

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

ตามสถานการณ์และแนวโน้มของสังคมโลกที่กำลังเข้าสู่สังคมสูงวัย จากจำนวนประชากรโลกราว 7,349 ล้านคน จะเพิ่มขึ้นเป็น 7,758 ล้านคนในปี 2563 โดยประมาณครึ่งหนึ่งจะอาศัยอยู่ในทวีปเอเชีย และนอกจากนี้องค์การสหประชาชาติยังได้ประเมินสถานการณ์ในช่วงปี 2544 - 2643 (ค.ศ. 2001-2100) จะเป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุจากการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ โดยสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.3 ในปี 2558 เป็นร้อยละ 13.8 ในปี 2563 และจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12, 2559)

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) หากพิจารณาจากคำจำกัดความที่ว่าสังคมผู้สูงอายุ คือ สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปและมีสัญชาติไทย (พระราชบัญญัติผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2546, 2546) หรือมีประชาชนที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป จึงถือได้ว่าประเทศไทยเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุแล้วตั้งแต่ปี 2548 เนื่องจากมีประชากรตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 10.4% และยังคงคาดการณ์ว่าในอีก 20 ปีข้างหน้า สังคมไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) ดังนั้นการเตรียมการเพื่อรองรับสภาพการณ์การปรับเปลี่ยนเข้าสู่ยุคผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นยิ่งต่อทุกภาคส่วนที่มีความเกี่ยวข้อง รัฐบาลจึงมีการกำหนดนโยบายต่างๆ ขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการบริหารจัดการ ดังเช่นแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 สอดคล้องกับสาระสำคัญในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ 2546 ถึงการให้สิทธิ การคุ้มครองและการสนับสนุนแก่ผู้สูงอายุด้านสังคม สุขภาพ เศรษฐกิจ การบริการด้านการศึกษา การส่งเสริมอาชีพการทำงานให้เหมาะสมกับวัยและให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในสังคม และได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ตามยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาคุณภาพคนและสังคมไทยสู่ภูมิปัญญาและการเรียนรู้ อาทิเช่น การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นให้กับคนรุ่นหลังผ่านศูนย์การเรียนรู้ในชุมชน เป็นต้น

นโยบายผู้สูงอายุแพร่กระจายไปในหลายประเทศแถบทวีปเอเชียที่มีแนวโน้มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับประเทศไทย ซึ่งต่างพยายามกำหนดนโยบายและมาตรการต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุ ทั้งด้านสวัสดิการ การสังคมสงเคราะห์ การสาธารณสุข การบริการสาธารณะและการศึกษา ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า ชะลอภาวะสมองเสื่อม และป้องกันโรคซึมเศร้า รวมถึงการจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้ ยกตัวอย่างเช่น ประเทศเกาหลีใต้ กระทรวงสารสนเทศและการสื่อสาร (Ministry of Information and Communication: MIC) ร่วมกับสถาบันส่งเสริมการใช้ไอซีทีของเกาหลี (KADO) จัดโครงการการศึกษาไอซีทีสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป (ICT Education for the Elderly) โดยร่วมมือกับภาคเอกชน วิทยาลัย ศูนย์สวัสดิการสังคม และศูนย์สวัสดิการผู้ที่อยู่ในวัยเกษียณ เพื่อฝึกอบรมทักษะไอซีทีแก่ผู้สูงอายุ เป็นเวลา 20-30 ชั่วโมง และประเทศไต้หวัน โดยเมื่อต้นปี ค.ศ.2008 กระทรวงศึกษาธิการไต้หวัน ได้ประกาศเพิ่มงบประมาณจำนวน 46.54 ล้านดอลลาร์ไต้หวัน (NT\$) เพื่อสนับสนุนการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า จาก ค.ศ.2007 และก่อนหน้านี้ กระทรวงศึกษาธิการก่อตั้งศูนย์การเรียนรู้ตลอดชีวิต (life-long learning centers) และศูนย์การเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุ (grey-haired learning centers) ในมณฑลต่าง ๆ ดังที่กล่าวมานี้หลายประเทศให้ความสำคัญกับการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุ รวมถึงประเทศไทยที่มุ่งส่งเสริมการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุ โดยการพัฒนารูปแบบการจัดการเพื่อเป็นให้เกิดต้นแบบ ไม่ว่าจะเป็นการพัฒนาด้านหลักสูตร กิจกรรมฝึกอบรม และโครงการส่งเสริมการเรียนรู้ในชุมชน เช่น สนับสนุนให้มหาวิทยาลัยเปิด

หลักสูตรสำหรับผู้สูงอายุ สถาบันอาชีวศึกษาจัดโครงการและกิจกรรมเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุ เช่น สอน อินเทอร์เน็ต ภาษาอังกฤษ ทักษะอาชีพตามความสนใจ รวมถึงให้ผู้สูงวัยมีส่วนร่วมใช้ประสบการณ์และใช้เวลาว่าง ในการดูแลและพัฒนาสังคม เช่น การช่วยเหลือเด็กเล็กด้วยโอกาสในชุมชน การปันประสบการณ์และความรู้ เป็นวิทยาทานผ่านรูปแบบศูนย์การเรียนรู้ หรือแม้กระทั่งโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมผู้สูงอายุใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า ลดภาวะโรคซึมเศร้า และมีความสุข (เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์, 2551)

ศูนย์สุขภาพ ตามคำนิยามตาม ทันทแพทย์กฤษดา เรื่องอารีย์รัชต์ อนุกรรมการและเลขานุการ คณะอนุกรรมการอำนวยการโครงการศูนย์เรียนรู้สุขภาพ ผู้จัดการสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กล่าวว่า "ที่แห่งนี้จะเป็นศูนย์กลางของคนรักสุขภาพ เป็นต้นแบบของบุคคล องค์กร ชุมชน ที่ต้องการเห็นความเปลี่ยนแปลงในสังคมและลุกขึ้นมาสร้างความเปลี่ยนแปลงนั้น เริ่มต้นจากการสร้างแรงบันดาลใจ เริ่มจากความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงสังคม มองเห็นว่าความสุขเริ่มจากคนและวิถีชีวิตของคน ไม่ใช่รอผู้ใดนำมาให้" (ออนไลน์) ดังจะกล่าวได้ว่าศูนย์สุขภาพเป็นทั้งแหล่งการเรียนรู้และการถ่ายทอดความรู้ จึงเป็นสถานที่สำคัญในการเป็นแหล่งสร้างคุณค่าให้กับผู้สูงอายุ ส่งเสริมและสนับสนุนกิจกรรมการเรียนรู้ให้กับผู้สูงอายุและถ่ายทอดภูมิปัญญาผู้สูงอายุ และประสบการณ์ของผู้สูงอายุอย่างเข้มแข็ง

จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นขององค์การบริหารส่วนตำบลหมอเมือง อำเภอแม่จริม จังหวัดน่าน พบว่า บริบทการจัดการศูนย์สุขภาพของในพื้นที่มีความโดดเด่นและแตกต่างกัน ทั้งการบริหารจัดการของพื้นที่ ตั้งแต่การมีเป้าหมายในการพัฒนา การบริหารทรัพยากร การประสานงานเครือข่าย และการแบ่งงานตามบทบาทโครงสร้างของศูนย์สุขภาพตามนโยบายของรัฐบาลที่มุ่งยกระดับสุขภาพของผู้สูงวัย การขับเคลื่อนการทำงานในพื้นที่จึงยังขาดแนวทางการจัดการในพื้นที่เป็นมุ่งจัดการในพื้นที่ร่วมกันของภาคีเครือข่าย ขาดการบริหารทรัพยากรที่ทำให้เกิดประโยชน์สูงสุด ขาดการประสานงานเครือข่ายและการแบ่งงานตามบทบาทตามโครงสร้างศูนย์สุขภาพ ซึ่งทั้งนี้เป็นไปตามปัจจัยภายในและภายนอกในการสนับสนุนการขับเคลื่อนของศูนย์สุขภาพ ทั้งบริบทพื้นที่ ศักยภาพของชุมชน การจัดการด้านความรู้ การจัดการองค์กร ภูมิปัญญาท้องถิ่น รวมไปถึงการจัดตั้งกลุ่มวิสาหกิจชุมชน กลุ่มพัฒนาอาชีพของผู้สูงอายุของแต่ละพื้นที่ จากความแตกต่างนี้เป็นผลสะท้อนให้เห็นช่องว่างในกระบวนการขับเคลื่อนกลไกในการทำงาน และรูปแบบในการจัดการศูนย์สุขภาพของแต่ละพื้นที่ที่ขาดหายไป จึงทำให้การดำเนินงานของศูนย์สุขภาพในพื้นที่ยังไม่เข้มแข็งและประสบผลในการดำเนินงาน

ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจจะศึกษางานวิจัย เรื่อง รูปแบบการจัดการศูนย์สุขภาพผู้สูงวัยแบบมีส่วนร่วมของชุมชนกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย เพื่อจะนำไปสู่รูปแบบการจัดการของศูนย์สุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้มแข็งเพื่อการเป็นต้นแบบที่ยั่งยืนในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพ ศักยภาพในการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลหมอเมือง อำเภอแม่จริม จังหวัดน่าน
2. เพื่อให้ได้รูปแบบการจัดการศูนย์สุขภาพผู้สูงวัยแบบมีส่วนร่วมของชุมชนกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย องค์การบริหารส่วนตำบลหมอเมือง อำเภอแม่จริม จังหวัดน่าน

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านพื้นที่

การวิจัยครั้งนี้ได้ทำการศึกษาครอบคลุมพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลหมอเมือง อำเภอแม่จริม จังหวัดน่าน

2 ขอบเขตด้านระยะเวลา

เมษายน 2560 – เมษายน 2561

3 ขอบเขตด้านตัวแปร

ตัวแปรต้น : รูปแบบการจัดการศูนย์สุขภาพ

ตัวแปรตาม : สุขภาวะของผู้สูงอายุ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. **ชุมชน** : ชุมชนได้ผลข้อมูลสะท้อนในการดำเนินงาน การสร้างการรับรู้ต่อการทำงาน ประสานกันในภาคีเครือข่าย ทั้ง ภาครัฐ ภาควิชาการ และภาคประชาชน เพื่อต่อยอดและพัฒนางานวิจัย พัฒนาประเทศต่อไป

2. **ภาครัฐ** : ได้รับรู้ถึงรูปแบบจัดการศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่และสามารถนำไปต่อยอดและพัฒนาอย่างมีทิศทางและเสริมพลังร่วมกับชุมชนและภาคีเครือข่ายในระดับนโยบายต่อไป

3. **ภาควิชาการ** : ภาควิชาการสามารถนำกระบวนการการเรียนรู้การทำงานเชิงพื้นที่ไปปรับใช้ และสร้างความตระหนักและค้นพบความโดดเด่นของพื้นที่ ได้ข้อมูลด้านรูปแบบจัดการศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ เพื่อต่อยอดและพัฒนางานวิจัยพัฒนาประเทศต่อไป

ผลกระทบของโครงการ

1. สร้างการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชน ภาครัฐ และภาควิชาการในการต่อยอดและพัฒนาประเทศ
2. สร้างเครือข่ายความร่วมมือในการพัฒนาศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุต่อไป

นิยามศัพท์เฉพาะ

ศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง พื้นที่ สถานที่ ที่ผู้สูงอายุสามารถเข้ามาทำกิจกรรม ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันในชุมชน โดยมีคนในชุมชนร่วมกันในพื้นที่ส่วนรวมของผู้สูงอายุได้เข้ามามีกิจกรรมร่วมกันในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ภาคีเครือข่าย หมายถึง กลุ่มบุคคล หรือองค์กรที่มีเป้าหมายร่วมกัน ช่วยเหลือกันด้วยความสมัครใจ เพื่อทำกิจกรรมให้บรรลุเป้าหมาย (ร่วมคิด / วางแผน ร่วมทำ ร่วมประเมินผล) โดยมีความสัมพันธ์แนบแน่น มีความเสมอภาค และเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- 2.1 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาวะ
- 2.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
- 2.3 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม
- 2.4 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับศูนย์การเรียนรู้
- 2.5 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการจัดการ
- 2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาวะ

ความหมายของสุขภาวะ

สุขภาวะ หมายถึง สภาวะความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย และจิตใจรวมถึงความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี ทั้งนี้ไม่ใช่หมายความว่าความเพียงแต่การปราศจากโรคหรือปราศจากทุกพลาภาพ (WHO, n.d.)

