การสร้างเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

วีรชัย เปียกไธสง, สบ.

Received: 18 March 2022
Revised: 30 March 2022
Accepted: 28 April 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและเปรียบเทียบความรู้และการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ก่อนและหลังการสร้างเสริมการมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างคือ อสม. ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจาก 6 ตำบล จำนวน 32 คน รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (CVI = 1, Reliability = .78) รวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ paired t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า การสร้างเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม. อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ได้แก่ 1) สำรวจและจำแนกภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ 2) การชี้แจงบทบาทของการเป็นผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 3) ประชุมระดมสมองเพื่อวางแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน 4) การจัดอบรม “การพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน” 5) การแบ่งหน้าที่ดูแลรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนตามแผน 6) การรวบรวมข้อมูลและกำกับติดตามการปฏิบัติงาน 7) ประชุมสรุปรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และ 8) การประสานหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือ/ดูแลผู้สูงอายุ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนแตกต่างกัน ($p<.01$) และคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการแตกต่างกัน($p<.01$) ผลการศึกษาสรุปได้ว่าการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี สามารถนำมาใช้เพื่อการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการวางแผนดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชนในด้านอื่นๆ เพื่อให้เกิดการควบคุมและป้องกันปัญหาสุขภาพระยะยาวต่อไป

คำสำคัญ: การสร้างเสริมการมีส่วนร่วม, การดูแล, สุขภาพผู้สูงอายุ, อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน

Improving the Participation for Caring the Elderly Health among Village Health Volunteers, Sang Khom District, Udon Thani Province.

Weerachai Peakthaisong, B.P.H.

Abstract

The action research aimed to explore the participation for caring the elderly health and to compare the participation for caring the elderly health among village health volunteers in Sang Khom District, Udon Thani Province, before and after study. The samples were 32 village health volunteers who experienced in caring the elderly health in Sang Khom District, Udon Thani Province. The quantitative data were collected using the questionnaires (CVI = 1, Reliability = .78) and were analyzed using descriptive statistics, paired t-test. The qualitative data were collected using the opened-end questions and were analyzed using content analysis.

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสร้างคอม
ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: weerachai.peag@gmail.com

The study found that 8 steps of improving the participation for caring the elderly health included 1) classify the health status of the elderly in the assignment and responsible area; 2) clarifying the role of village health volunteers ; 3) brainstorming session for planning the elderly health care in the community; 4) conducting a course training to improve the capacity and skill of elderly care; 5) the division of responsibilities according to the plan of elderly care in the community; 6) collecting the elderly health data and monitoring of operations; 7) summarized meeting to apply the model of elderly health care in the community.; and 8) coordinating with external agencies to involve and care the elderly health. The result of average score of knowledge of elderly health care, before and after study, was .01 statistically differently. The mean score of participation was .01 statistically differently. The participation for caring the elderly health among village health volunteers in Sang Khom District, Udon Thani Province, could construct the effective activities for improving the participation among community leaders to care the health of community members continuously.

Keywords: Participation, Care, Elderly health, Village Health Volunteers

บทนำ

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และมีอัตราประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2556 ประเทศไทยมีอัตราประชากรสูงอายุร้อยละ 14.9 และถูกคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2578 ประเทศไทยจะเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด (super-aged society) ที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุประมาณ 1 ใน 3 ของประชากรทั้งประเทศ (ร้อยละ 32.1) เป็นอัตราที่สูงอันดับ 1 ของภูมิภาคอาเซียน [1] นอกจากนี้ประชาชนไทยยังมีแนวโน้มที่จะมีอายุยืนยาวมากขึ้นจากอายุคาดเฉลี่ยเมื่อเกิดใน พ.ศ. 2556 คือ 74.8 ปีเพิ่มขึ้นเป็นอายุ 79.1 ปีใน พ.ศ. 2583[2] ชี้ชัดได้ว่าประเทศไทยจะมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นในขณะเดียวกันก็มีอายุที่ยืนยาวมากขึ้นด้วย ส่งผลให้ประเทศกำลังจะเผชิญกับผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์[3] ขาดแคลนประชากรวัยทำงาน การจัดระบบสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ และค่าใช้จ่ายในด้านสุขภาพที่สูงขึ้นสำหรับผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยหรือพิการ[4] ดังนั้น ผู้ให้บริการด้านสุขภาพจึงต้องตระหนักถึงการส่งเสริมผู้สูงอายุให้คงไว้ซึ่งสมรรถภาพสูงสุดของร่างกาย ชะลอ การเสื่อมถอยของสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดีในขณะที่มีอายุยืนยาวมากขึ้น พึ่งพาตนเองได้ สามารถมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคม และเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตดีต่อไป[3]

แนวทางสำคัญเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันให้กับผู้สูงอายุเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงตามกระแสโลกาภิวัฒน์ คือแนวคิดการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุจากภาครัฐ มาเป็นการดูแลโดยครอบครัวและชุมชนเป็นหลัก เนื่องจากเป็นสังคมที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุดและเป็นที่คาดหวังสำหรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long-term care)[5] ภาครัฐได้กำหนดนโยบายการจัดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยการไปให้กำลังใจ ช่วยเหลือ เป็นเพื่อพูดคุย และอื่นๆ ตามความจำเป็น ซึ่งปฏิบัติหน้าที่โดยคนในชุมชนที่มีความเข้าในธรรมชาติของผู้สูงอายุและมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างดี อย่างไรก็ตาม การในการดูแลผู้สูงอายุที่จะได้ผลดีนั้น ต้องได้รับการประสานความร่วมมือจากผู้นำชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน องคการบริหารสวนตำบล โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนและสามารถประสานข้อมูลร่วมกับบุคลากรทางสาธารณสุข สามารถดำเนินกิจกรรมเพื่อให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ในปัจจุบัน การปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. ในอำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี นับเป็นบุคคลที่สำคัญยิ่งในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และอยู่ในครอบครัวและชุมชนอย่างอบอุ่น เช่น เสริมสร้างจิตสำนึกให้ครอบครัว ชุมชนตระหนัก และให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน การเผยแพร่ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การค้นหาผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่ได้รับการรักษาให้การดูแลที่ถูกต้อง การเฝ้าระวังสุขภาพผู้สูงอายุ การส่งเสริมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมตามสถานะหรือกลุ่มสุขภาพผู้สูงอายุ การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งต่อผู้สูงอายุหรือให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมตามสภาพปัญหาที่พบ รวมถึงการบันทึกข้อมูลการปฏิบัติงาน ส่งผลให้ อสม. สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจไปร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกับชุมชนและท้องถิ่น ที่จะ

สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนตามสภาพปัญหาที่เป็นจริง อย่างไรก็ตาม ยังพบปัญหาอุปสรรคที่สำคัญในการดำเนินงาน คือ อสม. ยังขาดการประสานข้อมูลร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง องค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไม่ทันสมัยต่อสภาพสังคมในปัจจุบัน อีกทั้ง อสม. ยังมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับน้อย โดยส่วนใหญ่เป็นการดำเนินกิจกรรมตามนโยบายหรือการมอบหมายงานให้รับผิดชอบเท่านั้น

จากที่กล่าวมาแล้วในข้างต้น การสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการจัดกิจกรรมเพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุนชุมชนให้มีรูปแบบที่สอดคล้องกับความต้องการและเป็นระบบ รวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์และการพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานของ อสม. ให้สอดคล้องกับยุคปัจจุบัน เพื่อนำสิ่งที่ได้รับมาปรับใช้ให้เกิดประโยชน์ในการทำงานได้อย่าง มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน ดังเช่นการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพ อสม. พบว่า อสม. ที่ได้รับการ สร้างเสริมการมีส่วนร่วมมีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการเพิ่มมากขึ้น[6] สามารถเป็นผู้จัดการรายกรณีของผู้สูงอายุในชุมชนได้มากกว่าร้อยละ 80 อีกทั้งยังส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในทางที่ดีขึ้น[7] ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในอำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ ทั้งมิติทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ และมีรูปแบบการให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม โดยนำไปสู่การเป็นระบบหรือกลไกในชุมชนที่ขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่สามารถขยายผลไปยังพื้นที่ที่มีบริบทคล้ายคลึงกันได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังการสร้างเสริมการมีส่วนร่วม
3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังการสร้างเสริมการมีส่วนร่วม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การสร้างเสริมการมีส่วนร่วม

- การวางแผน (Plan) ได้แก่ การสำรวจผู้สูงอายุในความรับผิดชอบ การชี้แจงให้ อสม. เข้าใจบทบาทของการเป็นผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
- การปฏิบัติ (Do) ได้แก่ การจัดประชุมระดมสมองเพื่อวางแผนการดูแล การจัดอบรม และการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบ
- การติดตามและประเมินผลการปฏิบัติ (Check) ได้แก่ การรวบรวมข้อมูลและกำกับติดตามการปฏิบัติงาน
- การพัฒนาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Action) ได้แก่ การสรุปรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และการประสานหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง

⇨

ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
2. มีส่วนร่วมในการดำเนินการ
3. มีส่วนร่วมรับผลประโยชน์
4. มีส่วนร่วมในการควบคุม กำกับ ติดตามประเมินผล

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

- ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน*ในอำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ที่ปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี จาก 6 ตำบล ได้แก่ ตำบลสร้างคอม ตำบลบ้านโคก ตำบลบ้านยวด ตำบลบ้านหินโงม ตำบลนาสะอาด และตำบลเชียงดา จำนวน 591 คน*

- กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ อาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน อย่างน้อย 1 ปี จาก 6 ตำบล ได้แก่ ตำบลสร้างคอม ตำบลบ้านโคก ตำบลบ้านยวด ตำบลบ้านหินโงม ตำบล นาสะอาด และตำบลเชียงดา อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี จำนวน 32 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง 1 กลุ่มตัวอย่างโดยค่าเฉลี่ย 2 ค่าเปรียบเทียบกันและไม่เป็นอิสระกัน เพื่อประมาณค่าเฉลี่ยในประชากรขนาดเล็กของเครจซี่และมอร์แกน[8]

$$n = \frac{NZ^2_{\alpha/2}\sigma^2}{d^2(N-1) + Z^2_{\alpha/2}\sigma^2}$$

$Z_{\alpha/2}$ = ความเชื่อมั่นที่กำหนด
σ^2 = ความแปรปรวน
d = Precision
N = จำนวนประชากร

จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตอีสานตอนบน[9] พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการให้ความรู้แก่ประชาชนด้านสุขภาพอนามัยของ อสม. เท่ากับ 4.32 คะแนน (S.D = 0.82) ผู้วิจัยจึงได้นำผลการศึกษาดังกล่าวมาคำนวณหาค่าความแปรปรวนและขนาดตัวอย่าง โดยแทนค่าในสูตร ดังนี้

