	และภาคีที่เกี่ยวข้อง

	ปัญหาและสุขภาพของผู้สูงอายุ ในการให้บริการเกี่ยวกับการ จัดการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนสามัคคี	51
	การสร้างพื้นที่ต้นแบบในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุใน พื้นที่เมือง	52
บทที่ 5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	54
	สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล	56
	ข้อเสนอแนะ	61
	การศึกษาวิจัยในครั้งต่อไป	61

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก	ภาพกิจกรรม
ภาคผนวก ข	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีด้วยความกรุณา ของคณะผู้วิจัยและได้รับความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องด้านเครื่องมือ ที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ ได้ให้ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ และได้ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งใจในความกรุณาของท่านอาจารย์เป็นอย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณด้วยความเคารพไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้นำชุมชน ชาวบ้าน ผู้สูงอายุทุกท่านที่เอื้ออำนวยความสะดวกในการให้ข้อมูล และสถานที่ในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ นางรัตนา เสนาหนอก หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนสามัคคี และเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนสามัคคี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่เอื้ออำนวยความสะดวกในการให้ข้อมูลสถานที่ รวมถึงความร่วมมือต่าง ๆ จนทำให้การทำวิจัยเสร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบพระคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ที่สนับสนุนงบประมาณในการทำวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบพระคุณ ผศ.ดร.ชูศักดิ์ สุทธิสา อ.ดร.กนกพร รัตนสุธีระกุล และบุคลากรจาก สกว. หนองมหาสารคามทุกท่าน ที่เอื้ออำนวยความสะดวกและให้ข้อคิดเห็นในการทำวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ดร.นฤมล เอนกวิทย์ ที่ให้การสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

กิตติศักดิ์ ไกรจันทร์ และคณะ

ชื่อเรื่อง การสร้างพื้นที่ต้นแบบในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เมือง ของชุมชนสามัคคี ต.ตลาด อ.เมือง จ.มหาสารคาม

ชื่อผู้วิจัย กิตติศักดิ์ ไกรจันทร์ และคณะ

บทคัดย่อ

การศึกษาการสร้างพื้นที่ต้นแบบในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เมือง ของชุมชนสามัคคี ต.ตลาด อ.เมือง จ.มหาสารคาม เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) วัตถุประสงค์ในการวิจัยเพื่อศึกษาสถานการณ์และบริบท ผู้สูงอายุในชุมชนสามัคคี ศึกษาองค์ความรู้ ระบบและกลไกการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของชุมชนและภาคที่เกี่ยวข้อง ศึกษาปัญหาและสุขภาพของผู้สูงอายุ ในการให้บริการเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนสามัคคี และสร้างพื้นที่ต้นแบบในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เมือง ดำเนินงานระหว่างเดือนพฤษภาคม 2555 ถึงวันที่ 1 เดือนตุลาคม 2555 กลุ่มเป้าหมายหลักในการศึกษาและทดลองปฏิบัติการคือ กลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 352 คน การ เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายรองในการทดลองปฏิบัติ คือ บุคลากรของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุ/ชมรมรักษาสภาพ/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 25 คน อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จำนวน 10 คน เจ้าหน้าที่พยาบาล ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง จำนวน 5 คน การวิจัยนี้ใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่ใช้ระเบียบการวิจัย การรวบรวมข้อมูลแบบการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์และการศึกษาเอกสาร การรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา

สรุปผลการวิจัย

1. สถานการณ์และบริบท ผู้สูงอายุในชุมชนสามัคคี

1.1 ชุมชนสามัคคี แบ่งพื้นที่ออกเป็น ชุมชนสามัคคี 1 และชุมชนสามัคคี 2 มีจำนวนหลังคาเรือนทั้งสิ้น 776 หลังคาเรือน จำนวนประชากรทั้งสิ้น 3,581 คน มีโครงสร้างพื้นฐานชุมชนที่เพียงพอประชากรส่วนใหญ่จึงเป็นกลุ่มวัยแรงงานที่อพยพย้ายถิ่นจากพื้นที่อื่น ทำให้ความสัมพันธ์ของประชาชนในชุมชนลดน้อยลง มุ่งประกอบอาชีพทำมาหากินเพื่อการอยู่รอด แต่อย่างไรก็ตามประชาชนในกลุ่มคนดั้งเดิมซึ่งเป็นคนส่วนใหญ่ ยังคงมีความสัมพันธ์ภาพที่ดี อยู่ร่วมกันฉันท์เครือญาติ มีการจัดตั้งกลุ่มเกิดขึ้นในชุมชนเพื่อเอื้อต่อการบริหารจัดการให้เกิดขึ้น โดยมีกลุ่มดังนี้ 1) กลุ่มชมรมรักษาสภาพ 2) กลุ่มกองทุนหมู่บ้าน 3) กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ชาวคุ้ม และ 4) ชมรมผู้สูงอายุทักษิณนคร

1.2 บริบทผู้สูงอายุในชุมชนสามัคคี จากการสำรวจพบว่ามีผู้สูงอายุ จำนวนทั้งสิ้น 544 คน คิดเป็น ร้อยละ 15.19 ของประชากรทั้งหมด มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 68.11 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.60 โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพอเพียงของได้ประจำเดือน มีสวัสดิการจากภาครัฐ คือ เบี้ยยังชีพผู้พิการและเงินบำนาญ ได้รับสิทธิการรักษาทุกคน ส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ รองลงมาคือ สิทธิข้าราชการ

2. ภาวะสุขภาพ โดยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่สุขภาพปกติ ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 53.12 มีภาวะเสี่ยง ร้อยละ 7.16 และ เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง หรือคิดเป็น ร้อยละ 39.70 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด ซึ่งในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุที่ขาดความสามารถในการดูแลตนเอง (ติดเตียง) ร้อยละ 2.94 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาการเห็นร้อยละ 73 ไม่มีปัญหาการได้ยิน ร้อยละ 87.90 ไม่สูบบุหรี่/ยาเส้น/ยาสูบ ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จากการสำรวจข้อมูลใน 6 เดือนที่ผ่านมาไม่มีผู้สูงอายุเจ็บป่วยจนต้องอยู่โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 88.90 ส่วนใหญ่เมื่อท่านเจ็บป่วยหรือมีปัญหาด้านสุขภาพท่านเลือกใช้บริการสุขภาพโดยไปสถานพยาบาลที่มีแพทย์ การออกกำลังกาย ผู้สูงอายุในชุมชนออกกำลังกาย/กิจกรรมทางกายอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 วัน และออกวันละ 30 นาที ผู้สูงอายุยังคงมีบทบาทในฐานะผู้นำครอบครัวและโดยส่วนใหญ่เป็นผู้ตัดสินใจหรือมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องต่างๆ ที่สำคัญของครอบครัว ผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตัวเองได้เมื่อเจ็บป่วยจะมีผู้ดูแลซึ่งเป็นบุตรหลานและญาติ

3. องค์ความรู้ ระบบและกลไกการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของชุมชนและภาคีที่เกี่ยวข้อง การศึกษาพบหน่วยงานในชุมชนได้แก่ 1) ชมรมผู้สูงอายุ 2) ชมรมรักสุขภาพ 3) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน 4) องค์การด้านการศึกษา ได้แก่วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม และมหาวิทยาลัยมหาสารคาม 5) องค์การภาครัฐ ได้แก่ ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองสามัคคี ในสังกัด และเทศบาลเมืองมหาสารคาม

4. ปัญหาและสุขภาพของผู้สูงอายุ ในการให้บริการเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนสามัคคี จากการศึกษพบว่า ปัญหาด้านสุขภาพ โดยพบผู้สูงอายุมีภาวะเสี่ยง จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 7.16 และ เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 216 คน เช่น โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง หรือคิดเป็นร้อยละ 39.70 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด ซึ่งในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุที่ขาดความสามารถในการดูแลตนเอง (ติดเตียง) จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 2.94

5. การสร้างพื้นที่ต้นแบบในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เมือง จากผลการศึกษาความรักและความรับผิดชอบต่อบุพการี กลุ่มองค์กรที่มีในชุมชนมีการจัดกิจกรรมเพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพ กลุ่ม อสม. มีบทบาทในการสนับสนุนกิจกรรมของศูนย์แพทย์ชุมชนสามัคคีและหน่วยงานอื่น อีกทั้งองค์กรภาคการศึกษาและภาครัฐที่มีการดำเนินกิจกรรมในพื้นที่ ต่างเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้จัดกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน

บทที่ 1 บทนำ

1. ชื่อโครงการ

การสร้างพื้นที่ต้นแบบในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เมือง ชุมชนสามัคคี ต.ตลาด
อ.เมือง จ.มหาสารคาม

2. หัวหน้าโครงการ

ชื่อ-นามสกุล นายกิตติศักดิ์ ไกรจันทร์

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

3. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ชุมชนสามัคคีเป็นชุมชนในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม อำเภอเมืองมหาสารคาม อยู่ใจกลาง
เมืองมหาสารคาม แต่เดิมคนส่วนใหญ่จะเรียกว่า “คุ่มตลาด” มีสภาพเป็นชุมชนเมืองถึงกึ่งชนบท
แบ่งพื้นที่ออกเป็น 2 ชุมชน คือ สามัคคี 1 และ สามัคคี 2 ประชากรมีทั้งคนในพื้นที่ดั้งเดิมและคนต่างถิ่น
โยกย้ายมาทำมาหากินในเมือง ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ค้าขาย และบางส่วนยังประกอบอาชีพ
เกษตรกรรม มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 3,274 คน ในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุจำนวน 352 คน คิดเป็น
ร้อยละ 10.75 ของประชากรทั้งหมด ผู้สูงอายุ จำนวน 289 คน เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวานและ
ความดัน หรือคิดเป็นร้อยละ 82.10 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดในชุมชน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาใน
การดูแลสุขภาพตนเองจากโรคเรื้อรัง มีภาวะแทรกซ้อน ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือ
ความดันโลหิตให้อยู่ในภาวะปกติ จำนวน 20 คน อันเนื่องมาจาก ขาดความสามารถในการดูแลตนเอง
(ติดเตียง) จำนวน 4 คน ฐานะยากจนจึงต้องทำงานหาเลี้ยงตนเอง ผู้ดูแลไม่มีเวลาเพราะต้องทำมาหา
กินหรือขาดผู้ดูแล ขาดความรู้และความตระหนักในการดูแลสุขภาพ เน้นพึ่งบริการจากศูนย์สุขภาพ
ชุมชน พึ่งพาอาศัยสวัสดิการจากรัฐ เช่น เบี้ยยังชีพ ปรากฏการณ์เหล่านี้เป็นตัวบ่งชี้อย่างชัดเจนของ
ผู้สูงอายุในเมืองที่ประสบปัญหาขาดผู้ดูแลตลอดระยะเวลา เนื่องจากมีลักษณะของความเป็นครอบครัว
เดี่ยว (nuclear family) และขาดการใช้ทุนทางสังคม วัฒนธรรมเครือญาติในการเข้าช่วยเหลือผู้สูงอายุที่
อยู่ในชุมชน ต้องอาศัยการดูแลจากสถานบริการหรือศูนย์บริการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการดูแลจาก
บุคคลภายนอกครอบครัว เนื่องจากการดูแลจากคนในครอบครัวเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก

ดังนั้นศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง อ.เมือง จ.มหาสารคาม จึงเป็นหน่วยบริการด้านสุขภาพของคน
ในชุมชนสามัคคี ที่ผ่านการดำเนินงานของศูนย์จะทำหน้าที่บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่ทุกกลุ่มอายุ
บริการด้านส่งเสริมป้องกันควบคุมและฟื้นฟูสภาพ โดยเน้นชุมชนมีส่วนร่วมเชื่อมโยงประสานข้อมูลกับ
โรงพยาบาลและดำเนินงานตามแผนงานร่วมกับเทศบาลเมืองมหาสารคาม อีกทั้งมีการพัฒนาเครือข่าย
สร้างสุขภาพ ผสานความร่วมมือกับเครือข่ายสถาบันการศึกษา เพื่อเป็นสถานที่ฝึกงานและแหล่งเรียนรู้
ด้านสุขภาพผู้สูงอายุแก่นักศึกษา ทั้งจากมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

และวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม แม้ในพื้นที่ชุมชนสามัคคีจะมีภาคีหน่วยงานเข้ามาดำเนินงานเพื่อ การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจำนวนมากแต่จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า เป็นการจัดทำราย กิจกรรมเท่านั้น ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนโดยเฉพาะพื้นที่ในเมือง กิจกรรมของศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง และของเทศบาลเมืองมหาสารคามที่จัดขึ้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถเดินทางเข้าร่วมได้ เนื่องจาก 1) ไม่มีผู้รับส่ง 2) ผู้สูงอายุต้องเลี้ยงดูบุตรหลานและเฝ้าบ้าน 3) ผู้สูงอายุบางส่วนต้องทำมาหากิน 4) ปัญหาสุขภาพ คือ ผู้สูงอายุที่ติดเตียง 5) ขาดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม 6) ขาดการสนับสนุน ให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ 7) ขาดการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ในการสร้าง เสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 8) ขาดวิธีการที่ก่อให้เกิดการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง ยั่งยืน หรือสร้างการ เปลี่ยนแปลงต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 9) กิจกรรมยังไม่ครอบคลุมทุกมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ 10) กิจกรรมยังไม่สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริง 11) ผู้สูงอายุบางส่วนยัง เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ และ 12) ขาดการบูรณาการการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุในพื้นที่

จากเหตุผลและความจำเป็นดังกล่าว จึงจำเป็นต้องดำเนินการวิจัย “การสร้างพื้นที่ต้นแบบใน การสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เมือง ชุมชนสามัคคี ต.ตลาด อ.เมือง จ.มหาสารคาม” โดยใน ระยะที่ 1 จะเป็นช่วงของการศึกษาข้อมูลโดยใช้ระยะเวลา 6 เดือน คือตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2555 ถึงวันที่ 30 เดือนตุลาคม 2555 ซึ่งผลจากการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำมาพัฒนารูปแบบการ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้เหมาะสมกับสภาพชุมชนเมืองที่มีบริบททางด้านโครงสร้าง วัฒนธรรม ความ เป็นอยู่ที่แตกต่างจากสังคมในเขตชนบท โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่าย ที่เกี่ยวข้อง ชุมชนเมืองเกิดรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการ ที่แท้จริง ศูนย์สุขภาพชุมชนและเทศบาลเมืองมหาสารคาม ได้ข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน และแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคามเกิดชุมชนที่เป็นฐานแห่งการ เรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิต เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี สดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง สามารถดำเนินชีวิตในสังคมอย่างมีความสุข มีคุณค่าศักดิ์ศรีความเป็น มนุษย์และคุณภาพชีวิตที่ดี

4. คำถามการวิจัย

4.1 คำถามหลัก

การสร้างพื้นที่ต้นแบบในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เมือง ของชุมชนสามัคคี ต.ตลาด อ.เมือง จ.มหาสารคาม เป็นอย่างไร

4.2 คำถามรอง

1. สภาพปัญหา และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนสามัคคีเป็นอย่างไร
2. องค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนสามัคคีที่ผ่านมาเป็น อย่่างไร
3. การสร้างพื้นที่ต้นแบบในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เมืองเป็นอย่างไร

5. วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และบริบท ผู้สูงอายุในชุมชนสามัคคี
2. เพื่อศึกษาองค์ความรู้ ระบบและกลไกการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของชุมชนและภาคีที่เกี่ยวข้อง
3. เพื่อศึกษาปัญหาและสุขภาพของผู้สูงอายุ ในการให้บริการเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนสามัคคี
4. เพื่อสร้างพื้นที่ต้นแบบในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เมือง

6. กลุ่มเป้าหมาย

- 1) กลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 74 คน เก็บรวบรวมข้อมูลจาก เก็บรวบรวมข้อมูลจาก
 - ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (ติดเตียง) จำนวน 4 คน
 - ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือความดันโลหิตสูงได้ จำนวน 20 คน
 - ผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพปกติ และผู้ที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำนวน 50 คน
- 2) บุคลากรของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวม 57 คน ได้แก่
 - หน่วยงานชุมชน ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุ/ชมรมรักสุขภาพ/อสม. จำนวน 40 คน
 - องค์กรด้านการศึกษา ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม อาจารย์พยาบาล จำนวน 10 คน
 - องค์กรภาครัฐ ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง เจ้าหน้าที่พยาบาล จำนวน 5 คน/เทศบาลเมืองมหาสารคาม เจ้าหน้าที่จำนวน 2 คน

7. พื้นที่ศึกษา

ดำเนินการในพื้นที่ชุมชนสามัคคี 1, 2 ตำบลตลาด อำเภอมือเมือง จังหวัดมหาสารคาม

8. วิธีการดำเนินงาน

ระยะที่ 1: ระยะเตรียมคนและข้อมูล

- 1 ประชุมเตรียมความพร้อมและสร้างความเข้าใจต่อวัตถุประสงค์โครงการและกำหนดบทบาทหน้าที่ของนักวิจัย
- 2 ประชุมทีมวิจัยเพื่อชี้แจงโครงการกับชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- 3 ประชุมออกแบบเครื่องมือและวิธีการเก็บข้อมูล
- 4 จัดเวทีนำเสนอเครื่องมือและวิธีการเก็บเก็บข้อมูล เพื่อรับฟังข้อเสนอแนะจากผู้เกี่ยวข้อง
- 5 เก็บรวบรวมข้อมูล
 - 5.1 ข้อมูลบริบทของชุมชน
 - 5.2 สถานการณ์ผู้สูงอายุในชุมชนสามัคคี
 - 5.3 องค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

6. ประชุมทีมวิจัยเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและวางแผนจัดเวทีคืนข้อมูลสู่ชุมชน
7. เวทีนำเสนอข้อมูลสถานการณ์ สภาพปัญหา บริบท องค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนสามัคคี
8. วางแผนศึกษาดูงานการเรียนรู้แนวทางการสร้างพื้นที่ต้นแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่เมือง โดยกลุ่มผู้สูงอายุ/อสม./ตัวแทนกลุ่มต่างๆ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของชุมชนสามัคคี
9. ประชุมทีมวิจัยเพื่อสรุปผลการศึกษาดูงานและออกแบบแนวทางปฏิบัติการ
10. จัดทำรายงานความก้าวหน้า

ระยะที่ 2: ระยะทดลองปฏิบัติการ

11. ประชุมกลุ่มเป้าหมายเพื่อชี้แจงและวางแผนแนวทางการสร้างพื้นที่ต้นแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่เมือง
12. ดำเนินการทดลองปฏิบัติการ (4 เดือน)
 - 12.1 ประชุมคณะทำงานฝ่ายต่างๆ เพื่อชี้แจงทำความเข้าใจตกลงร่วมกัน และมอบหมายงาน
 - 12.2 ดำเนินการตามแนวทางการสร้างพื้นที่ต้นแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่เมือง
13. จัดเวทีประเมินการสร้างพื้นที่ต้นแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่เมือง
14. ประชุมติดตามสรุปการทดลองปฏิบัติการทุก 1 เดือน
15. ประชุมสรุปผลการทดลอง
16. เวทีนำเสนอผลการศึกษาดูงานการสร้างพื้นที่ต้นแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่เมือง
17. สรุปบทเรียนการดำเนินโครงการ
18. จัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์
19. เข้าร่วมเวทีพัฒนาศักยภาพร่วมกับNode และเครือข่ายงานวิจัยท้องถิ่น

9. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

9.1 มิติวิจัย

1. ได้ข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุในชุมชนสามัคคี
2. ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เมือง
3. ได้พื้นที่ต้นแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่เมือง

9.2 มิติพัฒนา

1. อสม. และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ มีความรู้ความเข้าใจในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน
2. ผู้สูงอายุที่ในชุมชนมีผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้น

3. ได้แหล่งเรียนรู้ และฐานการเรียนรู้เรื่องแนวทางการพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับใช้ในการเรียนการสอนของวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม และการกำหนดนโยบายการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของศูนย์สุขภาพชุมชนสามัคคี โรงพยาบาลมหาสารคาม และเทศบาลเมืองมหาสารคาม

บทที่ 2

การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยการสร้างพื้นที่ต้นแบบในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เมืองชุมชนสามัคคี ต.ตลาด อ.เมือง จ.มหาสารคาม คณะผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อการวางกรอบความคิดในการอธิบายปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ในประเด็นดังนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
3. แนวคิดการมีส่วนร่วม
4. แนวคิดการสร้างเครือข่าย
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

พจนานุกรมฉบับ ราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ให้ความหมายของคำว่า คนแก่ คือ มีอายุมาก หรือ อยู่ในวัยชรา และ ให้ความหมายของคำว่า ชรา คือ แก่ด้วยอายุ ชำรุดทรุดโทรม นอกจากนั้น ยังมีการเรียกผู้สูงอายุว่า ราษฎรอาวุโส (Senior citizen)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) และองค์การสหประชาชาติ (United Nations, UN) ใช้คำในภาษาอังกฤษของผู้สูงอายุว่า Older person or elderly person องค์การสหประชาชาติ ได้ให้นิยามว่า "ผู้สูงอายุ" คือ ประชากรทั้งเพศชาย และเพศหญิงซึ่งมีอายุ มากกว่า 60 ปี ขึ้นไป (60+) โดยเป็นการนิยาม นับตั้ง แต่อายุเกิด

สำหรับประเทศไทย "ผู้สูงอายุ"ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 หมายความว่า บุคคลซึ่ง มีอายุเกินกว่าหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย

นอกจากนี้ นักวิชาการได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้หลายท่าน โดยขอยกตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

นิยนา กุสิห์รัตน์ (2546) สรุปความหมายของผู้สูงอายุไว้ว่า หมายถึง บุคคลที่มีอายุ ตั้งแต่ 60ปีขึ้นไป เป็นวัยของการเสื่อมทอยทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความอ่อนแอหรือความเจ็บปวด จะขึ้นอยู่กับพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม ภาวะโภชนาการ เป็นวัยที่มีความสำคัญอย่างมาก โดยเฉพาะในเรื่องของหน้าที่การงานและบทบาททางสังคมเป็นเรื่องที่ควรจะได้รับ ความช่วยเหลือดูแลจากบุคคลภายในครอบครัวและสังคมรอบข้าง เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุข

บัณฑิต เคียงธนสมบัติ (2547) สรุปความหมายของผู้สูงอายุไว้ว่า หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจไปสู่ความเสื่อมอาจมีความอ่อนแอหรือความเจ็บ ป่วยขึ้นอยู่กับพันธุกรรม สิ่งแวดล้อมความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันโรคภัยและ

ภาวะสุขภาพจิต ของแต่ละบุคคลและเป็นวัยที่เกษียณอายุราชการหรือออกจากงานประจำภาวะคุณภาพชีวิตเปลี่ยนไปสู่ภาวะที่เสื่อมลง

ลดาวิลย์ น้อยเหลือ (2551) ได้สรุปความหมายของผู้สูงอายุได้จากเกณฑ์ 4 ประการดังนี้

1. อายุที่สูงขึ้นซึ่งองค์กรสหประชาชาติ ได้ให้ความหมายผู้สูงอายุว่าผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นซึ่งเป็นการนับตามอายุจริงตามปฏิทินตั้งแต่แรกเกิด
2. สภาวะทางชีววิทยาทางร่างกายหรือกายภาพ (biological aging) ซึ่งเกี่ยวข้องกับ การเปลี่ยนแปลงทางด้านโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะของร่างกายรวมทั้งระบบการทำงานที่มีการใช้งานมานานเป็นสิ่งที่เน้นให้เห็นการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นและยังเป็นสาเหตุที่ยังทำให้การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ด้วย เช่นหนังเหี่ยว ผมหงอก หลังค่อม สายตายาว ศีรษะเริ่มล้าน เป็นต้น
3. สถานภาพทางจิตใจและอารมณ์ (psychological aging) เมื่อพ้นวัยผู้ใหญ่แล้วจะมีการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นลักษณะการรับรู้ ความเข้าใจ ความสามารถทางสติปัญญากระบวนการคิดและความจำ เช่นการเรียนรู้ที่ถดถอย เป็นต้น นอกจากนี้ยังรวมถึงบุคลิกภาพ
4. สถานภาพทางสังคม (sociological aging) ผู้สูงอายุจะมีบทบาททางสังคมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมทั้งหน้าที่ การงาน อำนาจ บารมี และการเข้าสังคม ตลอดจนความรับผิดชอบในการทำงานสถานภาพและบทบาททางสังคมต่าง ๆ ซึ่งเดิมเป็นหัวหน้าครอบครัวหรือเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวต้องกลายเป็นผู้ที่พึ่งพาอาศัยบุตรหลานหรือผู้อื่น รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงบทบาทจาก พ่อ แม่ เป็น ปู่ ย่า ตา ยาย ด้วย

สำหรับการกำหนดว่า ผู้สูงอายุเริ่มเมื่ออายุเท่าใดนั้น ขึ้นอยู่กับความแตกต่างกันในแต่ละสังคม สำหรับสังคมไทยนั้นกำหนดว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีสัญชาติไทยและมีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป (พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546) ทั้งนี้ผู้สูงอายุมิได้มีลักษณะเหมือนกันหมด แต่จะมีความแตกต่างกันไปตามช่วงอายุ องค์การอนามัยโลกจึงได้แบ่งเกณฑ์อายุตามสภาพของการมีอายุเพิ่มขึ้น ดังนี้

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

การแบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 ช่วงดังกล่าว สำหรับในสังคมไทยยังมิได้มีข้อสรุปว่าจะมีการจัดประเภทของผู้สูงอายุในลักษณะใด การจัดโดยใช้เกณฑ์อายุก็ยังมีข้อถกเถียงว่ายังไม่เหมาะสม นักวิชาการบางท่านจึงใช้เกณฑ์ความสามารถของผู้สูงอายุแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี
2. กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง
3. กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เนื่องจากมีปัญหาสุขภาพ มีความพิการ

สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ยึดความหมายขององค์การอนามัยโลก องค์การสหประชาชาติ (United Nations, UN) ที่ได้ให้นิยามว่า "ผู้สูงอายุ" คือ ประชากรทั้งเพศชาย และเพศหญิงซึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป (60+) โดยเป็นการนิยาม นับตั้งแต่อายุเกิด และตามตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 หมายความว่า บุคคลซึ่ง มีอายุเกินกว่าหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย

1.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

นักวิชาการมีความพยายามค้นหาตอบว่าทำไมคนถึงแก่ชรา ยังคงมีอยู่แม้ว่าจะไม่มีใครเอาชนะความชราได้ก็ตาม ผู้เชี่ยวชาญในศาสตร์ทางชีวภาพ จิตวิทยา และสังคมศาสตร์ ได้พยายามสรุปสาเหตุของความชราไว้ 2 ประการ คือ 1) พันธุกรรม (Genetic Etiology) และ 2) สิ่งแวดล้อม (Environment Etiology) ซึ่งพิจารณาจากปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกของสิ่งมีชีวิต และพยายามศึกษามนุษย์ให้ครอบคลุมแบบองค์รวมนั่นเอง นักทฤษฎีทั้ง 3 สาขาต่างยอมรับว่าความรู้จากศาสตร์สาขาใดสาขาหนึ่งก็ยังไม่สามารถอธิบายกระบวนการแก่ชราได้อย่างสมบูรณ์ จึงเสนอแนวคิดเพื่อนามาใช้อธิบายกระบวนการชราของมนุษย์ให้ชัดเจนที่สุด ประกอบด้วยทฤษฎี 3 กลุ่ม ได้แก่

1. ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theory)
2. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory)
3. ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociological Theory)

ทฤษฎีทางการสูงอายุดังกล่าวข้างต้นเป็นเพียงสมมติฐานเท่านั้น ดังนั้นการอธิบายกระบวนการชราให้ชัดเจนที่สุดจึงต้องใช้ร่วมกันหลาย ๆ ทฤษฎีร่วมกันอธิบาย (Eliopoulos, 1995: 14) ปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้กระบวนการชราเกิดได้เร็วขึ้น ได้แก่ ภาวะโภชนาการที่ไม่เหมาะสม การสัมผัสแสง Ultraviolet นาน ๆ มลพิษต่าง ๆ ภาวะเครียด และการตอบสนองต่อความเครียด โรค และ micro organism ต่าง ๆ

ทฤษฎีผู้สูงอายุเป็นทฤษฎีที่ได้รับการพัฒนาเป็นเวลานานตั้งแต่ พ.ศ 2543 โดยนำเอาทฤษฎีชีวภาพและทฤษฎีจิตสังคมมาเป็นพื้นฐานในการพัฒนา เพื่อช่วยอธิบายปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความสูงอายุ ตลอดจนแนวทางปฏิบัติต่อผู้สูงอายุได้สอดคล้องเหมาะสมกับสภาพการณ์ และความต้องการได้ดียิ่งขึ้น ทฤษฎีผู้สูงอายุมีหลายทฤษฎีแต่ทฤษฎีที่สำคัญและกล่าวถึงแพร่หลาย (กึ่งกาญจนา เมืองโคตร, 2553) มีดังนี้

1. **ทฤษฎีความเสื่อมถอย (Wear and tear theory)** ทฤษฎีนี้กล่าวไว้ว่าร่างกายมนุษย์เปรียบเสมือนเครื่องยนต์ เมื่อเครื่องยนต์ทำงานนานขึ้น เครื่องยนต์จะชำรุด สึกหล่อเสื่อมสภาพ เช่นเดียวกับร่างกายมนุษย์เมื่อวันเวลาผ่านไป ร่างกายทำงานเป็นเวลานาน ๆ จะเกิดความเสื่อมถอยและหมดสภาพไปในที่สุด การศึกษาทฤษฎีนี้จะช่วยทำความเข้าใจกระบวนการเสื่อมถอย อันเกิดจากปัจจัยต่าง ๆ หลายด้าน และช่วยทำความเข้าใจกระบวนการของชีวิตที่จะต้องสิ้นสุดลง เมื่อร่างกายตายไป

2. **ทฤษฎีทำลายตนเอง (Autoimmune theory)** ทฤษฎีนี้เชื่อว่าความชรา หรือความสูงอายุเกิดจากร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันปกติลดลง พร้อมกับการสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตนเองมากขึ้นภูมิคุ้มกันที่สร้างน้อยลงนี้ จะทำให้ร่างกายต่อสู้เชื้อโรค และสิ่งแปลกปลอมไม่ดีในขณะที่ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตนเองมากขึ้น จะทำให้ทำลายเซลล์ในร่างกาย และมักจะเกิดกับระบบสำคัญคือ

ระบบสมอง และระบบประสาท ระบบหัวใจ ทำให้เกิดความหลงลืมความจำเสื่อมลง หัวใจวาย ตามสภาพเสื่อมโทรมนั้น

3. ทฤษฎีไร้การผูกพัน (Disengagement theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าคนเราไม่อาจหลีกเลี่ยงกระบวนการชราได้ และเมื่อเกิดความชราขึ้น ความสัมพันธ์ในสังคมจะลดลง แต่การไร้การผูกพัน ควรต้องมีการเตรียมพร้อมต่อสิ่งที่เกิดขึ้น เช่น โรคภัยไข้เจ็บ ปัญหาสุขภาพ ความตาย เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การไร้การผูกพัน สามารถทำประโยชน์ต่อสังคมได้ โดยคนชราต้องฝึกหัดให้คนรุ่นหลังมีพลังความสามารถทำงานแทนได้ ที่สำคัญคือ รัฐบาลควรส่งเสริม กำหนดสิทธิผู้สูงอายุ และเตรียมผู้สูงอายุให้อยู่ในบทบาททางสังคมที่ได้รับความสำเร็จ ความพอใจทฤษฎีนี้ใช้เป็นแนวทางในการวางแผน กำหนดมาตรการ สิทธิ และสวัสดิการเพื่อตอบสนองให้คนกลุ่มนี้มีความสุขในช่วงชีวิตที่พ้นภาระหน้าที่ในสังคม

4. ทฤษฎีกิจกรรม (Activity theory) ทฤษฎีนี้เน้นเสถียรภาพ และความสามารถของผู้สูงอายุ ยังคงมีอยู่จนถึงวัยสูงอายุ ยกเว้นเฉพาะการเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยา ดังนั้นความสามารถของคนวัยนี้จึงไม่ต่างไปจากความสามารถของคนวัยกลางคน สามารถทำกิจกรรมต่อไปได้จนตลอดชีวิตตามกำลังความสามารถที่มีอยู่ ใช้ชีวิตในบ้านปลายอย่างเป็นสุข พอใจในชีวิต และรักษาสุขภาพให้ดีที่สุดในการศึกษาค้นคว้า จะพัฒนาความสามารถในการสร้างเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตามแนวทฤษฎีกิจกรรม (Activity theory) ซึ่งเชื่อว่าผู้สูงอายุมีความสามารถทำกิจกรรมได้จนตลอดชีวิตตามกำลังความสามารถที่มีอยู่ เพื่อรักษาสุขภาพให้ดีที่สุด

2. แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ

2.1 ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพ เดิมใช้คำว่า “การส่งเสริมสุขภาพ” ซึ่งเป็นการปฏิบัติการบริการของบุคลากรสาธารณสุข เพื่อสุขภาพของประชาชน ต่อมาได้ถูกขยายให้มีความหมายที่กว้างขึ้นเป็นเรื่องยุทธศาสตร์ของการทำให้เกิดสุขภาพดี จึง มีการนำคำว่า “การสร้างเสริมสุขภาพ” มาใช้กันอย่างกว้างขวางมากขึ้น ซึ่งสื่อความหมายไปถึงการสร้างคือการทำให้ดีขึ้นใหม่และการเสริมคือการทำให้เพิ่มขึ้นที่ทุกคนทุกฝ่ายทำได้และช่วยกันทำได้ ในขณะที่บางเรื่อง บางส่วนต้องรอการส่งเสริมจากคนอื่น

การสร้างเสริมสุขภาพเป็นคำที่ใช้เป็นทางการครั้งแรกเมื่อเดือนมิถุนายน 2542 ซึ่งเปลี่ยนจากการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้มีความหมายกว้างและลึกกว่าแล้วก็มาถึงช่วงของการเคลื่อนไหวเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติในปี 2543 ด้วยการจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติให้เป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพของคนไทย เป็นการวางจินตนาการเรื่องสุขภาพกันใหม่ โดยวางไว้ที่เรื่องสุขภาพดี (wellness) แทนที่จะวางที่สุขภาพเสีย (illness) อันเป็นที่มาของสโลแกนสร้างนำซ่อมซึ่งตรงกับยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพนั่นเอง โดยกระบวนการจัดทำกฎหมายฉบับนี้ได้กลายเป็นเครื่องมือชักชวน สนับสนุนทำให้สังคมมีการเคลื่อนไหวเพื่อการปฏิรูปปรับเปลี่ยนแนวคิดเรื่องสุขภาพมาเน้นที่การร่วมกันสร้างเสริมสุขภาพควบคู่ไปกับระบบซ่อมซึ่งในมาตรา 7 เขียนไว้ว่า “ระบบสุขภาพต้องมุ่งเน้นเพื่อสร้างเสริมสุขภาพคนทั้งมวลและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อ

ประโยชน์ของคนและสังคม” และในมาตรา 3 ได้เขียนความหมายของ การสร้างเสริมสุขภาพ ไว้ว่า หมายถึงการใด ๆ ที่มุ่งกระทำโดยส่งเสริมสนับสนุนพฤติกรรมบุคคล สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมเพื่อเสริมสร้างให้บุคคลครอบครัวและชุมชนมีสุขภาวะและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (อำพล จินดาวัฒนะ, 2546) และได้มีผู้ให้ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ไว้หลายความหมายดังนี้

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 1986) ให้ความหมายการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการที่เพิ่มสมรรถนะของบุคคลในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเองรู้ปัญหาของตนเองและทำให้สุขภาพของตนเองดีขึ้นนำไปสู่การบรรลุการมีสภาวะสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจและอยู่ในสังคมอย่างเป็นสุขบุคคลหรือกลุ่มบุคคลต้องรู้จักสิ่งที่ต้องการที่เหมาะสมและมีการเปลี่ยนแปลงปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่

การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมที่จะต้องมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนของสังคม มิใช่การบริการที่จัดให้โดยระบบบริการสาธารณสุขทั้งนี้หลักการสำคัญประกอบด้วย การสร้างพลังอำนาจ การมีส่วนร่วมสาธารณะการให้ความสำคัญแก่ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ การลดความไม่เท่าเทียมและความไม่ยุติธรรมทางสังคมและการกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2545)

การสร้างเสริมสุขภาพ คือ กระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้ความสามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ และเป็นผลให้บุคคลมีสุขภาพดีขึ้น คือสามารถควบคุมตนเองให้เหมาะสมและพร้อมที่จะปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2545)

การสร้างเสริมสุขภาพจึงต้องเริ่มจากนโยบายและการจัดบริการให้ครอบคลุมทุกมิติการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นคำที่ใช้เป็นทางการครั้งแรก เมื่อเดือน มิถุนายน 2542ซึ่งเปลี่ยนจากการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้มีความหมายกว้างและครอบคลุมกว่า และได้มีผู้ให้ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ไว้หลายความหมาย ดังนี้

Maben และ Clark (1995 อ้างในนิตย ทัศนียม, 2548) ให้ความหมายการสร้างเสริมสุขภาพว่าขึ้นอยู่กับมุมมองของแต่ละคน โดยได้วิเคราะห์มุมมองเกี่ยวกับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพไว้ 5 แบบ ได้แก่

- 1) มุมมองในความหมายที่เป็นคำกว้างๆ หมายถึง กิจกรรมอะไรก็ได้ที่กระทำเพื่อรักษาสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งมุมมองนี้เป็นที่เข้าใจของคนส่วนใหญ่
- 2) มุมมองในความหมายของการให้สุขศึกษา (Health education) โดยให้คำสองคำนี้มีความหมายเหมือนกันและใช้แทนกันได้
- 3) มุมมองในความหมายการตลาดเชิงสังคม (Social marketing) โดยเชื่อว่าการที่คนจะปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพดีนั้น เกิดจากการที่เขามองเห็นประโยชน์สุขภาพดี จึงเป็นเสมือนสินค้าที่จะต้องเสนอขายเพื่อให้คนเลือกซื้อ หรือตัดสินใจเลือกปฏิบัติ
- 4) มุมมองในความหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และวิถีชีวิต (Life styles) ในระดับปัจเจกบุคคล

- 5) มุมมองที่เน้นกิจกรรมในระดับกว้าง ตั้งแต่การให้ข้อมูล การเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง (Self - empowerment) ไปจนถึงการสร้างกิจกรรมในระดับสังคม (Social action) และการดูแลสิ่งแวดล้อม ซึ่งมุมมองนี้ให้ความหมายการสร้างเสริมสุขภาพเป็นค่านิยมใหม่ เป็นการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ (paradigm shift) ที่เน้นการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ความเท่าเทียมกันในสังคม (Equity) และความร่วมมือระหว่างผู้มีส่วนได้เสียในสังคมนั้นๆ (Collaboration of stakeholders) ซึ่งในมุมมองนี้ให้ความสำคัญกับการทำงานแบบล่างขึ้นบน (Bottom-up strategy)

การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพตนเอง (อำพล จินดาวัฒนะ, 2551) จำแนกความหมายได้ 4 ระดับ คือ

- 1) การสร้างเสริมสุขภาพระดับบุคคล (Individual Health Promotion)
- 2) การสร้างเสริมสุขภาพระดับครอบครัวและชุมชน (Family and Community Health Promotion)
- 3) การสร้างเสริมสุขภาพระดับบริการสาธารณสุข (provision / intervention)
- 4) การสร้างเสริมสุขภาพระดับยุทธศาสตร์ (Health Promotion strategy)

การสร้างเสริมสุขภาพระดับยุทธศาสตร์ (Health Promotion strategy) ปรากฏชัดในกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) มีสาระสำคัญดังนี้

- 1) หลักการสร้างเสริมสุขภาพ ต้องเป็นไปเพื่อ
 - 1.1) การเสริมสร้างความเข้มแข็งของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม
 - 1.2) การมีส่วนร่วมของสาธารณะ
 - 1.3) การให้ความสำคัญกับปัจจัยทางสังคม
 - 1.4) การลดความไม่เท่าเทียมและความไม่ยุติธรรมในสังคม
 - 1.5) การสร้างความร่วมมือระหว่างภาคีทุกภาคส่วน
- 2) องค์ประกอบสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย
 - 2.1) การสร้างนโยบายเพื่อสาธารณะ
 - 2.2) การสร้างสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
 - 2.3) การสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน
 - 2.4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสร้างสุขภาพ
 - 2.5) การปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุข

ดังนั้น การสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นกระบวนการในการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อให้สามารถเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตไปสู่ภาวะสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ และอยู่ในสังคมอย่างเป็นสุขโดยอาศัยปัจจัยและกลยุทธ์หลายอย่างในการสนับสนุนและกระบวนการในการสร้างสุขภาพก็มีความหลากหลายแตกต่างกันตามเงื่อนไขปัจจัยทางสังคมสิ่งแวดล้อม วัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่ ซึ่งการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพควรเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม

2.2 หลักการและกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ

เพื่อให้การสร้างเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ ต้องอาศัยหลักการและกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ ตามกฎบัตร ออตตาวา ชาร์เตอร์ ซึ่งมีแนวทาง ดังนี้

- 1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อผู้สูงอายุ เพื่อให้ทุกคนในชุมชนมีข้อตกลงร่วมกันและนำสู่การปฏิบัติเพื่อให้ทุกคนมีสุขภาพที่ดี เช่น นโยบายครอบครัวอบอุ่น นโยบายไม่ให้มีการทอดทิ้งผู้สูงอายุ
- 2) การสร้างสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ สิ่งแวดล้อมได้แก่ครอบครัว ซึ่งต้องให้ความรัก ความเอาใจใส่ และดูแลผู้สูงอายุ มีความเข้าใจกัน ชุมชนต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุทุกด้าน การจัดระเบียบของบ้านพักอาศัย และสิ่งแวดล้อม เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี ตลอดจนการได้ประพฤติปฏิบัติ และการอนุรักษ์ ประเพณี วัฒนธรรม เช่น การรดน้ำขอพรผู้สูงอายุในวันสงกรานต์ การให้ความเคารพ และความกตัญญูต่อผู้สูงอายุ
- 3) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ชุมชนมีการรวมตัวกันเพื่อสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา กระบวนการวางแผน และได้้นำแผนสู่การปฏิบัติ ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
- 4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลให้สามารถดูแลสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในการพัฒนาทักษะให้สามารถดูแลสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ นั้นต้องพัฒนาทักษะในองค์ความรู้ ทั้งตัวผู้สูงอายุ บุคคลในครอบครัว และชุมชนในเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ จิตใจ อารมณ์ และทางสังคม
- 5) การปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุข หน่วยงานที่จัดบริการทางด้านสาธารณสุข ต้องเน้นการบริการเชิงรุก เช่นการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มต่าง ๆ การคัดกรองสภาวะสุขภาพ โดยให้บริการแบบองค์รวม

2.3 การประเมินภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ

การประเมินภาวะสุขภาพ (Health Assessment) หมายถึง การรวบรวมซึ่งข้อมูลเกี่ยวกับบุคคลอย่างเป็นระบบ โดยเป็นการประเมินถึงภาวะสุขภาพ ได้แก่ สุขภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ดังนั้น การประเมินที่ครอบคลุมทั้งทางสุขภาพกาย สภาพจิต สมรรถภาพ และสังคม ส่งให้กระบวนการการประเมินและวิเคราะห์นำไปสู่การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม

(Comprehensive geriatric assessment) แนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 5 ลักษณะ ได้แก่

1) การประเมินสุขภาพทางกาย (Physical Assessment)

การรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นจากการตรวจร่างกาย โดยการซักประวัติ จากตัวผู้สูงอายุหรือจากครอบครัว ญาติ โดยการสังเกต จากลักษณะสีหน้าท่าทาง อาการแสดง การตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2) การประเมินความสามารถในเชิงปฏิบัติ (Functional ability Assessment หรือ Functional Assessment)

2.1 การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living: ADL) เครื่องมือที่นิยมใช้ คือแบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ เป็นแบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย 10 กิจกรรม คือ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันไดหนึ่งชั้น การอาบน้ำ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ และการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ ค่าถามมีทั้งหมด 10 ข้อ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน เช่น ดัชนีบาร์เธล เอ ดี แอล (Barthel ADL Index)

2.2 การประกอบกิจวัตรประจำวันที่มีอุปกรณ์สิ่งของต่าง ๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง เป็นแบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติเพื่อการดำรงชีวิตที่ซับซ้อนขึ้น (Instrumental Activity of Daily Living: IADLs) ประกอบไปด้วย 5 กิจกรรม คือ การเดินหรือการเคลื่อนที่ออกนอกบ้าน การทำหรือการเตรียมอาหาร การทำความสะอาดบ้านหรือซักกรีดเสื้อผ้า การทอนเงิน แลกเงินและการใช้บริการรถเมล์หรือรถสองแถว เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน เช่น ดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index: CAI)

3) การประเมินสุขภาพจิต (Psychological health assessment)

การประเมินสุขภาพจิตในที่นี้จะรวมถึงการประเมินทางด้านปัญญา (cognitive assessment) ได้แก่ การรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลทางสภาพจิตตลอดจนเชาว์ปัญญา โดยมีเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อประเมินสุขภาพจิตที่อาจพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่

3.1 ภาวะซึมเศร้า (Depression) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เช่น แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (The geriatric depression scale/TGDS)

3.2 เชาว์ปัญญา (cognitive function) ในผู้สูงอายุ มีการใช้เครื่องมือหลายรูปแบบ แบบประเมินที่มีอยู่และนิยมใช้ในปัจจุบัน ดังนี้ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542 (MMSE - Thai Version 2002) แปลจากแบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบไปด้วยการประเมิน 6 ด้านคือ การรับรู้เวลา สถานที่ การจดจำ ความตั้งใจ การคำนวณ การใช้ภาษา และการระลึกได้ มีคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ซึ่งแบบประเมินนี้ปัจจุบันเป็นแบบประเมินที่ได้รับความนิยมที่ใช้ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมมาก

ที่สุด เนื่องจากได้มีการพัฒนาจนสามารถประเมินภาวะสมองเสื่อมได้ทั้งผู้สูงอายุไทยที่มีการศึกษาและไม่มีการศึกษา

4) การประเมินทางสังคม (Social functioning assessment)

การประเมินทางสังคมรวมถึงเศรษฐกิจ ฐานะความเป็นอยู่ ความเชื่อที่ส่งผลต่อการดำรงชีวิต ความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ สัมพันธภาพในครอบครัว เครือข่ายทางสังคม ความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เป็นต้น

5) การประเมินสิ่งแวดล้อม (Environmental assessment)

การประเมินสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อผู้สูงอายุ เพราะสิ่งแวดล้อมส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งทางกายและทางใจ ซึ่งความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมนั้นเป็นสิ่งจำเป็น โดยมีการพัฒนาสร้างเครื่องมือที่ประเมินความปลอดภัยสิ่งแวดล้อมภายในบ้านที่อาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุได้ เช่น Home safety checklist ของสหรัฐอเมริกา

3. แนวคิดการมีส่วนร่วม

3.1 ความสำคัญและความหมายของการมีส่วนร่วม

วันชัย วัฒนศัพท์ (2546) การทำงานแบบมีส่วนร่วมนั้นไม่ว่าจะเป็นระดับครอบครัว ระดับโรงเรียน ระดับชุมชน ระดับองค์กร หรือระดับประเทศนั้น มีความสำคัญอย่างยิ่งในกระบวนการทัศน์ปัจจุบัน เพราะจะช่วยให้ผู้มีส่วนร่วม เกิดความรู้สึกความเป็นเจ้าของ (Ownership) และจะทำให้ผู้มีส่วนร่วม หรือผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียนั้น ยินยอมปฏิบัติตาม (Compliance) และรวมถึงตกลงยอมรับ (Commitment) ได้อย่างสมัครใจ เต็มใจ และสบายใจ

วันดี โภคะกุล และอุบลพรรณ จุฑาสมิต (2545) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชนว่า หมายถึงกระบวนการซึ่งบุคคลและครอบครัวมีส่วนร่วมรับผิดชอบในเรื่องสุขภาพอนามัย และสวัสดิการ รวมทั้งชุมชนที่อาศัยอยู่ โดยเน้นเรื่องการพัฒนาความรู้ ความสามารถของประชาชน ในการพัฒนาชุมชนของตนเอง ซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชน มีความสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพอนามัยดังนี้

- การนำเทคโนโลยีทางการแพทย์เพียงอย่างเดียวมาใช้ ไม่สามารถแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชนได้เท่ากับการดูแลตนเอง
- การจัดบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข ไม่สอดคล้อง หรือไม่เป็นที่ยอมรับในชุมชน ก่อให้เกิดการสูญเสียเปล่าเนื่องจากประชาชนไม่มารับบริการ
- ชุมชนมีทรัพยากรมากมาย ทั้งด้านวัสดุ อุปกรณ์ กำลังคน สามารถนำมาใช้ซึ่งจะทำให้ชุมชนยอมรับและเข้าถึงการบริการ
- ประชาชนมีสิทธิและหน้าที่ที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เกี่ยวกับกิจกรรมที่จะส่งผลต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ของตนเอง

3.2 หลักสำคัญของการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา

ในกระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมนั้นเกิดจากกระบวนการเรียนรู้ของนักพัฒนาและการเรียนรู้ร่วมกับองค์กรชุมชน หลักการสำคัญในการปฏิบัติการร่วมกับประชาชน (สามารถ ศรีจำนงค์, 2544) มีดังนี้

1) การจัดความสัมพันธ์ที่เสมอภาคเท่าเทียมกัน การจัดความสัมพันธ์ด้านบทบาทระหว่างนักพัฒนากับชุมชนที่เท่าเทียมกัน เป็นหลักการสำคัญของกระบวนการมีส่วนร่วมโดยต่างฝ่ายควรมีความตระหนัก ความต้องการของตนเอง และสิ่งที่ตนเองสามารถทำได้ รวมทั้งองค์กรชุมชนควรตระหนัก ในความเป็นเจ้าของ ต้องการคิดเอง ทำเอง กำหนดเอง ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นส่วนที่คอยกำกับกำหนดให้เกิดบทบาทการทำงานที่เหมาะสม ตามศักยภาพ และเป็นที่พอใจร่วมกันทั้งสองฝ่าย

2) การมีอิสระไม่ครอบงำ ความเชื่อมั่นในความเป็นมนุษย์ ควรอยู่บนฐานของการไม่ครอบงำ การให้อิสระในการคิด และการแสดงออกโดยไม่มีอคติ และไม่นำความคิดความเชื่อของตนมาวัด หรือตีคุณค่า หรือชักจูงครอบงำให้เปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะความเชื่อมั่น ในศักยภาพ ฐานความรู้ ภูมิปัญญา และประวัติศาสตร์วัฒนธรรมดั้งเดิมของชุมชน ที่จะป็นฐานพลังสำคัญในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองต่อไป โดยที่นักพัฒนาต้องมีวิสัยทัศน์ที่เปิดกว้างพร้อมจะยอมรับฟังความแตกต่าง ความเคารพในความเป็นคนของทุกคน

3) การมีส่วนร่วมของทุกกลุ่มในสังคม ในชุมชนหนึ่งๆ ย่อมประกอบด้วยความแตกต่างหลากหลาย ทั้งด้านฐานะ เพศ วัย สถานะทางสังคม ฯลฯ การสร้างโอกาสเปิดพื้นที่ทางสังคมอย่างเท่าเทียม ในการให้ทุกส่วนได้มีส่วนร่วมในการแสดงออกทางความคิด ศักยภาพความรู้ และร่วมมีบทบาทดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้งานที่ดำเนินไปนั้นไม่กระจุกตัวอยู่ที่กลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง และส่งผลกระทบไปสู่คนทุกส่วนในชุมชน ในสังคมอย่างทั่วถึง และเป็นธรรม

4) การมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการ ทุกขั้นตอน การดำเนินงานพัฒนาตามโครงการพัฒนาหนึ่งๆนั้น มีกระบวนการขั้นตอนที่ต่อเนื่องเชื่อมโยงกัน หลายครั้งที่เราพบว่าโครงการพัฒนาต่างๆที่ส่งผลกระทบต่อชุมชน ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนตั้งแต่ขั้นตอนการศึกษาข้อมูล และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งเมื่อถึงขั้นดำเนินการแล้ว มักเกิดปัญหาความขัดแย้งและสร้างผลกระทบต่อชุมชนมากมายตามมา รวมทั้งการให้ความหมายของการมีส่วนร่วมที่ขาดความเข้าใจอย่างแท้จริง ซึ่งหน่วยงานทั้งหลายที่เข้ามาดำเนินงานร่วมกับชุมชน มักอ้างเสมอว่าได้เปิดโอกาสการมีส่วนร่วมของชุมชนแล้ว โดยการเชิญตัวแทนของชุมชนเข้าร่วมประชุม และร่วมกิจกรรม ในขณะที่โครงการที่ดำเนินการไปนั้นผ่านการวางแผน และตัดสินใจมาแล้ว โดยที่ชุมชนไม่มีโอกาสรับรู้มาก่อน แต่เป็นเพียงผู้ร่วมในบางส่วนที่กำหนดโดยเจ้าของโครงการนั้น ๆ