สุขภาวะ หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล โดยให้ประชาชนมีความรู้เท่าทัน มีส่วนรวม และมีระบบเสริมสร้างสุขภาพและระวังป้องกันอย่างสมบูรณ์ (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, 2550)

สุขภาวะ หมายถึง การพัฒนาสุขภาพหรือสุขภาวะที่สมบูรณ์ในทุกมิติของสุขภาพทั้งกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ในระดับบุคคลหรือองค์กร บนพื้นฐานการพึ่งตนเองเป็นหลัก ด้วยหลักความรู้ รอบคอบ ระมัดระวัง และมีคุณธรรม มีความซื่อสัตย์ เมตตา เสียสละและแบ่งปัน ตามความเหมาะสมของชีวิต เศรษฐกิจ และสังคมที่เป็นอยู่ เพื่อความสมดุล มั่นคง และยั่งยืน (รุ่งเรือง กิจผาติ, 2553)

สุขภาวะ หมายถึง สภาวะความสมบูรณ์ที่จะสนับสนุนการไปสู่การมีคุณภาพชีวิตซึ่งมีความหมายมากกว่าการปราศจากโรคภัยไข้เจ็บเท่านั้นที่สำคัญที่สุดคือการมีสุขภาพดีสภาวะความสมบูรณ์ของสุขภาพ รวมถึงการมีสุขภาพจิตที่ดี สภาวะอารมณ์ทางสังคม จิตวิญญาณและสภาวะความสุขสมบูรณ์ทางกายทั้งนี้ขึ้นอยู่กับข้อจำกัดส่วนบุคคลทางพันธุกรรมและสติปัญญา (Insel, Paul M. & Roth, Walton T, 2006, p. 109)

ดังนั้นสุขภาวะ หมายถึง สภาวะความสุขสมบูรณ์ที่เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุลทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ (ปัญญา)

1. องค์ประกอบของสุขภาวะ

องค์ประกอบของสุขภาวะที่สำคัญ (ชัญวลี ศรีสุโข, 2549 น. 7; ปรีดา แต่อารักษ์, 2549, น. 2; สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2549, น. 1) ประกอบด้วย

1. การเรียนรู้วิธีการในการดูแลสุขภาพ การเรียนรู้เป็นวิธีการหนึ่งที่จะสร้างให้คนในชุมชนเกิดความตระหนักและใส่ใจในการดูแลสุขภาพ
2. การลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพเป็นการลดปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านพฤติกรรมสุขภาพ หากคนในชุมชนสามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพจะทำให้โอกาสการเจ็บป่วยที่เกิดจากพฤติกรรมลดลงตามไปด้วย
3. การปรับเปลี่ยนทัศนคติ เป็นการปรับเปลี่ยนความคิดจากสภาพความไม่รู้จักพามาเป็นความพอดีในการใช้บริการด้านสุขภาพต่างๆ ตามความจำเป็นและเหมาะสมตามฐานะและหันมาใส่ใจในการดูแลสุขภาพด้วยการออกกำลังกาย
4. การอาศัยเครือข่าย เป็นการเชื่อมโยงเครือข่ายในการดูแลสุขภาพเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนในการดูแลสุขภาพทั้งนี้อาจจะต้องอาศัยสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศอำนวยความสะดวกในการเชื่อมโยงเครือข่าย

องค์ประกอบของสุขภาวะที่ครอบคลุม 4 มิติ

องค์ประกอบของสุขภาวะที่ครอบคลุม 4 มิติ คือ

มิติที่ 1 สุขภาวะทางกาย (Physical health)

เป็นสภาพที่ดีของร่างกาย มีการพัฒนาที่เหมาะสมกับวัย ทำให้อวัยวะส่วนต่างๆของร่างกาย อยู่ในภาวะที่ปกติแข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บไม่มีความพิการใดๆ ร่างกายสามารถทำงานต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งลักษณะสุขภาพที่ดีทางกายนั้น ควรประกอบด้วย

1. ร่างกายมีความสมบูรณ์แข็งแรง ระบบต่างๆ และอวัยวะทุกส่วนทำงานได้ดีมีประสิทธิภาพ
2. ร่างกายมีเจริญงอกงาม การเจริญของอวัยวะต่างๆ เป็นไปเหมาะสมกับวัย รวมทั้งภาวะ

ทางสมอง

3. ร่างกายมีสมรรถภาพสูง สามารถทำงานได้นานๆ โดยไม่เหนื่อยง่าย
4. การนอนและการพักผ่อนเป็นไปตามปกติ ภายหลังจากการนอนหลับและพักผ่อนแล้ว

ร่างกายจะคืนสู่สภาพปกติสดชื่น

5. สุขภาพฟันมีความแข็งแรง หูสามารถรับฟังได้ดี ตาสามารถมองเห็นถนัด
6. ผิวพรรณผุดผ่อง หน้าตาอึมเิบ มีความสดชื่น
7. รูปร่างทรวดทรงสมส่วน สง่างาม
8. ร่างกายปราศจากโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ

มิติที่ 2 สุขภาวะทางอารมณ์ (Emotional health)

เป็นสภาวะทางจิตใจที่แจ่มใสไม่เห็นแก่ตัว มีความเมตตาและไม่วิตกกังวลซึ่งลักษณะสุขภาพจิตดีประกอบด้วย

1. มีความสนุกสนานร่าเริง
2. ไม่มีความเครียดหรือวิตกกังวลต่อการทำงาน
3. การใช้เวลาส่วนตัวเพื่อความเพลิดเพลินและผ่อนคลายความเครียด
4. มีความพอใจในความเพียงพอ
5. สามารถรับสภาพที่ประสบอย่างเข้มแข็ง
6. อดทน ตามวิถีศาสนาและยืนหยัดก้าวต่อไปอย่างมีพลัง
7. ไม่ประสบความหดหู่ หวาดระแวง หวาดกลัว

มิติที่ 3 สุขภาวะทางสังคม (Social health)

เป็นความผาสุกของครอบครัว สังคมและชุมชน โดยชุมชนสามารถให้การดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เป็นสังคมที่มีความเอื้ออาทร เสมอภาค ยุติธรรม ตลอดจนมีระบบสาธารณสุขที่ดีและการกระจายอย่างทั่วถึง การสนับสนุนของสังคมมีส่วนสำคัญช่วยให้ร่างกาย สามารถฟื้นตัวจากโรคภัยไข้เจ็บได้เร็วขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยลดผลกระทบของความเครียดที่มีต่อสุขภาวะทางร่างกายและทางอารมณ์ประกอบด้วย

1. ความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น เช่น สมาชิกครอบครัว เพื่อนฝูง เพื่อนร่วมงาน และเพื่อนบ้าน เป็นบ่อเกิดแห่งความสุข ทั้งในระดับครอบครัว ชุมชนและสังคม

2. ครอบครัวมีความอบอุ่น บุคคลในครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี
3. มีอาชีพที่มั่นคงมีรายได้เพียงพอยั่งยืน
4. การอ่านออกเขียนได้ มีการศึกษาดีและบุตรหลานได้รับการสนับสนุนด้านการศึกษา
5. การอยู่อย่างมีศักดิ์ศรี สังคมให้เกียรติยกย่องและยอมรับ
6. การได้รับดูแลจากสังคมอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องเป็นระบบ

7. ต้องการดำเนินชีวิตอย่างมั่นคงมีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน สามารถปรับความ เป็นอยู่ในสังคมอย่างค่อยเป็นค่อยไป

8. การมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น

9. ความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

มิติที่ 4 สุขภาวะทางจิตวิญญาณ (ปัญญา) (Spiritual health)

เป็นความผาสุกที่เกิดจากจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีบุคลลยัดมันและเคารพสูงสุด ทำให้เกิดความหวัง ความเชื่อมั่นศรัทธา มีการปฏิบัติในสิ่งที่ตั้งงาม มีความเสียสละและยินดีในการที่ได้มองเห็นความสุขหรือ ความสำเร็จของบุคคลอื่น ประกอบด้วย

1. ความสามารถในการให้และรับความรัก ความรู้สึกเสียสละและปรารถนาดีต่อผู้อื่น
2. การให้บริการอย่างสมัครใจหรือการให้บริการแก่องค์กรอื่นๆ
3. การได้รับความรักและกำลังใจจากเพื่อนบ้าน ญาติ พี่น้อง หน่วยงานรัฐ
4. ความเอื้ออาทรต่อกันทั้งในระดับปัจเจกและชุมชน
5. ความยึดมั่นในหลักศาสนาที่ถูกต้อง สามารถประกอบศาสนกิจได้ตามต้องการ
6. ความนำภูมิใจในสิ่งที่ตนมีอยู่และสิ่งที่ตนได้รับ

สรุป สุขภาวะ คือ สภาพการรับรู้ที่แสดงออกของครอบครัว หรือชุมชน ที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพที่ดี ทั้งร่างกายและจิตใจ ภายใต้บริบทที่เป็นอยู่ในชุมชน ทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม ที่อาจเชื่อมโยง กันเป็นองค์รวม โดยสุขภาวะประกอบด้วยมิติสุขภาพ 4 ด้าน คือ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางอารมณ์ สุข ภาวะทางสังคม และสุขภาวะทางจิตวิญญาณ (ปัญญา) ซึ่งทั้ง 4 ด้านล้วนมีความเชื่อมโยงและส่งผลต่อกันและ กันอย่างเป็นองค์รวม เช่น การเจ็บป่วยทางร่างกาย โดยเฉพาะหากเป็นโรคร้ายหรือร่างกายพิการก็มักจะ เกิดผลกระทบต่อมิติทางจิต สังคม และจิตวิญญาณ (ปัญญา) ทั้งนี้สุขภาวะยังหมายถึงภาวะที่มีความสุขซึ่ง มีลักษณะเป็นองค์รวมประกอบด้วย สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางสังคมและสุขภาวะทางจิต วิญญาณหรือปัญญา อีกทั้งสุขภาพมีลักษณะเป็นพลวัตคือมีการเปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา ตามบริบทของ สิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกสุขภาวะของสังคมไทยในปัจจุบันมีความหมายถึงความอยู่ดี กินดี ความสงบ สุข ความเป็นระเบียบเรียบร้อยและความเสมอภาค ตลอดจนสังคมมีจิตวิญญาณ โดยที่สุขภาพมีความสัมพันธ์ เชื่อมโยงกับปัจจัยต่างๆ ทั้งปัจเจกบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ปัจจัยด้านสังคมเศรษฐกิจและ ปัจจัยด้านวัฒนธรรมและระบบบริการสุขภาพ

2.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ

คำที่ใช้เรียกบุคคลว่า ชราหรือสูงอายุนั้น โดยทั่วไปเป็นคำที่ใช้เรียกแทนบุคคลที่มีอายุมาก ผมหาว่าหน้าตาเหี่ยวง่น การเคลื่อนไหวเชื่องช้า พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542: 347) ให้ความหมายของคำว่าชราว่าแก่ด้วย อายุขำรดทรุดโทรมแต่คำนี้ไม่เป็นที่นิยมเพราะก่อให้เกิดความหดหู่ใจ และท้อแท้สิ้นหวัง ทั้งนี้จากผลการประชุมของคณะผู้อาวุโส โดย พล.ต.ต.หลวงอรรถสิทธิสุนทร เป็นประธานได้กำหนดคำให้เรียกว่า ผู้สูงอายุแทน ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2512 เป็นต้นมา ซึ่งคำนี้เป็นคำที่มีความหมายยกย่องให้เกียรติแก่ผู้ที่ชราภาพกว่าเป็นผู้ที่สูงทั้งวัยวุฒิ คุณวุฒิ และประสบการณ์มากกว่า

จากการประชุมวิชาการด้านผู้สูงอายุขององค์การสหประชาชาติในองค์การสหประชาชาติในปี ค.ศ. 1995 United Nation Conference on Aging ใช้คำว่า “Older Person” สำหรับเรียกผู้สูงอายุ และได้ให้ความหมายว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยพิจารณาจากกระบวนการทางชีววิทยาที่เป็นช่วงสุดท้ายของวัฏจักรชีวิตของพวกเรา โดยเฉพาะในระยะ 1 ใน 3 หรือ 1 ใน 4 ของช่วงอายุของพวกเรา จะมีความสูญเสียทางจิตใจ เศรษฐกิจและสังคมมากที่สุด (United Nation ,1995 : 2-3)

องค์การอนามัยโลก (The World Health Organization : WHO) ใช้คำว่า “elderly” สำหรับเรียกผู้สูงอายุ และได้รับความหมายว่า ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เช่นเดียวกับความหมายขององค์การสหประชาชาติ และได้แบ่งช่วงของผู้สูงอายุออกเป็น 3 ช่วงด้วยกัน คือ ช่วงที่หนึ่ง เรียกว่า “ The elderly” เป็นช่วงอายุระหว่าง 60-75 ปี ช่วงที่สอง เรียกว่า “The old” หมายถึงช่วงอายุระหว่าง 76-90 ปีและช่วงสุดท้าย เรียกว่า “The very old” หมายถึงช่วงอายุตั้งแต่ 90 ปีขึ้นไป (Cavanaugh, 1997 อ้างถึงใน ธารธร ดวงแก้ว และหิรัญญา เดชอุดม: 11)

Murry & Zentner. 1985. (อ้างถึงในธารธร ดวงแก้วและหิรัญญา เดชอุดม: 11) อธิบายว่าผู้สูงอายุหรือวัยสูงอายุ เป็นภาวะของการมีอายุสูงขึ้นหรือแก่มากขึ้น โดยพิจารณาตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป และถือว่าเป็นวัยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของวัยผู้ใหญ่ ซึ่งอาจจะมีอาการอ่อนแอของร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการเจ็บป่วยหรือความพิการร่วมด้วย