$Z\alpha$ = กำหนดความเชื่อมั่น α เท่ากับ 0.05 ดังนั้น ค่า $Z\alpha/2$ = 1.96

σ = Standard Deviation of Mean Difference เท่ากับ 0.82

d = Precision โดยกำหนดค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.3

N = 591 คน

$$n = \frac{591(1.96)^2(0.82)^2}{0.3^2(591-1)+(1.96)^2(0.82)^2}$$

n = 27.31 = 28 คน

ทั้งนี้ เพื่อการป้องกันการสูญเสียข้อมูลจากการถอนตัวของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงปรับเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก 10 % ดังนั้นจะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) *ได้แก่*

1) อสม. ที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี อย่างน้อย 1ปี

2) ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) *ได้แก่*

1) อสม. ที่ปฏิบัติงานในอำเภอสร้างคอม ที่พ้นจากตำแหน่ง/หน้าที่

2) อสม. ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

3) อสม. ที่มีภารกิจหรือเจ็บป่วย จนเป็นสาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบทุกขั้นตอน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือทั้งหมด 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน ได้แก่

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การนับถือศาสนา วุฒิการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาปฏิบัติหน้าที่ อสม. ประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุ การได้รับความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ และความต้องการได้รับความรู้เรื่องการดูแล ผู้สูงอายุ ตอบแบบสอบถามด้วยวิธีการตรวจสอบรายการ (Checklist) และเติมตัวเลข

- ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 20 ข้อ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน โดยเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์จากเกณฑ์ของบลูม ซึ่งมีเกณฑ์แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (1) มีความรู้ระดับสูง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (16 คะแนนขึ้นไป) (2) มีความรู้ระดับปานกลางได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79.99 ขึ้นไป (12 – 15 คะแนน) (3))มีความรู้ระดับต่ำได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (ต่ำกว่า 12 คะแนน)

- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 25 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบชนิดมาตรประมาณค่า 4 ระดับ (Likert's scale) ใช้วิธีวิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย และแปรผลข้อมูลที่ได้จากการศึกษาโดยใช้เกณฑ์ในการวัด ระดับของเบสท์ ดังนี้ ระดับการมีส่วนร่วม มาก 3 คะแนน ปานกลาง 2 คะแนน น้อย 1คะแนน ไม่มีส่วนร่วม 0 คะแนน

ระดับค่าคะแนนเฉลี่ย 2.26 – 3.00 มีส่วนร่วมมาก 1.51 – 2.25 มีส่วนร่วมปานกลาง 0.76 – 1.50 มีส่วนร่วมน้อย 0.00 – 0.75 ไม่มีส่วนร่วม

ชุดที่ 2 แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วยประเด็นต่างๆ ได้แก่ (1) ความสำคัญของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน (2) ประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งด้านบวกและด้านลบ (3) การมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน (4) ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนางานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

ชุดที่ 3 แนวทางในการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ตามแนวคิดวัฏจักรเดมมิ่ง PDCA ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน (Plan) การกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ 2) การปฏิบัติ (Do) ที่ตัดสินใจไปวางแผนปฏิบัติงาน ลงมือปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ 3) การติดตามและประเมินผลการปฏิบัติ (Check) และ 4) การพัฒนาแนวทางปฏิบัติ (Action) ปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ซึ่งผู้วิจัยใช้เพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจและการมีส่วนร่วมของอสม.ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน 2) แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และ 3) แนวทางในการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยวิธีดังต่อไปนี้

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการนำเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิไปทดสอบกับกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง (Try out) จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยแบบสอบถามความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนใช้สูตรสัมประสิทธิ์ KR-20 ของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบัค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 1 คน และนักวิชาการสาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญในการวิจัยแบบมีส่วนร่วม จำนวน 1 คน ได้พิจารณาข้อถาม จากนั้นนำข้อเสนอแนะที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิ มาหาคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 และตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และแนวทางในการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยผู้วิจัยได้ปรับแก้ตามที่ผู้เชี่ยวชาญได้ให้ข้อเสนอแนะเพื่อให้เครื่องมือที่มีคุณภาพและสามารถนำไปรวบรวมข้อมูลได้ถูกต้องตามความเป็นจริงมากที่สุด

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ตามแนวคิดวัฏจักรเดมมิ่ง PDCA ในการดำเนินการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมในกลุ่มตัวอย่างและรวบรวมข้อมูลตลอดการวิจัย โดยแบ่งขั้นตอนเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

- *การวางแผน (Plan)* การกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้สอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

และแบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มเป้าหมายแต่ละคนประมาณ 1 ชั่วโมง และมีการนัดหมายช่วงเวลาที่กลุ่มเป้าหมายสะดวกไว้ล่วงหน้าก่อนที่จะลงเก็บข้อมูล

เมื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จเรียบร้อย ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ประมวลผล คืนข้อมูลและวางแผนดำเนินงานร่วมกับกลุ่มเป้าหมายและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และจัดประชุมกลุ่มเพื่อคืนข้อมูล มีผู้เข้าร่วมการประชุมจำนวนทั้งหมด 32 คน โดยผู้วิจัยทำการคืนข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาที่พบให้ผู้เข้าร่วมได้รับทราบร่วมกัน มีการร่วมวิเคราะห์ประเด็นปัญหาที่ต้องพัฒนา โดยพบประเด็นปัญหาที่สำคัญ คือ การพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนที่ทันสมัย โดยพบว่ายังขาดการสื่อสาร การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างบุคลากรทางสุขภาพที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญและ อสม. ผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อสม.บางส่วนยังไม่เคยผ่านการอบรมความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ทำให้ยังขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ครอบคลุมทุกมิติ เช่น การดูแลสุขภาพทางร่างกายและจิตใจ การให้ข้อมูลด้านสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ การส่งเสริมอาชีพ รวมถึงการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน

- *การปฏิบัติ (Do)* ที่ตัดสินใจไปวางแผนปฏิบัติงาน ลงมือปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ โดยได้ดำเนินการจัดประชุมระดมสมองเพื่อสร้างเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอสม. โดยการร่วมกันวางแผน กำหนดจุดประสงค์ และกำหนดแนวทางการจัดกิจรรม โดยที่ประชุมได้ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เสนอทางเลือกในการแก้ไขปัญหาด้วยการพัฒนาแนวทาง การพัฒนาองค์ความรู้และพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน จัดทำคู่มือแนวทาง ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนสำหรับ อสม. มีการพัฒนาระบบการกำกับติดตามการปฏิบัติตามคู่มือของ อสม. และติดตามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้จัดอบรมหลักสูตร “การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน” เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งเนื้อหาในการอบรมประกอบด้วย บทบาท อสม.ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมทุกมิติ และการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ ได้แก่ การใช้เครื่องมือในการประเมินภาวะสุขภาพ การออกกำลังกายที่เหมาะสม และการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งต่อข้อมูลผู้สูงอายุ โดยภายหลังเข้ารับการอบรมจะเป็นขั้นตอน การนำความรู้ ทักษะทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และคู่มือที่ร่วมกันพัฒนาขึ้นไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

- *การติดตามและประเมินผลการปฏิบัติ (Check)* เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการติดตามกระบวนการดำเนินงาน ผู้วิจัยได้มีการนัดประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการนำคู่มือการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนสำหรับ อสม. การนำความรู้ที่ได้รับจากการเข้ารับการอบรมไปสู่การปฏิบัติจริง และติดตามการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของ อสม.

- *การพัฒนาแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน (Action) และปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง* ผู้วิจัยได้ดำเนินการติดตามประเมินผลความรู้ความเข้าใจและการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ครั้งที่ 2 เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม และจัดประชุมกลุ่มนำเสนอผลการพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล/สถิติที่ใช้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การนับถือศาสนา วุฒิการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาปฏิบัติหน้าที่ อสม. ประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุ การได้รับความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ และความต้องการได้รับความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมโดยใช้สถิติทดสอบค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่ม ที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired t-test)

3. วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอสม. ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมเสริมสร้างการมีส่วนร่วม โดยใช้สถิติทดสอบค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired t-test) ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล

4. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ในส่วนของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาอ่านวิเคราะห์ทำความเข้าใจเนื้อหา มองหาประเด็นร่วม โดยใช้ปากกาเน้นข้อความเมื่อพบข้อความที่เป็นประเด็น วลี หรือ

ประโยคที่พบซ้ำๆกัน ที่สอดคล้องกับคำถาม/วัตถุประสงค์การวิจัย นำข้อมูลที่ได้มา จัดจำแนกเป็นหมวดหมู่ หากข้อมูลที่ได้ยังไม่ครอบคลุมจะต้องมีการเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมจนกว่าจะได้ข้อมูลที่ครอบคลุม

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี (UDREC 0865) จากนั้นจึงดำเนินการรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างโดยทุกคนได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อสิทธิประโยชน์หรือสวัสดิการใดๆ ของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับโดยไม่มีการระบุชื่อนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างศึกษาข้อมูลการวิจัยเพิ่มเติมจากหนังสือชี้แจงและให้ลงนามในหนังสือยินยอมก่อนดำเนินการวิจัย

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 *แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามเพศ สถานภาพสมรส และวุฒิการศึกษา และแสดงค่าเฉลี่ยและความแปรปรวนของอายุและประสบการณ์ในการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง* (n = 32)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	30	93.8
ชาย	2	6.2
อายุ	$\bar{X}$ = 51.41 S.D. = 7.87 Range = 30-64 ปี	
การนับถือศาสนา		
พุทธ	32	100
สถานภาพสมรส		
โสด	1	3.1
สมรส	27	84.4
หม้าย หย่า แยก	4	12.5
วุฒิการศึกษา		
ประถมศึกษา	6	18.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	8	25.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย	17	53.1
อื่นๆ	1	3.1*
อาชีพ		
เกษตรกรรม	32	100
รายได้รวมเฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว	$\bar{X}$ = 9,928.13 S.D. = 8,860.14 Range = 1,600-40,000 บาท	
ระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	$\bar{X}$ = 17.38 S.D. = 10.36 Range = 0-37 ปี	
ประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	$\bar{X}$ = 11.47 S.D. = 9.17 Range = 1-37 ปี	
การได้รับความรู้ ข่าวสารด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ		
เคย (n = 32)	32	100

อสม.	22	68.8
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	27	84.4
สื่อสิ่งพิมพ์	10	31.3
สื่อวิทยุ/โทรทัศน์	15	46.9
อื่นๆ	2	6.3
ความต้องการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ		
ต้องการ	32	100
การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บด้วยโรคต่างๆ	14	43.8
การส่งเสริมอาชีพสำหรับผู้สูงอายุ	21	65.6
สวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ	19	59.4
การสนับสนุนผู้สูงอายุในยุคดิจิตัล	6	18.8