3.3 ลักษณะของการมีส่วนร่วม

ลักษณะของการมีส่วนร่วมอาจแบ่งโดย (ปาริชาติ วลัยเสถียร, 2543)

- การสนับสนุนทรัพยากร คือ การสนับสนุนเงิน วัสดุอุปกรณ์ แรงงาน หรือการช่วยทำกิจกรรม คือการเข้าร่วมในการวางแผน การประชุมแสดงความคิดเห็นการดำเนินการ การติดตามผล และการประเมินผล

- อำนาจหน้าที่ของผู้เข้าร่วม คือเป็นผู้นำ เป็นกรรมการ เป็นสมาชิก ซึ่งลักษณะการมีส่วนร่วมนี้ แสดงถึงอำนาจของผู้เข้าร่วม จึงมีการโต้แย้งว่าการมีส่วนร่วม โดยใช้วิธีการพัฒนาความสามารถของประชาชน เป็นเพียงการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าร่วมบางส่วน เพราะหลายกรณีประชาชนไม่มีโอกาสเข้าร่วม ในการตัดสินใจทางออกที่ควรเป็น คือการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ให้กับประชาชน

3.4 รูปแบบของการมีส่วนร่วมของประชาชน

การมีส่วนร่วมที่ดำเนินอยู่โดยทั่วไป สามารถสรุปได้เป็น 5 รูปแบบ คือ (สุนทร์ เครือ น้ำคำ และคณะ, 2545)

1) การรับรู้ข่าวสาร (Public information) การมีส่วนร่วมในรูปแบบนี้ ประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จะต้องได้รับการแจ้งให้ทราบถึงรายละเอียดของโครงการที่จะดำเนินการ รวมทั้งผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ทั้งนี้การได้รับแจ้งข่าวสารดังกล่าวจะต้องแจ้งก่อนที่จะมีการตัดสินใจดำเนินโครงการ

2) การปรึกษาหารือ (Public Consultation) การปรึกษาหารือ เป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมที่มีการจัดการหารือ ระหว่างผู้ดำเนินการโครงการกับประชาชนที่เกี่ยวข้องและได้รับผลกระทบ เพื่อที่จะรับฟังความคิดเห็น และตรวจสอบข้อมูลเพิ่มเติม หรือประกอบการจัดทำรายงานการศึกษาผลกระทบสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้การปรึกษาหารือยังเป็นอีกช่องทางหนึ่งในการกระจายข้อมูลข่าวสารไปยังประชาชนทั่วไปและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความเข้าใจในโครงการและกิจกรรมมากขึ้น และเพื่อให้มีการให้ข้อเสนอแนะ เพื่อประกอบทางเลือกในการตัดสินใจ

3) การประชุมรับฟังความคิดเห็น (Public Meeting) การประชุมรับฟังความคิดเห็นมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชน และฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับโครงการหรือกิจกรรมและผู้มีอำนาจตัดสินใจในการทำโครงการหรือกิจกรรมนั้นได้ใช้เวทีสาธารณะในการทำความเข้าใจและค้นหาเหตุผลที่จะดำเนินโครงการหรือกิจกรรมในพื้นที่นั้นหรือไม่ การประชุมรับฟังความคิดเห็นมีหลายรูปแบบ รูปแบบที่พบเห็นกันบ่อย ได้แก่

- การประชุมในระดับชุมชน (Community Meeting) การประชุมลักษณะนี้จะต้องจัดขึ้นในชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากโครงการ โดยเจ้าของโครงการหรือกิจกรรมจะต้องส่งตัวแทนเข้าร่วมเพื่ออธิบายให้ที่ประชุมทราบถึงลักษณะโครงการ และผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้น และตอบข้อซักถาม การประชุมในระดับนี้อาจจะจัดในระดับที่กว้างขึ้นได้ เพื่อรวมหลาย ๆ ชุมชนในคราวเดียวกัน ในกรณีที่มีหลายชุมชนได้รับผลกระทบ
- การประชุมรับฟังความคิดเห็นในเชิงวิชาการ (Technical Hearing) สำหรับโครงการที่มีข้อโต้แย้งในเชิงวิชาการ จำเป็นจะต้องมีการจัดประชุมรับฟังความคิดเห็น ในเชิงวิชาการ โดยเชิญผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาจากภายนอกมาช่วยอธิบายซักถาม และให้ความเห็นต่อโครงการ การประชุมอาจจะจัดในที่สาธารณะทั่วไป ผล

การประชุมจะต้องนำเสนอต่อสาธารณะ และผู้เข้าร่วมประชุมต้องได้รับทราบผลดังกล่าวด้วย

- การประชาพิจารณ์ (Public Hearing) เป็นการประชุมที่มีขั้นตอนการดำเนินการที่ชัดเจนมากขึ้น เป็นเวทีในการเสนอข้อมูลอย่างเปิดเผยไม่มีการปิดบัง ทั้งฝ่ายเจ้าของโครงการ และฝ่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากโครงการ การประชุมและคณะกรรมการจัดการประชุมจะต้องมีองค์ประกอบของผู้เข้าร่วมเป็นที่ยอมรับ มีหลักเกณฑ์ และประเด็นในการพิจารณาที่ชัดเจน และแจ้งให้ทุกฝ่ายทราบทั่วกัน ซึ่งอาจมาจากการร่วมกันกำหนดขึ้น ทั้งนี้รูปแบบการประชุมไม่ควรจะเป็นทางการมากนัก และไม่เกี่ยวข้องกับนัยของกฎหมาย ที่จะต้องมีการชี้ขาดเหมือนการตัดสินในทางกฎหมาย การจัดประชุมจึงอาจจัดให้หลายวัน และไม่จำเป็นว่าจะต้องจัดเพียงครั้งเดียว หรือสถานที่เดียวตลอดไป

4) การร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) เป็นเป้าหมายสูงสุดของการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งในทางปฏิบัติจะให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจต่อประเด็นปัญหานั้น ๆ ไม่สามารถดำเนินการให้เกิดขึ้นได้ง่าย ๆ อาจดำเนินการให้ประชาชนที่ได้รับผลกระทบเลือกตัวแทนของตนเข้าไปนั่งในคณะกรรมการใดคณะหนึ่ง ที่มีอำนาจตัดสินใจ รวมทั้งได้รับเลือกในฐานะที่เป็นตัวแทนขององค์กรที่ทำหน้าที่เป็นผู้แทนประชาชนในพื้นที่ซึ่งประชาชนจะมีบทบาท ชี้นำการตัดสินใจได้เพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของคณะกรรมการพิเศษนั้น ๆ ว่าจะมีการวางน้ำหนักของประชาชนไว้เพียงใด

5) การใช้กลไกทางกฎหมาย รูปแบบนี้ไม่ถือว่าเป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนโดยตรงในเชิงของการป้องกันแก้ไข แต่เป็นลักษณะของการเรียกร้อง และป้องกันสิทธิของตนเอง อันเนื่องมาจากการไม่ได้รับความเป็นธรรม และเพื่อให้ได้มาซึ่งผลประโยชน์ที่ตนเองคิดว่าจะได้รับ โดยในปัจจุบันรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 ได้ ให้หลักการเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนในหลาย ๆ ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการรับรู้ข่าวสาร 2) ด้านการพิจารณาการปฏิบัติราชการทางการปกครอง 3) ด้านการกำหนดนโยบาย 4) ด้านการบำรุงรักษาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม 5) ด้านการคัดเลือกผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 6) ด้านการตรวจสอบและการปฏิบัติงาน 7) ด้านการออกกฎหมาย ซึ่งประชาชนสามารถใช้สิทธิของตนตามรัฐธรรมนูญทั้งในรูปของปัจเจก และในรูปขององค์กรตามที่ระบุไว้ในพระราชบัญญัติต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น

อย่างไรก็ตามการใช้กลไกทางกฎหมายนี้จะทำให้เกิดความยืดเยื้อต่อการดำเนินการโครงการหรือการยุติโครงการ รวมทั้งมีการค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นสรุปรูปแบบเพื่อสร้างการมีส่วนร่วม ในการแก้ไขปัญหของชุมชนนั้นสามารถจัดได้หลายรูปแบบด้วยกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของผู้ดำเนินการ ซึ่งอาจเปิดโอกาสการมีส่วนร่วมของประชาชนจากระดับต่ำ ไปจนถึงระดับสูงสุด นั่นคือการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

3.5 ระดับของการมีส่วนร่วม

ปาริชาติ วลัยเสถียร (2543) ได้จำแนกการมีส่วนร่วมตามขั้นตอนการมีส่วนร่วมเป็น 4 ขั้นตอน ซึ่งเป็นแนวคิดที่ได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบมากที่สุด มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision-Making) ในกระบวนการตัดสินใจนั้น ประการแรกสุดที่ต้องกระทำคือ การกำหนดความต้องการ และจัดเรียงความสำคัญต่อจากนั้น เลือกลโยบาย และประชากรที่เกี่ยวข้อง การตัดสินใจนี้ เป็นกระบวนการต่อเนื่องที่ต้อง ดำเนินการไปเรื่อย ๆ ตั้งแต่การตัดสินใจในช่วงเริ่มต้น การตัดสินใจในช่วงดำเนินการตามแผน และการตัดสินใจปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Implementation) ในส่วนที่เป็นองค์ประกอบ ของการดำเนินโครงการนั้น จะได้มาจากคำถามที่ว่าใครจะทำประโยชน์ให้แก่โครงการได้บ้าง และจะทำประโยชน์ได้โดยวิธีใด เช่น การช่วยเหลือด้านทรัพยากร การบริหารและประสานงาน การขอความช่วยเหลือ ฯลฯ

ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) ในส่วนที่เกี่ยวกับผลประโยชน์ นอกจากความสำคัญของผลประโยชน์ในเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพแล้ว ยังต้องพิจารณาถึง การกระจายผลประโยชน์ภายในกลุ่มด้วย

ขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล นั้น สิ่งสำคัญที่ต้องสังเกตคือ ความเห็น (View) ความชอบ (Preferences) ความคาดหวัง (Expectation) ซึ่งจะมีอิทธิพลสามารถแปรเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่มต่าง ๆ ได้ นอกจากนั้น ได้เสนอขั้นตอนของการมีส่วนร่วมจากประสบการณ์ภาคสนามในประเทศไทย ว่า การมีส่วนร่วมที่แท้จริงนั้นน่าจะมีอยู่ 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา ขั้นตอนนี้เป็นส่วนแรกที่สำคัญที่สุด เพราะถ้าชาวบ้านยังไม่สามารถแก้ปัญหา และค้นหาสาเหตุของ ปัญหาด้วยตนเองได้ กิจกรรมต่าง ๆ ที่ตามมาก็ไร้ประโยชน์ เพราะจะขาดความเข้าใจ และมองไม่เห็นความสำคัญของกิจกรรมนั้น สิ่งที่สำคัญที่สุดก็คือชาวบ้านเป็นผู้อยู่กับ ปัญหา และรู้จักปัญหาของตนเองดีที่สุด แต่อาจมองไม่เห็นปัญหาที่เด่นชัด เจ้าหน้าที่ หรือพนักงานจึงเสมือนกระจกเงาผู้คอยสะท้อนภาพให้ชุมชนมองเห็น และวิเคราะห์ ปัญหาได้

ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรมการวางแผน การดำเนิน กิจกรรมเป็นขั้นตอนที่ขาดไม่ได้ หากเจ้าหน้าที่หรือนักพัฒนาต้องการผลงานการพัฒนา ให้เสร็จสิ้นโดยฉับไว ก็จะดำเนินการวางแผนด้วยตนเอง การมีส่วนร่วมของชุมชนใน การวางแผนจะช่วยให้ชุมชนเข้าใจปัญหา พัฒนาประสบการณ์ของตนเองและสามารถ วางแผนได้ด้วยตนเองในที่สุด

ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการลงทุน และการปฏิบัติงานชุมชนมีทรัพยากรที่สามารถลงทุนและปฏิบัติงานได้ เพราะจากประสบการณ์ของการทำงานในชนบทอย่าง น้อยมีแรงงานของตนเป็นขั้นต่ำสุดที่จะเข้าร่วมได้ และในหลาย ๆ แห่งก็สามารถจะร่วม ลงทุนในกิจกรรมหลาย ๆ ประเภทได้ การร่วมลงทุนและปฏิบัติงานจะทำให้ชุมชนรู้จัก คิดต้นทุนให้กับตนเองในการดำเนินงานและกิจกรรม และระมัดระวังรักษากิจกรรมที่ทำ

ขึ้นเพราะจะมีความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของ ซึ่งต่างจากสภาพที่ลงทุนและปฏิบัติงานทั้งหมดมาจากปัจจัยภายนอก ถึงจะมีอะไรเสียหายก็ไม่เดือดร้อนมากนัก และการบำรุงรักษาจะไม่เกิดขึ้น เพราะรู้สึกว่าไม่ใช่ของชุมชนนอกจากนั้น การร่วมปฏิบัติงานด้วยตนเอง ทำให้เรียนรู้การดำเนินกิจกรรมอย่างใกล้ชิด และเมื่อเห็นประโยชน์ก็สามารถดำเนินกิจกรรมชนิดนั้นด้วยตนเองต่อไปด้วย

ขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนสุดท้ายที่สำคัญอย่างยิ่งอีกเหมือนกัน เพราะหากการติดตามและประเมินผลขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน แต่เป็นการดำเนินการของบุคคลภายนอก ชุมชนก็ไม่สามารถทราบงานที่ทำไปนั้นได้รับผลดี ได้รับประโยชน์อย่างไรหรือไม่ ถึงแม้ว่าอาจมีผู้โต้แย้งว่าการประเมินผลที่เที่ยงธรรมที่สุด น่าจะมาจากบุคคลภายนอกที่ไม่ได้ยุ่งเกี่ยวกับกิจกรรมนั้น ๆ แต่ถ้าหากคิดถึงจุดมุ่งหมายของการพัฒนา ที่มุ่งจะพัฒนาคน การคำนึงถึงแต่ความเที่ยงธรรม อาจจะไร้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์มากกว่า เพราะนอกจากจะเป็นประเมินผลแล้ว ยังเป็นการแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจในกระบวนการประเมินผล และเป็นการเผยแพร่กิจกรรมออกไปสู่ชุมชนอื่น ๆ

สรุปการมีส่วนร่วมในการพัฒนาต้นแบบสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนโดยเครือข่ายชุมชนตำบลบ้านฝาง เป็นการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาร่วมกระทำจนเกิดการพัฒนา และมีการเกื้อหนุนให้เกิดการพัฒนาด้วยศักยภาพของบุคคล ชุมชน และเครือข่ายในชุมชนทั้งนี้บุคคล ชุมชน และเครือข่ายในชุมชน มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ(Decision-making) การร่วมในการดำเนินงาน (Implementation) การรับผลประโยชน์ร่วมกัน (Benefits) และร่วมประเมินผล(Evaluation) ในการพัฒนาต้นแบบเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนได้มีการจัดทำกฎกติกาในการอยู่ร่วมกันอย่างเป็นมิตรและสามารถสร้างการมีส่วนร่วมได้มากขึ้นนอกจากนี้คนวัยสูงอายุยังอุ้มชูคนวัยอื่นในชุมชนและเป็นตัวหลักในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนโดยเฉพาะกิจกรรมทางพุทธศาสนาและงานประเพณีฮีตสิบสองคองสิบสี่

4. แนวคิดการสร้างเครือข่าย

4.1 ความหมายของเครือข่าย

สุริยทิพย์ ลีสกุล (2551) กล่าวว่า เครือข่าย หมายถึง การร่วมมือระหว่างปัจเจกบุคคล กลุ่มองค์กร ประเภเดียวกัน หรือเป็นเครือข่ายเชื่อมโยงระหว่างกลุ่ม ระหว่างองค์กร โดยดำเนินงานภายใต้เป้าหมายเดียวกันและวิธีการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ

สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (2550) ให้ความหมายของเครือข่าย ไว้ว่า เป็นรูปแบบทางสังคมที่เปิดโอกาสให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์กรเพื่อการแลกเปลี่ยน การสร้างความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และร่วมกันทำงานโดยมีฐานะเท่าเทียมกัน และได้ให้ความหมายของเครือข่ายองค์กรชุมชนไว้ว่า หมายถึง กลุ่มองค์กรชุมชนที่มีการรวมตัวกันโดยมีวัตถุประสงค์ที่จะกระทำกิจการอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อประโยชน์ขององค์กรชุมชนนั้น

ชนินฐา กาญจนรังสีนนท์ (2549) ได้ให้ ความหมาย ของ เครือข่าย ไว้ว่าหมายถึง กลุ่มของคนหรือองค์กรที่สมัครใจแลกเปลี่ยนข่าวสารข้อมูลระหว่างกัน หรือ ทำกิจกรรมร่วมกัน โดยมี การจัดรูปหรือจัดระเบียบโครงสร้างที่คนหรือองค์กรสมาชิกยังคงมีความเป็นอิสระในความหมายนี้ สารสำคัญ คือ ความสัมพันธ์ของสมาชิกในเครือข่ายต้องเป็นไปโดยสมัครใจ กิจกรรมที่ทำในเครือข่าย ต้องมีลักษณะเท่าเทียมหรือแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน และการเป็นสมาชิก เครือข่ายไม่มีผลกระทบต่อความเป็นอิสระหรือความเป็นตัวของตัวเองของคนหรือองค์กรนั้น ๆ

ศุภวัฒนากร วงษ์ธนวสุ (2549) ให้ความหมาย ของ เครือข่าย ว่า หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มคนที่มีค่านิยม ความเชื่อ และเป้าหมายในชีวิตหรือเป้าหมายในการทำงาน ร่วมกัน ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกลุ่มคนเกิดขึ้นด้วยความสมัครใจ

เสรี พงษ์พิศ (2548) กล่าวว่า เครือข่าย หมายถึง ขบวนการทางสังคมอันเกิดจากการ สร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กลุ่มองค์กร สถาบัน โดยมีเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และความต้องการ บางอย่างร่วมกัน ร่วมดำเนินกิจกรรมบางอย่าง โดยที่สมาชิกของเครือข่ายยังคงเป็นเอกเทศไม่ขึ้นต่อกัน เครือข่ายในการพัฒนาจะไม่จำเป็น ถ้าคนหรือองค์กรมีการติดต่อสัมพันธ์กันกับคนหรือองค์กรในสาขา เดียวกัน ทั้งแนวดิ่งและแนวราบอยู่แล้วเป็นอย่างดี (เช่น มีการติดต่อกันระหว่างหน่วยงานวิจัย หน่วยงานพัฒนา หน่วยงานฝึกอบรม หน่วยงานส่งเสริม และหน่วยงานสนับสนุนโครงการพัฒนาชนบท) หรือองค์กรต่าง ๆ ทราบถึงสิ่งที่ป็นจริงเกี่ยวกับนโยบายผลการวิจัยและการดำเนินงานในที่ต่าง ๆ ทราบถึงแหล่งวิชาการ แนวทางการพัฒนาทางการบริหารสังคม เศรษฐกิจต่าง ๆ ของประเทศ รวมทั้ง ข้อดีข้อเสียของแต่ละแหล่ง และแต่ละแนวทางการพัฒนา มีทรัพยากรที่จะดำเนินงานของตนเอง สามารถร่วมมือกับเพื่อนในวงการเดียวกันในหนทางที่องค์กรของตนจะได้รับประโยชน์ หรือทำให้รัฐบาล องค์กร และชุมชน รับฟังข้อเสนอแนะขององค์กรของตนได้อยู่แล้วแต่ในความเป็นจริงไม่ใช่เช่นนั้น หน่วยงานพัฒนาไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานพัฒนาเอกชน หรือหน่วยงานพัฒนาของรัฐ ต่างหน่วยต่างทำงาน กันไปไม่เคยเกี่ยวข้องกับหน่วยงานที่ทำงานคล้ายคลึงกัน ยุ่งอยู่กับการแก้ปัญหาวันต่อวัน เพื่อให้ หน่วยงานของตนอยู่รอดมีการทำงานเข้าซ้อนกันในพื้นที่เดียวกัน แต่ละหน่วยงานก็มีการส่งข่าวสาร ข้อมูลไหลเวียนกันอยู่ภายในหน่วยงานของตน และข้อมูล ข่าวสารมีค่อนข้างจำกัด การทำงานใช้กรอบ ความคิดหรือหลักการเฉพาะที่เคยใช้อย่างใดอย่างหนึ่ง พัฒนาในสาขาแคบ ๆ และเป็นไปตามนโยบาย ขององค์กร หรือแม้แต่องค์กรชุมชนในหมู่บ้านเดียวกันก็ต่างกลุ่มต่างทำงานของตนไปไม่เคยติดต่อ ช่วยเหลือกิจการของกันและกัน ไม่เคยให้คำปรึกษาหารือซึ่งกันและกัน เมื่อเป็นเช่นนี้ในยามที่ต้องการ เครื่องมือในการพัฒนา ซึ่งอาจเป็นปัจจัยนำเข้าเทคโนโลยี การฝึกอบรม แนวความคิดในการวิจัย ข้อเสนอโครงการ หรืออื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในกิจกรรมการพัฒนา บุคคลหรือองค์กรก็จะใช้สิ่งต่าง ๆ ที่ พอจะหาได้ใกล้มือ และอาจมีการออกแบบใหม่ หรือสร้างชิ้นใหม่ถ้าจำเป็น ซึ่งต้องเสียเวลาค้นหา ยาวนาน เครือข่ายสามารถช่วยแก้ปัญหาข้างต้นได้ ด้วยการเปิดโอกาสให้บุคคลและองค์กรได้ แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งบทเรียนและประสบการณ์กับบุคคลหรือองค์กรที่อยู่นอกหน่วยงานหรือ องค์กรของตน และให้ความร่วมมือซึ่งกันและกัน

4.2 ประโยชน์ของเครือข่าย

ประโยชน์เฉพาะหน้าของเครือข่ายเห็นได้จากผลงานที่สมาชิกดำเนินการส่วนประโยชน์ระยะยาว จะบังเกิดในรูปของควมมีประสิทธิภาพของการวิจัยและพัฒนา การถ่ายทอดวิธีการทำงาน และระบบ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้เครือข่ายในการพัฒนามีประโยชน์หลายประการขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ สมาชิก และกิจกรรมของเครือข่าย ซึ่งพอจะรวบรวมได้ดังนี้

- 1) เครือข่ายช่วยให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ทักษะ ความรู้ประสบการณ์ เครื่องมือ และสื่อ ผ่านการประชุม การทดลองปฏิบัติการ การประชาสัมพันธ์ และการให้ความร่วมมือกันในการดำเนินโครงการ การแบ่งปันทักษะและประสบการณ์ ให้แก่กันเป็นการเสริมความสมบูรณ์ให้กับสมาชิกเครือข่ายทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นบุคคลหรือองค์กร
- 2) การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร และการประสานงานในเครือข่าย ช่วยลดการทำงาน และการใช้ทรัพยากรซ้ำซ้อน ทำให้การพัฒนาสามารถดำเนินไปได้ก้าวหน้า รวดเร็ว และส่งผลต่อสังคมในวงกว้างยิ่งขึ้น
- 3) เครือข่ายสามารถเชื่อมโยงคนที่อยู่ในระดับต่างกัน มีวิธีการทำงาน การจัดองค์กร และภูมิหลังต่างกันที่ไม่มีโอกาสต่อกัน เข้าด้วยกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งส่งผลให้เกิดความเข้าใจกันมากขึ้น นำไปสู่การทำงานร่วมกัน เพื่อประโยชน์ของทุกฝ่าย
- 4) เครือข่ายสามารถทำให้คนและองค์กร ที่ไม่มีความสัมพันธ์กันได้ทราบว่ามีบุคคล หรือ หน่วยงานอื่นอีกมากที่สนใจทำงานในเรื่องเดียวกัน และเผชิญปัญหาเหมือนกัน
- 5) เครือข่ายสามารถทำให้ความต้องการของประชาชนได้รับการสนองตอบจากรัฐ
- 6) เครือข่ายช่วยชี้ให้เห็นปัญหาและประเด็นการพัฒนาที่ซับซ้อนและท่วมท้นในหมู่บ้าน
- 7) เครือข่ายช่วยเชื่อมหน่วยงานวิชาการและแหล่งทุนกับผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ
- 8) เครือข่ายทำให้คนและองค์กรได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อน ได้รับกำลังใจ การจูงใจและการยอมรับ ซึ่งมีความสำคัญต่อหน่วยเล็ก ๆ ที่อยู่นอกระบบราชการ

การจัดการเครือข่ายเป็นเรื่องซับซ้อนและมีคนน้อยคนนักที่ได้รับการฝึกฝนมาในสายนี้ ความสำเร็จของเครือข่ายหลายแห่งชี้ให้เห็นว่า เครือข่ายจำนวนมากสามารถดำเนินการให้บรรลุผลสำเร็จได้ด้วยกลุ่มของผู้จัดการมือสมัครเล่นที่มีความกระตือรือร้น ซึ่งไม่เคยผ่านการฝึกอบรมด้านการจัดการมาก่อนเลย อย่างไรก็ตาม ไม่จำเป็นที่เครือข่ายทั้งหมดต้องเรียนรู้ผ่านประสบการณ์หรือลองผิดลองถูก การจัดหลักสูตรฝึกอบรมสำหรับการทำงานหรือการจัดการเครือข่ายในระดับภูมิภาคจะเป็นประโยชน์มาก