เจมส์และเรนเนอร์ (อ้างถึงใน เพ็ญผกา กาญจนโณภส 2541:11) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่า หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นธรรมดาในสิ่งมีชีวิตและได้แบ่งระดับของความสูงอายุออกเป็น 4 ประเภท คือ

1. การสูงอายุตามวัย (Chronological aging) หมายถึง การสูงอายุตามปีปฏิทินโดยนับจากปีที่เกิดเป็นต้นไป
2. การสูงอายุตามสภาพร่างกาย (Biological aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและกระบวนการหน้าที่ที่ปรากฏขณะที่มีอายุเพิ่มขึ้น
3. การสูงอายุตามสภาพจิตใจ (Psychological aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของการรับรู้ แนวความคิด ความจำ การเรียนรู้ เซาว์นปัญญาและลักษณะที่ปรากฏในระยะต่างๆของแต่ละคนที่มีอายุเพิ่มขึ้น
4. การสูงอายุตามสภาพสังคม (Sociological aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่สถานภาพของบุคคลในระบบสังคม เช่น ครอบครัว หน้าที่การงาน รวมถึงความสำคัญในฐานะผู้ที่มีประสบการณ์

ความสูงอายุ (Aging) หมายถึงการพัฒนาเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะสุดท้ายในช่วงอายุของมนุษย์ และดำเนินไปอย่างต่อเนื่องจนสิ้นสุดอายุขัยของสิ่งมีชีวิตนั้น ๆ ประเทศไทยกำหนดให้บุคคลที่มีอายุ 60

ปีขึ้นไป ถือเป็นผู้สูงอายุ และถือเป็นเกณฑ์ที่ใช้สำหรับในการปลดเกษียณอายุราชการด้วย ความสูงอายุเมื่อเกิดกับผู้ใดจะมีลักษณะดังนี้ (เสาวลักษณ์ แยมตรี ชุมพล พลนรา และอานนท์ แยมตรี, 2542: 4)

1. ผิวหนังเหี่ยวย่น ผมหงอก ฟันโยก ผู้หญิงหมดประจำเดือน และมีความเสื่อมโทรมปรากฏให้เห็นโดยทั่วไป

2. มีความรู้สึกเรียวแรงอ่อนลง เหนื่อยง่าย มองภาพไม่ชัด หูตึง รับรส กลืนน้อยลง ความจำเสื่อม เรียนรู้สิ่งใหม่ได้ช้า ขาดความคล่องแคล่ว การทำงานลดลง เจ็บป่วยง่าย

3. ขาดความมั่นใจในตนเอง วิดกกังวลง่าย หงอยเหงา ใจน้อย บางครั้งซึมเศร้า แยกตัวหรือบางคนอาจพุดมาก เพื่อเจอ

สุรกุล เจนอบรม (2541: 6-7) ได้กำหนดการเป็นบุคคลสูงอายุไว้ว่าบุคคลผู้จะเข้าข่ายเป็นผู้สูงอายุ มีเกณฑ์ในการพิจารณาแตกต่างกันโดยกำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุไว้ 4 ลักษณะดังนี้

1. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากอายุจริงที่ปรากฏ (Chronological Aging) จากจำนวนปีหรืออายุที่ปรากฏจริงตามปฏิทินโดยไม่นำเอาปัจจัยอื่นมารวมพิจารณาด้วย

2. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Physiological Aging หรือ Biological Aging) กระบวนการเปลี่ยนแปลงนี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุขัยในแต่ละปี

3. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ (Psychological Aging) จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ สติปัญญา การรับรู้และเรียนรู้ที่ถดถอยลง

4. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากบทบาททางสังคม (Sociological Aging) จากบทบาทหน้าที่ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป การมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคล ตลอดจนความรับผิดชอบในการทำงานลดลง

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2544: 10 - 11) ได้เสนอข้อคิดเห็น ของ บาร์โร และสมิธ (Barrow and Smith) ว่า เป็นการยากที่จะกำหนดว่าผู้ใดชราภาพหรือสูงอายุ แต่สามารถพิจารณาจากองค์ประกอบต่าง ๆ ได้ดังนี้คือ

1. ประเพณีนิยม (Tradition) เป็นการกำหนดผู้สูงอายุ โดยยึดตามเกณฑ์อายุที่ออกจากราชการ เช่น ประเทศไทยกำหนดอายุวัยเกษียณอายุ เมื่ออายุครบ 60 ปี แต่ประเทศสหรัฐอเมริกา กำหนดอายุ 65 ปี เป็นต้น

2. การปฏิบัติหน้าที่ทางร่างกาย (Body Functioning) เป็นการกำหนดโดยยึดตามเกณฑ์ทางสรีรวิทยาหรือทางกายภาพ บุคคลจะมีการเสื่อมสลายทางสรีรวิทยาที่แตกต่างกันในวัยสูงอายุอยู่ด้วยต่างๆ ในร่างกาย จะทำงานน้อยลงซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล บางคนอายุ 50 ปี ฟันอาจจะหลุดทั้งปากแต่บางคนอายุถึง 80 ปี ฟันจึงจะเริ่มหลุด เป็นต้น

3. การปฏิบัติหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Mental Functioning) เป็นการกำหนดตามเกณฑ์ความสามารถในการคิดสร้างสรรค์ การจำ การเรียนรู้ และความเสื่อมทางด้านจิตใจ สิ่งที่พบมากที่สุดกับผู้สูงอายุคือ ความจำเริ่มเสื่อม ขาดแรงจูงใจซึ่งไม่ได้หมายความว่าบุคคลผู้สูงอายุทุกคนจะมีสภาพเช่นนี้

4. ความคิดเกี่ยวกับตนเอง (Self - Concept) เป็นการกำหนดโดยยึดความคิดที่ผู้สูงอายุมองตนเอง เพราะโดยปกติผู้สูงอายุมักจะเกิดความคิดว่า “ตนเองแก่ อายุมากแล้ว” และส่งผลต่อบุคลิกภาพทางกาย ความรู้สึกทางด้านจิตใจ และการดำเนินชีวิตประจำวัน สิ่งเหล่านี้จะเปลี่ยนแปลงไปตามแนวความคิดที่ผู้สูงอายุผู้นั้น ๆ ได้กำหนดขึ้น

5. ความสามารถในการประกอบอาชีพ (Occupation) เป็นการกำหนดโดยยึดความสามารถในการประกอบอาชีพโดยใช้แนวความคิด จากการเสื่อมถอยของสภาพทางร่างกาย และจิตใจ คนทั่วไปจึงกำหนดว่า

วัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องพักผ่อน หยุดการประกอบอาชีพ ดังนั้นบุคคลที่อยู่ในวัยสูงอายุ จึงหมายถึงบุคคลที่มีวัยเกินกว่าวัยที่จะอยู่ในกำลังแรงงาน

6. ความกดดันทางอารมณ์และความเจ็บป่วย (Coping with Stress and Illness) เป็นการกำหนดโดยยึดตามสภาพร่างกาย และจิตใจ ผู้สูงอายุจะเผชิญกับสภาพโรคร้ายไข้เจ็บอยู่เสมอ เพราะสภาพทางร่างกายและอวัยวะต่าง ๆ เริ่มเสื่อมลง นอกจากนั้น ยังอาจเผชิญกับปัญหาทางด้านสังคมอื่น ๆ ทำให้เกิดความกดดันทางอารมณ์เพิ่มขึ้นอีก ส่วนมากมักพบกับผู้มีอายุระหว่าง 60 - 65 ปีขึ้นไป

สรุปแล้วผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจไปในทางที่เสื่อมลง มีบทบาททางสังคมและกิจกรรมทางอาชีพที่ลดลง

การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านสรีระ ด้านจิตใจ และด้านสังคม การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้สามารถสรุป (โกศล วงศ์สุวรรณ, สุธิลา ตูลยะเสถียร, และสถิต วงศ์สุวรรณ, 2544; เพื่อนช่วยจำ, 2551; จินตนา สงค์ประเสริฐ, 2538) ได้ดังนี้

1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ที่เกิดขึ้นในทุกระบบหน้าที่ของร่างกาย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะและระบบต่าง ๆ รวมทั้งปัญหาทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ มีดังนี้

1) ระบบผิวหนัง ผิวหนังบางลง เซลล์ผิวหนังมีจำนวนน้อยลง เซลล์ที่เหลืออยู่เจริญช้าลงทำให้การหายของแผลช้าลง การทำงานของตัวรับการกระตุ้นที่ผิวหนังและการไหลเวียนโลหิตส่วนปลายลดลง จึงทำให้เกิดแผลและอุบัติเหตุที่ผิวหนังได้ง่าย ผิวหนังขาดการตั้งตัว ไขมันใต้ผิวหนังลดลงที่บริเวณใบหน้าและหลังมือ แต่เพิ่มขึ้นบริเวณหน้าท้องและต้นขา รวมทั้งการกดทับเส้นเลือดฝอยใต้ผิวหนังจะหนา การซึมผ่านของออกซิเจน อาหารเข้าสู่เซลล์เนื้อเยื่อต่ำ ความแข็งแรงของผิวหนังลดลง ผมและขนมีจำนวนน้อยลงเมลานินซึ่งผลิตจากเซลล์สร้างสีของผมหดลง ทำให้ผมและขนทั่วไปสีจางลงกลายเป็นสีเทาหรือสีเทา เส้นผมร่วงและแห้งง่าย เนื่องจากการไหลเวียนโลหิตบริเวณศีรษะลดลง (Squire)

2) ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก จำนวนและขนาดเส้นใยของกล้ามเนื้อลดลง มีเนื้อเยื่อเกี่ยวพันเข้ามาแทนที่มากขึ้น มีผลทำให้ความแข็งแรงและความว่องไวในการเคลื่อนที่ของร่างกายลดลง ประสิทธิภาพการทำงานของเอ็นไขว้ในกล้ามเนื้อลดลง เซลล์กระดูกลดลง แคลเซียมสลายออกจากกระดูกมากขึ้นและไปเกาะบริเวณกระดูกอ่อน เช่น ขาโยง ทำให้การเคลื่อนไหวของทรงอกลดลง ทำให้กระดูกผู้สูงอายุเปราะและหักง่าย แม้ว่าจะไม่ได้รับอุบัติเหตุ ความยาวของกระดูกสันหลังลดลงและพุงมากขึ้น เพราะฮอร์โมนกระดูกบางลง ทำให้เกิดหลังค่อมและเอียงมากขึ้นความสูงลดลง 2 นิ้วจากอายุ 20-70 ปี (1.2 เซนติเมตร ทุก 20 ปี) ความยาวของกระดูกยาวคงที่ แต่ภายในจะกลวงมากขึ้น การทรงตัวไม่ดี ไม่กระฉับกระเฉงความสามารถในการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจึงลดลง กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่อต่าง ๆ เสื่อมมากขึ้นตามอายุ น้ำไขข้อลดลง เป็นสาเหตุทำให้กระดูกเคลื่อนที่มาสัมผัสกัน เกิดข้ออักเสบและติดข้อได้ง่าย

3) ระบบหัวใจและหลอดเลือด ในกล้ามเนื้อหัวใจฝ่อลีบ มีเนื้อเยื่อพังคืดไขมัน และสารไลโปฟุสซิน มาสะสมภายในเซลล์มากขึ้น ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ลิ้นหัวใจแข็งและหนาขึ้น มีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้น ทำให้การปิดเปิดของลิ้นหัวใจไม่ดี เกิดภาวะลิ้นหัวใจรั่วและตีบได้ ผนังหลอดเลือดหนาและมีความยืดหยุ่นน้อยลงเพราะมีเส้นใยคอลลาเจนมากขึ้น เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว ความแรงของชีพจรลดลง กล้ามเนื้อหัวใจทำงานเพิ่มขึ้น และต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น

4) ระบบทางเดินหายใจ หลอดลมและหลอดลมมีขนาดใหญ่ขึ้น ความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อปอดลดลงเพราะมีเส้นใยอีลาสติคลดลง ความแข็งแรงและการหดตัวของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจเข้าออกลดลง เนื้อหุ้มปอดแห้งทึบ ทำให้ปอดขยายและหดตัวได้น้อยลง การระบายอากาศหายใจลดลง ถุงลมมีจำนวนลดลง ถุงลมที่เหลือจะมีขนาดใหญ่ขึ้น ผนังถุงลมแตกง่าย เกิดโรคถุงลมโป่งพองง่าย หลอดลมแข็งขาดความยืดหยุ่น ทำให้หายใจหอบเหนื่อยได้ง่าย