จากตารางที่ 4-1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 93.8) มีอายุเฉลี่ย 51.41 ปี (S.D. = 7.87, Range = 30-64 ปี) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 84.4) และจบการศึกษาในระดับมัธยมปลาย (ร้อยละ 53.1) กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพเกษตรกรรมทุกคน (ร้อยละ 100) มีรายได้รวมเฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว 9,928.13 บาท (S.D. = 8,860.14, Range = 1,600-40,000 บาท) มีระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 17.38 ปี (S.D. = 10.36, Range = 0-37 ปี) และมีประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 11.47 ปี (S.D. = 9.17, Range = 1-37 ปี) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนเคยได้รับความรู้ข่าวสารด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (ร้อยละ 100) โดยส่วนใหญ่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 84.4) และทุกคนต้องการได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน (ร้อยละ 100) โดยส่วนใหญ่ต้องการได้รับความรู้เรื่อง การส่งเสริมอาชีพสำหรับผู้สูงอายุ (ร้อยละ 65.6)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้และการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

ตาราง 2 *เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ก่อนและหลังการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง*

ข้อมูล	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		P value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน	12.44	2.96	15.56	2.37	.00

จากตารางที่ 2 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ก่อนและหลังการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ในทุกข้อ (Mean = .88, S.D. = .34)

ตาราง 3 *เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความแปรปรวน และการแปลผล ของการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ก่อนและหลังการได้รับการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง*

ข้อมูล	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		P value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	15.81	3.16	18.19	2.84	.00
การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ	16.91	3.70	18.03	2.56	.05
การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์	12.03	2.85	13.03	1.87	.00
การมีส่วนร่วมในการประเมินผล	15.59	3.17	15.59	3.17	-

จากตารางที่ 3 พบว่าก่อนและหลังการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (Mean = 2.84, S.D. = .37) มีส่วนร่วมในการปฏิบัติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (Mean = 2.72, S.D. = .46) มีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (Mean = 2.76, S.D. = .51) แต่พบว่าการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ก่อนและหลังการวิจัย ไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 3 การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

จากการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก อสม. ที่ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน สามารถสรุปได้ประเด็นที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

กระบวนการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ดังนี้

1) การสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุในความรับผิดชอบของ อสม. โดยจำแนกภาวะสุขภาพผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง และกลุ่มติดสังคม พบว่า อสม. ทุกคนจะมีพื้นที่รับผิดชอบคนละ 10-15 หลังคาเรือน โดย อสม. แต่ละคนจะทำหน้าที่ในการรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง ดังข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ อสม. เช่น

“เจ้าที่อนามัยจะแจ้งให้สำรวจผู้สงอายุที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ โดยจะส่งข้อมูลให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต.เดือนละ 1 ครั้ง”

“การสำรวจผู้สูงอายุ เราจะดูว่าแต่ละคนมีสุขภาพเป็นอย่างไร เช่น สามารถไปทำบุญใส่บาตรที่วัดได้มั้ย หรือต้องให้ลูกหลานคอยดูแลอยู่ที่บ้าน ไปไหนไม่ได้เลย”

ทั้งนี้ อสม. ส่วนใหญ่จะเป็นผู้มีประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพของประชาชนทั่วไปและทำหน้าที่ในการรวบรวมมูลสุขภาพของประชาชนเพื่อส่งต่อแก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. โดยข้อมูลที่ส่งจะมีทั้งข้อมูลรายเดือน ราย 6 เดือน และรายปี

2) การชี้แจงให้ อสม. เข้าใจบทบาทของการเป็นผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยบุคลากรทางสุขภาพ และการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมปฏิบัติตามลักษณะของภาวะสุขภาพแต่ละกลุ่ม ดังเช่น อสม. ได้กล่าวว่า

“แม่เคยเข้ารับการอบรมเรื่องการดูแลผู้สูงอายุนี่แหละ ที่รพ.สต.เมื่อนานมาแล้ว คุณหมอสอนเรื่องโรคกับออกกำลังกายให้เราไปพาผู้สูงอายุทำที่บ้าน แต่มันนานแล้ว แม่ก็จำไม่ค่อยได้”

“รู้ว่าผู้สูงอายุแต่ละคนไม่เหมือนกันนะ บางคนอายุเท่ากัน คนนึงไปเที่ยวกับลูกหลานได้สบายเลย แต่อีกคนนี่ไปไหนไม่ได้ ต้องอยู่แต่บ้าน เราก็ต้องไปเยี่ยม ไปถามไถ่สารทุกข์สุกดิบ”

“หมออนามัยเคยสอนว่า ผู้สูงอายุที่อยู่แต่บ้านเนี่ย ต้องคอยไปเยี่ยมไปคุย เดี๋ยวเขาจะเหงา แล้วเครียดหรือเป็นซึมเศร้า เราก็ต้องไปดูแลเหมือนเป็นเราเป็นลูกเป็นหลานเขานั่นแหละ”

3) การจัดประชุมระดมสมองเพื่อวางแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยเปิดโอกาสให้ อสม. ได้มีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรมและให้ข้อเสนอแนะที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน ดังเช่น

“หมออนามัยจะเรียกพวกแม่ๆ มาประชุมทุกเดือนนะ ก็แล้วแต่ว่าเดือนไหนจะมีเรื่องอะไร อย่างถ้าเป็นช่วงสงกรานต์ที่จะมีวันผู้สูงอายุ หมอก็จะถามพวกแม่ๆ ว่าจะทำกิจกรรมอะไรดี และเราก็จะแบ่งหน้าที่กันว่าใครจะทำอะไร เอาอะไรมาร่วมกิจกรรม เพื่อให้ผู้สูงอายุมี”