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กิ่งกาญจนา เมืองโคตร (2553) ศึกษาการพัฒนาต้นแบบเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลบ้านฝาง เป็นศึกษาการส่งเสริมความเข้มแข็งให้แก่ชมรมผู้สูงอายุโดยการทำงานแบบเป็นเครือข่ายเป็นกลยุทธ์สำคัญในการพัฒนาบริการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และการเปิดโอกาสให้ชมรมผู้สูงอายุหลายๆชมรมได้ร่วมกันทำงานในลักษณะ “เครือข่าย” โดยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ช่วยเหลือเกื้อกูลและประสานประโยชน์จากแหล่งทรัพยากรในชุมชนร่วมกัน เป็นผลให้การดำเนินงานของชมรมมีความสำเร็จ เข้มแข็งและพัฒนาอย่างยั่งยืนต่อไป มีผู้ให้ข้อมูลหลัก 4 กลุ่มได้แก่ ทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลบ้านฝาง ผู้นำชุมชน แกนนำชมรมผู้สูงอายุ 4 ชมรม และกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่ศึกษา ผลการศึกษาสถานการณ์การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลบ้านฝางก่อนการพัฒนา พบว่า ทุกกลุ่มที่เข้าร่วมการพัฒนาเห็นความสำคัญและให้ความสนใจกับงานผู้สูงอายุ กลุ่มแกนนำชมรมผู้สูงอายุและผู้นำชุมชนส่วนใหญ่ ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ และ มีการจัดงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมาสนับสนุนการดำเนินงานกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุตามสมควร แต่เป็นไปในลักษณะของกิจกรรมตามประเพณีนิยม เช่น กิจกรรมวันผู้สูงอายุ กิจกรรมทางศาสนา และการเยี่ยมเยียนเป็นครั้งคราวยามเจ็บป่วย รวมทั้งการจ่ายเบี้ยยังชีพเป็นต้น ซึ่งกล่าวโดยสรุปได้ว่า ภาพรวมของการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนตำบลบ้านฝางยังขาดความต่อเนื่อง กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่หลากหลาย และไม่สม่ำเสมอ สำหรับผู้สูงอายุทั้งหมดในชุมชน แบ่งเป็นกลุ่มย่อยตามความสามารถในการดูแลตนเอง ได้แก่ (1) ผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองและเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ตามปกติ เรียกเป็น “กลุ่มติดสังคม” ; (2) ผู้สูงอายุที่พอช่วยตนเองได้บ้างแต่ไปมาไม่สะดวก ต้องอยู่แต่ในบ้าน เรียกเป็น “กลุ่มติดบ้าน” ; และ (3) กลุ่มที่ช่วยตนเองไม่ได้ ต้องนอนอยู่บนเตียงและมีผู้ดูแลตลอด เรียกเป็น “กลุ่มติดเตียง” และ “กลุ่มขาดผู้ดูแล” ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ โดยเฉพาะ “กลุ่มติดสังคม” แม้จะพอมีความรู้ความเข้าใจ วิธีการส่งเสริมสุขภาพอยู่บ้าง ก็ยังมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่เหมาะสมเท่าที่ควร ได้รับการสนับสนุนอย่างจำกัด มีการรวมกลุ่มเพื่อการวางแผนพัฒนาร่วมกันในชุมชนและได้รับการเสริมพลังน้อยกว่าที่ควรและไม่ต่อเนื่อง กิจกรรมที่ปฏิบัติไม่มีความหลากหลาย ออกกำลังกายไม่ต่อเนื่องขาดอุปกรณ์และการดูแลสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพในชุมชน สำหรับ “กลุ่มติดบ้าน” และ “กลุ่มติดเตียง” แม้จะมีการเยี่ยมบ้านตามปัญหาการเจ็บป่วยบ้าง แต่ก็พบว่าไม่ต่อเนื่องและไม่เป็นองค์รวมเท่าที่ควร หลายคนอยู่ในภาวะโดดเดี่ยว และว้าเหว่จากการขาดการติดต่อกับเพื่อนฝูงและสังคม ด้านการสร้างเสริมสุขภาพโดยทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า เน้นการให้บริการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข แม้จะมีการจัดบริการเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ และพยายามส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆในชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แต่เนื่องจากภาระงานมากและการแบ่งพื้นที่ในการดูแลของเจ้าหน้าที่ ทำให้การดูแลสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในแต่ละชุมชนไม่ต่อเนื่อง และไม่ได้พัฒนาตามตามความสนใจและทักษะรายบุคคลเท่าที่ควรการพัฒนาต้นแบบเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนในการศึกษานี้ ประกอบด้วย 4 รอบวงจรการพัฒนา โดยวงจรการพัฒนารอบที่ 1 เน้นการวิเคราะห์วางแผนและแก้ไขปัญหา ร่วมกันในแต่ละพื้นที่ของชมรมผู้สูงอายุ วงจรการพัฒนารอบที่ 2 เป็นการจัดกิจกรรมเวทีแลกเปลี่ยน

เรียนรู้ระหว่างชมรมผู้สูงอายุทุกแห่งกับพยาบาลประจำหมู่บ้าน วงจรการพัฒนาที่ 3 เป็นการศึกษาดูงานชมรมผู้สูงอายุบ้านดอนหัน นำเสนอผลงานเด่นของทุกชมรม เปิดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างชมรม และอบรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จากนั้นวงจรการพัฒนาที่ 4 เป็นการพัฒนากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของแต่ละชมรม ตามความสามารถของผู้สูงอายุในแต่ละชุมชน จัด “การประชุมชมรมผู้สูงอายุสัญจร” สาธิตการเยี่ยมดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง และขาดผู้ดูแลให้เครือข่ายชมรมผู้สูงอายุที่มาเยือนได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ แสดงให้เห็นว่าการพัฒนา “ต้นแบบเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ” โดยกระบวนการพัฒนาเดิมมี ที่เน้นการพัฒนาศักยภาพของแต่ละชมรมพร้อมไปกับการทำงานเป็นเครือข่าย ช่วยเหลือกันทำให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนและต่อเนื่องได้

วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ (2552) ได้ทำการศึกษาทบทวนองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ ปี 2545-2550 คือ ผลการทบทวนสรุปได้ดังนี้ ด้านประชากรสูงอายุ จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประชากรสูงอายุของประเทศไทยมีถึงประมาณ 7 ล้านคน คิดเป็นเกือบร้อยละ 11 ของประชากรทั้งประเทศที่มีอยู่ประมาณ 65.6 ล้านคน แสดงว่าประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุแล้ว ด้านสุขภาพ พบว่าอายุคาดหมายเฉลี่ยการมีสุขภาพดี (Health Average Life Expectancy: HALE) ของประชากรไทยเพิ่มขึ้นโดยลำดับ เพศหญิงมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดสูงกว่าเพศชาย และล่าสุดปี พ.ศ. 2550 เพศหญิงมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเท่ากับ 75.2 ปี และเพศชายเท่ากับ 68.4 ปี ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เป็นของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เป็นได้โดยอิสระ การสำรวจในปี พ.ศ. 2549 ผู้สูงอายุมีความสามารถทำกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานได้เองมากกว่าร้อยละ 90 ดีกว่าการสำรวจในปี 2547 แต่ผู้สูงอายุจำนวนมากก็มีทุกขภาวะจากปัญหาการมองเห็น ปัญหาการได้ยิน การบดเคี้ยวอาหาร และจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคเมะเร็ง และโรคข้อเสื่อม (โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจมีแนวโน้มสูงขึ้นตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น ภาวะสมองเสื่อมนอกจากจะก่อทุกข์ในผู้สูงอายุ ด้วยมีการสูญเสียความคิด ความจำ และความสามารถในการทำงานและการตัดสินใจแล้ว ยังมีผลกระทบโดยตรงต่อผู้ดูแลและครอบครัวของผู้สูงอายุทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจเช่นเดียวกับภาวะทุพพลภาพ การหกล้มในผู้สูงอายุพบมากถึงร้อยละ 10.3 ทุกขภาวะที่ตามมาของการหกล้มในผู้สูงอายุอาจมากกว่ากลุ่มวัยอื่น สำหรับการให้บริการด้านรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุตามสิทธิประโยชน์ในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในระยะห้าปีนี้ มีความก้าวหน้าด้านการเพิ่มสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุและประชาชนทั่วไปเป็นอย่างมาก อาทิ บริการตรวจรักษาและผ่าตัดตาต้อกระจก โครงการฟันเทียม ผู้ป่วยโรคไตที่มีบัตรทองทุกคนได้รับสิทธิประโยชน์ในการล้างไต ฟอกเลือด ผ่าตัดเปลี่ยนไตฟรี เป็นต้น ด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ จากข้อมูลปี 2550 พบว่าประชากรวัยสูงอายุที่มีรายได้มากกว่า 100,000 บาทต่อปีขึ้นไปมีอยู่เพียงประมาณร้อยละ 15.38 ขณะที่ประชากรวัยสูงอายุที่ยากจน(รายได้ต่ำ 20000 บาทต่อปี) มีอยู่ประมาณร้อยละ 34.13 จำนวนผู้มีงานทำนั้นส่วนมาก(ร้อยละ 99) อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้นช่วงแรก (60-64 ปี) โดยประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัวมากที่สุด สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นลูกจ้างรายได้จะแตกต่างกันเห็นได้ชัดตามระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ

และขึ้นกับภาคอุตสาหกรรมที่ทำด้วย ผู้สูงอายุทั้งที่ยากจน ฐานะปานกลางยังได้รับการดูแลจากครอบครัวตามสถานภาพทางร่างกายและความสามารถที่มีอยู่ โดยบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุดูแลการดำรงชีวิตประจำวันทั่วไป บทบาทการดูแลที่ตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์และจิตใจส่วนใหญ่เป็นเรื่องเกี่ยวกับค่านิยมในการเคารพผู้อาวุโส โดยพฤติกรรมที่ส่งเสริมระดับมาก ได้แก่ การให้ความเคารพยกย่องผู้สูงอายุ การขอคำปรึกษาจากผู้สูงอายุเมื่อประสบปัญหา การสนับสนุนงานอดิเรกที่ผู้สูงอายุชอบ บทบาทของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับผู้สูงอายุ ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุ หลายชุมชนได้ตอบสนองปัญหาของผู้สูงอายุในรูปของการรวมกลุ่มทำกิจกรรมเสริมรายได้ และการมีกองทุนในชุมชน ร้อยละ 60 รายงานว่าผู้สูงอายุในหมู่บ้านเข้าร่วมกิจกรรมกับกลุ่มกิจกรรมเสริมรายได้ โดยสัดส่วนใกล้เคียงกันในทุกภูมิภาคของประเทศ เครือข่ายในชุมชนที่มีบทบาทสำคัญในการให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุนั้นมีเครือข่ายที่สำคัญ ได้แก่ 1) เพื่อน/เพื่อนบ้าน 2) ผู้นำชุมชน 3) วัดและองค์กรทางศาสนา 4) ชมรมผู้สูงอายุและคลังปัญญา 5) กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ และ 6) องค์กรเอกชนและองค์กรอิสระ ชมรมผู้สูงอายุมีบทบาทสำคัญในการเกื้อหนุนช่วยเหลือแผ้วถางระหว่างผู้สูงอายุด้วยกันจึงถือเป็นการ “เติมเต็มให้กัน” การจัดเตรียมที่อยู่อาศัยในอนาคตของผู้สูงอายุช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2545-2550) สรุปได้ว่า การจัดเตรียมที่อยู่อาศัยในอนาคตของผู้สูงอายุ นั้นแตกต่างกัน โดยปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุจัดเตรียมที่อยู่อาศัย แตกต่างกัน คือ ฐานะทางเศรษฐกิจ ผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าผู้สูงอายุไม่ได้จัดเตรียมอะไรสำหรับตนเองในด้านที่อยู่อาศัย ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ยากจนบางส่วนไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง

นารินทร์ จิตรมนตรี วิไลวรรณ ทองเจริญ และสาวิตรี ทยานศิลป์ (2552) การศึกษาตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชน ในชุมชนเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อถอดบทเรียนรูปแบบการดูแลระยะยาวของครอบครัวและชุมชนที่ได้รับการพิจารณาว่าดี และศึกษากลวิธีการจัดการในครอบครัวและชุมชน ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้ ผลการวิเคราะห์ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของชุมชน ผลการถอดบทเรียนจาก 2 ชุมชนพบว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมให้ชุมชนเขตเมืองมีการดูแลผู้สูงอายุที่ดี คือ การมีชุมชนที่เข้มแข็ง การมีระบบสนับสนุนที่ดี การมีทุนทางสังคม การตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ การบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ การบูรณาการบทบาทในชุมชน และการมีฐานข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน ผลการวิเคราะห์ตัวแบบจึงสรุปเป็นตัวชี้วัดการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของชุมชนเขตเมือง ดังนี้ ตัวชี้วัดการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของชุมชน 1. การมีชุมชนที่เข้มแข็ง 1.1. ผู้นำเข้มแข็งและมีผู้สูงอายุต้นแบบ 1.2. ความรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชน 1.3. การทำงานเป็นทีม 2. การมีระบบสนับสนุนที่ดีทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ 2.1. ระบบสนับสนุนจากภาครัฐ 2.2. ระบบสนับสนุนจากภาคเอกชนและอาสาสมัคร 3. การมีทุนทางสังคม 3.1. การใช้แหล่งประโยชน์หลากหลาย 3.2. ค่านิยมและวัฒนธรรมไทยเข้มแข็ง 3.3. ความกลมกลืนทางศาสนา 4. การตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ 4.1. การประหยัดค่าใช้จ่าย 4.2. การแก้ปัญหาการเดินทางของผู้สูงอายุ 5. การบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ 5.1. การให้บริการที่มีประสิทธิภาพสูง ด้วยต้นทุนที่ต่ำ 5.2. การใช้สถานที่ให้เกิดประโยชน์อย่างคุ้มค่า 6. การบูรณาการบทบาทในชุมชน 6.1. การเป็นกรรมการหลายชุด (สวมหมวกหลายใบ) 6.2. เป็นทั้งแหล่งให้บริการและแหล่งเรียนรู้ 7. การมีฐานข้อมูล

ผู้สูงอายุในชุมชน ผลการวิเคราะห์ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัว ผลการถอดบทเรียนปัจจัยที่มีผลให้มีการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัว 4 ครอบครัวในชุมชนเขตเมือง มีดังนี้ การคัดเลือกผู้ดูแลหลักที่เหมาะสม ผู้ดูแลหลักดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ผู้ดูแลหลักดูแลผู้สูงอายุบนพื้นฐานของความรักหรือความกตัญญู มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมาในอดีต และความรู้สึกรักภาคภูมิใจในความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุ การรักษาและควบคุม โรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ การจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแล การที่ผู้ดูแลหลักมอบความไว้วางใจดูแลผู้สูงอายุให้ผู้ดูแลรับจ้าง การได้รับการสนับสนุนการดูแลทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

กัตติกา ธาระขวำ จินดนา รัตนวิฑูรย์ และจามจุรีย ทุนรัตน์ (2554) ได้ศึกษาการพัฒนาเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนและศักยภาพการดูแลตนเองในการส่งเสริมการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชน เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ในผู้สูงอายุ ตำบลวรรณคร อำเภอปัว จังหวัดน่าน ผลของการพัฒนาเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนและศักยภาพการดูแลตนเอง ก่อให้เกิดกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนที่หลากหลายในการดูแลตนเอง การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน การดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกันในชุมชน รวมถึงการสร้างเสริมสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้ศิลปะและภูมิปัญญาพื้นบ้าน ในการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาวะภายหลังการพัฒนาเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนนั้น พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มอย่างสม่ำเสมอ มีเครือข่ายเพื่อน การเกื้อหนุนทางสังคมโดยเพื่อน ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และสุขภาวะ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นการส่งเสริมการใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในตัวของผู้สูงอายุ การเสริมพลังและใช้ทุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชน สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุดูแลตนเองในชุมชนได้ นำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดี

บทที่ 3

กระบวนการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) โดยมีกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกันทั้งในระดับข้อมูลปฐมภูมิและทุติยภูมิ มีการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน มีการทดลองปฏิบัติการร่วมกัน และมีการสรุปผลขยายผลสู่สาธารณะ โดยทุกกระบวนการเน้นกระบวนการเรียนรู้และการมีส่วนร่วม โดยมีนักวิจัยหลักและผู้ช่วยนักวิจัยเป็นกลไกหลักในการสร้างกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน อันจะก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ที่แท้จริง และปัญหาได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง โดยมีรายละเอียดการศึกษาดังนี้

1. ขอบเขตการวิจัย

1.1 ขอบเขตพื้นที่

ดำเนินการในพื้นที่ชุมชนสามัคคี 1 และ สามัคคี 2 ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

1.2 ขอบเขตกลุ่มเป้าหมาย

1) กลุ่มเป้าหมายหลักในการศึกษาและทดลองปฏิบัติการการสร้างพื้นที่ต้นแบบในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เมือง ชุมชนสามัคคี ต.ตลาด อ.เมือง จ.มหาสารคาม
คือ กลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 352 คน

2) กลุ่มเป้าหมายรองในการทดลองปฏิบัติ คือ บุคลากรของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

- หน่วยงานชุมชน ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุ/ชมรมรักษาสภาพ/อสม. จำนวน 25 คน
- องค์กรด้านการศึกษา ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม อาจารย์พยาบาล

จำนวน 10 คน

- องค์กรภาครัฐ ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง เจ้าหน้าที่พยาบาล จำนวน 5 คน

หมายเหตุ ในการกำหนดกลุ่มผู้สูงอายุครั้งแรกจากข้อมูลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยจำนวน 74 คน (ข้อมูลเบื้องต้นในบทที่ 1) แต่เมื่อลงพื้นที่ศึกษาได้เก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุที่มีในชุมชนทั้งหมด 352 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ ผู้ศึกษาสร้างขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้ปรับใช้แบบประเมินสุขภาพและสภาวะผู้สูงอายุจากแนวทางการจัดบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด คือ

1) ชุดที่ 1 แบบสอบถามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ใช้ในการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 52 ข้อ และคำถามปลายเปิด 2 ข้อคำถาม

2) ชุดที่ 2 แนวทางการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ

ใช้ในการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและผู้ดูแล จำนวน 9 ข้อคำถาม

3) ชุดที่ 3 แนวทางการสนทนากลุ่ม

ใช้ในการนำสนทนากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 10 ข้อคำถาม

3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Validity) คือ การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

2) ศึกษารวบรวมเนื้อหาจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนขอคำแนะนำจากที่ปรึกษา เพื่อให้มีความรู้เรื่องที่จะศึกษาอย่างถูกต้อง

3) กำหนดขอบเขต และโครงสร้างเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์ โดยยึดตามเนื้อหาซึ่งถูกต้องตามหลักวิชาการ แนวคิดทฤษฎี เพื่อให้เกิดความถูกต้อง ครบถ้วนเนื้อหา ตามกรอบแนวความคิด

4) นำแบบสัมภาษณ์ ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลผู้สูงอายุของวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคามทำการตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมครบถ้วน สอดคล้องตามวัตถุประสงค์ ตรงตามเนื้อหาที่ต้องการวัด ตรงตามกรอบแนวคิด การใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษา แล้วปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ให้ถูกต้อง

4. ขั้นตอนการดำเนินงานโครงการวิจัย

4.1 ระยะเวลา การดำเนินงานของโครงการวิจัยระหว่างเดือนพฤษภาคม 2555 ถึงวันที่ 31 เดือนตุลาคม 2555

4.2 ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ได้แบ่งกิจกรรมการดำเนินการตามกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ตั้งแต่ขั้นตอนเปิดโจทย์ปัญหาจนถึงการค้นข้อมูลและสรุปผลการศึกษา สามารถสรุปตามกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ประชุมเตรียมความพร้อมและสร้างความเข้าใจต่อวัตถุประสงค์โครงการและกำหนดบทบาทหน้าที่ของนักวิจัย

สถานที่ ห้องประชุมศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง สามัคคี ต.ตลาด อ.เมือง จ.มหาสารคาม
วันและเวลาที่ทำกิจกรรม ประชุมวันที่ 1 พฤษภาคม 2555

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ทีมวิจัย 40 คน

วิธีการดำเนินงาน

การเริ่มต้นการดำเนินโครงการวิจัยในครั้งนี้ เกิดจากประชาชนในชุมชนสามัคคี ศูนย์แพทย์ชุมชนสามัคคี โรงพยาบาลมหาสารคาม และวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ที่เล็งเห็นความสำคัญของสถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มจำนวนที่เพิ่มมากขึ้น และต้องการหาแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งอยู่ในเขตเมืองที่มีบริบทที่แตกต่างจากพื้นที่ชุมชนชนบท อันจะนำไปสู่กระบวนการเรียนรู้ในการสร้างชุมชนต้นแบบในการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุต่อไป โดยมีกิจกรรมคือ

การประชุมชี้แจงทำความเข้าใจและแนวทางการดำเนินโครงการ โดยมีทีมที่เข้าร่วม คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) ผู้นำชุมชน แกนนำผู้สูงอายุ กลุ่มชมรมรักสุขภาพ เจ้าหน้าที่พยาบาลศูนย์แพทย์ชุมชนสามัคคี นักวิชาการจากวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม และทีมงานจากโหนดสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย โดยมีวัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรมคือ

- ทีมวิจัยรับทราบข้อมูลการวางแผนการดำเนินการวิจัย
- มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเรื่องรูปแบบและวิธีการศึกษาข้อมูล
- การกำหนดบทบาทของสมาชิกทีมวิจัย (โดยในส่วนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้กำหนดผู้ประสานงานหลักในพื้นที่ทั้ง 2 ชุมชน)
- การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างทีมวิจัยด้วยกัน
- การให้คำมั่นสัญญาในการจะร่วมมือและประสานใจในการทำงาน

กิจกรรมที่ 2 ประชุมออกแบบเครื่องมือและวิธีการเก็บข้อมูล

สถานที่ ห้องประชุมศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง สามัคคี ต.ตลาด อ.เมือง จ.มหาสารคาม

วันและเวลาที่ทำกิจกรรม ประชุมวันที่ 18 มิถุนายน 2555

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ทีมวิจัย 40 คน นักศึกษาพยาบาล 12 คน

วิธีการดำเนินงาน

การประชุมเชิงปฏิบัติการของทีมวิจัยเพื่อร่วมกันออกแบบเครื่องมือและวิธีการเก็บข้อมูล โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมคือ

- 1) ทีมวิจัย
- 2) ตัวแทนนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ชั้นปีที่ 3 จำนวน 12 คน ซึ่งกำลังศึกษารายวิชา วิจัยทางการแพทย์ ได้ใช้พื้นที่ชุมชนสามัคคีเป็นแหล่งการเรียนรู้ และศึกษาวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ
- 3) ทีมงานจากโหนด สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย

วัตถุประสงค์และเป้าหมายในครั้งนี้คือทีมวิจัยและนักศึกษาได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็น

และวางแผนการเก็บข้อมูล เพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนและสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลร่วมกัน จากผลการประชุมสามารถสรุปแนวทางการออกแบบเครื่องมือได้ดังนี้

- 1) ชุดที่ 1 แบบสอบถามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ใช้ในการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุจำนวน 52 ข้อ และคำถามปลายเปิด 2 ข้อคำถาม
- 2) ชุดที่ 2 แนวทางการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ใช้ในการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและผู้ดูแล จำนวน 9 ข้อคำถาม
- 3) ชุดที่ 3 แนวทางการสนทนากลุ่ม ใช้ในการนำสนทนากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 10 ข้อคำถาม

จากแนวทางการออกแบบเครื่องมือนี้ ทีมวิจัยหลักจะได้นำไปวิเคราะห์และออกแบบแนวคำถาม แนวทางการสัมภาษณ์ กำหนดกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การวิเคราะห์ข้อมูล และนำผลการออกแบบเครื่องมือมานำเสนอต่อทีมวิจัยอีกครั้ง

ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้มีการพัฒนาเครื่องมือวิจัย โดยทีมวิจัยเข้าร่วมประชุมอบรมต้นน้ำ : แนวคิด ทักษะ เครื่องมือ และกระบวนการวิจัยเพื่อท้องถิ่น กับทีมวิจัยของศูนย์วิชาการวิจัยเพื่อพัฒนาท้องถิ่นจังหวัดมหาสารคาม ได้เรียนรู้กระบวนการสร้างและออกแบบเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ และนำเสนอการออกแบบเครื่องมือ รับฟังข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อนำมาพัฒนาปรับปรุงเครื่องมือ สรุปผลได้ดังรายละเอียดต่อไปนี้

วัตถุประสงค์ (ในข้อเสนอ โครงการ)	คำถามรอง (ในข้อเสนอ โครงการ)	ประเด็น คำถามหลัก	ประเด็น คำถามรอง	กลุ่มเป้าหมาย ในการเก็บ ข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้
1. เพื่อศึกษา สถานการณ์ และบริบท ผู้สูงอายุใน ชุมชนสามัคคี	1. สภาพ ปัญหา และ ภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุ ในชุมชน สามัคคีเป็น อย่างไร	1. บริบทของ ชุมชนสามัคคี เป็นอย่างไร	1. ภูมิหลัง ชุมชน (ประวัติศาสตร์ ชุมชน) 2. ลักษณะ ทั่วไปของ ชุมชน 3. ศักยภาพ	1. ผู้สูงอายุและ ครอบครัว 2. อาสาสมัคร สาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน 3. ผู้นำชุมชน 4. เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข	1. แบบสอบถาม ผู้สูงอายุและ ครอบครัว 2. แบบ สัมภาษณ์ราย กลุ่ม 3. ข้อมูลสุขภาพ ครอบครัว

วัตถุประสงค์ (ในข้อเสนอ โครงการ)	คำถามรอง (ในข้อเสนอ โครงการ)	ประเด็น คำถามหลัก	ประเด็น คำถามรอง	กลุ่มเป้าหมาย ในการเก็บ ข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้
		2. ข้อมูล พื้นฐานและ ภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุ	ของชุมชน 1. ข้อมูล ประชากร ผู้สูงอายุใน ชุมชน 2. ข้อมูลภาวะ สุขภาพ ผู้สูงอายุ 3. พฤติกรรม สุขภาพ ผู้สูงอายุ 4. ข้อมูล ครอบครัว/ ผู้ดูแล 5. ข้อมูล สวัสดิการของ ผู้สูงอายุ	5. เจ้าหน้าที่ องค์กรท้องถิ่น	(Family Folder) 4. รายงาน ข้อมูลสุขภาพ 5. รายงาน ข้อมูลชุมชน ต่างๆ เช่น จปฐ. แฟ้มประวัติ ชุมชน เป็นต้น
2. เพื่อศึกษา ปัญหาและ สุขภาพของ ผู้สูงอายุ ใน การให้บริการ เกี่ยวกับการ จัดการ สุขภาพของ ผู้สูงอายุใน ชุมชนสามัคคี		1. ปัญหา ผู้สูงอายุ 2. ปัญหา สุขภาพ ผู้สูงอายุ	1. การดำเนิน ชีวิต 2. รายได้ 3. ความสามารถ ในการพึ่งตนเอง 1. ปัญหาทาง ร่างกาย จิตใจ สังคม ปัญหา 2. ปัญหา ครอบครัวและ ผู้ดูแล		

วัตถุประสงค์ (ในข้อเสนอ โครงการ)	คำถามรอง (ในข้อเสนอ โครงการ)	ประเด็น คำถามหลัก	ประเด็น คำถามรอง	กลุ่มเป้าหมาย ในการเก็บ ข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้
		3. การจัดการ ด้านการดูแล สุขภาพตนเอง/ ครอบครัว	1. การส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู		
3. เพื่อศึกษา องค์ความรู้ ระบบและ กลไกการ ดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุของ ชุมชนและ ภาคีที่ เกี่ยวข้อง	2. ภาคี เครือข่ายที่ เกี่ยวข้องกับ การจัดการ สุขภาพของ ผู้สูงอายุใน ชุมชนสามัคคี ที่ผ่านมาเป็น อย่างไร	1. องค์ความรู้ การดูแล สุขภาพ ผู้สูงอายุ 2. ระบบและ กลไกของ ชุมชนในการ ดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุ เป็น อย่างไร	1. ภูมิปัญญา (วิธีการดูแล สุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชน) 2. การเรียนรู้ ด้วยตนเอง 1. ชุมชนมี รูปแบบของ การจัดการเพื่อ การสร้างเสริม สุขภาพแก่ ผู้สูงอายุใน ชุมชนอย่างไร 2. มีการ รวมกลุ่ม ผู้สูงอายุเพื่อ จัดกิจกรรม การดูแล สุขภาพตนเอง อย่างไร 3. มีกิจกรรมที่ สนับสนุน บทบาทของ ครอบครัวหรือ ผู้ดูแลในการ	1. ผู้นำชุมชน 2. ประธาน ชมรมผู้สูงอายุ 3. ประธาน ชมรมรักษ์ สุขภาพ 4. เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข 5. เจ้าหน้าที่ องค์กรท้องถิ่น	1. แบบ สัมภาษณ์ราย กลุ่ม