5) ระบบทางเดินอาหาร การผลิตเอนไซม์ และลดลง 1 ใน 3 ทำให้การย่อยแป้งและน้ำตาลในปากลดลง ความรู้สึกหิวอาหารน้อยลงเนื่องจากการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารลดลง การผลิตน้ำย่อย กรดเกลือและเอนไซม์ต่าง ๆ ในกระเพาะอาหารลดลง การดูดซึมแคลเซียมและธาตุเหล็ก วิตามินบี 2 ลดลง ผู้สูงอายุเกิดโรคกระดูกผุและโลหิตจางได้ง่าย การเคลื่อนไหวของลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ลดลง ประกอบกับการหดตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้องลดลง และผู้สูงอายุชอบรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่ายที่ไม่มีกาก จึงเป็นเหตุให้เกิดภาวะท้องผูก ทำให้เบื่อกินอาหาร ท้องอืดง่าย ตับมีความสามารถในการทำลายพิษลดลง จึงเกิดพิษของยาได้ง่ายในผู้สูงอายุ ปริมาณน้ำดีลดลง รวมทั้งมีความหนืดเพิ่มขึ้นตามอายุ มีผลทำให้เกิดนิ่วในถุงน้ำดีได้ง่าย ตับอ่อนทำหน้าที่เสื่อมลง ผลิตอินซูลินได้น้อย และ ที่ผลิตมานั้น มีประสิทธิภาพในการนำน้ำตาลเข้าสู่เนื้อเยื่อต่ำ ทำให้น้ำตาลที่เหลือถูกสะสมเป็นไขมันส่วนหนึ่ง อีกส่วนหนึ่งจะคงอยู่ในกระแสเลือด และมีบางส่วนเท่านั้นที่ถูกขับออก ผู้สูงอายุจึงเป็นเบาหวานอย่างอ่อนได้ หรือมีแนวโน้มที่จะเป็นเบาหวานได้ง่ายกว่าวัยหนุ่ม – สาว

6) ระบบทางเดินปัสสาวะ อัตราการกรองของไตลดลง ทำให้การดูดกลับของสารต่าง ๆ น้อยลง ทำให้ปัสสาวะเจือจางมากขึ้น ความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะลดลงทำให้การถ่ายปัสสาวะไม่ติด กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลังลง จึงมีปัสสาวะตกค้างอยู่มากมายหลังถ่ายปัสสาวะแต่ละครั้งมีผลทำให้ผู้สูงอายุปัสสาวะบ่อย นอกจากนี้ผู้สูงอายุชายมีต่อมลูกหมากโต ทำให้ปัสสาวะได้ลำบาก ผู้หญิงกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เพราะกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อน โดยเฉพาะในหญิงที่คลอดบุตรมาแล้วหลายคน

7) ระบบสืบพันธุ์ ผู้สูงอายุชายลูกอัณฑะเหี่ยวเล็กลงและผลิตเชื้ออสุจิได้น้อยลง ขนาดและรูปร่างของเชื้ออสุจิเปลี่ยนแปลง มีความสามารถในการผสมกับไข่ได้น้อยลง ความหนืดของน้ำเชื้อลดลง ไขมันบริเวณใต้ผิวหนังและขนลดลง ผู้สูงอายุหญิงรังไข่จะฝ่อเล็ก มดลูกมีขนาดเล็กลง เยื่อบุภายในมดลูกบางลง มีเนื้อพังพืดมากขึ้น ปากมดลูกเหี่ยวและมีขนาดเล็กลง รอยย่นและความยืดหยุ่นทางช่องคลอดเล็กน้อย ทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บในระหว่างร่วมเพศและความรู้สึกทางเพศลดลง ช่องคลอดสีขาวซีด เพราะมีเลือดมาเลี้ยงน้อยลง ภายในช่องคลอดมีความเป็นด่างมากขึ้น ทำให้เกิดการอักเสบและติดเชื้อได้ง่าย

8) ระบบต่อมไร้ท่อ น้ำหนักของต่อมใต้สมองลดลง 20 เปอร์เซ็นต์ มีเนื้อเยื่อเกี่ยวพันเข้ามาแทนที่มากขึ้น การไหลเวียนเลือดที่ต่อมใต้สมองลดลง การผลิตฮอร์โมนรังไข่เพิ่มขึ้นในผู้หญิง แต่คงที่และเพิ่มขึ้นอย่างช้า ๆ ในผู้ชาย ส่วนการผลิตฮอร์โมนอื่นอาจคงที่หรือลดลง

9) ระบบประสาทและประสาทสัมผัส ประสิทธิภาพการทำงานทางสมองและประสาทอัตโนมัติลดลง ความเร็วในการส่งสัญญาณประสาทลดลง ทำให้ความไวและความรู้สึกตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่าง ๆ ลดลง การเคลื่อนไหวและความคิด เชื่องช้า บางครั้งอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวทำงานได้ไม่สัมพันธ์กัน อาจทำให้เกิดอันตรายและอุบัติเหตุได้ง่าย ความจำเสื่อม โดยเฉพาะความจำเรื่องราวใหม่ แต่สามารถจำเรื่องราวเก่า ๆ ในอดีตได้ดี โดยความจำเสื่อมจะเกิดขึ้นเพียงเล็กน้อยในช่วงอายุ 60-70 ปีและค่อย ๆ เพิ่มขึ้นตามอายุ การเรียนรู้และความจำ ผู้สูงอายุจะมีปัญหาเกี่ยวกับความจำ เมื่ออายุ 70 ปีขึ้นไป โดยความจำประกอบด้วยความจำในอดีต (Remote memory) คือความจำเรื่องราวในอดีตที่ผ่านมา ความจำในเรื่องปัจจุบัน (Recent Memory) เป็นความจำในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เรื่องราว ประสบการณ์ หรือข้อมูลที่ได้รับในรอบ 24 ชั่วโมง ความจำเฉพาะหน้า (Immediate Memory) เป็นการจดจำเรื่องที่เกิดขึ้นในทันที ชั่วโมง

ระยะเวลาอันสั้น (ตัวเลข 5 – 7 หลัก) ความสามารถในการเรียนรู้เรื่องใหม่ ๆ ลดลงต้องอาศัยเวลานานในการเรียนรู้ สามารถทำงานที่มีประสบการณ์มาแล้วได้ดี ความกระตือรือร้นลดลง แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง เวลานอนน้อยลง เวลาตื่นมากขึ้น

รูปร่างตาเล็กลง ปฏิกริยาตอบสนองทางม่านตาต่อแสงลดลง ทำให้การปรับตัวสำหรับการมองเห็นในสถานที่ต่าง ๆ ไม่ดี ความไวในการมองตามภาพลดลง ความสามารถในการเทียบสีลดลง ทำให้แยกสีที่คล้ายกันได้ยากขึ้น การผลิตน้ำตาลดลง ทำให้ตาแห้งและเกิดการระคายเคืองต่อเยื่อぶตาได้ง่าย

การได้ยินลดลง มีอาการหูตึงมากขึ้น ระดับเสียงสูงจะสูญเสียการได้ยินมากกว่าระดับเสียงต่ำ จึงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุเป็นคนแยกตัว ช่างสงสัยและหวาดระแวงในสิ่งต่าง ๆ

การรับกลิ่นไม่ดี เพราะมีการเสื่อมของเยื่อบุโพรงจมูกและกระเปาะรับกลิ่นในสมอง ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถรับกลิ่นที่อาจก่อให้เกิดอันตรายได้ เช่น กลิ่นก๊าซรั่ว กลิ่นไฟไหม้ การรับรสของลิ้นเสียไป เนื่องจากต่อมรับรสมีจำนวนลดลง โดยเฉพาะต่อมรับรสหวาน จึงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารรสจัดมากขึ้น หรือรับประทานอาหารไม่อร่อย เกิดภาวะเบื่ออาหาร การรับความรู้สึกสัมผัสต่อสิ่งต่าง ๆ ลดลง การรับความรู้สึกเจ็บปวด ทั้งกายและภายนอกร่างกายลดลง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดอันตรายได้ง่ายโดยไม่มีการเตือน

เมื่อสภาพร่างกายเสื่อมโทรมลง ทำให้ผู้สูงอายุที่แข็งแรงมาตลอดมีโอกาสเป็นโรคต่าง ๆ ได้มากขึ้นกว่าผู้ที่มีอายุน้อย เช่นโรคปอดบวม ปอดอักเสบ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง โรคกระดูกพรุน เป็นต้น นอกจากนั้น เนื่องจากความเสื่อมของการมองเห็น การได้ยิน และการเคลื่อนไหวที่ไม่สัมพันธ์กัน ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย และอุบัติเหตุเพียงเล็กน้อยก็อาจไปทำให้เกิดอันตรายแก่กระดูก หลอดเลือด หรือเส้นประสาททำให้เกิดความพิการติดตามมาอีกด้วย

ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยมักจะมีหลายโรค (Multiple Pathology and Diseases) และมีการแสดงของโรคที่แตกต่างจากที่พบในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ทั่วไป เช่น เป็น

ปอดบวม แต่อาการและอาการแสดงของปอดไม่ชัดเจน กลับมีอาการซึม สับสน (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2535) เมื่อมีหลายโรคก็มักจะได้ยาพร้อม ๆ กันหลายชนิด ทำให้ร่างกายได้รับผลจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาต่าง ๆ เข้าไปอีกนอกจากนั้นเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย หรือกระดูก กล้ามเนื้อได้รับภัยอันตราย ก็จะมีฟันตัวและหายช้าเกิดปัญหาอื่น ๆ ตามมา

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์

มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและสังคม การแสดงพฤติกรรมที่แสดงออกของสภาพอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุนั้นขึ้นอยู่กับประสบการณ์และลักษณะพัฒนาการด้านต่าง ๆ ที่ผ่านมาในชีวิตและบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล โดยทั่วไปแล้วสภาพความเสื่อมทางอารมณ์และจิตใจ มักจะเกิดควบคู่กันกับการเปลี่ยนแปลงหรือความเสื่อมทางด้านร่างกายประกอบกับการต้องสูญเสียบทบาท ตำแหน่งหรือหน้าที่ทางสังคม เช่น การเกษียณอายุหรือการเคยเป็นผู้เป็นที่พึ่งของลูกหลาน ก็ต้องเปลี่ยนสภาพมาเป็นผู้พึ่งพา ลูกหลานแทน การต้องสูญเสียสิ่งที่รักหรือบุคคลอันเป็นที่รัก รวมถึงการขาดการดูแลเอาใจใส่จากคนในครอบครัว หรือทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง จึงทำให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ (เต็มศักดิ์ คทวณิช, 2550) ประกอบกับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ได้แก่ ความจำ ชาวนานี้ ปัญหา การเรียนรู้ บุคลิกภาพ และความเจ็บเหงาเดียวดาย ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

ความจำ ความจำเสื่อมถอยลงเป็นปรากฏการณ์เบื้องต้นของการเปลี่ยนแปลงไปสู่วัยสูงอายุ ความจำต่อสิ่งใหม่ ๆ มีน้อย กระบวนการจำมีเพียงระยะสั้น มักลืมเหตุการณ์ปัจจุบันหรือเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นได้ง่าย แต่พบว่าจำเหตุการณ์ในอดีตได้ดี การมีชีวิตอยู่กับอดีตและความหลังเป็นสิ่งปกติวิสัยในผู้สูงอายุ

เขาวนปัญญา ความรวดเร็วของการใช้ความคิดลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น แต่ความแม่นยำยังคงมีเท่า ๆ กับคนหนุ่มสาว ถ้าให้เวลามากขึ้นผู้สูงอายุสามารถที่จะแสดงความคิดเห็นหรือใช้วิจารณ์ญาณได้ดีในสถานการณ์ที่ต้องอาศัยความสุขุม จากประสบการณ์และความรู้อันได้รับการสะสมมาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน ส่วนความสามารถในการคำนวณวิเคราะห์สิ่งต่าง ๆ อาจลดลง แต่ความรู้สึกรู้สึกทั่วไปและที่เกี่ยวกับภาษา ยังคงมีอยู่ กระทั่งในบั้นปลายของชีวิต

การเรียนรู้ ความสามารถในการเรียนรู้ขึ้นอยู่กับความทรงจำ ซึ่งมักจะลดน้อยลงในวัยชรา การรับรู้ และการเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ ในบริบทของชีวิตที่มีความซับซ้อนจะเรียนรู้ได้ยาก เช่น เทคโนโลยีใหม่ๆ ทางด้านสารสนเทศ และการขาดแรงจูงใจจะมีผลต่อความสามารถในการเรียนรู้ในระยะนี้

บุคลิกภาพ ลักษณะและรูปแบบที่เป็นมาแต่ดั้งเดิมของคุณลักษณะทางบุคลิกภาพจะยังคงไว้แต่ลักษณะเด่นเฉพาะและจะแสดงออกมาในวัยสูงอายุตามอิทธิพลหรือข้อจำกัดทางกายและจิตใจ

ภาวะเหงา เป็นภาวะที่แสดงถึงการขาดการสนองตอบโต้ทางอารมณ์ จากการศึกษาพบว่า ในวัยสูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 42 เป็นหม้าย ฉะนั้นวัยนี้จะต้องพบกับ การสูญเสียที่ยิ่งใหญ่ในช่วงชีวิต คือการสูญเสียคู่สมรส ซึ่งจะสร้างความกระทบกระเทือนใจได้สูงมาก การอยู่อย่างโดดเดี่ยวขาดคู่คิดจะทำให้จิตใจหดหู่ รวมทั้งเพื่อนฝูงในวัยเดียวกันก็ได้ล้มหายตายจากไปบ้างแล้ว ที่เหลืออยู่ก็อาจจะขาดการติดต่อเนื่องจากสุขภาพไม่เอื้ออำนวยในการเดินทาง จึงต้องอยู่อย่างเหงาหงอยก่อให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ในชีวิต มีอารมณ์ฉุนเฉียว โกรธง่าย สิ้นหวังและอาจเป็นสาเหตุทำให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกายยิ่งอ่อนแอลงได้อีก