“ส่วนใหญ่ที่พวกแม่ๆ ได้ดูแลผู้สูงอายุก็จะเป็นกิจกรรมวันผู้สูงอายุ หรือการตรวจเบาหวานความดัน ถ้าผู้สูงอายุเจ็บป่วย ก็จะพามาหาหมออนามัย มาตรวจดู ถ้าป่วยมากก็ไปรพ. บอกลูกๆ เขาให้พาไป หรือบางครั้งเราก็พาไปเอง”

4) การจัดอบรมหลักสูตร “การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน” เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ดังเช่น

“พ่อเคยได้อบรมความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ หัวหน้าสาธารณสุขมาเปิดงาน ตอนนั้นเขาจะสอนหลายเรื่องนะ ทั้งเรื่องโรคต่างๆ อาหารการกิน การออกกำลัง พ่อว่าก็ดีนะ ได้ความรู้เพิ่มขึ้น เราก็เอาความรู้นั้นไปดูแลคนแก่ ดูแลตัวเองได้ด้วยเพราะเราก็เป็นผู้สูงอายุแล้วไง”

“เราเรียนหนังสือมาน้อยไง ถ้าเราไม่ได้ความรู้เพิ่มเติม ไม่มีคนมาคอยสอนคอยอบรมเราเรื่อยๆ เราก็จะไม่มีความรู้ ขาดความรู้ อย่างการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เมื่อก่อนก็จะมีแต่เอาผู้สูงอายุมาเต้นยกแข้งยกขา เดี๋ยวนี้เราก็พาผู้สูงอายุใช้ยางยืด ใช้ผ้าขาวม้าในการออกกำลังกาย มันก็ปลอดภัยขึ้น คนแก่ก็จะไม่ล้ม ไม่เหนื่อยมากเกินไป”

5) การให้ อสม. แบ่งหน้าที่ดูแลรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนตามแผนที่ได้ร่วมกันออกแบบไว้ ดังเช่นการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ที่มีการกำหนดให้ อสม. ต้องติดตามเยี่ยมบ้านอย่างน้อย เดือนละ 2 ครั้ง และกำหนดช่องทางการสื่อสารระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุกับ อสม. และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ดังเช่นคำกล่าวของ อสม. ดังนี้

“ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ไม่ค่อยได้มารับบริการที่รพ.สต. เพราะมีการออกหน่วยให้บริการในชุมชนทุกเดือนอยู่แล้ว ผู้สูงอายุก็จะไปรับบริการที่นั่น ยกเว้นกรณีที่มีการเจ็บป่วยอื่นๆ เช่น เป็นไข้ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ที่เกิดขึ้นฉุกเฉินถึงจะมารับบริการที่รพ.สต.”

“อสม.จะเป็นคนตรวจวัดความดันโลหิต แล้วลงบันทึกไว้ในสมุดประจำตัวผู้สูงอายุ หมออนามัยก็จะมาดูอีกครั้ง และให้คำแนะนำแก่ญาติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต่อ”

“การแบ่งเขตรับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุแบบนี้ ช่วยให้ อสม.ได้รู้จักทั้งตัวผู้สูงอายุและครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วย บางครั้งเรารู้ดีกว่าหมออนามัยเสียอีกนะ...”

6) การรวบรวมข้อมูลและกำกับติดตามการปฏิบัติงานของอสม. โดยการมีส่วนร่วมกันระหว่าง อสม. และบุคลากรทางสุขภาพ ดังเช่นคำกล่าวของ อสม. ดังนี้

“หมออนามัยจะคอยติดตามข่าวคราวจาก อสม. คอยถามว่าผู้สูงอายุเป็นยังไงบ้าง มีใครดูแลบ้าง แม่ อสม. ไปเยี่ยมบ้านบ้างรึเปล่า เป็นการกระตุ้นเราไม่หลงลืมภาระหน้าที่”

“หมอจะให้ อสม. แต่ละคนส่งรายงานให้เดือนละครั้ง ข้อมูลก็จะมีหมด ทั้งสุขภาพแม่และเด็ก คนไข้เบาหวานความดัน รวมถึงผู้สูงอายุด้วย”

“บางครั้ง ถ้าหมออนามัยไม่มีประชุมหรือมีงานอื่นๆ ก็จะมีเวลาออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกับ อสม. บางครั้งก้มีอบต. หรือผู้ใหญ่บ้านไปด้วย ก็เป็นการทำงานช่วยกันทั้งหมด ไปช่วยดูผู้สูงอายุว่าเขาขาดเหลืออะไรบ้าง”

7) การประชุมสรุปรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของ อสม. ในอำเภอสร้างคอม เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ อสม. สามารถนำไปใช้ร่วมกันได้และสอดคล้องกับความต้องการของ อสม. ดังเช่นคำกล่าวนี้

“ตอนนี้ อสม. ก็ทำงานง่ายขึ้นนะ มีคู่มือให้ ในคู่มือก็จะมีทั้งความรู้ที่สำคัญที่จะต้องใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงแนวทางการติดต่อประสานงานต่างๆ”

“คู่มือนี้ก็ได้มาจากที่หมออนามัยเอามาให้ทดลองใช้ก่อน อันไหนดีเราก็เก็บไว้ อันไหนมันยาก มันทำไม่ได้ เราก็ตัดออก อสม.ที่ได้คู่มือใช้จะมาคุยกันว่าอันไหนมันดี อันไหนไม่ค่อยได้เอามาใช้”