วัตถุประสงค์ (ในข้อเสนอ โครงการ)	คำถามรอง (ในข้อเสนอ โครงการ)	ประเด็น คำถามหลัก	ประเด็น คำถามรอง	กลุ่มเป้าหมาย ในการเก็บ ข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้
		3. ระบบและ กลไกของ หน่วยงานภาคี ที่เกี่ยวข้องใน การดูแล สุขภาพ ผู้สูงอายุ เป็น อย่างไร	ดูแลผู้สูงอายุ หรือไม่อย่างไร 4. มีปัญหา/ อุปสรรคในการ ดูแลสุขภาพ ของผู้สูงอายุ โดยครอบครัว ชุมชน หรือไม่ อย่างไร 1. หน่วยงาน และภาคี เครือข่ายที่ เกี่ยวข้องมีการ ดำเนินงานเพื่อ การดูแล สุขภาพของ ผู้สูงอายุ อย่างไร 2. มีการบูรณา การทำงาน ร่วมกันของ ภาคีเครือข่าย การมีส่วนร่วม ของภาค ประชาชน ภาครัฐ และ ภาคเอกชน หรือไม่ อย่างไร 3. มีปัญหา/		

วัตถุประสงค์ (ในข้อเสนอ โครงการ)	คำถามรอง (ในข้อเสนอ โครงการ)	ประเด็น คำถามหลัก	ประเด็น คำถามรอง	กลุ่มเป้าหมาย ในการเก็บ ข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้
			อุปสรรคในการ ดูแลสุขภาพ ของผู้สูงอายุ โดยหน่วยงาน ภาคีที่ เกี่ยวข้อง หรือไม่ อย่างไร		
4. เพื่อสร้าง พื้นที่ต้นแบบ ในการสร้าง เสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุ ในพื้นที่เมือง	3. การสร้าง พื้นที่ต้นแบบ ในการสร้าง เสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุ ในพื้นที่เมือง เป็นอย่างไร	1. รูปแบบการ สร้างเสริม สุขภาพ ผู้สูงอายุที่ เหมาะสมกับ บริบทของ ชุมชน ควร เป็นอย่างไร	1. กิจกรรม เพื่อการสร้าง เสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุใน ชุมชน ควร เป็นอย่างไร 2. ความ ต้องการด้าน สุขภาพของ ผู้สูงอายุ	1. ประชาชน ชาวบ้าน 2. ผู้ทรงคุณวุฒิ ใน/นอกพื้นที่ 3. นักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญ หรือหน่วยงาน องค์กรที่ เกี่ยวข้อง 4. กลุ่ม ผู้สูงอายุ/ อาสาสมัคร สาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน /ตัวแทนกลุ่ม ต่าง ๆ 5. ผู้นำชุมชน 6. เจ้าหน้าที่ใน หน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง	1. แบบ สัมภาษณ์ราย กลุ่ม 2. ประชุม/ ประชาคม

กิจกรรมที่ 3 ประชุมทีมวิจัยเพื่อชี้แจงโครงการกับชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

สถานที่ ศาลาการเปรียญวัดสามัคคี ต.ตลาด อ.เมือง จ.มหาสารคาม

วันและเวลาที่ทำกิจกรรม ประชุมวันที่ 5 กรกฎาคม 2555

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ทีมวิจัย 40 คน ผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชนและผู้เกี่ยวข้อง 50 คน รวม 90 คน

วิธีการดำเนินงาน

เนื่องจากการดำเนินการวิจัยในพื้นที่เมืองมีข้อจำกัดหลายอย่าง โดยเฉพาะการจัดประชุมเพื่อนัดหมายกลุ่มประชาชนให้เข้ามาร่วมการประชุม พบปัญหาการประชาสัมพันธ์เป็นอย่างมาก ดังนั้นทีมวิจัยจึงวางแผนการนัดหมายประชุมในโอกาสที่ผู้สูงอายุมารับเบี้ยยังชีพ ณ ศาลาการเปรียญวัดสามัคคี ต.ตลาด อ.เมือง จ.มหาสารคาม ซึ่งจัดขึ้นเดือนละครั้งและเป็นการประชุมร่วมกันของผู้สูงอายุชุมชนด้วย ทีมวิจัยจึงได้จัดทำหนังสือเชิญผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและภาคีต่าง ๆ ในชุมชน ได้เข้ามามีส่วนร่วมรับฟังการชี้แจงโครงการในวันดังกล่าวโดยมีกิจกรรมดังนี้

- 1) ประชาสัมพันธ์และชี้แจงแนวทางการดำเนินโครงการวิจัย เพื่อให้ผู้สูงอายุและตัวแทนชุมชนได้รับทราบถึงการทำกิจกรรม
- 2) การชี้แจงของที่ปรึกษาโครงการวิจัย ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ดร.นฤมล เอนกวิทย์

หมายเหตุ กลุ่มแกนนำบางส่วนไม่สามารถเข้าร่วมรับฟังการชี้แจงโครงการเนื่องจากเป็นช่วงระหว่างการหาเสียงเลือกตั้งระดับท้องถิ่น ทีมวิจัยได้วางแผนเพื่อชี้แจงให้ทราบ

ชื่อกิจกรรมที่ 4 จัดเวทีนำเสนอเครื่องมือและวิธีการเก็บข้อมูล

สถานที่ ห้องประชุมศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง สามัคคี ต.ตลาด อ.เมือง จ.มหาสารคาม

วันและเวลาที่ทำกิจกรรม ประชุมครั้งที่ 1 วันที่ 1 กรกฎาคม 2555

ประชุมครั้งที่ 2 วันที่ 18 สิงหาคม 2555

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม เป็นทีมวิจัย 40 คน นักศึกษา 25 คน รวม 65 คน

วิธีการดำเนินงาน

ทีมวิจัยหลักได้นำแนวทางมาพัฒนาเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังจากการนำเสนอการแตกกรอบเครื่องมือ ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลสาขาทางด้านผู้สูงอายุ และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง ของวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคามเป็นผู้ตรวจสอบเครื่องมือ นอกจากนี้ทีมวิจัยเองยังเป็นผู้ตรวจสอบเครื่องมือวิจัยให้แก่ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 และบูรณาการออกแบบเครื่องมือให้สอดคล้องกับเครื่องมือของทีมวิจัย เพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนและตรงกับความต้องการ มีการประชุมวิเคราะห์เครื่องมือและวางแผนการเก็บข้อมูล (แบบสอบถามและแนวคำถามในการสัมภาษณ์ ตามเอกสารในภาคผนวก)

การนำเสนอเครื่องมือและวิธีการเก็บข้อมูลโดยให้ทีมวิจัยได้ร่วมแสดงความคิดเห็นได้จัดขึ้น 2 ครั้ง โดยในครั้งที่ 1 จัดประชุมในวันที่ 1 กรกฎาคม 2555 เป็นการนำเสนอเครื่องมือที่ได้ผ่าน

การเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ และนำมาเสนอต่อทีมวิจัยเพื่อรับฟังข้อเสนอแนะและทำความเข้าใจเพิ่มเติม หลังจากนั้นทางทีมวิจัยหลักได้ปรับปรุงเครื่องมือวิจัยเพิ่มเติม แต่เนื่องจากอยู่ในช่วงการหาเสียงเลือกตั้งท้องถิ่น ทีมวิจัยจึงตกลงเบื้องต้นให้เลื่อนการเก็บข้อมูลไปก่อนเพื่อความสะดวกในการลงพื้นที่ อีกทั้งนักศึกษาพยาบาลยังปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาข้อมูลยังไม่เรียบร้อย จึงได้ชะลอการดำเนินการไว้ก่อน และได้จัดประชุมอีกครั้งในวันที่ 18 สิงหาคม 2555 เพื่อชี้แจงเครื่องมือ และ ทบทวนการสัมภาษณ์ การแบ่งพื้นที่เพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกับนักศึกษาพยาบาล เพราะการเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุอาจพบปัญหาในการสื่อสาร การให้ข้อมูลที่ไม่ชัดเจนถูกต้อง ซึ่งทางทีมวิจัยที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะได้เรียนรู้ไปพร้อมๆ กับนักศึกษาพยาบาลด้วย

ชื่อกิจกรรมที่ 5 การเก็บข้อมูล

สถานที่ ชุมชนสามัคคี ต.ตลาด อ.เมือง จ.มหาสารคาม

วันและเวลาที่ทำกิจกรรม ระหว่างวันที่ 20 – 31 สิงหาคม 2555

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม เป็นทีมวิจัย 40 คน นักศึกษา 25 คน รวม 65 คน

วิธีการดำเนินงาน

การเก็บข้อมูลได้แบ่งทีมผู้วิจัยศึกษาในพื้นที่ความรับผิดชอบของตนเองตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้สะดวกและไม่เกิดความซ้ำซ้อนในการลงเก็บข้อมูล หลังจากนั้นได้แบ่งนักศึกษาเข้าร่วมเก็บข้อมูลกับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. การศึกษาค้นคว้าเอกสาร แฟ้มข้อมูลชุมชน แฟ้มข้อมูลของหน่วยงาน สืบค้นเว็บไซต์ และจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน เพื่อศึกษาข้อมูลสถานการณ์ บริบทชุมชน แต่จากการศึกษาไม่พบเอกสารที่เป็นข้อมูลประวัติชุมชนที่ชัดเจน ไม่มีการบันทึกเป็นหลักฐาน ดังนั้นข้อมูลที่ได้เป็นเพียงข้อมูลพอสังเขปที่ทีมผู้วิจัยได้รวบรวมขึ้น

2. การใช้แบบสอบถาม เพื่อศึกษาข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และข้อมูลของครอบครัว โดยทีมผู้วิจัยร่วมกับนักศึกษาพยาบาลลงพื้นที่สัมภาษณ์ผู้สูงอายุทุกครอบครัว ทำการศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่จริงในชุมชน สามารถรวบรวมแบบสอบถามได้จำนวน 307 คน ซึ่งน้อยกว่าจำนวนที่ตรวจสอบจากทะเบียนราษฎรจำนวน 544 คน เนื่องจากผู้สูงอายุไปพักอาศัยในพื้นที่อื่นกับบุตรหลาน และญาติ จึงทำให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ ในระหว่างการเก็บข้อมูลนั้น ทีมวิจัยหลักได้มีการติดตามและสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานจาก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และนักศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่สามารถดำเนินการได้ดี ผู้สูงอายุและครอบครัวได้ให้ความร่วมมือให้ข้อมูลในการสอบถาม และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งหมด เป็นคนในพื้นที่เอง มีความรู้ความเข้าใจในข้อมูลของผู้สูงอายุในพื้นที่อยู่แล้ว จึงสามารถให้ข้อมูลเพิ่มเติมและเรียนรู้ไปพร้อมกับนักศึกษาพยาบาล ปัญหาอุปสรรคส่วนใหญ่เป็นเรื่องของระยะเวลา เนื่องจากนักศึกษายังติดภาระกิจการเรียนทำให้ต้องใช้เวลาหลังเลิกเรียนและวันเสาร์อาทิตย์ ทำให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงต้อง

ปรับเวลาในการลงพื้นที่เพื่ออำนวยความสะดวกแก่นักศึกษา อีกทั้งการเดินทางในพื้นที่ไม่สะดวก เนื่องจากไม่มีพาหนะจึงต้องใช้เวลาเพิ่มมากขึ้น

3. การสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้สูงอายุและครอบครัว เพื่อศึกษาข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ วิธีการดูแลสุขภาพตนเอง การดูแลของครอบครัว ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ โดยสัมภาษณ์ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ เช่น ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น ในการสัมภาษณ์นั้นได้ลงพื้นที่ศึกษาร่วมกับนักศึกษาพยาบาล และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พร้อมบันทึกข้อมูลภาคสนาม

4. การสนทนากลุ่มผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่ศูนย์แพทย์ชุมชนสามัคคี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำองค์ความรู้ในการจัดการด้านสุขภาพ ความต้องการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยการจัดกิจกรรมที่ศูนย์แพทย์ชุมชนสามัคคี

5. การศึกษาข้อมูลจากการศึกษาของนักศึกษาพยาบาลในประเด็นต่างๆ ที่ครอบคลุมบริบทภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมาประกอบการวิเคราะห์ข้อมูล และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

กิจกรรมที่ 6 จัดเวทีค้นหาวิธีการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

สถานที่ ศาลาการเปรียญวัดสามัคคี ต.ตลาด อ.เมือง จ.มหาสารคาม

วันและเวลาที่ทำกิจกรรม วันที่ 9 ตุลาคม 2555

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม เป็นทีมวิจัย 40 คน ผู้สูงอายุ 25 คน รวม 65 คน

วิธีการดำเนินงาน

การประชุมเพื่อค้นหาวิธีการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนมีผู้เข้าร่วม คือผู้สูงอายุ และผู้นำชุมชน โดยมีกิจกรรม คือการชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรม ข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเบื้องต้น พูดคุยแลกเปลี่ยนวิธีการสร้างเสริมสุขภาพที่ผู้สูงอายุ พฤติกรรมด้านสุขภาพ และความต้องการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สรุปผลการประชุมในประเด็นของการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนได้ดังนี้

1. การออกกำลังกาย
2. การรับประทานอาหาร
3. กิจกรรมสันทนาการ
4. ทำจิตใจให้สบาย ไม่เครียด
5. ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
6. การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

กิจกรรมที่ 7 ประชุมทีมวิจัยเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและวางแผนจัดเวทีคืนข้อมูลสู่ชุมชน

สถานที่ ศูนย์สุขภาพชุมชนสามัคคี ต.ตลาด อ.เมือง จ.มหาสารคาม

วันและเวลาที่ทำกิจกรรม วันที่ 15 ตุลาคม 2555

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ทีมวิจัย 40 คน

วิธีการดำเนินการ

ทีมทำการวิเคราะห์ข้อมูล นำผลมาวิเคราะห์ความเชื่อมโยงตามวัตถุประสงค์เพื่อนำไปสู่การสร้างพื้นที่ต้นแบบในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน และมีการวางแผนการนำเสนอข้อมูลเพื่อแสวงหารูปแบบการดำเนินการ มอบหมายหน้าที่ทีมวิจัย อสม. ประสานงานตัวแทนกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน เพื่อร่วมรับฟังเวทีนำเสนอ ในวันที่ 14 พฤศจิกายน 2555

กิจกรรมที่ 8 เวทีนำเสนอข้อมูลและวางแผนการดำเนินงาน แสวงหารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน

สถานที่ ศูนย์สุขภาพชุมชนสามัคคี ต.ตลาด อ.เมือง จ.มหาสารคาม

วันและเวลาที่ทำกิจกรรม วันที่ 14 พฤศจิกายน 2555

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม รวม 90 คน เป็นทีมวิจัย 40 คน ตัวแทนผู้สูงอายุ 20 คน ผู้นำชุมชน 5

วิธีการดำเนินงาน

จัดเวทีนำเสนอข้อมูลเป็นการสรุปผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อสะท้อนข้อมูลให้ผู้สูงอายุและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้ทำความเข้าใจและรับรู้ต่อสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ การจัดการด้านสุขภาพของภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน จากการประชุมที่ประชุมได้เสนอแนวทางในการจัดหารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพตามความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งจากข้อเสนอคณะผู้วิจัยจะได้นำไปวิเคราะห์และจัดทำรูปแบบการดำเนินงานเพื่อนำไปสู่การจัดทำโครงการในระยะที่ 2 ต่อไป

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

นำข้อมูลจากการจัดเก็บทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน และลงรหัสแต่ละข้อ หลังจากนั้นบันทึกข้อมูลเข้าโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปสำหรับวิเคราะห์ข้อมูล มีข้อมูลที่ต้องวิเคราะห์ดังนี้ ข้อมูลประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ใช้สถิติพรรณนาโดยนำเสนอในรูปของตารางแจกแจงความถี่ ร้อยละ

5.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

เป็นข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตพฤติกรรม ข้อมูลที่ได้ในแต่ละวันหลังจากตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลแล้วจะนำมาแยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา จากนั้นทำการตีความหมายของข้อมูลที่ได้ ตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งทั้งหมดเป็นการวิเคราะห์จากเนื้อหาของข้อมูล (Content Analysis) ที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล เพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในประเด็นปัญหาที่ศึกษา

บทที่ 4 ผลการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) เพื่อศึกษาการสร้างพื้นที่ต้นแบบในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เมือง ชุมชนสามัคคี ต.ตลาด อ.เมือง จ.มหาสารคาม จะนำเสนอผลการศึกษาที่มีรายละเอียดตามลำดับดังนี้

1. สถานการณ์และบริบท ผู้สูงอายุในชุมชนสามัคคี

ข้อมูลพื้นฐานชุมชน

1.1 ลักษณะทั่วไป

ชุมชนสามัคคีอยู่ในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม อำเภอเมืองมหาสารคาม อยู่ทางทิศเหนือของอำเภอเมืองมหาสารคาม มีอาณาเขต ติดต่อกับ

ทิศเหนือ ติดต่อกับ ต.แก้ง อ.เมือง จ.มหาสารคาม

ทิศใต้ ติดต่อกับ ชุมชนวัดนาควิชัย ต.ตลาด อ.เมือง จ.มหาสารคาม

ทิศตะวันออก ติดต่อกับ ชุมชนวัดโพธิ์ศรี และชุมชนวัดมหาชัย ต.ตลาด อ.เมือง จ.มหาสารคาม

ทิศตะวันตก ติดต่อกับ ชุมชนวัดธัญญาวาส ต.ตลาด อ.เมือง จ.มหาสารคาม



รูปภาพที่ 1 แผนที่แสดงที่ตั้งของ ชุมชนสามัคคี

ชุมชนสามัคคีเป็นชุมชนเก่าแก่ตั้งแต่ก่อตั้งเมืองมหาสารคาม แต่จากการศึกษากลับไม่มีการบันทึกเป็นตำราหรือเอกสารอ้างอิงแต่อย่างใด เป็นเพียงข้อมูลที่เล่าสืบต่อกันมาของผู้สูงอายุที่เป็นคนดั้งเดิมในพื้นที่ ชุมชนสามัคคีถูกตั้งชื่อตามชื่อวัดสามัคคี โดยชุมชนในเขตเทศบาลเมืองทั้งหมดจะตั้งชื่อชุมชนตามชื่อวัดในพื้นที่ เช่น ชุมชนธัญญาวาส ชุมชนมหาชัย ชุมชนโพธิ์ศรี เป็นต้น ชุมชนสามัคคีมีผู้คนอาศัยเป็นจำนวนมากเพราะตั้งอยู่ใจกลางเมือง จำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎร ปี พ.ศ.2555 จำนวน 3,581 คน มีหลังคาเรือน จำนวน 776 หลังคาเรือน ลักษณะชุมชนเป็นแบบชุมชนเมือง มีการตั้งบ้านเรือนหนาแน่นโดยเฉพาะส่วนใจกลางชุมชน เนื่องจากเป็นที่ตั้งของตลาดสดเทศบาลเมืองมหาสารคาม จึงเป็นแหล่งรวมการค้าขายและเศรษฐกิจที่สำคัญของจังหวัดมหาสารคาม ลักษณะสิ่งก่อสร้างส่วนใหญ่จึงเป็นแบบอาคารพาณิชย์ทั้งชั้นเดียวและหลายชั้น พื้นที่ส่วนรอบนอกของชุมชนเป็นบ้านพักอาศัย อาคารหอพักและร้านค้า นอกจากนี้ทางทิศเหนือของชุมชนซึ่งมีห้วยคะคางไหลผ่าน ซึ่งชุมชนบริเวณนั้นปลูกสร้างเป็นบ้านพักอาศัยร่วมกับเป็นพื้นที่ที่ใช้ประโยชน์ในการเกษตร โดยประชาชนใช้พื้นที่ในการปลูกพืชผักสวนครัว ทำนา เลี้ยงสัตว์ และทำการประมง จึงมีลักษณะคล้ายชุมชนเมืองกึ่งชนบท

ชุมชนสามัคคีมีสถานที่ทางราชการจำนวนมาก เช่น สถานีตำรวจ สำนักงานไปรษณีย์ ที่ว่าการอำเภอเมือง ศาลจังหวัด จวนผู้ว่าราชการจังหวัด สำนักงานประปา ศูนย์แพทย์ชุมชนสามัคคี เป็นต้น เป็นที่ตั้งของตลาดสดเทศบาล ธนาคาร คลินิกแพทย์ ร้านขายยา ร้านค้า ร้านบริการต่างๆ จึงมีประชาชนจากต่างถิ่นเข้ามาพักอาศัยและประกอบอาชีพค้าขายและรับจ้าง อีกทั้งมีสถานศึกษาหลายแห่งจึงมีนักเรียน นักศึกษา มาพักอาศัยเพิ่มขึ้น ในปัจจุบันชุมชนสามัคคี แบ่งพื้นที่ออกเป็น 2 ชุมชน คือ สามัคคี 1 และ สามัคคี 2 มีสภาพพื้นที่เปลี่ยนแปลงไปตามสภาพการพัฒนาและความเจริญของเมืองมหาสารคาม การขยายตัวของตลาดสด การก่อสร้างอาคารพาณิชย์เพื่อการค้าขายเพิ่มมากขึ้น บ้านเรือนอาศัยถูกปรับเปลี่ยนเป็นร้านค้า บ้านพักอาศัยและบ้านจัดสรร อาคารหอพัก อพาร์ทเมนต์ สถานบริการร้านอาหาร ถูกก่อสร้างเพิ่มเติม ผู้คนต่างถิ่นหลั่งไหลเข้ามาอยู่ในพื้นที่เพิ่มขึ้น กลายเป็นแหล่งที่มีประชากรอยู่กันแออัด การจราจรที่คับคั่ง พื้นที่ที่เคยทำการเกษตรถูกแทนที่ด้วยบ้านพักอาศัย ห้วยคะคางกลายเป็นแหล่งระบายน้ำเสียจากชุมชน อาชีพเกษตรกรรมจึงหายไป

1.2 สภาพโครงสร้างพื้นฐาน

1.2.1 การคมนาคม เส้นทางคมนาคมภายในชุมชนเป็นถนนลาดยางหรือปูนซีเมนต์ มีความสะดวกสบายและเข้าถึงประชาชนทุกครัวเรือน ประชาชนส่วนใหญ่เดินทางโดยใช้พาหนะส่วนตัวหรือใช้รถสามล้อและสองล้อรับจ้าง มีเส้นทางเชื่อมต่อสู่ชุมชนอื่นได้หลายทาง

1.2.2 การสื่อสารและโทรคมนาคม

- ไปรษณีย์ มีที่ทำการไปรษณีย์ จังหวัดมหาสารคาม ตั้งอยู่ในพื้นที่ติดกับตลาดสดเทศบาลเมืองมหาสารคาม ประชาชนสามารถเดินทางไปใช้บริการได้สะดวก

- โทรศัพท์ ประชาชนส่วนใหญ่ใช้โทรศัพท์มือถือในการติดต่อ และมีตู้โทรศัพท์ไว้คอยบริการตามจุดต่างๆ ในชุมชน

- อินเทอร์เน็ต ประชาชนใช้อินเทอร์เน็ตส่วนตัวและมีร้านอินเทอร์เน็ตไว้คอยบริการหลายร้าน ซึ่งผู้ใช้บริการส่วนใหญ่จะเป็นนักเรียนและนักศึกษา

- หอกระจายข่าว ในชุมชนไม่มีหอกระจายข่าว ส่วนใหญ่จะใช้วิธีการกระจายข่าวโดยประชาชนในชุมชนสื่อสารกันเอง และใช้เครื่องขยายเสียงของวัดในการประชาสัมพันธ์

1.2.3 การไฟฟ้า และการประปา

ทุกครัวเรือนมีและใช้ไฟฟ้าประปาครบทุกครัวเรือน และตามถนนสาธารณะเทศบาลก็ได้จัดให้มีไฟฟ้าสาธารณะอย่างเพียงพอ โดยมีไฟฟ้าสาธารณะครอบคลุมถนนทุกสาย และในพื้นที่ยังเป็นที่ตั้งของสำนักงานประปาจังหวัดมหาสารคาม

1.3 ลักษณะทางประชากร

ชุมชนสามัคคี แบ่งพื้นที่ออกเป็น ชุมชนสามัคคี 1 และชุมชนสามัคคี 2 มีจำนวนหลังคาเรือนทั้งสิ้น 776 หลังคาเรือน จำนวนประชากรทั้งสิ้น 3,581 คน (ข้อมูลพื้นฐานศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองสามัคคี , 2555) จำนวนประชากรแยกตามกลุ่ม WE CANDU ดังนี้

W = Worker (กลุ่มวัยทำงาน)	จำนวน	1,956 คน
E = Education (กลุ่มวัยเรียน)	จำนวน	980 คน
C = Child (เด็ก)	จำนวน	119 คน
A = ANC (หญิงตั้งครรภ์)	จำนวน	8 คน
N = NCD (ผู้ป่วยเรื้อรัง)	จำนวน	216 คน
D = Disability	จำนวน	35 คน
O = Old age	จำนวน	544 คน

ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ และศาสนาคริสต์เป็นส่วนน้อย การประกอบอาชีพส่วนมากรับราชการและค้าขาย นอกจากนี้ยังพบว่าประชากรส่วนหนึ่งเป็นคนดั้งเดิมที่อาศัยอยู่ในชุมชนมานานแล้ว แต่ประชากรอีกส่วนหนึ่งเป็นกลุ่มประชากรแฝงที่ย้ายเข้ามาพักอาศัยและประกอบอาชีพในชุมชน ซึ่งไม่สามารถตรวจสอบข้อมูลได้ และมีการเปลี่ยนแปลงประชากรอยู่ตลอดเวลา