ความรู้สึกไม่มั่นใจ ขาดเสถียรภาพทางจิตใจ (Insecure) ภาวะไม่มีเสถียรภาพทางจิตใจ เกิดจากการที่ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นในด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้านเศรษฐกิจ ด้านความคุ้มครองให้ปลอดภัย ทำให้ผู้สูงอายุหงุดหงิดง่าย โมโหง่าย สะเทือนใจง่าย ด้วยเรื่องเล็กน้อยๆ ทำให้กลายเป็นคนหยาบคาย ใจน้อย ฉุนเฉียว โกรธง่าย และวุ่นวายในกิจการของผู้อื่น เป็นสาเหตุนำไปสู่การขัดแย้งกับลูกหลานหรือผู้ดูแลได้

ความรู้สึกกลัวตาย ความกลัวตายทำให้ผู้สูงอายุกังวลกับความเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่เกิดขึ้น จึงมักจะต้องพบแพทย์บ่อย ๆ เพราะความกลัวตายนี้ทำให้ผู้สูงอายุหาโรคร้ายไข้เจ็บใส่ตนเอง จนบางครั้งลูกหลานอาจชุ่นเคืองและรำคาญได้

ความรู้สึกหมดหวัง สิ้นหวัง (Helplessness and Hopelessness) เนื่องจากความเสื่อมของสมรรถภาพ ทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุอาจมีความคิดสร้างสรรค์สิ่งที่เป็นประโยชน์ให้แก่ลูกหลานให้แก่สังคม อาจกระทำตนให้เป็นประโยชน์ แต่ถูกจำกัดด้วยความเสื่อมถอยทางร่างกายและจิตใจที่ผู้สูงอายุไม่อาจจะยับยั้งได้ ความรู้สึก

หมดหวัง ทำให้เกิด ความรู้สึกโกรธตนเอง อาจกลายเป็นภาวะเศร้าได้ในที่สุด

ผู้สูงอายุที่ปรับตัวไม่ได้ อาจเกิดปัญหาทางจิตตามมา ซึ่งปัญหาทางจิตในผู้สูงอายุที่พบได้บ่อยคือ ซึมเศร้า ซึ่งอาการซึมเศร้านี้อาจจะเกิดเนื่องจากภาวะทางจิตโดยตรง หรืออาจเกิดเนื่องจากการมีพยาธิสภาพที่สมอง หรือเซลล์สมองเสื่อมร่วมด้วยก็ได้ นอกจากภาวะซึมเศร้าแล้ว โรคอารมณ์แปรปรวนชนิดคลั่ง (Mania และ Bipolar Disorder) ก็พบได้ แต่มักจะมีสาเหตุสืบเนื่องมาจากผลข้างเคียงของยาบางชนิด หรือเป็นผู้ที่ปัญหาทางด้านอารมณ์มาก่อน แล้วนอกจากนี้การที่ประสาทการรับรู้ของผู้สูงอายุเสื่อม ประกอบกับความไม่สมดุลทางอารมณ์ก็ทำให้เกิดโรคจิตหวาดระแวงได้

โดยสรุปแล้วการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของผู้สูงอายุ จะมาจากความเกี่ยวเนื่องของความเสื่อมทางกาย ความสามารถในการปรับตัวปรับใจต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น รวมถึงการสูญเสียหรือเหตุการณ์ร้าย ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต ตลอดจนภาวะทางเศรษฐกิจ ครอบครัวย และสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดผลกระทบทั้งสิ้น

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม

สังคมของมนุษย์มีการอยู่ร่วมกันมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีการเปลี่ยนแปลงความคิดเห็นซึ่งกันและกัน และมีความรู้สึกว่าเป็นสมาชิกของกลุ่ม ซึ่งเหล่านี้เป็นความต้องการทางสังคม ในผู้สูงอายุก็เช่นเดียวกัน ผู้สูงอายุต้องการ การยอมรับจากสมาชิกอื่น ๆ ในกลุ่ม ในครอบครัวและในสังคม แต่เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเกิดขึ้น ความสามารถในการทำกิจกรรมช้าลง เนื่องจากความเสื่อมของร่างกายจึงทำให้ผู้สูงอายุถูกจำกัดหรือลดความสำคัญทางสังคม โดยสังคมของผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเหลือแค่เพียงครอบครัวและเพื่อนร่วมงานที่มีความสนใจและค่านิยมคล้าย ๆ กัน เท่านั้น พฤติกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ จะเน้นความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว ได้แก่ คู่ครอง บุตร-หลาน ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องเปลี่ยนบทบาทในครอบครัว จากเป็นผู้นำ หรือหัวหน้าครอบครัว ก็เปลี่ยนมาเป็นที่ปรึกษาของบุตรหลานแทน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมที่มีผลต่อผู้สูงอายุ ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างและความผูกพันภายในครอบครัว

สังคมไทยในปัจจุบัน มีการเปลี่ยนแปลงไปเป็นสังคมยุคอุตสาหกรรม เกิดการเคลื่อนย้ายของกลุ่มผู้ใช้แรงงานจากชนบทเข้าสู่เมือง ทั้งผู้สูงอายุไว้ที่บ้าน ผู้สูงอายุที่เคยใช้ชีวิตที่อบอุ่นในอดีตกับลูกหลาน ต้องประสบกับปัญหาในการปรับตัว ให้กับสังคมสมัยใหม่ มีการใช้ชีวิตอยู่ตามลำพังมากขึ้น ก่อให้เกิดความวิตกกังวล หดหู่ น้อยใจ ว่าเหวและปัญหาสุขภาพจิตตามมา

2. การสูญเสียบุคคลที่มีความหมายต่อตนเอง

วัยผู้สูงอายุ เป็นวัยที่ได้รับการกระทบกระเทือนใจอยู่เสมอ จากการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่ชีวิต ญาติสนิท เพื่อนสนิท ซึ่งการสูญเสียคู่ชีวิตนับเป็นการสูญเสียที่กระทบต่อความรู้สึกของผู้สูงอายุมากที่สุด (เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์, 2543)

3. การปลดเกษียณหรือออกจากงาน

การปลดเกษียณหรือออกจากงาน ถือเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่เคยรับราชการหรือมีบทบาททางสังคม ทั้งนี้เพราะเกษียณอายุทำให้ผู้สูงอายุถูกแยกออกจากงาน เพื่อนร่วมงาน บทบาทและหน้าที่ในสังคมลดลง ตลอดจนจนเป็นการลดบทบาทการเป็นผู้นำ ผู้หาเลี้ยงครอบครัว ผู้สูงอายุจึงรู้สึกด้อยค่าในตนเอง มีการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมน้อยลง ขาดการพบปะติดต่อกัน พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคคลอื่น และแยกตัวออกจากสังคม

4. การเปลี่ยนแปลงทางขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม

ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ทำให้สภาพชีวิตและความเป็นอยู่ในสังคมไทย เปลี่ยนไปในลักษณะคล้ายกับสังคมตะวันตกมากยิ่งขึ้น เป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุต้องประสบปัญหากับบุตรหลาน มีความขัดแย้งกันในเรื่องค่านิยมและพฤติกรรมต่าง ๆ ของคนในวัยหนุ่มสาวในปัจจุบัน ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุมีการยึดมั่นขนบธรรมเนียม ประเพณีและวัฒนธรรมดั้งเดิม

จะเห็นได้ว่าเมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ รวมทั้งด้านสังคมด้วย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องดูแลและรักษาในสุขภาพกาย สุขภาพจิต

ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ประชากรวัยหนุ่มสาวมีสัดส่วนน้อยลง ทั้งที่ยังมีหน้าที่การงานอื่นที่ต้องรับผิดชอบ ทำให้ผู้สูงอายุต้องประสบกับปัญหาต่างๆมากมาย ทั้งทางด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ปัญหาทางด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ ปัญหาที่อยู่อาศัย เป็นต้น ปัญหาดังกล่าววนอกจากกระทบ

ต่อผู้สูงอายุโดยตรงแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อไปถึงชุมชนและสังคมในภาพรวมที่ต้องให้การดูแลและให้สวัสดิการผู้สูงอายุในด้านต่างๆ เช่น การรักษาพยาบาล การให้สวัสดิการต่างๆอีกมากมาย ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญระดับชาติ

กุลยา ตันติผลาชีวะ (2524: 5) ได้เน้นถึงความต้องการของผู้สูงอายุโดยยึดแนวคิดของคลาร์ค (Clark) พบว่า ผู้สูงอายุต้องการในสิ่งต่อไปนี้

1. ต้องการทำตนให้เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม
2. ต้องการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและชุมชน
3. ต้องการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์
4. ต้องการเข้าร่วมสนุกกับเพื่อนตามปกติ
5. ต้องการการยอมรับนับถือ
6. ต้องการแสดงออกในผลสำเร็จของตน

ศรีทัษิม รัตนโกศล (2527: 4) แบ่งความต้องการของผู้สูงอายุออกเป็นด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัว ผู้สูงอายุที่ถูกปล่อยให้โดดเดี่ยวจะขาดความมั่นคงทางอารมณ์และจิตใจรวมทั้งเศรษฐกิจ จึงต้องหันไปพึ่งการช่วยเหลือจากบุคคลหรือ องค์กรสังคมสงเคราะห์ภายนอกครอบครัว ผู้สูงอายุจึงมีความต้องการที่จะได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวของตนเองควบคู่ไปกับการช่วยเหลือจากภายนอกครอบครัว เช่น กลุ่มอาสาสมัครทั้งองค์การภาครัฐและองค์การภาคเอกชน

2. ความต้องการด้านการประกันรายได้ โดยเฉพาะการประกันสังคมประเภทประกันชราภาพ เมื่อเข้าสู่วัยชราและเลิกประกอบอาชีพแล้ว จะได้รับบำนาญชราภาพเพื่อช่วยให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขและมั่นคงปลอดภัยตามควรแก่อัตภาพในบั้นปลายชีวิต ไม่เป็นภาระแก่บุตรหลานและสังคม

3. ความต้องการมีส่วนร่วมในชุมชน โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในกิจกรรมบางประเภทในสังคม สังคมจึงควรให้โอกาสแก่ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วม ในการปรับปรุงชีวิตของชุมชนให้ดีขึ้น ให้มีโอกาสได้เรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ในการพัฒนาตนเอง ในการปรับตัวให้ทันสมัยกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในการปรับปรุงวัฒนธรรมและในการรักษาสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจให้แข็งแรงอยู่เสมอ

4. ความต้องการที่ลดการพึ่งพาตนเองให้น้อยลง หากครอบครัวและสังคมส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในครอบครัวและสังคมแล้วจะเป็นการช่วยผู้สูงอายุให้รู้จักพึ่งพาตนเอง ไม่เป็นภาระแก่สังคมในบั้นปลายชีวิต

5. ความต้องการทางสังคมของผู้สูงอายุ ได้แก่

- 5.1 ความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว กลุ่มสังคม

- 5.2 ความต้องการการยอมรับและเคารพยกย่องนับถือจากบุคคลในครอบครัว และสังคม

- 5.3 ความต้องการเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในสายตาของสมาชิกในครอบครัวของกลุ่ม ของชุมชน และของสังคม

- 5.4 ความต้องการมีสัมพันธ์อันดีกับบุคคลภายในครอบครัว ชุมชน และสังคมสามารถปรับตัวให้เข้ากับบุตรหลานในครอบครัวและสังคมได้

- 5.5 ความต้องการมีโอกาสทำในสิ่งที่ตนปรารถนา

6. ความต้องการทางกายและจิตใจ เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานที่สุดในชีวิตมนุษย์ ความต้องการทางด้านร่างกาย ได้แก่ ปัจจัย 4 ความต้องการทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความมั่นคงปลอดภัยโดยเฉพาะความต้องการด้านที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัย คลายจากความวิตกกังวลและความหวาดกลัว ความต้องการได้รับการยอมรับนับถือ ความต้องการที่จะได้รับการยอมรับว่าเป็นสมาชิกของกลุ่มสังคมและครอบครัว ความต้องการโอกาสก้าวหน้า โดยเฉพาะในเรื่องของความสำเร็จของการทำงานในบั้นปลายชีวิต

7. ความต้องการด้านเศรษฐกิจ ต้องการได้รับการช่วยเหลือ ด้านการเงินจากบุตรหลานเพื่อสะสมไว้ใช้จ่ายในภาวะที่ตนเองเจ็บป่วย ต้องการให้รัฐช่วยจัดหาอาชีพ เพื่อเป็นการเพิ่มพูนรายได้ ทั้งนี้ เพื่อตนเองได้มีบทบาททางเศรษฐกิจ ช่วยให้ตนพ้นจากภาวะบีบคั้นของเศรษฐกิจในสถานการณ์ปัจจุบัน

จากแนวความคิดสรุปได้ว่า ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ความต้องการของผู้สูงอายุก็นั้นจะต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงในทุก ๆ ด้าน ทั้งนี้ สำหรับการปรับตัวของผู้สูงอายุนั้นจะต้องอาศัยการสนับสนุนจากบุคคลหลายฝ่าย เพื่อจะเป็นการลดปัญหาและสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม

2.3 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

ความหมายการมีส่วนร่วม

สำหรับความหมายของการมีส่วนร่วม มีนักวิชาการทั้งชาวไทย และชาวต่างประเทศที่มีความรู้ความสามารถ และทำวิจัย แต่งตำรา เกี่ยวกับเรื่องนี้มานาน ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม ดังรายละเอียด ดังนี้

Arnstien (1969) การมีส่วนร่วม หมายถึง การเข้าไปมีส่วนร่วมโดยไม่มีบทบาทอะไรเลย ย่อมไม่ได้ผล การมีส่วนร่วมที่มีคุณภาพนั้น ผู้เข้าร่วมจะต้องรู้จักใช้อำนาจและสามารถควบคุมกิจกรรมนั้นได้จึงจะทำให้เกิดผลอย่างมีประสิทธิภาพ

Berkley (1975) การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ผู้นำเปิดโอกาสให้ผู้ตามทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมตัดสินใจในการทำงานเท่าที่จะสามารถกระทำได้

William Erwin (1976) การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนา ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ แก้ปัญหาของตนเอง

Cohen & Uphoff (1981) การมีส่วนร่วม หมายถึง สมาชิกของชุมชนต้องเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องใน 4 มิติ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมการตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร 2) การมีส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนารวมทั้งลงมือปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ 3) การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ

United Nations (1981) การมีส่วนร่วม หมายถึง การเข้าร่วมอย่างกระตือรือร้นและมีพลังของประชาชนในด้านต่างๆ ได้แก่ ในการตัดสินใจเพื่อกำหนดเป้าหมายของสังคมและการจัดสรรทรัพยากรเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และปฏิบัติตามแผนการหรือโครงการต่างๆ ด้วยความเต็มใจ

Putti (1987) การมีส่วนร่วม หมายถึง พื้นฐานของกิจกรรมต่างๆ ที่จะส่งผลให้การบริหารจัดการมีลักษณะกว้าง ซึ่งเป็นทางหนึ่งที่จะทำให้การมีส่วนร่วมขยายไปสู่การปฏิบัติงานในระดับล่างขององค์การ

นิคม ผัดแสน (2540) การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ให้ประชาชนได้คิดค้นแนวทางขึ้นเอง เป็นผู้กำหนดการตัดสินใจ คิดค้นปัญหา และการดำเนินการในขั้นตอนต่างๆ เช่น แสดงความคิดเห็น เสนอแนะ และสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ

อุทัย บุญประเสริฐ (2542) การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้สมาชิกของชุมชนและประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมตัดสินใจในกิจกรรมใดๆ ให้ความช่วยเหลือและมีอิทธิพลต่อการดำเนินกิจกรรมที่มีผลกระทบต่อประชาชน

พีระ พรนวม (2544) การมีส่วนร่วม หมายถึง เป็นการกระจายอำนาจให้ประชาชนได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในการพิจารณาปัญหาความต้องการร่วมกัน ในการตัดสินใจร่วมกัน วางแผนดำเนินงานหรือแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ดำเนินการหรือปฏิบัติงานร่วมกัน ตลอดจนรับรู้ผลดี เสีย จนเกิดความภาคภูมิใจร่วมกัน

สมยศ นาวิการ (2545) การมีส่วนร่วมหมายถึงกระบวนการของการให้ผู้ได้บังคับบัญชาได้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการตัดสินใจ (Participative Management) เน้นการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องอย่างแข็งขันของบุคคล PM ใช้ความคิดสร้างสรรค์ และความเชี่ยวชาญของพวกเขาในการแก้ปัญหาของการบริหาร

นรินทร์ชัย พัฒนพงศา (2546) การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดที่ไม่เคยได้เข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ หรือเข้าร่วมการตัดสินใจหรือเคยเล็กน้อยได้เข้าร่วมด้วยมากขึ้น เป็นไปอย่างมีอิสรภาพ เสมอภาค มีใช้เพียงมีส่วนร่วมอย่างผิวเผินแต่เข้าร่วมด้วยแท้จริงยิ่งขึ้น

จิราภรณ์ ศรีคำ (2547) การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่บุคคลที่มีความสนใจหรือมีส่วนเกี่ยวข้องในเรื่องเดียวกันเข้ามาาร่วมกัน เพื่อปฏิบัติภารกิจ ไม่ว่าจะเป็นการวางแผน การดำเนินงาน การรับทราบผลการดำเนินงาน การติดตามประเมินผล หรือร่วมกันทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อบรรลุเป้าหมายตามที่ได้ตกลงกันไว้

จินตนา สุจจันท์ (2549) การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการดำเนินงานรวมพลังประชาชนกับองค์กรของรัฐหรือองค์กรเอกชนเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาหรือแก้ปัญหาของชุมชน โดยให้สมาชิกเข้ามาาร่วมวางแผน ปฏิบัติและประเมินงาน เพื่อแก้ปัญหาของชุมชน

ทรงวุฒิ เรืองวาทศิลป์ (2550) การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมทุกประการตามกำลังความสามารถของสมาชิกไม่ว่าจะเป็นการตัดสินใจ การดำเนินกิจกรรม การติดตามตรวจสอบ และการประเมินผลร่วมกัน นำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขพัฒนางานในกลุ่มให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

สัณญา เคนาภูมิ (2551) การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่สมาชิกได้มีโอกาสร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติตามโครงการ ร่วมติดตามประเมินผลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่พึงประสงค์ ทั้งนี้ การมีส่วนร่วมจะต้องมาจากความสมัครใจ พึงพอใจ และได้รับผลประโยชน์ที่เกิดจากชุมชนโดยส่วนรวมร่วมกัน

เมตต์ เมตต์การุณจิต (2553) การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้บุคคลหรือกลุ่มบุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม ไม่ว่าจะเป็นทางตรงหรือทางอ้อม ในลักษณะของการร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตัดสินใจ ร่วมติดตามผล

โดยสรุป การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนทุกภาคส่วนร่วมมือกันการตัดสินใจ การดำเนินกิจกรรม การติดตามตรวจสอบ และการประเมินผลร่วมกันเป็นไปอย่างมีอิสรภาพ เสมอภาคนำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขพัฒนางานเพื่อพัฒนาหรือใช้ความคิดสร้างสรรค์ และความเชี่ยวชาญของแต่ละคนในการแก้ปัญหาของชุมชนและพัฒนางานในกลุ่มให้มีความโปร่งใสและให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กระบวนการมีส่วนร่วม

เมื่อกล่าวถึงกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนแล้ว จะต้องนึกถึงกระบวนการที่จะให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการมีส่วนร่วม เพราะอย่างน้อยที่สุดประชาชนจะต้องได้รับรู้ขั้นตอนการดำเนินการต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นขั้นตอนการตัดสินใจ ขั้นตอนการดำเนินงาน และขั้นตอนในการประเมินผลงาน เพื่อให้รับรู้ถึงความเป็นไปในกิจกรรมสาธารณะต่างๆ ซึ่งมีผลกระทบต่อประชาชนทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนั้น กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน มีนักวิชาการที่ได้ทำการวิจัย ได้กล่าวถึงกระบวนการมีส่วนร่วมตามประเด็นสำคัญต่างๆ เช่น

ถวิลวดี บุรีกุล (2543) ได้กล่าวถึงกระบวนการมีส่วนร่วมที่นำมาประมวลเป็นระดับไว้ได้อย่างน่าสนใจ โดยถวิลวดี ได้ทำวิจัยเรื่องประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม และได้ข้อสรุปถึงกระบวนการมีส่วนร่วม ควรจะมีลำดับขั้นประกอบไปด้วย การให้ข้อมูล การเปิดรับความคิดเห็นของประชาชน การปรึกษาหารือการวางแผนร่วมกัน การร่วมปฏิบัติและการควบคุมติดตามโดยประชาชน โดยเป็นการเริ่มจากการสื่อสารทางเดียว ซึ่งเป็น

การให้ข้อมูลแต่เพียงอย่างเดียวไปจนถึงสื่อสารสองทางที่เป็นการปรึกษาหารือ ร่วมคิด ร่วมวางแผน และเมื่อสื่อสารกันเข้าใจตรงกันแล้ว จึงเป็นการร่วมทำ และในที่สุดเป็นการร่วมติดตามควบคุม ซึ่งนับเป็นขั้นตอนของการมีส่วนร่วมสูงสุด

อภิญา กังสนารักษ์ (2544) ได้นำเสนอกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนว่า ชุมชนต้องมีส่วนร่วมใน 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการริเริ่มโครงการ ร่วมค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาภายในชุมชนร่วมตัดสินใจกำหนดความต้องการและร่วมลำดับความสำคัญของความต้องการ 2) การมีส่วนร่วมในขั้นการวางแผน กำหนดวัตถุประสงค์วิธีการแนวทางการดำเนินงาน รวมถึงทรัพยากรและแหล่งวิทยาการที่จะใช้ในโครงการ 3) การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการดำเนินโครงการ ทำประโยชน์ให้แก่โครงการ โดยร่วมช่วยเหลือด้านทุนทรัพย์ วัสดุอุปกรณ์ และแรงงาน 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ เพื่อให้รู้ว่าผลจากการดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยสามารถกำหนดการประเมินผลเป็นระยะต่อเนื่องหรือประเมินผลรวมทั้งโครงการในคราวเดียวกันได้

ประพันธ์ สร้อยเพชร (2547) ได้กล่าวว่า การมีส่วนร่วมที่แท้จริงน่าจะประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การค้นหาปัญหา และสาเหตุ 2) การวางแผนดำเนินกิจกรรม 3) การลงทุนและการปฏิบัติงาน 4) การติดตามและประเมินผล ในขณะเดียวกัน สำนักงานปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ (2548) ได้ชี้ให้เห็นถึงประเด็นสำคัญของกระบวนการมีส่วนร่วมที่มีความลึกซึ้งไปอีก ได้แก่ 1) การตัดสินใจและผลกระทบที่สำคัญ 2) การตัดสินใจจะมีผลกระทบต่อบางคนมากกว่าคนอื่น 3) การตัดสินใจจะมีผลกระทบต่อผลประโยชน์ของบางคนหรือกลุ่มคนที่มีอยู่เดิม 4) การตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่มีความขัดแย้งอยู่ก่อนแล้ว 5) ความจำเป็นเพื่อให้มีการสนับสนุนต่อผลการตัดสินใจ ส่วน อคิน รพีพัฒน์ (2547) ได้แบ่งขั้นตอนการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) การกำหนดปัญหา สาเหตุของปัญหา ตลอดจนแนวทางแก้ไข 2) การตัดสินใจเลือกแนวทางและวางแผนพัฒนา แก้ไขปัญหา 3) การปฏิบัติงานในกิจกรรมการพัฒนาตามแผน 4) การประเมินผลงานกิจกรรมการพัฒนา

งานวิจัยของทรงวุฒิ เรืองวาทศิลป์ (2550) ได้ทำวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษา ได้ใช้หลักการที่อิงไปในแนวทางของนโยบาย และได้พบว่า แท้จริงแล้วกระบวนการมีส่วนร่วมมีลักษณะที่คล้ายกับการกำหนดนโยบาย เพราะท้ายที่สุดของการกำหนดนโยบาย คือ การตัดสินใจและการตัดสินใจนี้เอง จึงเป็นเหตุเบื้องต้นของการกำหนดนโยบาย และเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้ามาแสดงความคิดเห็นเสมือนหนึ่งเป็นการขัดเกลา นโยบายให้มีความเหมาะสมกับความต้องการของประชาชน ตามแนวคิดของ ทรงวุฒิ เรืองวาทศิลป์แล้ว กระบวนการมีส่วนร่วมน่าจะเริ่มจาก 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม 3) การมีส่วนร่วมในการติดตามตรวจสอบการประเมินผล ในขณะที่ เมตต์ เมตต์การุณจิต(2553) ได้กล่าวถึงกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยที่มีความสอดคล้องกับ ทรงวุฒิ เรืองวาทศิลป์ แต่ได้เพิ่มบางประเด็นที่เห็นว่า ยังมีข้อบกพร่องและอาจจะเสริมประเด็นดังกล่าวให้มีความชัดเจนขึ้น โดยเริ่มจาก 1) การมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุ และความต้องการ 2) มีส่วนร่วมในการวางแผน 3) มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 4) มีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ 5) มีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล 6) มีส่วนร่วมในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์

แต่อย่างไรก็ตาม แนวคิดของ ทรงวุฒิ เรืองวาทศิลป์ และเมตต์ เมตต์การุณจิต ยังคงมีลักษณะในเชิงแคบ หากแต่ ยุวัฒน์ วุฒิเมธี (อังกูณ จิราภรณ์ ศรีคำ, 2547) ได้ให้ความเห็นในกระบวนการมีส่วนร่วมที่ลึกหรือเป็นการต่อเติมประเด็นสำคัญในกระบวนการมีส่วนร่วมมากกว่า ซึ่งยุวัฒน์ วุฒิเมธีนี้ได้เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมไปในทางของการพัฒนาชุมชน โดยการบูรณาการแนวทางที่เป็นนโยบายเข้ากับการพัฒนา จึงสะท้อนแนวคิดในเชิงสังคมมากกว่า ตามแนวคิดของเขาแล้ว กระบวนการมีส่วนร่วมจะต้องเริ่มจาก 1) การมีส่วนร่วม

ในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร 2) การมีส่วนร่วมในการคิด 3) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 4) การมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินการ 5) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล 6) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ สอดคล้องกับแนวคิดของวรรณศิลป์ พีรพันธุ์ (2553) ได้กล่าวถึง กระบวนการมีส่วนร่วมในการวางแผนของประชาชนประกอบไปด้วย 1) การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร 2) การให้ความเห็น 3) การประชุมรับฟังความเห็น 4) การร่วมตัดสินใจ 5) การทำงานร่วมกัน

จากแนวคิดกระบวนการมีส่วนร่วมที่นักวิชาการทั้งหลายได้ให้ทรรศนะไว้ในเบื้องต้นที่กล่าวมา มีความหลากหลายในประเด็นมากพอสมควร แต่อย่างไรก็ตาม หากนำมาประมวลให้เป็นลักษณะที่เป็นระบบตามแนวคิดของ Cohen, J.M., & Uphoff, N.T. (1980) จะเห็นว่า มีความเป็นระบบในเรื่องของประเด็นสำคัญ โดยเขาได้มีการนำเอากระบวนการมีส่วนร่วมจากนักวิชาการทั้งหลายมาประมวลเป็นแนวคิดหลัก และได้จำแนก รูปแบบ กระบวนการมีส่วนร่วม ดังนี้

ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ในกระบวนการของการตัดสินใจนั้น ประการแรกสุดที่ต้องกระทำ คือ การกำหนดความต้องการและการจัดลำดับความสำคัญ ต่อจากนั้นก็เลือกนโยบายและประชาชนที่เกี่ยวข้อง การตัดสินใจนี้เป็นกระบวนการต่อเนื่องที่ต้องดำเนินการไปเรื่อยๆ ตั้งแต่การตัดสินใจในช่วงเริ่มต้น การตัดสินใจในช่วงดำเนินการวางแผน และการตัดสินใจในช่วงการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Implementation) ในส่วนที่เป็นองค์ประกอบของการดำเนินงานโครงการนั้นได้มาจากคำถามว่าใครจะทำประโยชน์ให้แก่โครงการได้บ้างและจะทำประโยชน์ได้โดยวิธีใด เช่น การช่วยเหลือด้านทรัพยากร การบริหารการงานและการประสานงานและการขอความช่วยเหลือ เป็นต้น

ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) ในส่วนที่เกี่ยวกับผลประโยชน์นอกจากความสำคัญของผลประโยชน์ในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแล้ว ยังจะต้องพิจารณาถึงการกระจายผลประโยชน์ภายในกลุ่มด้วย ผลประโยชน์ของโครงการนี้รวมทั้งผลที่เป็นประโยชน์ทางบวกและผลที่เกิดขึ้นในทางลบที่เป็นผลเสียของโครงการ ซึ่งจะเป็นประโยชน์และเป็นโทษต่อบุคคลและสังคมด้วย

ขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) การมีส่วนร่วมในการประเมิน ผลนั้นสิ่งสำคัญจะต้องสังเกต คือ ความเห็น (Views) ความชอบ (Preferences) และความคาดหวัง (Expectation) ซึ่งมีอิทธิพลสามารถแปรเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่มต่างๆ ได้

โดยสรุป กระบวนการมีส่วนร่วมในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะมุ่งให้ความสนใจถึงกระบวนการมีส่วนร่วมในประเด็น การมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุ และความต้องการ การมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินการ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในการประเมินผล มีส่วนร่วมในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์

ประเภทการมีส่วนร่วม

เฉลียว บุรีภักดี และคนอื่นๆ (2545) สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน แบ่งได้ออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1) การมีส่วนร่วมแบบชายขอบ (Marginal Participation) เป็นการมีส่วนร่วมที่เกิดจากความสัมพันธ์เชิงอำนาจไม่เท่าเทียมกันกล่าวคือ ฝ่ายหนึ่งรู้สึกต้องอำนาจกว่า มีทรัพยากรหรือความรู้ดีกว่าอีกฝ่ายหนึ่ง เป็นต้น

2) การมีส่วนร่วมแบบบางส่วน (Partial Participation) เป็นการมีส่วนร่วมที่เกิดจากการกำหนดนโยบายของรัฐ โดยไม่รู้จักความต้องการของประชาชน ดังนั้น การมีส่วนร่วมจึงเป็นเพียงประชาชนได้ร่วมแสดงความคิดเห็นในการดำเนินกิจกรรมบางส่วนบางเรื่องเท่านั้น

3) การมีส่วนร่วมแบบสมบูรณ์ (Full Participation) เป็นการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการพัฒนาด้วยความเท่าเทียมกันทุกฝ่าย จัดเป็นการมีส่วนร่วมในการพัฒนาอย่างแท้จริงของประชาชนตามแนวความคิดและหลักการพัฒนาชุมชน เมื่อนำมาใช้ในการเรียนรู้จะสนับสนุนและส่งเสริมให้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชนดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

จักร พิสุทธิ (2547) ศึกษาเรื่องชุมชนกับการมีส่วนร่วมจัดการศึกษา สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน แบ่งได้ออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1) ลักษณะการมีส่วนร่วมจากความเกี่ยวข้องทางด้านเหตุผล โดยการเปิดโอกาสให้สังคม องค์กรต่างๆ ในชุมชน ประชาชนมีบทบาทหลักตามสิทธิ หน้าที่ในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ตั้งแต่การคิดริเริ่ม การพิจารณาตัดสินใจ วางแผน การร่วมปฏิบัติและการรับผิดชอบในผลกระทบที่เกิดขึ้น รวมทั้งส่งเสริม ชักนำ สนับสนุนให้การดำเนินงานเกิดผลประโยชน์ต่อชุมชนตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดด้วยความสมัครใจ

2) ลักษณะการมีส่วนร่วมจากความเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจ เป็นการมีส่วนร่วมของชุมชนที่การเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจ อารมณ์ รวมทั้ง ค่านิยมของประชาชนเป็นเครื่องชักนำตนเองให้เข้ามามีส่วนร่วม แสดงความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การกระทำที่บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ทำให้ผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วม เกิดความผูกพัน มีความรู้สึกรับผิดชอบต่อกิจกรรมที่ดำเนินงานด้วยความสมัครใจ

จินตนา สุขจรรย์ (2549) ได้แบ่งประเภทของการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

1) การมีส่วนร่วมที่แท้จริง (Genuine Participation) เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งจบโครงการ เริ่มตั้งแต่ร่วมศึกษาปัญหาและความต้องการ ร่วมหาวิธีแก้ปัญหา ร่วมวางนโยบายและแผนงาน ร่วมตัดสินใจการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่และร่วมปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ และร่วมประเมินผลโครงการ

2) การมีส่วนร่วมที่ไม่แท้จริง (No Genuine Participation) เป็นการมีส่วนร่วมเพียงบางส่วน โดยเฉพาะเข้าร่วมในการปฏิบัติตามโครงการที่ได้มีการกำหนดไว้แล้ว เช่น การเข้าเป็นสมาชิก หรือการร่วมเสียสละแรงงาน

นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์ (อ้างในสิริพัฒน์ ลากิจิตร, 2550) ได้สรุปรูปแบบของการมีส่วนร่วมมีดังต่อไปนี้

1) การที่ประชาชนมีส่วนร่วมโดยตรง (Direct Participation) โดยผ่านองค์กรที่จัดตั้งโดยประชาชน (Inclusive Organization) การรวมกลุ่มเยาวชนต่างๆ

2) การที่ประชาชนมีส่วนร่วมทางอ้อม (Indirect Participation) โดยผ่านองค์กรผู้แทนของประชาชน (Representative Organization) กรรมการของกลุ่มหรือชุมชน

3) การมีประชาชนมีส่วนร่วมโดยเปิดโอกาสให้ (Open Participation) โดยผ่านองค์กรที่ไม่ใช่ผู้แทนของประชาชน (Non-Representative Organization) เช่น สถาบันหรือหน่วยงานที่เชิญชวน หรือเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมเมื่อไรก็ได้ตลอดเวลา

เมตต์ เมตต์การุณจิต (2553) ได้กล่าวถึงประเภทของการมีส่วนร่วมโดยสามารถจำแนกการมีส่วนร่วมออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1) การมีส่วนร่วมโดยตรง การมีส่วนร่วมในการบริหารเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับการตัดสินใจเป็นสำคัญ ดังนั้น ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบกิจกรรมโดยตรง เช่น ผู้บริหาร หัวหน้าโครงการ มักจะเปิดโอกาสให้บุคคลอื่นเข้ามามีส่วนร่วมในรูปของกรรมการที่ปรึกษาที่ให้ข้อคิด ข้อเสนอแนะ เพราะกิจกรรมบางอย่างอาจมีอุปสรรค ไม่สามารถ

แก้ปัญหาให้ลุล่วงไปได้ด้วยดี จึงจำเป็นต้องให้บุคคลอื่นเข้ามาร่วมในการตัดสินใจ เพื่อให้ผลการตัดสินใจเป็นที่ยอมรับแก่คนทั่วไปหรือเกิดผลงานที่มีประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วมโดยตรงจึงมีสาระสำคัญอยู่ที่ว่า เป็นการร่วมอยู่เป็นทางการและมักทำเป็นลายลักษณ์อักษร เช่น คำสั่งแต่งตั้ง หนังสือเชิญประชุม บันทึกการประชุม เป็นต้น

2) การมีส่วนร่วมโดยอ้อม การมีส่วนร่วมโดยอ้อมเป็นเรื่องของการทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งให้บรรลุเป้าหมายอย่างไม่เป็นทางการ โดยไม่ได้ร่วมในการตัดสินใจในกระบวนการบริหาร แต่เป็นเรื่องของการให้การสนับสนุน ส่งเสริมให้บรรลุเป้าหมายเท่านั้น เช่น การบริจาคเงิน ทรัพย์สิน วัสดุอุปกรณ์ แรงงาน เข้าช่วยสมทบ ไม่ได้เข้าร่วมประชุมแต่ยินดีร่วมมือ เป็นต้น

ลักษณะการมีส่วนร่วม

ลักษณะการมีส่วนร่วมนั้น จะพิจารณาได้หลากหลาย ขึ้นอยู่กับว่าจะสนใจศึกษาในประเด็นบ้าง ประเด็นที่น่าสนใจในงานวิจัยครั้งนี้ คือ การเน้นลักษณะการมีส่วนร่วมในประเด็นที่เกิดจากกิจกรรม เช่น การเข้าร่วมแสดงความคิดเห็นในประโยชน์สาธารณะ การเข้าร่วมในการตัดสินใจ การวางแผน และร่วมตรวจสอบในลักษณะองค์กรชุมชน ฯลฯ และการเน้นการศึกษาในลักษณะของการบริหารที่เกิดจากการดำเนินงานในทางนโยบายและในทางปฏิบัติการโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐร่วมกับชุมชน ดังมีนักวิชาการได้ให้ความเห็น เช่น Ornstein (อ้างใน ชูชาติ พ่วงสมจิตต์, 2540) เห็นว่า การมีส่วนร่วมจะมีลักษณะมากน้อยเพียงใด ให้พิจารณาว่าผู้นำเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าไปร่วมในการใช้อำนาจและมีบทบาทในการควบคุมได้เท่าใด ซึ่งเป็นข้อบ่งบอกถึงภาวะผู้นำที่เป็นประชาธิปไตย ว่า มีสูงหรือต่ำ โดย Ornstein ได้สรุปลักษณะการมีส่วนร่วมออกเป็น 3 ลักษณะ คือ 1) การมีส่วนร่วมเทียม หรือไม่มีส่วนร่วม 2) การมีส่วนร่วมพอเป็นพิธีหรือร่วมเพียงบางส่วน 3) การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง คือ มีอำนาจและบทบาทมาก สอดคล้องกับ แนวคิดของ Campbell & Ramseyer (อ้างใน จิราภรณ์ ศรีคำ, 2547) ได้แบ่งลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชนได้ 5 ลักษณะ ได้แก่ 1) ลักษณะที่ไม่มีส่วนร่วมเลย 2) ลักษณะที่มีส่วนร่วมน้อย 3) ลักษณะที่มีส่วนร่วมปานกลาง 4) ลักษณะที่มีส่วนร่วมมาก 5) ลักษณะที่มีส่วนร่วมมากที่สุด

Huntington & Nelson (1975) เห็นว่า ลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชนจะพิจารณาจากกิจกรรม และการบริหาร ซึ่งจะต้องมีการศึกษาควบคู่กันไป ในระดับกิจกรรมนั้น จะเป็นพื้นฐานเบื้องต้นของการทำให้ประชาชนได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมมากที่สุด ส่วนในด้านการบริหารนั้น จะเป็นลักษณะของผู้มีอำนาจหน้าที่ที่จะเปิดทางให้ประชาชนได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น หรือแสดงออกถึงเข้าร่วมในกิจกรรม โดย Huntington & Nelson ได้มีหลักในการพิจารณาถึงลักษณะการมีส่วนร่วมดังมีรายละเอียด ดังนี้