“แม่เป็น อสม. มาสิบกว่าปี เมื่อก่อนดูแลผู้สูงอายุก็ไม่ได้ทำอะไรมาก แค่ไปเยี่ยมบ้าน วัดความดัน แล้วก็ส่งรายงานให้หมออนามัย แต่พอมีคู่มือให้เรา เราก็ทำงานง่ายขึ้น มีอะไรก็จดใส่คู่มือไว้ อะไรที่เราลืม เราก็เปิดคู่มืออ่าน ก็สะดวกดี”

8) ประสานหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือ/ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุครอบคลุมทั้งมิติด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญาณ อีกทั้งเป็นการช่วยสนับสนุนและแบ่งเบาภาระของครอบครัวผู้สูงอายุอีกด้วย ดังเช่นคำกล่าวนี้ *“เวลามีคนจากหน่วยงานอื่นๆ มาร่วมกิจกรรมที่เราทำเพื่อผู้สูงอายุ เช่น วันรดน้ำดำหัวในช่วงสงกรานต์ จะมีอบต. ผู้ใหญ่บ้านมาช่วยเหลือกัน เหมือนเราได้ดูแลพ่อแม่เราเอง อสม.คอยตรวจความดัน อบต.คอยับส่งผู้สูงอายุ ผู้ใหญ่บ้านมาช่วยจัดสถานที่ แบบนี้ก็จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขนะ”*

ทั้งนี้ ภายในชุมชนต่างๆ ได้มีการดำเนินงานขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ผ่านแกนนำชุมชน คือ อสม. ในการดำเนินการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยได้รับงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบล เช่น กิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย จัดขึ้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและประชาชนทั่วไปออกกำลังกายเพิ่มขึ้น โดยจัดให้มีการออกกำลังกายบริเวณศาลาประชาคมของชุมชนทุกเย็น ซึ่งพบว่ากิจกรรมดังกล่าวส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายมากขึ้น แต่การดำเนินการไม่ได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยพบปัญหาจากงบประมาณที่ได้รับสนับสนุนไม่เพียงพอ โดย อสม. ได้ให้ข้อมูลไว้อย่างน่าสนใจดังนี้ *“งบที่ใช้ในการจัดกิจกรรมแต่ละปีจะต้องสอดคล้องไปกับแผนพัฒนาชุมชนขององค์การบริหารส่วนตำบล ที่แต่ละปีจะสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนากิจกรรมหรือโครงการอื่นๆ ไปด้วย ซึ่งตรงส่วนนี้ ผู้นำชุมชนก็จะมาคุยกันว่าจะวางแผนกันอย่างไร จะขอสนับสนุนงบประมาณอย่างไร หรือเราจะช่วยกันอย่างไรให้กิจกรรมมันต่อเนื่อง”*

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอในการพัฒนางานเพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

1. ผู้สูงอายุบางคนมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการเจ็บป่วยและการเกิดอุบัติเหตุที่ยังไม่เหมาะสม
2. ยังขาดแนวทางการให้ความรู้และพัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย
3. ขาดข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าถึงรายได้จากการประกอบอาชีพของผู้สูงอายุที่เหมาะสม
4. การสนับสนุนผู้สูงอายุให้สามารถดูแลตนเองได้ ยังไม่สอดคล้องกับลักษณะผู้สูงอายุและครอบครัวของแต่ละคน

5. ขาดคู่มือในการดูแลผู้สูงอายุ สำหรับผู้สูงอายุและครอบครัว

อภิปรายผล

กระบวนการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งมีการดำเนินการ 8 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสำรวจผู้สูงอายุในความรับผิดชอบ 2) การชี้แจงให้ อสม. เข้าใจบทบาทของการเป็นผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 3) การจัดประชุมระดมสมองเพื่อวางแผนการดูแล 4) การจัดอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะ 5) การแบ่งหน้าที่รับผิดชอบ 6) การรวบรวมข้อมูลและกำกับติดตามการปฏิบัติงาน 7) การสรุปรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และ 8) การประสานหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง โดยพบว่าแต่ละขั้นตอนมีความสำคัญที่ส่งผลให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ดังเช่นการศึกษาของชนิดา สุ่มมาตย์[7] พบว่ารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยองค์กรชุมชนที่มีประสทธิภาพ จะต้องมี มีผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง มุ่งมั่น จริงใจ มีความรู้ความสามารถในการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งมีก ารพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชน มีความร่วมมือกันของคนในชุมชน รวมถึงการบูรณาการประสานเชื่อมโยงความร่วมมือกับภาครัฐ ครอบครัว และผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ ผลการวิจัยซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแตกต างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยก่อนและหลังได้รับการสร้างเสริมการมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 12.44 คะแนน (S.D. = 2.96) เป็น 15.56 คะแนน (S.D. = 2.37) เนื่องจากในกระบวนการสร้างเสริมการมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้เข้าร่วมกิจกรรมอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในหลักสูตร “การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน” ซึ่งเนื้อหาของหลักสูตรประกอบด้วยบทบาท อสม. ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุ การดูแลสุข ภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมทุกมิติ และการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ ได้แก่ การใช้เครื่องมือในการประเมินภาวะสุขภาพ การออกกำลังกายที่เหมาะสม และการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งต่อข้อมูลผู้สูงอายุ โดยภายหลังเข้ารับการอบรมจะเป็นขั้นตอนการนำความรู้ ทักษะทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และคู่มือที่ร่วมกันพัฒนาขึ้นไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ดังเช่นการศึกษาของพรเจริญ บัวพุ่มและคณะ[5] พบว่าการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ในหลักสูตรฝึกอบรม อสม. ที่มุ่งเน้นให้ผู้เข้าอบรมได้มีส่วนร่วม ใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อเรียนรู้ร่วมกันทำให้ผู้ผ่านการอบรมมีระดับความรู้ในการดุแลผู้สูงอายุโดยการเยี่ยมบ้านแบบเสริมสร้างพลังอำนาจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