1.4 ลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม

ชุมชนสามัคคี เป็นชุมชนเมืองที่มีความแตกต่างหลากหลายของประชากร จากการเป็นพื้นที่ใจกลางเมืองและเป็นแหล่งเศรษฐกิจที่สำคัญ ประชากรส่วนใหญ่จึงเป็นกลุ่มวัยแรงงานที่อพยพย้ายถิ่นจากพื้นที่อื่น ทำให้ความสัมพันธ์ของประชาชนในชุมชนลดน้อยลง มุ่งประกอบอาชีพทำมาหากินเพื่อการอยู่รอด แต่อย่างไรก็ตามประชาชนในกลุ่มคนดั้งเดิมซึ่งเป็นคนส่วนใหญ่ ยังคงมีความสัมพันธ์ภาพที่ดี อยู่ร่วมกันฉันท์เครือญาติ จะเห็นได้จากการร่วมกิจกรรมชุมชน ประชาชนยังให้ความร่วมมือ ร่วมกิจกรรมร่วมบริจาค ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมตามประเพณี ศาสนา และทางสังคมอยู่เป็นจำนวนมาก ดังประชาชนบอกว่า

“ชุมชนเราถึงเป็นเมืองก็จริง แต่ว่าเวลามีการมีงานก็มาช่วยกัน ใครมีแรงก็ออกแรง ใครมีเงินก็ออกเงิน ไม่ได้ไปทานยา (บริจาค)”

“งานบุญของวัดของชุมชน สังเกตว่า คนจะมากันเยอะมาก ไม่ว่าจะคนเฒ่าคนแก่ หนุ่มสาว หรือเด็กน้อยก็มามากันเยอะ บางคนก็คู้หน้าคู้ตากัน แต่บางทีก็เป็นคนบ้านอื่นมาร่วมงานก็เยอะ”

ประชาชนส่วนใหญ่มีฐานะเศรษฐกิจที่ดี มีเงิน และรายได้ที่เพียงพอ มีวิถีชีวิตที่สะดวกสบาย เนื่องจากมีแหล่งบริการที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิต อยู่ใกล้ตลาดสด มีร้านอาหาร ร้านค้า ร้านขายของชำ หรือร้านสะดวกซื้อ คลินิกแพทย์ ร้านขายยา และร้านอื่นๆ อยู่เป็นจำนวนมาก รวมถึงสถานที่ราชการอีกหลายแห่ง ประชาชนสามารถเดินทางเข้าไปใช้บริการได้สะดวก ดังประชาชนบอกว่า

“แถวบ้านเราร้านค้าร้านอาหารเยอะแยะ อยากกินอะไรก็ได้กิน หิวตอนไหนก็ได้กิน เดินเข้าเซเว่น สบายเลย”

“อยู่กลางเมืองไปไหนมาในก็สะดวก รถสามล้อก็มี รถเครื่องก็เรียกได้ สถานีตำรวจก็อยู่ใกล้ๆ ศูนย์แพทย์ก็อยู่ใกล้ ไม่ต้องไปถึงโรงพยาบาล หมอบริการดี”

นอกจากนี้ราษฎรทุกครอบครัวภายในชุมชนยังยึดถือขนบธรรมเนียมและประเพณีในแต่ละเดือนที่มีมาตั้งแต่ในอดีตและปฏิบัติมาจนถึงปัจจุบัน ดังนี้

1. การทำบุญขึ้นปีใหม่
2. การทำบุญกุ่มข้าวใหญ่ (ข้าวคูณลาน)
3. การทำบุญข้าวจี
4. การทำบุญมหาชาติ (บุญพระเวส)
5. การทำบุญวันสงกรานต์ (รดน้ำขอพรจากผู้สูงอายุ)
6. การทำบุญบั้งไฟถวายเจ้าปู่ตา
7. การทำบุญเบิกบ้าน
8. การทำบุญเข้าพรรษา
9. การทำบุญข้าวประดับดิน
10. การทำบุญข้าวสาก
11. การทำบุญออกพรรษา
12. ทำบุญกฐิน

1.5 แหล่งประโยชน์ในชุมชน

สถานศึกษา

ในชุมชนสามัคคีมีสถานศึกษาตั้งแต่ระดับก่อนวัยเรียน ระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษา และอาชีวศึกษา ดังนี้

- 1) โรงเรียนเทศบาลสามัคคีวิทยา
- 2) โรงเรียนหลักเมืองมหาสารคาม
- 3) โรงเรียนอนุบาลมหาสารคาม
- 4) โรงเรียนผดุงนารี

5) โรงเรียนสารคามพิทยาคม

6) วิทยาลัยเทคนิคมหาสารคาม

ศาสนสถาน

1) วัดสามัคคี เป็นวัดเก่าแก่ที่ตั้งมาพร้อมกับการก่อตั้งชุมชน อยู่ใจกลางชุมชน เป็นสถานที่ปฏิบัติศาสนกิจทางพระพุทธศาสนา และกิจกรรมบุญประเพณีของท้องถิ่น เป็นสถานที่รวมกลุ่มในการจัดทำกิจกรรมของชุมชน อาทิ การประชุมต่าง ๆ การจัดกิจกรรมของหน่วยงานราชการ ลานกีฬา ลานเอนกประสงค์ และการรวมกลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน

2) โบสถ์คริสต์จักร ตั้งอยู่ ถ.จุฑาทูกร ซ.9 ต.ตลาด อ.เมือง จ.มหาสารคาม เป็นสถานที่ปฏิบัติศาสนกิจของผู้นับถือศาสนาคริสต์ และจัดสอนให้ความรู้ด้านภาษาอังกฤษแก่ผู้สนใจ

สถานบริการสุขภาพ

1) ศูนย์แพทย์ชุมชนสามัคคี เป็นศูนย์บริการด้านสุขภาพในสังกัดของโรงพยาบาลมหาสารคาม มีทีมสุขภาพที่ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร เจ้าหน้าที่สุขภาพอื่นๆ บริการแพทย์แผนไทย และทีมสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่ทุกกลุ่มอายุ ให้บริการด้านส่งเสริม ป้องกัน ควบคุมและฟื้นฟูสุขภาพโดยเน้นชุมชนมีส่วนร่วม มีการเชื่อมโยงประสานข้อมูลกับโรงพยาบาลและในชุมชนเพื่อการดูแลต่อเนื่อง และการพัฒนาเครือข่ายสร้างสุขภาพ โดยมีระบบข้อมูลที่มีคุณภาพ สามารถนำมาแก้ไขปัญหาในพื้นที่ได้ตรงตามความต้องการของชุมชน

2) คลินิกแพทย์ ทันตแพทย์ เทคนิคการแพทย์เอกชน จำนวน 12 ร้าน มีทั้งในพื้นที่ชุมชนสามัคคีและชุมชนใกล้เคียงให้บริการตรวจรักษาโดยแพทย์ มีหลากหลายความเชี่ยวชาญและเฉพาะทาง มีจำนวน

3) ร้านขายยาโดยมีเภสัชกร จำนวน 5 ร้าน ให้บริการจำหน่ายยาแผนปัจจุบันและแผนโบราณ พร้อมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ

4) ร้านนวดแผนไทย จำนวนมากกว่า 10 ร้าน ให้บริการนวดเพื่อสุขภาพและผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

ร้านค้าและอาหาร

1) ตลาดสดเทศบาลเมืองมหาสารคาม เป็นแหล่งรวมสินค้าและอาหารของเทศบาลเมืองมหาสารคาม และเป็นจุดกระจายสินค้าไปยังพื้นที่อื่น

2) ร้านสะดวกซื้อ มีมากกว่า 50 ร้าน เป็นแหล่งจำหน่ายสินค้าอุปโภค บริโภค ของใช้จำเป็น แก่ประชาชนในชุมชน

3) ร้านอาหาร มีมากกว่า 30 ร้าน และตลาดโต้รุ่งย่อย ใกล้วัดสามัคคี เป็นสถานที่จำหน่ายอาหารสำเร็จรูปและอาหารจานด่วน

สวนสาธารณะ

สวนสุขภาพเฉลิมพระเกียรติ เป็นสวนสาธารณะที่ประชาชนในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม อยู่ทางทิศตะวันตกของชุมชน ใช้เป็นสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ ออกกำลังกาย กิจกรรมสันทนาการของครอบครัว โดยจัดให้มีลานกีฬาแอโรบิค อุปกรณ์การออกกำลังกาย เครื่องเล่นสำหรับเด็ก จึงเป็นแหล่งรวมของคนทุกเพศทุกวัย โดยเฉพาะในช่วงตอนเย็น



รูปภาพที่ 2, 3 ภาพสวนสุขภาพเฉลิมพระเกียรติ

1.6 กลุ่ม/ชมรม และการจัดการ

ชุมชนสามัคคีเป็นชุมชนในเขตเทศบาล ได้มีการจัดตั้งกลุ่มเกิดขึ้นในชุมชนเพื่อเอื้อต่อการบริหารจัดการให้เกิดขึ้น โดยมีกลุ่มดังนี้

1) กลุ่มชมรมรักสุขภาพ

ก่อตั้งเมื่อ ปี พ.ศ. 2554 จากการรวมกลุ่มของประชาชนในชุมชนที่มีความสนใจและชื่นชอบการออกกำลังกาย โดยใช้สถานที่ลานวัดสามัคคีในการทำกิจกรรม ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์และผู้นำเดินแอโรบิกจากทางเทศบาลเมืองมหาสารคาม รวมทั้งการบริจาคจากประชาชนในชุมชน ต่อมาทางชุมชนได้ของบประมาณจากโครงการ SML จัดทำลานเอนกประสงค์ภายในวัด ซึ่งในปัจจุบันประชาชนโดยเฉพาะผู้สูงอายุได้ให้ความสนใจเข้าร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้นในช่วงเย็นทุกวันเสาร์ อาทิตย์ จันทร์ และพุธ นอกจากการออกกำลังกายแล้ว ยังได้พูดคุยพบปะ สอบถามสารทุกข์สุกดิบ ทานอาหารว่าง และปรึกษาหารือถึงกิจกรรมและงานต่างๆ ของกลุ่มสมาชิก

2) กลุ่มกองทุนหมู่บ้าน

จากนโยบายกองทุนเงินล้านของรัฐบาล ที่ให้ทุกหมู่บ้านมีสวัสดิการกองทุนเพื่อใช้ในการดำเนินชีวิตและยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน ซึ่งในปัจจุบันกองทุนนี้ยังคงดำเนินการอยู่และประชาชนในชุมชนเป็นสมาชิก มีกำไรออกเงยขึ้นและเป็นแหล่งเงินทุนที่ช่วยเหลือได้ในยามประสบปัญหาค่าใช้จ่าย

3) กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ชาวคุ้ม

ก่อตั้งเมื่อปี พ.ศ. 2532 มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการสงเคราะห์แก่สมาชิกที่เสียชีวิต โดยเริ่มต้นเก็บค่าสมาชิกครบครัน 20 บาท เพื่อมอบให้แก่สมาชิกที่เสียชีวิต ซึ่งในปัจจุบันกลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ชาวคุ้มแม้อย่างจะยังคงดำเนินการอยู่ แต่จำนวนสมาชิกก็น้อยลงทุกที

4) ชมรมผู้สูงอายุดักคิลานคร

เทศบาลเมืองมหาสารคามได้จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุดักคิลานครขึ้น เพื่อเป็นการจัดสวัสดิการและส่งเสริมกิจกรรมแก่ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม มีสมาชิกเริ่มต้น 350 คน ซึ่งผู้สูงอายุในชุมชนสามัคคีก็ได้เข้าร่วมเป็นสมาชิกและร่วมกิจกรรมต่างๆ ของชมรม เช่น กิจกรรมตรวจสุขภาพ กิจกรรมให้ความรู้และคำปรึกษาด้านสุขภาพ การทัศนศึกษา เป็นต้น

บริบทผู้สูงอายุในชุมชนสามัคคี

1.7 ข้อมูลทั่วไปผู้สูงอายุ

ชุมชนสามัคคีมีผู้สูงอายุ (ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป) จำนวนทั้งสิ้น 544 คน คิดเป็นร้อยละ 15.19 ของประชากรทั้งหมด มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 68.11 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.60 สถานภาพสมรส ร้อยละ 57.70 รองลงมาคือหม้าย ร้อยละ 34.20 เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 95.40 สถานภาพครอบครัวส่วนใหญ่อยู่กันสามมีภรรยา บุตรและหลานตามลำดับ ร้อยละ 51.10 24.60 และ 10.70 การศึกษาส่วนมากจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 25.10 เกือบครึ่งของประชากรผู้สูงอายุมีการประกอบอาชีพ ร้อยละ 47.9 และไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 43.00 โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพอเพียงของได้ประจำเดือน มีรายได้ต่อเดือนประมาณ 5,000 บาท มีสวัสดิการจากภาครัฐ คือ เบี้ยยังชีพ ผู้พิการและเงินบำนาญ ได้รับสิทธิการรักษาทุกคน ส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ รองลงมาคือสิทธิข้าราชการ

ภาวะสุขภาพ

เป็นผู้สูงอายุที่สุขภาพปกติ ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 289 คน คิดเป็นร้อยละ 53.12 มีภาวะเสี่ยง จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 7.16 และ เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 216 คน เช่น โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง หรือคิดเป็นร้อยละ 39.70 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด ซึ่งในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุที่ขาดความสามารถในการดูแลตนเอง (ติดเตียง) จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 2.94 มีครอบครัวและญาติเป็นผู้ดูแล มีผู้สูงอายุเพียง 1 คน ที่อยู่ตามลำพัง แต่สามารถดูแลตนเองได้ ประกอบอาชีพค้าขาย ผลการศึกษาเพิ่มเติมพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาการเห็นร้อยละ 73 ไม่มีปัญหาการได้ยิน ร้อยละ 87.90 ผู้สูงอายุไม่สูบบุหรี่/ยาเส้น/ยาฉุน ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ไวน์ เหล้าน้ำตาลเมา (กระแช่)

การรับรู้ภาวะสุขภาพและการเลือกใช้บริการสุขภาพ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 48.90 มีเพียงร้อยละ 1 ที่รู้สึกว่าสุขภาพไม่ดีมากนัก ส่วนการได้รับการตรวจร่างกายประจำปีโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ได้รับการตรวจ ร้อยละ 81.80 และไม่มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต

หรือกิจกรรม ร้อยละ 73 โดยจากการสำรวจข้อมูลใน 6 เดือนที่ผ่านมาไม่มีผู้สูงอายุเจ็บป่วยจนต้องอยู่โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 88.90 ส่วนใหญ่เมื่อท่านเจ็บป่วยหรือมีปัญหาด้านสุขภาพท่านเลือกใช้บริการสุขภาพโดยไปสถานพยาบาลที่มีแพทย์ รองลงไปคือ ไปสถานพยาบาลที่ไม่มีแพทย์ และซื้อยากินเอง/รักษาตัวเอง ตามลำดับ ส่วนการไปรักษาพื้นบ้าน/หาหมอพื้นบ้าน (แผนโบราณ) ไม่เลือกใช้บริการสุขภาพ สอดคล้องกับการสัมภาษณ์ข้อมูลพบว่าผู้สูงอายุบอกว่า

“ถ้าเวลาเจ็บป่วยก็ไปหาคุณหมอคณพยาบาล บ่ไปรักษาไส เพราะว่าศูนย์แพทย์ก็อยู่ใกล้ เวลาป่วยก็ไปหา ไปบ่ได้ เขาก็มาเยี่ยมถึงบ้าน”

“ป่วยมา ถ้าไม่เป็นอะไรมากก็หาหมอยุ่คลินิก ซื้อยามากิน แต่ถ้าเป็นมาก ก็ให้ลูกหลานพาไปโรงพยาบาล”

“ตอนนี้ก็เป็นโรคเบาหวานอยู่ ไปรับยากับหมอที่ศูนย์แพทย์ตลอด ไม่เคยไปหาหมอโบราณไหน เชื่อใจแผนปัจจุบัน เวลาหมอบอกให้ปฏิบัติอย่างไรก็ทำตาม กินยาตามสั่งตลอด กลัวว่าสับหาย”

การออกกำลังกาย

ผู้สูงอายุในชุมชนออกกำลังกาย/กิจกรรมทางกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน และออกวันละ 30 นาที สถานที่ออกกำลังกาย ส่วนใหญ่จะชอบเดินออกกำลังกาย เพราะทำได้ง่าย สะดวก ซึ่งจะเดินรอบบริเวณบ้าน ภายในชุมชน และสวนสุขภาพ มีการเข้าร่วมเดินแอโรบิกกับชมรมรักสุขภาพ ที่จัดทุกวันจันทร์ พุธ เสาร์ และอาทิตย์ ยกเว้นวันพระ ซึ่งนอกจากจะได้มาออกกำลังกายแล้ว ยังเป็นโอกาสที่ผู้สูงอายุจะได้มีการพบปะ พูดคุย ถามไถ่สารทุกข์สุขดิบกัน บางครั้งก็มีขนม ผลไม้ มารับประทานร่วมกัน สอดคล้องกับการสัมภาษณ์ข้อมูลพบว่าผู้สูงอายุบอกว่า

“เฒ่าแล้วก็ออกกำลังกายเท่าที่จะทำได้ เดินบ้าง วิ่งบ้าง แกว่รอบบ้าน ตอนเย็นก็ไปเดินรอบสวนสุขภาพ คนเยอะ ไปกันหลายคน ก็ไปตลอดแหละ ถ้าปวดแข้งปวดขา ก็ไม่ได้ไป”

“เดินแอโรบิกตอนเย็นอยู่ลานวัดสามัคคี เขามีครูพาเดิน ไปตลอด สนุก มีเพื่อนมาเดินด้วยกัน มีขนมก็เอามากินด้วยกัน ได้คุยกัน ไม่เหงา”

การรับประทานอาหาร

ด้านการรับประทานอาหารหลัก (อาหารหลัก 5 หมู่) ผู้สูงอายุรับประทานอาหารครบวันละ 3 มื้อ ร้อยละ 77.5 ส่วนจำนวนพื้นที่ใช้งานได้ (รวมพื้นที่พลอม) น้อยกว่า 20 ซี คิดเป็นร้อยละ 43 และ 20 ซีหรือมากกว่า 20 ซี คิดเป็นร้อยละ 54.40 จากการศึกษาเพิ่มเติม พบว่า ผู้สูงอายุเลือกรับประทานอาหาร หรือหลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่ทำให้เกิดโรค ตามคำแนะนำของแพทย์ นิยมรับประทานอาหารพื้นบ้านอีสาน ซึ่งส่วนใหญ่ครอบครัวเป็นผู้จัดหา แต่บ่อยครั้งผู้สูงอายุก็ชอบที่จะหาซื้ออาหารมารับประทานเอง เนื่องจากสะดวกสบาย มีร้านอาหารจำหน่ายตลอดเวลา สอดคล้องกับการสัมภาษณ์ข้อมูลพบว่าผู้สูงอายุบอกว่า

“อาหารการกินส่วนใหญ่ก็ทำเอง ลูกหลานหามาให้ มีอะไรกินก็กินด้วยกัน”

“บางทีก็ซื้อเกี๊ยวทำเอง มันยุ่งยาก ไปหาซื้อเอาเลย สะดวกดี อยากกินตอนไหนก็
ได้กิน ปากเดียว (กินคนเดียว) กินไม่ยาก เซเวนก็อยู่ใกล้ๆ”

อุบัติเหตุ

ในรอบ 6 เดือน ที่ผ่านมาผู้สูงอายุในชุมชนไม่เคยหกล้ม ร้อยละ 93.2

ระบบการขับถ่าย

ในรอบ 1 เดือน ที่ผ่านมาผู้สูงอายุในชุมชนไม่มีปัญหาในการปัสสาวะและการขับถ่าย
อุจจาระ ร้อยละ 94.1 และร้อยละ 93.2

การช่วยเหลือตนเอง

จากการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of
Daily Living :ADL) ประกอบไปด้วย 5 กิจกรรม คือ การเดินหรือการเคลื่อนที่ออกนอกบ้าน การทำหรือ
การเตรียมอาหาร การทำความสะอาดบ้านหรือซักผ้าเช็ดเสื้อผ้า การทอนเงิน แลกเงินและการใช้บริการ
รถเมล์หรือรถสองแถว พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๑ ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น
ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) ส่วน ผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๓ ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเอง
ไม่ได้ พิกุล หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีจำนวน 4 ราย

กิจกรรมทางสังคม

ในรอบปีที่ผ่านมาผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เช่น
กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย ตรวจร่างกายประจำปี กิจกรรมทางศาสนา กิจกรรม
บำเพ็ญสาธารณประโยชน์ เช่น เป็นอาสาสมัคร และการเป็นสมาชิกชมรมหรือองค์กร เช่น ชมรมผู้สูงอายุ
มีกิจกรรมที่พัฒนาจิตใจและเชาว์ปัญญา เช่น อ่านหนังสือ, ดูทีวี

การมีส่วนร่วมในครอบครัว

ตามสภาพของสังคมไทยที่ให้ความเคารพและเชื่อฟังผู้ที่มีความอาวุโสกว่า เป็นค่านิยมที่
ปลูกฝังกันมา ทำให้ผู้สูงอายุยังคงมีบทบาทในฐานะผู้นำครอบครัวและโดยส่วนใหญ่เป็นผู้ตัดสินใจหรือมี
ส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องต่างๆ ที่สำคัญของครอบครัว มีการพบปะ เยี่ยมเยือน ญาติ พี่น้องและเพื่อน
อย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะในช่วงเทศกาลที่สำคัญทุกคนในครอบครัวก็จะได้มีโอกาสกลับมาพบกันทั้ง
ครอบครัว สอดคล้องกับการสัมภาษณ์ข้อมูลพบว่าผู้สูงอายุบอกว่า

“เป็นผู้เฒ่าผู้แก่ ลูกหลานเขาก็นับถืออยู่ บอกอะไรเขาก็ฟัง ยามมีเทศกาลเขาก็
มาหา มาไหว้ตลอด ก็พอได้สนุกได้เจอกันพร้อมหน้าพร้อมตากัน”

ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย

ผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตัวเองได้เมื่อเจ็บป่วยจะมีผู้ดูแลซึ่งเป็นบุตรหลานและ
ญาติ พาไปพบแพทย์และจัดหาหรืออาหารเสริมเพื่อให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง และไม่ต้องดูแล
สมาชิกที่เจ็บป่วยในครอบครัว ส่วนผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

(ติดเตียง) มีญาติคอยดูแลอย่างใกล้ชิด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรง และมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการสัมภาษณ์ข้อมูลพบว่าผู้สูงอายุและญาติบอกว่า

“มีโรคประจำตัว ลูกก็พยายามให้พาไปหาหมอ หายาบำรุง อาหารเสริมมาให้ แม่บอกไม่ต้องเอามา เขาก็เอามา กินแล้วก็ดี เขอยากให้เราหาย”

“คุณยายเขาช่วยตัวเองไม่ได้ เราเป็นลูกก็ต้องดูแลเต็มที่ หาหมอยามารักษา พาไปหาหมอ หมอแนะนำให้ทำยังงี้ก็ทำตาม”

2. องค์ความรู้ ระบบและกลไกการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของชุมชนและภาคที่เกี่ยวข้อง

ชุมชนสามัคคีเป็นชุมชนในเขตเมืองที่มีการดำเนินงานด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ โดยปัจจัยหลาย ๆ ด้าน ทั้งในด้านสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ สภาพสังคมและเศรษฐกิจ ความใกล้ชิดกับสถานบริการหลักและหน่วยบริการในชุมชน อีกทั้งเป็นชุมชนที่ได้รับการคัดเลือกให้เป็นพื้นที่การฝึกประสบการณ์ของนักศึกษาจากสถาบันการศึกษาต่าง ๆ ของจังหวัดมหาสารคาม ได้แก่ นักศึกษาแพทย์ นักศึกษาเภสัช จากมหาวิทยาลัยมหาสารคาม นักศึกษาพยาบาลและผู้เข้าอบรมหลักสูตรต่าง ๆ จากวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่ความเข้มแข็งของภาคประชาชน ผู้นำชุมชนและแกนนำมีความสามารถ ประชาชนให้ความร่วมมือและพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่นักศึกษาได้จัดขึ้น กลุ่ม อสม. มีความสามารถในการประสานงานและเข้าถึงประชาชนถึงกลุ่มในชุมชน จากการศึกษาพบว่า มีการดำเนินกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนที่หลากหลาย สรุปได้ดังนี้

2.1 หน่วยงานในชุมชน

1) ชมรมผู้สูงอายุ

ชุมชนสามัคคีไม่ได้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่อย่างเป็นทางการ แต่ผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมกลุ่มเป็นสมาชิกชมรมที่จัดขึ้นภายนอก ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุจังหวัดมหาสารคาม ก่อตั้งขึ้นด้วยความร่วมมือกับวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จัดตั้งโครงการศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นศูนย์สุขภาพดีสำหรับผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2539 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมและต่อมาได้ดำเนินการโครงการ การพัฒนาศักยภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จนได้พัฒนาขึ้นเป็นชมรมผู้สูงอายุจังหวัดมหาสารคามในปัจจุบัน สมาชิกที่เข้าร่วมชมรมได้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ตามที่ชมรมนัดหมาย เช่น กิจกรรมตรวจสุขภาพและการได้รับความรู้ด้านสุขภาพ กิจกรรมทางศาสนาและเทศกาลประจำปี กิจกรรมสันทนาการ การทัศนศึกษา กิจกรรมสาธารณะประโยชน์ เป็นสมาชิกชมรมฌาปนกิจศพ สงเคราะห์ และชมรมผู้สูงอายุตักสิลา ซึ่งก่อตั้งโดยเทศบาลเมืองมหาสารคาม มีกิจกรรมที่ดำเนินการเช่นเดียวกับชมรมผู้สูงอายุจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งทั้งสองชมรมส่วนใหญ่เป็นการจัดกิจกรรมภายนอกพื้นที่ ทำให้ผู้สูงอายุที่ไม่สะดวกกับการเดินทางไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมหรือร่วมเป็นสมาชิกได้

กลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนแม้จะไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมที่จัดตั้งขึ้น แต่มีการดำเนินกิจกรรมร่วมกันในโอกาสที่มีกิจกรรมทางศาสนา บุญประเพณี หรือการเป็นสมาชิกคณะกรรมการในกลุ่ม

องค์กรหรือหน่วยงานในพื้นที่ เช่น คณะกรรมการกองทุน คณะกรรมการการศึกษาของโรงเรียน เป็นต้น ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสดำเนินกิจกรรมได้พบปะพูดคุย ปฏิสัมพันธ์กันอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และความผูกพันในความเป็นคนดั้งเดิมในพื้นที่ที่รู้จักกันมานานจึงทำให้การรวมกลุ่มกิจกรรมต่างๆ เป็นไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ

2) ชมรมรักสุขภาพ

เกิดจากการรวมกลุ่มของประชาชนในชุมชนที่มีความสนใจและให้ความสำคัญต่อการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เน้นกิจกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ โดยมี นายนิกร ศรีเปารยะ เป็นประธานชมรม ก่อตั้งมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 โดยใช้สถานที่ลานวัดสามัคคีในการทำกิจกรรม ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์และผู้นำเดินแอโรบิกจากทางเทศบาลเมืองมหาสารคาม รวมทั้งการบริจาคจากประชาชนในชุมชน ต่อมาทางชุมชนได้ของบประมาณจากโครงการ SML จัดทำลานเอนกประสงค์ภายในวัด ซึ่งในปัจจุบันประชาชนโดยเฉพาะผู้สูงอายุได้ให้ความสนใจเข้าร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้นในช่วงเย็นทุกวันเสาร์ อาทิตย์ จันทร์ และพุธ หรือปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสมและความพร้อมของสมาชิก การดำเนินงานไม่ได้มีการรับสมัครเป็นทางการ ทุกคนสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย นอกจากการออกกำลังกายแล้ว ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมยังได้พูดคุยพบปะ สอบถามสารทุกข์สุขดิบ ทานอาหารว่าง และปรึกษาหารือถึงกิจกรรมและงานต่างๆ ของกลุ่มสมาชิก



รูปภาพที่ 4 แสดงกิจกรรมการเดินแอโรบิกของชมรมรักสุขภาพ

3) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน

เป็นกลุ่มภาคประชาชนที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ สามารถประสานการทำงานของทางภาครัฐกับพื้นที่ได้เป็นอย่างดี โดย อสม. ในชุมชนสามัคคีมีจำนวนทั้งสิ้น 16 คน เป็นเพศหญิง 15 คน เป็นเพศชาย 1 คน นอกจากการทำงานตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับผิดชอบแล้ว ยังมีจิตอาสาในการทำงานเพื่อท้องถิ่นและดูแลสุขภาพประชาชนใน

พื้นที่ด้วยความเสียสละ เช่น การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังขาดผู้ดูแล การช่วยบริการในศูนย์แพทย์ชุมชน สามัคคี เป็นต้น ทั้งหมดเป็นคนในท้องถิ่นจึงมีความเข้าใจในสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในชุมชนเป็นอย่างดี

2.2 องค์การด้านการศึกษา

1) วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

เป็นสถาบันการศึกษาที่ผลิตบัณฑิตพยาบาล มีการจัดการเรียนการสอนใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์ระหว่างผู้สอน ผู้เรียน บุคคล ครอบครัว และชุมชน ที่มุ่งเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ มีการส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้เรียนแสวงหาความรู้ด้วยกระบวนการทางปัญญาบนพื้นฐานของปฏิสัมพันธ์ด้วยความเอื้ออาทรระหว่างผู้สอน และผู้เรียนภายใต้สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้จากสภาพการณ์จริง ด้วยวิธีการที่หลากหลายโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน วิทยาลัยได้ดำเนินงานด้านการบริการวิชาการการดูแลผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 โดยมีการจัดการเรียนการสอน การบริการวิชาการ และการวิจัย โดยกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญได้แก่ผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองมหาสารคาม ซึ่งมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นเรื่อยๆ วิทยาลัยได้กำหนดกลยุทธ์ที่สอดคล้องกับสถานการณ์ของประเทศจากการมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงจัดตั้งโครงการศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นศูนย์สุขภาพดีสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมและต่อมาได้ดำเนินการโครงการ การพัฒนาศักยภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งกลุ่มเป้าหมายได้แก่ ประชากรผู้สูงอายุ ผู้ดูแล บุคลากรด้านสุขภาพและประชากรที่อยู่ในชุมชน ได้เลือกพื้นที่ชุมชนสามัคคีเป็นแหล่งเรียนรู้ให้แก่นักศึกษา ในรายวิชาการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย รายวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน รายวิชาการพยาบาลผู้มีปัญหาสุขภาพจิต รายวิชาวิจัยทางการพยาบาล รวมทั้งผู้เข้าอบรมหลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษารอคอยเบื้องต้น) มาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลดีต่อการดูแลสุขภาพประชาชนและผู้สูงอายุ โดยมีกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การตรวจสุขภาพเบื้องต้น การให้คำแนะนำและความรู้ด้านสุขภาพ กิจกรรมออกกำลังกาย สันทนาการ การเยี่ยมบ้าน การจัดโครงการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ให้บริการในคลินิกของศูนย์แพทย์ชุมชนสามัคคี ประชาชนในชุมชนเองก็รู้สึกพึงพอใจและยินดีในการให้ความร่วมมือและเป็นแหล่งเรียนรู้ด้านวิชาการแก่นักศึกษา สอดคล้องกับการสัมภาษณ์ข้อมูลพบว่าผู้สูงอายุบอกว่า

“มีลูกๆ นักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลนี้แหละมาฝึกงานบ่อยๆ มาเยี่ยมบ้านมาสอนเรื่องการดูแลสุขภาพ ตรวจสุขภาพให้ ก็ดี มาบ่อยๆ ยายไม่เบื่อดอก ดีอีกมีคนมาคุยด้วย”

“มีนักศึกษาจะมา พาทำนั่นทำนี่ ทำโครงการส่งเสริมสุขภาพก็ได้ไปร่วมกับเขา เขาพาออกกำลังกาย ก็สนุกดี ได้ความรู้ดีกว่าอยู่เฉยๆ”



รูปภาพที่ 5,6 แสดงกิจกรรมการเรียนการสอนกับการบริการวิชาการในชุมชน

จากการฝึกประสบการณ์ของนักศึกษาที่ผ่านมามีพบว่า นักศึกษามีการใช้กระบวนการพยาบาล ตั้งแต่ขั้นตอนการค้นหาปัญหา มีการวางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล มีการนำองค์ความรู้ที่ได้จากการเรียนภาคทฤษฎี ผนวกกรรมจากการเรียนการสอน และการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติม มาใช้ในการดำเนินกิจกรรม เป็นการเรียนรู้จากการปฏิบัติการจริง และเข้าใจสภาพจริง นำไปสู่การพัฒนาทักษะการเป็นนักจัดการสุขภาพอย่างมืออาชีพต่อไป

2) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เป็นสถาบันการศึกษาในระดับอุดมศึกษาที่มีการจัดการเรียนการสอนในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้นำนักศึกษาฝึกประสบการณ์ในการจัดบริการสุขภาพแก่ประชาชนและผู้สูงอายุในชุมชน เช่น โครงการร้านยาคุณภาพ ร่วมกับคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จัดกิจกรรมคัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โครงการดูแลผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ด้วยการแพทย์แผนไทย ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จัดกิจกรรมให้นิสิตการแพทย์แผนไทย นวด ประคบ ให้ผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ได้รับความสะดวกสบายในการใช้บริการ และได้รับการเอาใจใส่ดูแลด้านสุขภาพ

2.3 องค์การภาครัฐ

1) ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองสามัคคี

ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองสามัคคี ในสังกัดโรงพยาบาลมหาสารคาม มีหน้าที่ในการจัดบริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ ต.ตลาด อ.เมือง จ.มหาสารคาม ให้บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่ทุกกลุ่มอายุ ให้บริการด้านส่งเสริม ป้องกัน ควบคุมและฟื้นฟูสุขภาพโดยเน้นชุมชนมีส่วนร่วม มีการเชื่อมโยงประสานข้อมูลกับโรงพยาบาลและในชุมชนเพื่อการดูแลต่อเนื่อง และการพัฒนาเครือข่ายสร้างสุขภาพ โดยมีระบบข้อมูลที่มีคุณภาพ สามารถนำมาแก้ไขปัญหาในพื้นที่ได้ตรงตามความต้องการของชุมชน

มีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนี้

- กิจกรรมตรวจสุขภาพประจำปีผู้สูงอายุในชุมชน มีกิจกรรม การคัดกรองสุขภาพ ประเมิน ADL ตรวจสุขภาพฟัน คัดกรองภาวะซึมเศร้า โดยมีทีมแพทย์ พยาบาล ลงพื้นที่ในชุมชนเขตเมืองให้บริการหมุนเวียนในแต่ละชุมชน จากการศึกษาค้นคว้าพบว่า กิจกรรมดังกล่าวประชาชนและ

ผู้สูงอายุให้ความสนใจและเข้าร่วมกิจกรรมจำนวนมาก เนื่องจาก เป็นการอำนวยความสะดวกแก่ประชาชน และประชาชนตระหนัก สนใจต่อการดูแลสุขภาพและเฝ้าระวังการเจ็บป่วยของตนเอง

- กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับชมรมผู้สูงอายุตักศิลานคร มีกิจกรรม การตรวจสุขภาพ ออกกำลังกาย เป็นสมาชิกชมรมฅาปนกิจ สวดมนต์ พบปะสมาชิก การทัศนศึกษา ร่วมกับเทศบาลเมืองมหาสารคาม

- กิจกรรมรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ มอบรางวัลผู้สูงอายุประจำปี มีกิจกรรม ขอพรผู้สูงอายุ รดน้ำดำหัว มอบรางวัล ของที่ระลึก ร่วมกับโรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อสร้างคุณค่าและความภูมิใจแก่ผู้สูงอายุในชุมชน

- โครงการเยี่ยมบ้านด้วยใจและเอื้ออาทร มีกิจกรรม เยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนแบบสหวิชาชีพ โดยเยี่ยมบ้านในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ป่วยหลังกลับจากโรงพยาบาล หญิงหลังคลอด การเยี่ยมบ้านในแต่ละครั้งจะมีทีมสุขภาพและ อสม. ร่วมในการติดตามเยี่ยม

2) เทศบาลเมืองมหาสารคาม

เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีหน้าที่ในการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชาชน ได้ให้การดูแลสุขภาพและสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ การจ่ายเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุ การมอบสิ่งของในกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน

3. ปัญหาและสุขภาพของผู้สูงอายุ ในการให้บริการเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนสามัคคี

3.1 ปัญหาด้านสุขภาพ

ผู้สูงอายุที่สุขภาพปกติ ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 289 คน คิดเป็นร้อยละ 53.12 มีภาวะเสี่ยง จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 7.16 และ เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 216 คน เช่น โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง หรือคิดเป็นร้อยละ 39.70 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด ซึ่งในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุที่ขาดความสามารถในการดูแลตนเอง (ติดเตียง) จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 2.94 จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง การเข้ามารับการตรวจรักษาในศูนย์แพทย์ชุมชน มักจะเป็นโรคที่เจ็บป่วยเล็กๆ น้อย เช่น ปวดศีรษะ เป็นไข้ หวัด ปวดเมื่อยตามร่างกาย ซึ่งได้รับการดูแลรักษาก็ดีขึ้น ส่วนผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ได้รับการดูแลจากครอบครัว ทำให้ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรืออาการรุนแรงเพิ่มเติม ทั้งนี้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลยังต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติตัวและการดูแลสุขภาพให้สามารถดำรงภาวะสุขภาพที่ดีและเหมาะสมกับสภาพร่างกาย

3.2 ปัญหาความเสื่อมถอยของร่างกาย

ผู้สูงอายุมีปัญหาร่างกายเสื่อมสภาพตามการเปลี่ยนแปลงของช่วงวัย ทำให้หลายคนเกิดปัญหาร่างกายเจ็บป่วย เกิดโรคเรื้อรัง มีปัญหาความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายช้าลง ความจำลดลง ความคงทนต่อการทำงานหนักและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง สภาพร่างกายจึงเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตและการร่วมกิจกรรมในชุมชน จากข้อมูลพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยากเข้าร่วมกิจกรรมต่างในชุมชน กิจกรรมทางศาสนา หรือบุญประเพณี แต่ไม่สามารถเข้าร่วมได้เนื่องจากเดินทางลำบาก ไม่สะดวกกับการร่วมกิจกรรม ดังข้อมูลของผู้สูงอายุบอกว่า

“อยากไปวัดไปวา ไปร่วมทำบุญกับคนอื่น แต่ก็ไปไม่สะดวก ลูกนั่งลำบาก นั่งได้ไม่นาน ได้แต่ร่วมทาน (บริจาค) ไปกับคนอื่น ”

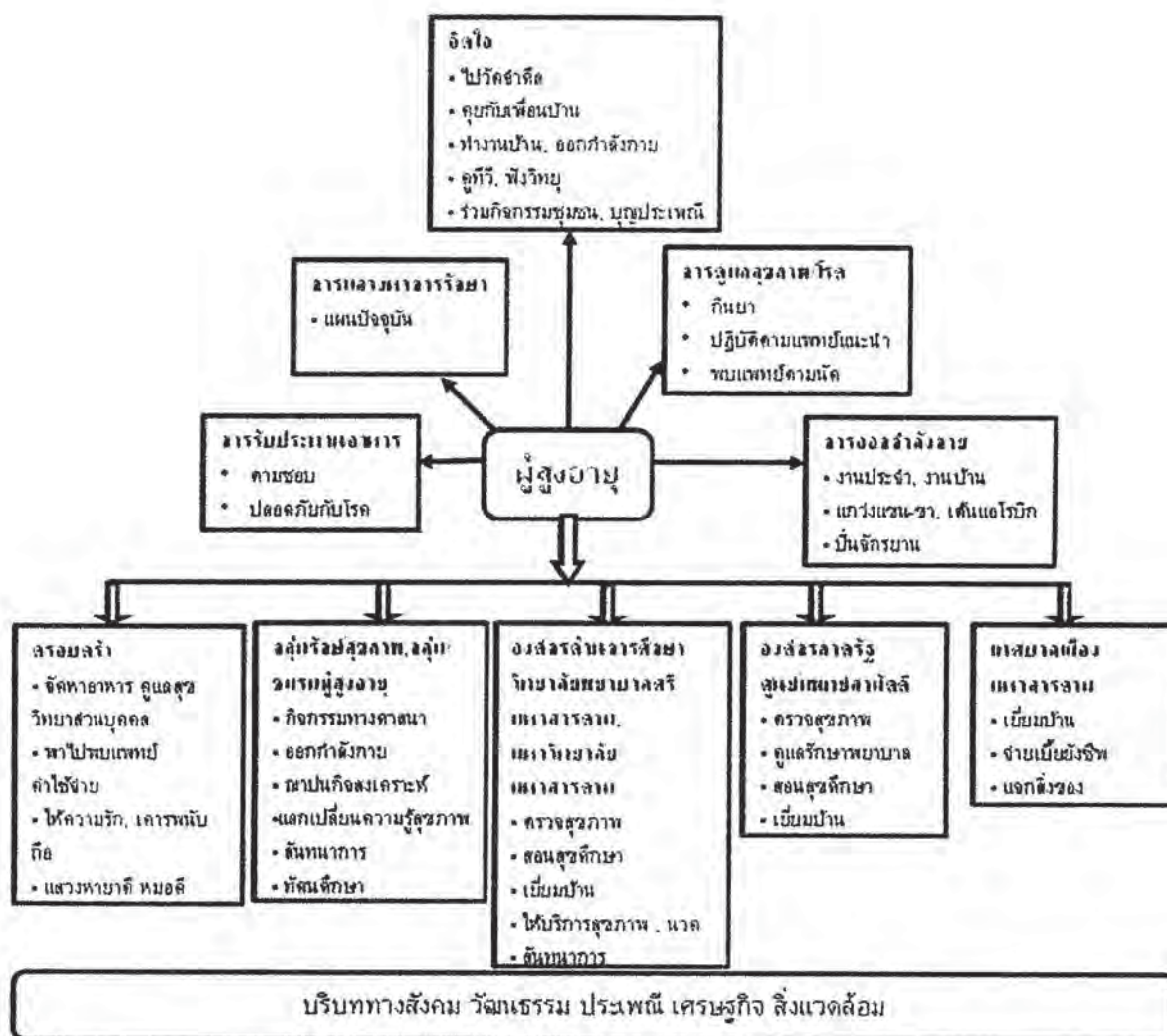
“หมอมารอกหน่วย กับได้ไป เดินทางสะดวก รถหลาย ลูกหลานก็บ่ว่าง บ่มีคนพาไป เดินไปก็เดินบ่คล่อง เลยบ่ได้ไปตรวจไปร่วมกิจกรรมเหมือนคนอื่น”

3.3 ปัญหาด้านจิตใจ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือมีกิจกรรมทางสังคมอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้จะอยู่กับครอบครัวแต่ก็เฉพาะช่วงเวลาเย็นหลังเลิกงานหรือวันหยุด ในเวลากลางวันผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอยู่บ้านเพียงลำพัง กิจกรรมที่ทำจะดูทีวี อ่านหนังสือ ทำงานบ้าน เล็กๆ น้อยๆ เพื่อไม่ให้รู้สึกว่างเปล่าหรือว่าเหงา อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุอยากที่จะมีกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุด้วยกัน เพราะนอกจากการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ยังได้พบปะพูดคุยกันกับเพื่อนผู้สูงอายุด้วยกัน

4. การสร้างพื้นที่ต้นแบบในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เมือง

จากผลการศึกษา ชุมชนสามัคคีเป็นชุมชนเมืองที่มีความพร้อมของระบบสาธารณูปโภคและปัจจัยพื้นฐาน ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ดี เป็นแหล่งรวมของสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ประชาชนจึงไม่มีปัญหาในการดำเนินชีวิตมากนัก ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามบริบทของครอบครัว มีความสนใจและใส่ใจต่อภาวะสุขภาพตนเอง ผู้ดูแลก็มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยความรักและความรับผิดชอบต่อบุพการี กลุ่มองค์กรที่มีในชุมชนมีการจัดกิจกรรมเพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพ กลุ่ม อสม. มีบทบาทในการสนับสนุนกิจกรรมของศูนย์แพทย์ชุมชนสามัคคีและหน่วยงานอื่น อีกทั้งองค์กรภาคการศึกษาและภาครัฐที่มีการดำเนินกิจกรรมในพื้นที่ ต่างเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้จัดกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน จากการศึกษาพบว่า การดำเนินงานของภาคีสุขภาพในชุมชนเป็นเพียงการจัดกิจกรรมตามภาระหน้าที่และบทบาทของตนเอง ดังรูป



รูปภาพที่ 7 แสดงรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนสามัคคี ต.ตลาด อ.เมือง จ.มหาสารคาม

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

โครงการการสร้างพื้นที่ต้นแบบในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เมือง ของชุมชนสามัคคี ต.ตลาด อ.เมือง จ.มหาสารคาม การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) โดยมีกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกันทั้งในระดับข้อมูลปฐมภูมิและทุติยภูมิ มีการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน มีการทดลองปฏิบัติการร่วมกัน และมีการสรุปผลขยายผลสู่สาธารณะ โดยทุกกระบวนการเน้นกระบวนการเรียนรู้และการมีส่วนร่วม โดยมีนักวิจัยหลักและผู้ช่วยนักวิจัยเป็นกลไกหลักในการสร้างกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. วัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้ คือ

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และบริบท ผู้สูงอายุในชุมชนสามัคคี
2. เพื่อศึกษาองค์ความรู้ ระบบและกลไกการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของชุมชนและภาคที่เกี่ยวข้อง
3. เพื่อศึกษาปัญหาและสุขภาพของผู้สูงอายุ ในการให้บริการเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนสามัคคี
4. เพื่อสร้างพื้นที่ต้นแบบในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เมือง

2. ขอบเขตพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย

1) กลุ่มเป้าหมายหลักในการศึกษาและทดลองปฏิบัติการการสร้างพื้นที่ต้นแบบในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เมือง ชุมชนสามัคคี ต.ตลาด อ.เมือง จ.มหาสารคามคือ กลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 352 คน เก็บรวบรวมข้อมูลจาก

2) กลุ่มเป้าหมายรองในการทดลองปฏิบัติ คือ บุคลากรของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

- หน่วยงานชุมชน ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุ/ชมรมรักสุขภาพ/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 25 คน
- องค์กรด้านการศึกษา ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม อาจารย์พยาบาล จำนวน 10 คน
- องค์กรภาครัฐ ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง เจ้าหน้าที่พยาบาล จำนวน 5 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ ผู้ศึกษาสร้างขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้ปรับใช้แบบประเมินสุขภาพและสภาวะผู้สูงอายุจากแนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด ประกอบด้วย

1) ชุดที่ 1 แบบสอบถามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

2) ชุดที่ 2 แนวทางการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ

3) ชุดที่ 3 แนวทางการสนทนากลุ่ม

4. ระยะเวลา การดำเนินงานของโครงการวิจัยระหว่างเดือนพฤษภาคม 2555 ถึงวันที่

31 เดือนตุลาคม 2555

5. ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ได้แบ่งกิจกรรมการดำเนินการตามกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ตั้งแต่ขั้นตอนเปิดโจทย์ปัญหาจนถึงการคืนข้อมูลและสรุปผลการศึกษา

สรุปกิจกรรมตามกระบวนการวิจัย

กิจกรรม	สถานที่	วันเวลา	ผู้ร่วมกิจกรรม
1. ประชุมเตรียมความพร้อมและสร้างความเข้าใจต่อวัตถุประสงค์โครงการและกำหนดบทบาทหน้าที่ของนักวิจัย	ห้องประชุมศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง สามัคคี ต.ตลาด อ.เมือง จ.มหาสารคาม	1 พฤษภาคม 2555	ทีมวิจัย 40 คน
2. ประชุมออกแบบเครื่องมือและวิธีการเก็บข้อมูล	ห้องประชุมศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง สามัคคี ต.ตลาด อ.เมือง จ.มหาสารคาม	18 มิถุนายน 2555	ทีมวิจัย 40 คน นักศึกษาพยาบาล 12 คน
3. ประชุมทีมวิจัยเพื่อชี้แจงโครงการกับชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ศาลาการเปรียญวัดสามัคคี ต.ตลาด อ.เมือง จ.มหาสารคาม	5 กรกฎาคม 2555	ทีมวิจัย 40 คน ผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชนและผู้เกี่ยวข้อง 50 คน รวม 90 คน
4. จัดเวทีนำเสนอเครื่องมือและวิธีการเก็บข้อมูล	ห้องประชุมศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง สามัคคี ต.ตลาด อ.เมือง จ.มหาสารคาม	ประชุมครั้งที่ 1 วันที่ 1 กรกฎาคม 2555 ประชุมครั้งที่ 2 วันที่ 18 สิงหาคม 2555	ทีมวิจัย 40 คน นักศึกษา 25 คน รวม 65 คน
5. การเก็บข้อมูล	ชุมชนสามัคคี ต.ตลาด อ.เมือง จ.มหาสารคาม	ระหว่างวันที่ 20 – 31 สิงหาคม 2555	ทีมวิจัย 40 คน นักศึกษา 25 คน รวม 65 คน

กิจกรรม	สถานที่	วันเวลา	ผู้ร่วมกิจกรรม
6. จัดเวทีค้นหาวิธีการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน	ศาลาการเปรียญวัดสามัคคี ต.ตลาด อ.เมือง จ.มหาสารคาม	9 ตุลาคม 2555	ทีมวิจัย 40 คน ผู้สูงอายุ 25 คน รวม 65 คน
7. ประชุมทีมวิจัยเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและวางแผนจัดเวทีค้นหาข้อมูลสู่ชุมชน	ศูนย์สุขภาพชุมชนสามัคคี ต.ตลาด อ.เมือง จ.มหาสารคาม	15 ตุลาคม 2555	ทีมวิจัย 40 คน
8. เวทีนำเสนอข้อมูลและวางแผนการดำเนินงานแสวงหารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน	ศูนย์สุขภาพชุมชนสามัคคี ต.ตลาด อ.เมือง จ.มหาสารคาม	14 พฤศจิกายน 2555	ทีมวิจัย 40 คน ตัวแทนผู้สูงอายุ 20 คน ผู้นำชุมชน 5 คน

6. สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล

โครงการการสร้างพื้นที่ต้นแบบในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เมือง ของชุมชนสามัคคี ต.ตลาด อ.เมือง จ.มหาสารคาม สามารถสรุปผลการวิจัยและการอภิปรายผล ดังนี้

6.1 สถานการณ์และบริบท ผู้สูงอายุในชุมชนสามัคคี

ชุมชนสามัคคี แบ่งพื้นที่ออกเป็น ชุมชนสามัคคี 1 และชุมชนสามัคคี 2 มีจำนวนหลังคาเรือนทั้งสิ้น 776 หลังคาเรือน จำนวนประชากรทั้งสิ้น 3,581 คน มีโครงสร้างพื้นฐานชุมชนที่เพียงพอ มีการคมนาคมที่สะดวกปลอดภัย ประชาชนส่วนใหญ่เดินทางโดยใช้พาหนะส่วนตัวหรือใช้รถสามล้อและสองล้อรับจ้าง มีเส้นทางเชื่อมต่อสู่ชุมชนอื่นได้หลายทาง มีการสื่อสารและโทรคมนาคม เช่น ไปรษณีย์ โทรศัพท์ อินเทอร์เน็ต หอกระจายข่าว มีระบบการไฟฟ้าและการประปาส่วนภูมิภาค ชุมชนสามัคคีเป็นชุมชนเมืองที่มีความแตกต่างหลากหลายของประชากร จากการเป็นพื้นที่ใจกลางเมืองและเป็นแหล่งเศรษฐกิจที่สำคัญ ประชากรส่วนใหญ่จึงเป็นกลุ่มวัยแรงงานที่อพยพย้ายถิ่นจากพื้นที่อื่น ทำให้ความสัมพันธ์ของประชาชนในชุมชนลดน้อยลง มุ่งประกอบอาชีพทำมาหากินเพื่อการอยู่รอด แต่อย่างไรก็ตามก็ตามประชาชนในกลุ่มคนดั้งเดิมซึ่งเป็นคนส่วนใหญ่ ยังคงมีความสัมพันธ์ภาพที่ดี อยู่ร่วมกันฉันท์เครือญาติ จะเห็นได้จากการร่วมกิจกรรมชุมชน ประชาชนยังให้ความร่วมมือ ร่วมกิจกรรม ร่วมบริจาค ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมตามประเพณี ศาสนา และทางสังคมอยู่เป็นจำนวนมาก

ประชาชนส่วนใหญ่มีฐานะเศรษฐกิจที่ดี มั่นคง และรายได้ที่เพียงพอ ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับชั้น ประถมศึกษา รองลงมาในระดับมัธยมศึกษา และอุดมศึกษา ตามลำดับ มีสถานศึกษาตั้งแต่ระดับก่อนวัยเรียน ระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษา และอาชีวศึกษา มีศาสนา สถาน บริการด้านสุขภาพของรัฐบาลและสถานที่สาธารณะโยชน์ มีการจัดตั้งกลุ่มเกิดขึ้นในชุมชน เพื่อเอื้อต่อการบริหารจัดการให้เกิดขึ้น โดยมีกลุ่มดังนี้ 1) กลุ่มชมรมรักษาสภาพ 2) กลุ่มกองทุนหมู่บ้าน 3) กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ชาวคุ้ม และ 4) ชมรมผู้สูงอายุตักศิลานคร

6.2 บริบทผู้สูงอายุในชุมชนสามัคคี

ชุมชนสามัคคีมีผู้สูงอายุ (ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป) จำนวนทั้งสิ้น 544 คน คิดเป็นร้อยละ 15.19 ของประชากรทั้งหมด มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 68.11 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.60 สถานภาพครอบครัวส่วนใหญ่อยู่กันสามีภรรยา บุตรและหลานตามลำดับ ร้อยละ 51.10 24.60 และ 10.70 การศึกษาส่วนมากจบชั้นประถมต้น ร้อยละ 25.10 เกือบครึ่งของประชากรผู้สูงอายุมีการประกอบอาชีพ ร้อยละ 47.9 และไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 43.00 โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพอเพียงของได้ประจำเดือน มีรายได้ต่อเดือนประมาณ 5,000 บาท มีสวัสดิการจากภาครัฐ คือ เบี้ยยังชีพ ผู้พิการและเงินบำนาญ ได้รับสิทธิการรักษาทุกคน ส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ รองลงมาคือสิทธิข้าราชการ

6.2.1 ภาวะสุขภาพ โดยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่สุขภาพปกติ ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 53.12 มีภาวะเสี่ยง ร้อยละ 7.16 และ เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงหรือคิดเป็นร้อยละ 39.70 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด ซึ่งในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุที่ขาดความสามารถในการดูแลตนเอง (ติดเตียง) ร้อยละ 2.94 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาการเห็นร้อยละ 73 ไม่มีปัญหาการได้ยิน ร้อยละ 87.90 ไม่สูบบุหรี่/ยาเส้น/ยาสูบ ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

6.2.2 การรับรู้ภาวะสุขภาพและการเลือกใช้บริการสุขภาพ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 48.90 มีเพียงร้อยละ 1 ที่รู้สึกว่าคุณภาพไม่ดีมากนัก ส่วนการได้รับการตรวจร่างกายประจำปีโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการตรวจร้อยละ 81.80 และไม่มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตหรือกิจกรรม ร้อยละ 73 โดยจากการสำรวจข้อมูลใน 6 เดือนที่ผ่านมาไม่มีผู้สูงอายุเจ็บป่วยจนต้องอยู่โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 88.90 ส่วนใหญ่เมื่อท่านเจ็บป่วยหรือมีปัญหาด้านสุขภาพท่านเลือกใช้บริการสุขภาพโดยไปสถานพยาบาลที่มีแพทย์ รองลงไปคือ ไปสถานพยาบาลที่ไม่มีแพทย์ และซื้อยากินเอง/รักษาตัวเอง ตามลำดับ

6.2.3 การออกกำลังกาย ผู้สูงอายุในชุมชนออกกำลังกาย/กิจกรรมทางกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน และออกวันละ 30 นาที สถานที่ออกกำลังกาย ส่วนใหญ่จะชอบเดินออกกำลังกาย โดยการเดินรอบบริเวณบ้าน ภายในชุมชน และสวนสุขภาพ มีการเข้าร่วมเดินแอโรบิกกับชมรมรักษาสภาพที่จัดทุกวันจันทร์ พุธ เสาร์ และอาทิตย์ ยกเว้นวันพระ ซึ่งนอกจากจะได้มาออกกำลังกายแล้ว ยังเป็นโอกาสที่ผู้สูงอายุจะได้มีการพบปะ พูดคุย ถามไถ่สวาระทุกข์สุขต่อกัน บางครั้งก็มีขนม ผลไม้ มารับประทานร่วมกัน

6.2.4 การรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานอาหารหลัก (อาหารหลัก 5 หมู่)

ผู้สูงอายุรับประทานอาหารครบ วันละ 3 มื้อ ร้อยละ 77.5 เลือกรับประทานอาหาร หรือหลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่ทำให้เกิดโรค ตามคำแนะนำของแพทย์ นิยมรับประทานอาหารพื้นบ้านอีสาน ซึ่งส่วนใหญ่ครอบครัวเป็นผู้จัดหา แต่บ่อยครั้งผู้สูงอายุก็ชอบที่จะหาซื้ออาหารมารับประทานเอง เนื่องจากสะดวกสบาย มีร้านอาหารจำหน่ายตลอดเวลา

6.2.5 อุบัติเหตุ ในรอบ 6 เดือน ที่ผ่านมาผู้สูงอายุในชุมชนไม่เคยหกล้ม ร้อยละ 93.2

6.2.6 ระบบการขับถ่าย ในรอบ 1 เดือน ที่ผ่านมาผู้สูงอายุในชุมชนไม่มีปัญหาในการปัสสาวะและการขับถ่าย อุจจาระ ร้อยละ 94.1 และร้อยละ 93.2

6.2.7 การช่วยเหลือตนเอง จากการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living :ADL) ประกอบไปด้วย 5 กิจกรรม คือ การเดินหรือการเคลื่อนที่ออกนอกบ้าน การทำหรือการเตรียมอาหาร การทำความสะอาดบ้านหรือซักผ้า การทอนเงิน แลกเงินและการใช้บริการรถเมล์หรือรถสองแถว พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) ส่วน ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พักการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีจำนวน 4 ราย

6.2.8 กิจกรรมทางสังคม ในรอบปีที่ผ่านมาผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เช่น กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย ตรวจร่างกายประจำปี กิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมบำเพ็ญสาธารณประโยชน์ เช่น เป็นอาสาสมัคร และการเป็นสมาชิกชมรมหรือองค์กร เช่น ชมรมผู้สูงอายุ มีกิจกรรมที่พัฒนาจิตใจและเชาว์ปัญญา เช่น อ่านหนังสือ, ดูทีวี

6.2.9 การมีส่วนร่วมในครอบครัว ผู้สูงอายุยังคงมีบทบาทในฐานะผู้นำครอบครัวและโดยส่วนใหญ่เป็นผู้ตัดสินใจหรือมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ที่สำคัญของครอบครัว มีการพบปะเยี่ยมเยียน ญาติ พี่น้องและเพื่อนอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะในช่วงเทศกาลที่สำคัญทุกคนในครอบครัวก็จะได้มีโอกาสกลับมาพบกันทั้งครอบครัว

6.2.10 ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย ผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตัวเองได้เมื่อเจ็บป่วยจะมีผู้ดูแลซึ่งเป็นบุตรหลานและญาติ พาไปพบแพทย์และจัดหาหรืออาหารเสริมเพื่อให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง และไม่ต้องดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยในครอบครัว ส่วนผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (ติดเตียง) มีญาติคอยดูแลอย่างใกล้ชิด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรง และมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเยี่ยมบ้านอย่าง

6.3 องค์ความรู้ ระบบและกลไกการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของชุมชนและภาคที่เกี่ยวข้อง

6.3.1 หน่วยงานในชุมชน

1) ชมรมผู้สูงอายุ

ชุมชนสามัคคีไม่ได้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่อย่างเป็นทางการ แต่ผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมกลุ่มเป็นสมาชิกชมรมที่จัดขึ้นภายนอก ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุจังหวัดมหาสารคาม

กลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนแม้จะไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมที่จัดตั้งขึ้น แต่มีการดำเนินกิจกรรมร่วมกันในโอกาสที่มีกิจกรรมทางศาสนา บุญประเพณี หรือการเป็นสมาชิกคณะกรรมการในกลุ่ม

องค์กรหรือหน่วยงานในพื้นที่ จึงมีโอกาสดำเนินกิจกรรมได้พบปะพูดคุย ปฏิสัมพันธ์กันอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และความผูกพันในความเป็นคนดั้งเดิมในพื้นที่ที่รู้จักกันมานานจึงทำให้การรวมกลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ เป็นไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ

2) ชมรมรักษาสภาพ

เกิดจากการรวมกลุ่มของประชาชนในชุมชนที่มีความสนใจและให้ความสำคัญต่อการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เน้นกิจกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ โดยใช้สถานที่ลานวัด สำนัคดีในการทำกิจกรรม ซึ่งในปัจจุบันประชาชนโดยเฉพาะผู้สูงอายุได้ให้ความสนใจเข้าร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้นในช่วงเย็นทุกวันเสาร์ อาทิตย์ จันทร์ และพุธ ทุกคนสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย นอกจากการออกกำลังกายแล้ว ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมยังได้พูดคุยพบปะ สอดถามสารทุกข์สุขดิบ ทานอาหารว่าง และปรึกษาหารือถึงกิจกรรมและงานต่างๆ ของกลุ่มสมาชิก

3) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน

เป็นกลุ่มภาคประชาชนที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ สามารถประสานการทำงานกับทางภาครัฐกับพื้นที่ได้เป็นอย่างดี โดย อสม. นอกจากการทำงานตามบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบแล้ว ยังมีจิตอาสาในการทำงานเพื่อท้องถิ่นและดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ด้วยความเสียสละ

6.2.3 องค์การด้านการศึกษา

1) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรคต ใช้พื้นที่ชุมชนสำนัคดีเป็นแหล่งเรียนรู้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล มีกิจกรรมที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในชุมชน

2) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม นำนิสิตฝึกประสบการณ์จริงในการบริการด้านสุขภาพและสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชน

6.2.4 องค์การภาครัฐ

1) ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองสำนัคดี ในสังกัดโรงพยาบาลมหาสารคาม มีหน้าที่ในการจัดบริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ ต.ตลาด อ.เมือง จ.มหาสารคาม

2) เทศบาลเมืองมหาสารคาม เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีหน้าที่ในการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชาชน ได้ให้การดูแลสุขภาพและสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ

6.3 ปัญหาและสุขภาพของผู้สูงอายุ ในการให้บริการเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนสำนัคดี

6.3.1 ปัญหาด้านสุขภาพ พบผู้สูงอายุมีภาวะเสี่ยง จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 7.16 และเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 216 คน เช่น โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง หรือคิดเป็นร้อยละ 39.70 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด ซึ่งในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุที่ขาดความสามารถในการดูแลตนเอง (ติดเตียง) จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 2.94 จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง การเข้ามารับการตรวจรักษาในศูนย์แพทย์ชุมชน มักจะเป็นโรคที่เจ็บป่วยเล็กน้อย

น้อย เช่น ปวดศีรษะ เป็นไข้ หวัด ปวดเมื่อยตามร่างกาย ซึ่งได้รับการดูแลรักษา ก็จะดีขึ้น ส่วนผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ได้รับการดูแลจากครอบครัว ทำให้ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรืออาการรุนแรงเพิ่มเติม ทั้งนี้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลยังต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติตัวและการดูแลผู้สูงอายุให้สามารถดำรงภาวะสุขภาพที่ดีและเหมาะสมกับสภาพร่างกาย

6.3.2 ปัญหาความเสื่อมถอยของร่างกาย ผู้สูงอายุมีปัญหาร่างกายเสื่อมสภาพตามการเปลี่ยนแปลงของช่วงวัย ทำให้หลายคนเกิดปัญหาร่างกายเจ็บป่วย เกิดโรคเรื้อรัง มีปัญหาความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายช้าลง ความจำลดลง ความคงทนต่อการทำงานหนักและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง สภาพร่างกายจึงเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตและการร่วมกิจกรรมในชุมชน จากข้อมูลพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยากเข้าร่วมกิจกรรมต่างในชุมชน กิจกรรมทางศาสนา หรือบุญประเพณี แต่ไม่สามารถเข้าร่วมได้เนื่องจากเดินทางลำบาก ไม่สะดวกกับการร่วมกิจกรรม

6.3.3 ปัญหาด้านจิตใจ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือมีกิจกรรมทางสังคมอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้จะอยู่กับครอบครัวแต่ก็เฉพาะช่วงเวลาเย็นหลังเลิกงานหรือวันหยุด ในเวลากลางวัน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอยู่บ้านเพียงลำพัง กิจกรรมที่ทำจะดูทีวี อ่านหนังสือ ทำงานบ้าน เล็กๆ น้อยๆ เพื่อไม่ให้รู้สึกว่างเปล่าหรือว่าเหงา อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุอยากที่จะมีกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุด้วยกัน เพราะนอกจากการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ยังได้พบปะพูดคุยกันกับเพื่อนผู้สูงอายุด้วยกัน

6.4 การสร้างพื้นที่ต้นแบบในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เมือง

จากผลการศึกษา ชุมชนสามัคคีเป็นชุมชนเมืองที่มีความพร้อมของระบบสาธารณสุขโรค และปัจจัยพื้นฐาน ฐานทางเศรษฐกิจและสังคมที่ดี เป็นแหล่งรวมของสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ประชาชนจึงไม่มีปัญหาในการดำเนินชีวิตมากนัก ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามบริบทของครอบครัว มีความสนใจและใส่ใจต่อภาวะสุขภาพตนเอง ผู้ดูแลก็มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยความรักและความรับผิดชอบต่อบุพการี กลุ่มองค์กรที่มีในชุมชนมีการจัดกิจกรรมเพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพ กลุ่ม อสม. มีบทบาทในการสนับสนุนกิจกรรมของศูนย์แพทย์ชุมชนสามัคคีและหน่วยงานอื่น อีกทั้งองค์กรภาคการศึกษาและภาครัฐที่มีการดำเนินกิจกรรมในพื้นที่ต่างเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้จัดกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน

การอภิปรายผล

จากการศึกษาวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนสามัคคี มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง การมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีทั้งในภาวะปกติและภาวะที่เจ็บป่วย มีความรู้และเข้าใจถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม มีพื้นฐานทางด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมที่ดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากโรคที่เป็นอยู่ นอกจากการดูแลสุขภาพตนเองแล้ว ปัจจัยทางด้านครอบครัวและผู้ดูแล กลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มรักสุขภาพ องค์กรทางด้านการศึกษา และองค์กรภาครัฐ ที่เข้ามาดำเนินกิจกรรมเพื่อดูแลและสร้างเสริมสุขภาพ

ผู้สูงอายุในชุมชน ล้วนส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สร้างความรู้ความเข้าใจในแนวทางการปฏิบัติที่ดี ยิ่งส่งผลต่อการสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ แต่จากผลการศึกษากลับไม่พบรูปแบบการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายที่เกิดจากการบูรณาการการทำงานร่วมกันที่ชัดเจน จึงควรที่จะมีการพัฒนารูปแบบการบูรณาการ เพื่อนำไปสู่การสร้างรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมตามบริบทของชุมชนสามัคคีที่เน้นการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กิ่งกาญจนา เมืองโคตร (2553) ศึกษาการพัฒนาต้นแบบเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลบ้านฝาง เป็นการศึกษาการส่งเสริมความเข้มแข็งให้แก่ชมรมผู้สูงอายุโดยการทำงานแบบเป็นเครือข่ายเป็นกลยุทธ์สำคัญในการพัฒนาบริการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และการเปิดโอกาสให้ชมรมผู้สูงอายุหลายๆชมรมได้ร่วมกันทำงานในลักษณะ “เครือข่าย” โดยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ช่วยเหลือเกื้อกูลและประสานประโยชน์จากแหล่งทรัพยากรในชุมชนร่วมกัน เป็นผลให้การดำเนินงานของชมรมมีความสำเร็จ เข้มแข็งและพัฒนาอย่างยั่งยืนต่อไป

7. ข้อเสนอแนะ

7.1 พื้นที่ศึกษาเป็นชุมชนเมือง ที่มีความหลากหลายและความแตกต่างของวิถีชีวิตของคนกลุ่มองค์กรในชุมชน การดำเนินกิจกรรมต่างๆ จึงต้องทำความเข้าใจ เพื่อลดปัญหาและความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน ดังนั้นผู้วิจัย ต้องใช้ความพยายามในการสื่อสารและวิธีการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ ทั้งในรูปแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ

7.2 การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดในเรื่อง ศักยภาพของทีมวิจัยชาวบ้าน ซึ่งเป็น อสม. เนื่องจากส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคนถึงวัยสูงอายุ จึงมีข้อจำกัดในการแสดงบทบาทผู้วิจัยและการเรียนรู้ในกระบวนการวิจัย ผู้วิจัยหลักจำเป็นต้องติดตามและช่วยเหลือในการดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัยเพิ่มมากขึ้น

8. การศึกษาวิจัยในครั้งต่อไป

8.1 ควรมีการศึกษาวิจัย เพื่อการสร้างเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเมือง

8.2 ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุและผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพตนเองตามวิถีสุขภาพไทย

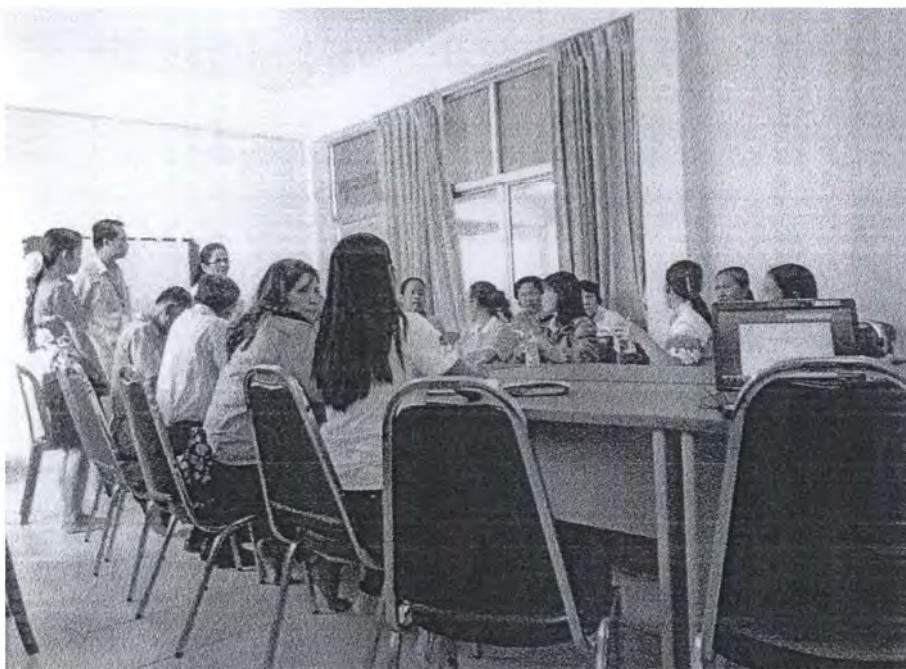
บรรณานุกรม

- กัตติกา ธนะขำ จินตนา รัตนวิฑูรย์ จามจุรีย์ ทนุรัตน์. (2552). การพัฒนาเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนและศักยภาพในการดูแลตนเองเพื่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 5,3 (ก.ค.-ก.ย. 2554) : 381-391 : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- กิ่งกาญจนา เมืองโคตร. (2553). การพัฒนาต้นแบบเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนตำบลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น. รายงานการศึกษานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เข็มทอง หน่อสีดา. (2550). การพัฒนาส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. รายงานการศึกษานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- จิราพร มงคลประเสริฐ และคณะ. (2545). รายงานวิจัยเรื่อง การพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือในการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชนวัดคำเรือง อำเภอนาหมื่น จังหวัดน่าน. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย
- ธีรพงษ์ แก้วหาวงษ์. (2544). กระบวนการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง ประชาคม ประชาสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 7. ขอนแก่น : คลังนาธรรมชาติ.
- นัยนา ภูสีห์รัตน์. (2546). คุณภาพชีวิตในวัยสูงอายุ. กรุงเทพฯ : สถาบันราชภัฏจันทรเกษม.
- นารัตน์ จิตรมนตรี วิไลวรรณ ทองเจริญ และ สาวิตรี ทยานศิลป์. (2552). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- นิตยั ทศน์นิยม. (2548). การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion). เอกสารประกอบการประชุมครบรอบ 35 ปี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น วันที่ 2 ธันวาคม 2548 ณ โรงแรมโซฟิเทลราชาออดิตขอนแก่น. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บัณฑิต เคียงธนสมบัติ. (2547). การสนับสนุนทางสังคมการมีกิจกรรมกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ. ขอนแก่น : ปรินิพนธ์.
- ปาริชาติ วลัยเสถียร. (2543). กระบวนการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมในกระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- ลดาวัลย์น้อยเหลือ. (2551). พฤติกรรมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ. ปรินิพนธ์. สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- วันชัย วัฒนศัพท์.(2546). คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตัดสินใจของชุมชน. กรุงเทพฯ: สถาบันพระปกเกล้า.

- วิพรรณ ประจวบเหมาะ.2552. "ภาพรวมผู้สูงอายุไทย" ในการทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้
ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2545-2550. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย
(มส.ผส.)
- สามารถ จิตจำนง. (2544). การจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม. เชียงใหม่ : สถาบันส่งเสริมการ
เรียนรู้เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนมูลนิธิพัฒนาภาคเหนือ
- สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ. (2554). ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป. กรุงเทพฯ : เอ็มไอเอส ซอฟท์เทค.
- เสรี พงศ์พิศ. (2548).เครือข่าย. กรุงเทพฯ : เจริญวิทย์การพิมพ์.
- อำพล จินดาวัฒนะ. (2551). การสร้างเสริมสุขภาพ : แนวคิด หลักการ และบทเรียนของไทย = Health
Promotion in Thailand. กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน.
- Eliopoulos, C., Gerontological Nursing. 3 rd. ed. Philadelphia: J.B. Lippincott,
1992.

ภาคผนวก

ภาพกิจกรรม



เปิดโจทย์



ทบทวนโจทย์



ชี้แจงโครงการ



การแตกกรอบเครื่องมือ



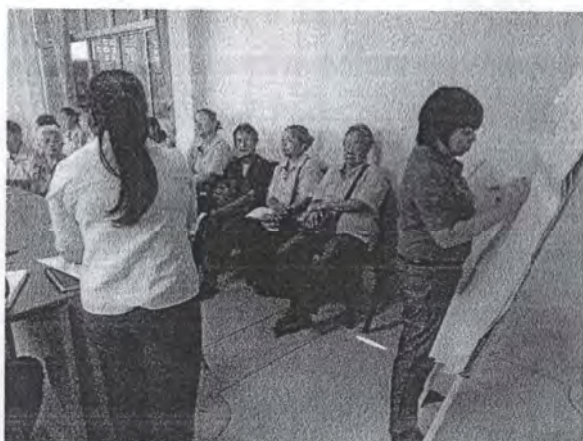
ชี้แจงเครื่องมือ



เก็บข้อมูล



วิเคราะห์ข้อมูล



คืนข้อมูลสู่ชุมชน

รายชื่อทีมผู้วิจัย

ทีมวิจัยหลัก

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. นายกิตติศักดิ์ ไกรจันทร์ | หัวหน้าโครงการ |
| ตำแหน่ง | อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม |
| 2. อาจารย์ ดร.จิราพร วรวงศ์ | ทีมวิจัย |
| ตำแหน่ง | อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม |
| 3. อาจารย์สกลาวรัตน์ ไกรจันทร์ | ทีมวิจัย |
| ตำแหน่ง | อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม |
| 4. อาจารย์ ดร.ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์ | ทีมวิจัย |
| ตำแหน่ง | อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม |
| 5. อาจารย์พนิดา โยะผุย | ทีมวิจัย |
| ตำแหน่ง | อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม |
| 6. อาจารย์ธีรภัทร นวลแก้ว | ทีมวิจัย |
| ตำแหน่ง | อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม |
| 7. อาจารย์พัชรี แวงวรรณ | ทีมวิจัย |
| ตำแหน่ง | อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม |
| 8. อาจารย์มนทกานต์ อันสีแก้ว | ทีมวิจัย |
| ตำแหน่ง | อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม |
| 9. อาจารย์ณัฐพร คำศิริรักษ์ | ทีมวิจัย |
| ตำแหน่ง | อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม |
| 10. อาจารย์เสวนา ครุพันธ์ | ทีมวิจัย |
| ตำแหน่ง | อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม |
| 11. นางรัตนา เสนาพนอก | ทีมวิจัย |
| ตำแหน่ง | หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสามัคคี |
| 12. นางอรุณรัตน์ แสนบุญรัตน์ | ทีมวิจัย |
| ตำแหน่ง | นักวิชาการสาธารณสุข |
| 13. นางขวัญเรือน แก้วเฮ้า | ทีมวิจัย |
| ตำแหน่ง | พยาบาลวิชาชีพ |
| 14. นางฐานิดา ศรทสวรรณ | ทีมวิจัย |
| ตำแหน่ง | พยาบาลวิชาชีพ |
| 15. นางปารณีย์ แข็งแรง | ทีมวิจัย |
| ตำแหน่ง | พยาบาลวิชาชีพ |

16. นายสุพจน์ ภู่แก้ว	ทีมวิจัย
ตำแหน่ง อสม. สามัคคี 1	
17. นางสาวประคอง แซ่ไคว่	ทีมวิจัย
ตำแหน่ง อสม. สามัคคี 1	
18. นางศศิมา ปักโคส้ง	ทีมวิจัย
ตำแหน่ง อสม. สามัคคี 1	
19. นางอรพัญญ์ แสนศักดิ์	ทีมวิจัย
ตำแหน่ง อสม. สามัคคี 1	
20. นางมณีนลัษณ์ อุตตะมะ	ทีมวิจัย
ตำแหน่ง อสม. สามัคคี 2	
21. นางสาวณีย์ ไกรการ	ทีมวิจัย
ตำแหน่ง อสม. สามัคคี 1	
22. นางสมเพียร แสงจินดา	ทีมวิจัย
ตำแหน่ง อสม. สามัคคี 2	
23. นางทองปาน วังทองดี	ทีมวิจัย
ตำแหน่ง อสม. สามัคคี 2	
24. นางรัตนา พิลาชัย	ทีมวิจัย
ตำแหน่ง อสม. สามัคคี 2	
25. นางบังอร ประวาระณะ	ทีมวิจัย
ตำแหน่ง อสม. สามัคคี 2	
26. นางทองใบ พิพัฒน์	ทีมวิจัย
ตำแหน่ง อสม. สามัคคี 2	
27. นางสาวเกษร ภคะวา	ทีมวิจัย
ตำแหน่ง อสม. สามัคคี 1	
28. นางสาวภา ดวงเพียรราช	ทีมวิจัย
ตำแหน่ง อสม. สามัคคี 2	
29. นางบุญร่วม เหล็กดี	ทีมวิจัย
ตำแหน่ง อสม. สามัคคี 2	
30. นางบัวทอง มาบุญธรรม	ทีมวิจัย
ตำแหน่ง อสม. สามัคคี 2	
31. นายนิกร ศรีเปารยะ	ทีมวิจัย
ตำแหน่ง ประธานชมรมรักน้สุขภาพสามัคคี	
32. นางอุทัยวรรณ ไกรจันทร์	ทีมวิจัย
ตำแหน่ง อสม. สามัคคี 1	

33. นายสังคม คำอินทร์

ทีมวิจัย

ตำแหน่ง

สมาชิกสภาเทศบาลเมืองมหาสารคาม

ที่ปรึกษา

1. ดร.นฤมล เอนกวิทย์

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

2. นพ.ไพบุลย์ อัครชนบดี

รองผู้อำนวยการฝ่ายบริการโรงพยาบาลมหาสารคาม

3. นพ.กิตติศักดิ์ คณาสวัสดิ์

นายกเทศมนตรีเมืองมหาสารคาม