ในการจัดการอบรมครั้งนี้ ยังได้มีการสร้างสัมพันธภาพระหว่าง อสม. และบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน การจัดประชุมกลุ่มย่อยเป็นการเปิดโอกาสให้ อสม. ได้แสดงความคิดเห็น ซักถามปญหาต่างๆ มีการสาธิตการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจากประสบการณ์การปฏิบัติงานของ อสม. ในการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมา และยังได้รับการถ่ายทอดความรู้และฝึกทักษะที่ถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสได้ฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง สามารถซักถามข้อมูลที่ถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญ ทำให้เกิดการเรียนรูและเข าใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น[10]

สำหรับผลการวิเคราะห์คะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยในขั้นตอนการมีส วนร่วมในการตัดสินใจเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากค่าเฉลี่ย 15.81 คะแนน (S.D. = 306) เป็น 18.19 คะแนน (S.D. = 2.84) เมื่อเปรียบเทียบกับด้านอื่นๆ ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่ากลุมตัวอย่างมีประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมากกว่า 10 ปี ($\overline{X}$ = 11.47, S.D. = 9.17, Range = 1-37 ปี) จึงทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมากขึ้น อีกทั้งการจัดกิจกรรมระดมสมองและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันระหว่ากลุ่มตัวอย่าง ทำให้เกิดความมั่นใจและมีการตัดสินใจร่วมกันเพิ่มมากขึ้น[11] ซึ่งทำให้เห็นได้ว่าการที่ชุมชนได้เข้ามามีบทบาทในการตัดสินใจด้วยตนเองเพิ่มมากขึ้น เป็นการการแสดงถึงการมีอำนาจของประชาชนในการทำกิจกรรมซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนางานต่างๆ ให้เริ่มมาจากชุมชนซึ่งนับเป็นของประชาชน และทำโดยประชาชน จึงจะถือได้ว่าเป็นประสิทธิผลอันสูงสุดจากกิจกรรมในชุมชนที่แท้จริง[12] อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบวาการมีสวนร่วมในการรับผลประโยชน์ยังไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\overline{X}$ = 15.59, S.D. = 3.17)

ดังนั้น การดำเนินกิจกรรมเพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนที่ผ่านมามา ชุมชนไม่ได้มีการดำเนินงานด้วยตนเองจึงไม่เกิดความยั่งยืน เห็นได้ว่าการวางแผนเพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีสวนร่วมค้นหาปัญหา ซึ่งเป็นการแสดง

ถึงศักยภาพของประชาชนเพื่อสร้างเป้าหมายในการพัฒนา เกิดการวางแผนและตัดสินใจ ร่วมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน สร้างการยอมรับความรับผิดชอบในฐานะสมาชิกของชุมชน เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและเกิดความภาคภูมิใจในผลงานที่ตนมีส่วนร่วม

สรุปผล

การศึกษานี้สรุปได้ว่าการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ทำให้เกิดแนวทางในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนที่มาจากการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน สามารถนำมาใช้เพื่อการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการวางแผนดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชนในด้านอื่นๆ เพื่อให้เกิดการควบคุมและป้องกันปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในระยะยาวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations. (2017). **World population ageing**. New York: Department of Economic and Social Affairs Population Division.
2 *ปราโมทย์ ประสาทกุล*. (2561). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. *2560*.** กรุงเทพฯ:มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
3 World Health Organization. (2017). **Global health and aging**. National Institute on Aging (NIA) & National Institutes of Health (NIH). Retrieved from https://www.nia.nih.gov/research/ publication/global-health-and-aging/suggested-resouces.
4 วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ (2558) **รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการการประมาณการต้นทุนการจัดบริการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุในสถาบัน: กรณีศึกษาศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่.**
5 พรเจริญ บัวพุ่ม, สมทรง มณีรอด และเพ็ญศรี รอดพรม. (2556). **รายงานการวิจัย: การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเยี่ยมบ้านแบบเสริมพลังอำนาจเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง.** สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 3 นครสวรรค์.
6 วรัญญา จิตรบรรทัด. (2560). ความรู้ความเข้าใจ ทัศนคติ และความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู,บ้าน และความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ในตำบลนาเคียน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช. **วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล ปีที่ 23 ฉบับที่ 1: มกราคม-มิถุนายน 2560.**
7. ชนิดา สุ่มมาตย์. (2551). **การพัฒนารูปแบบการจัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยองค์กรชุมชนในภาคอิสาน**. ปริญญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวัฒนธรรมศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
8 Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). **Determining sample sizes for research activities. Educational and Psychological Measurement.**
9 ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง และคณะ. (2559). **การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตอีสานตอนบน**.
10. ชนิดา เตชะปัน. (2561). **ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชน ในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่.** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
11. มนต์ธิณี อัศวพรรณราย. (2556). **การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี.** รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการภาครัฐและภาคเอกชน. วิทยาลัยบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.
12. รัตนา แย้มศรี. (2553). **การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขเทศบาลเมืองรังสิต อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี ในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง.** รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการปกครองท้องถิ่น. วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น.