1) กิจกรรม ลักษณะของการมีส่วนร่วมประเภทนี้ให้ดูจากกิจกรรมที่เข้าร่วม เช่น ด้านการเมือง อาจพิจารณาจากการมีส่วนร่วมของประชาชนในการเลือกตั้ง การลงประชามติ การประท้วง กรณีที่รัฐมีโครงการที่มีผลกระทบต่อประชาชน เป็นต้น ว่า สามารถกระทำได้เพียงใด

2) ระดับการบริหาร โครงสร้างขององค์กรหนึ่งจะต้องมีสายการบังคับบัญชา ดังนั้น การมีส่วนร่วมจะพิจารณาได้จาก

- ในแนวราบ ทุกแผนกทุกฝ่ายจะมีความเสมอกันในตำแหน่ง ดังนั้น การมีส่วนร่วมในแนวราบจึงเป็นไปอย่างหลวมๆ ไม่จริงจัง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะมีสถานะหรือตำแหน่งเท่ากัน

- ในแนวตั้ง เป็นการมีส่วนร่วมตามสายการบังคับบัญชา เช่น มีหัวหน้าลูกน้อง มีฝ่าย แผนกต่างๆ ลดหลั่นกันไป เป็นต้น การทำงานจึงมีการตรวจสอบตามลำดับชั้น การแสวงหาผลประโยชน์เพื่อตนเองหรือผู้อื่นจะได้รับการตรวจสอบจากผู้บังคับบัญชา

- การมีส่วนร่วมทั้งแนวราบและแนวตั้งนั้น ในบางครั้งจะต้องทำงานร่วมกันผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานในแผนกอื่น จึงต้องแสดงบทบาทตาสถานภาพของแนวราบและแนวตั้ง

ไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม และพรณทิพย์ เพชรมาก (2551) ได้กล่าวถึงลักษณะการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนไว้ใน เอกสารประกอบการสอนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาเมืองและชนบท โดยได้ข้อสรุปลักษณะการมีส่วนร่วมแบ่งออกเป็น 6 ลักษณะ ได้แก่

1) การรับรู้ข่าวสาร (Public Information) การมีส่วนร่วมแบบนี้ ประชาชนเป็นผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียและบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องได้รับการแจ้งให้ทราบถึงรายละเอียดของโครงการที่จะดำเนินการรวมทั้งผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ทั้งนี้ การแจ้งข่าวสารดังกล่าวจะต้องเป็นการแจ้งก่อนที่จะมีการตัดสินใจดำเนินโครงการ

2) การปรึกษาหารือ (Public Consultation) เป็นรูปแบบของการมีส่วนร่วมที่มีการจัดการหารือระหว่างผู้ดำเนินการโครงการกับประชาชนที่เกี่ยวข้องและได้รับผลกระทบ เพื่อรับฟังความคิดเห็นและการตรวจสอบข้อมูลเพิ่มเติม นอกจากนี้ ยังเป็นช่องทางการกระจายข่าวสารข้อมูลไปยังประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้เกิดความเข้าใจ และเพื่อให้มีการให้ข้อเสนอแนะเพื่อประกอบทางเลือกการตัดสินใจ

3) การประชุมรับฟังความคิดเห็น (Public Meeting) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนและฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับโครงการหรือกิจกรรมและผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจ ใช้เวทีสาธารณะในการทำความเข้าใจ การประชุมรับฟังความคิดเห็นมีหลายวิธีการ เช่น การประชุมระดับชุมชน (Community Meeting) การประชุมรับฟังความคิดเห็นเชิงวิชาการ (Technical Meeting)

4) การประชาพิจารณ์ (Public Hearing) เป็นการประชุมที่มีขั้นตอนการดำเนินงานที่เป็นระบบ และมีความชัดเจนมากขึ้น เป็นเวทีในการเสนอข้อมูลอย่างเปิดเผยไม่มีการปิดบังข้อผู้ที่มีส่วนได้และส่วยของโครงการ การประชาคมและคณะกรรมการจัดประชุมจะต้องมีองค์ประกอบของผู้เข้าร่วมที่เป็นที่ยอมรับ มีหลักเกณฑ์และประเด็นในการพิจารณาที่ชัดเจน และมีการแจ้งให้ทุกฝ่ายทราบอย่างชัดเจน

5) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) เป็นเป้าหมายสูงสุดของการมีส่วนร่วมของประชาชนให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจต่อประเด็นปัญหานั้นๆ ซึ่งอาจจะดำเนินการโดยการเลือกตัวแทนเข้าไปเป็นกรรมการที่มีอำนาจการตัดสินใจ

6) การใช้กลไกทางกฎหมาย รูปแบบนี้ไม่ถือว่าเป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนโดยตรงในเชิงการป้องกันและแก้ไข แต่เป็นลักษณะของการเรียกร้องและการป้องกันสิทธิของตนเองอันเนื่องมาจากการไม่ได้รับความเป็นธรรม เพื่อให้ได้มาซึ่งผลประโยชน์ที่ตนเองควรจะได้รับ ซึ่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยได้ให้หลักเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้หลายประการ และประชาชนสามารถใช้สิทธิตามรัฐธรรมนูญทั้งในรูปแบบของปัจเจกหรือในรูปแบบกลุ่ม องค์กร ตามที่กฎหมายบัญญัติไว้

โดยสรุป ลักษณะการมีส่วนร่วม คือ การมีส่วนร่วมในระดับกิจกรรม ได้แก่ การรับรู้ข่าวสาร การปรึกษาหารือ การประชุมรับฟังความคิดเห็น การประชาพิจารณ์ การลงประชามติ และการมีส่วนร่วมในระดับการบริหาร ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การใช้กลไกทางกฎหมาย ในประเด็นการมีส่วนร่วมในระดับการบริหารนี้ ยังจะต้องพิจารณาจาก ในแนวราบ ทุกแผนกทุกฝ่ายจะมีความเสมอกันในตำแหน่ง และ ในแนวตั้งเป็นการมีส่วนร่วมตามสายการบังคับบัญชา

ปัจจัยที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม

การที่ชุมชนจะเข้ามามีส่วนร่วมนั้น มีปัจจัยที่ส่งผลให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งมีนักวิชาการได้เสนอแนวคิด ดังนี้

Koufman (1949) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชนในชนบท พบว่า อายุ เพศ การศึกษา ขนาดของครอบครัว อาชีพ รายได้และระยะเวลาการอยู่อาศัยในท้องถิ่น มีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน ในขณะที่ ประยูร ศรีประสารณ์ (2542) ได้นำเสนอปัจจัยของการมีส่วนร่วม ว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วม มีด้วยกัน 3 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ 2) ปัจจัยทางสังคม และเศรษฐกิจ ได้แก่ การศึกษา อาชีพ รายได้ และการเป็นสมาชิกกลุ่ม 3) ปัจจัยด้านการสื่อสาร ได้แก่ การรับข่าวสารจากสื่อมวลชนและสื่อบุคคล และมีความสอดคล้องกับ สุธี วรประดิษฐ์ (2553) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชน และได้นำเสนอปัจจัยที่มีส่วนในการผลักดันให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม โดยได้สรุป แบ่งออกเป็น 3 ประเด็น คือ 1) ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ต่างๆ 2) ลักษณะทางเศรษฐกิจ ได้แก่ อาชีพ รายได้ 3) การได้รับข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ ความถี่ในการรับรู้ข่าวสาร และแหล่งที่มาของข่าวสาร แต่ไม่สอดคล้องกับ Leeder (อ้างใน จิราภรณ์ ศรีคำ, 2547) ได้สรุปปัจจัยที่ทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมหรือไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ระบุว่า บุคคลหรือกลุ่มบุคคลจะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใดๆ ก็ต่อเมื่อกิจกรรมนั้นสอดคล้องกับความเชื่อพื้นฐาน ทศนคติ และค่านิยมของตน มีคุณค่าสอดคล้องกับกับผลประโยชน์ของตน มีเป้าหมายที่จะส่งเสริมและปกป้องรักษาผลประโยชน์ของตน สอดคล้องกับสิ่งที่ตนได้มาหรือหวังเอาไว้ และบุคคลหรือกลุ่มบุคคลจะไม่เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใดก็ต่อเมื่อตนเองได้มีประสบการณ์ที่เป็นอกตต่อเรื่องนั้นๆ มาแล้ว และบุคคลหรือกลุ่มบุคคลจะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใดๆ ย่อมขึ้นอยู่กับความคิดเห็นของตนเป็นใหญ่ ขึ้นอยู่กับอุปนิสัยและจารีตประเพณี ขึ้นอยู่กับโอกาสที่จะอำนวยความสะดวกขึ้นอยู่ความสามารถรวมทั้งการเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใดๆ ของบุคคลและกลุ่มบุคคลจะกระทำโดยการบีบบังคับหาได้ไม่ นอกจากนี้บุคคลและกลุ่มบุคคลจะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใดๆ ก็ต่อเมื่อได้รับการสนับสนุน กระตุ้นยั่วยุและจูงใจให้เกิดขึ้น

ในขณะเดียวกัน ก็มีนักวิชาการกลุ่มหนึ่งที่ได้ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่เน้นที่ปัจจัยส่วนบุคคล องค์กร และชุมชน ซึ่งจะเป็นปัจจัยที่เหมาะสมกับการศึกษางานวิจัยครั้งนี้ เช่น สิริพัฒน์ ลาภจิตร (2550) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุนการบริหารงาน องค์กรบริหารส่วนตำบล อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งได้ข้อสรุปประเด็นปัจจัยที่มีส่วนสำคัญประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ การเป็นหน้าที่ของประชาชน อาสาสมัครด้วยใจ มีความรู้ความสามารถ กล้าพูดกล้าแสดงความคิดเห็น เป็นที่เคารพนับถือของคนในชุมชน มีทักษะและประสบการณ์ เป็นประโยชน์กับตัวเองและชุมชน 2) ปัจจัยด้านชุมชน ได้แก่ ชุมชนให้การสนับสนุนและเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วม เลือกให้เป็นตัวแทนชุมชนมีความสามัคคี และมีกลุ่มต่างๆ ที่สนับสนุนผลักดันการมีส่วนร่วม 3) ปัจจัยด้านองค์กร ได้แก่ อบต. ดำเนินงานเป็นไปตามกฎระเบียบ เอาใจใส่กระตือรือร้นในการแก้ปัญหา มีประชาสัมพันธ์ประชาคมหมู่บ้าน สอดคล้องกับ เนตรรุ่ง อยู่เจริญ (2553) ได้ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการประกันคุณภาพการศึกษาของครูสถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร จากการทำวิจัยครั้งนี้ เนตรรุ่ง อยู่เจริญ ได้พบตัวแปรที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านองค์กร ได้แก่ บรรยากาศองค์กร และการติดต่อสื่อสาร 2) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เจตคติต่อการมีส่วนร่วม และแรงจูงใจในการทำงาน ที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการประกันคุณภาพการศึกษา

โดยสรุป ปัจจัยที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ต่างๆ 2) ปัจจัยด้านชุมชน ได้แก่ ชุมชนให้การสนับสนุนและเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วม เลือกให้เป็น

ตัวแทน ชุมชนมีความสามัคคี และมีกลุ่มต่างๆ ที่สนับสนุนผลักดันการมีส่วนร่วม 3) ปัจจัยด้านองค์การ ได้แก่ บรรยากาศองค์กร การติดต่อสื่อสาร กฎระเบียบ การเอาใจใส่กระตือรือร้นในการแก้ปัญหา มีประสิทธิภาพ ประชาม 4) ปัจจัยด้านทัศนคติ ได้แก่ เจตคติต่อการมีส่วนร่วม และแรงจูงใจในการทำงาน

2.4 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับศูนย์การเรียนรู้

ศูนย์การเรียนรู้ถือว่าเป็นศูนย์กลางในการประสานงาน จัดกิจกรรม ซึ่งมีความสำคัญกับการขับเคลื่อน ชุมชนเป็นอย่างมากเพื่อก่อให้เกิดการพัฒนา ซึ่งมีความสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 เกี่ยวกับการให้คนเป็นศูนย์กลางเพื่อจัดกระบวนการเรียนรู้สู่ชุมชน

1. ความหมายของศูนย์การเรียนรู้ มีนักวิชาการให้ความหมายไว้ ดังนี้

บุญส่ง บุญทศ(2543: 2-13) กล่าวว่า ศูนย์การเรียนรู้ คือ สถานที่ที่มีบรรยากาศแห่งการเรียนรู้มี บริการสื่อการเรียนการสอนตามความต้องการของผู้เรียน มีการจัดกระบวนการเรียนการสอนและมีบุคลากร อำนวยความสะดวก มีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ทำให้ประชาชนสามารถเรียนรู้ได้ตลอดชีวิต เพื่อกระจาย โอกาสทางการศึกษาแก่ประชาชนให้กว้างขวางทั่วถึงและครอบคลุมทุกพื้นที่โดยกิจกรรมต่างๆจะสอดคล้อง กับความต้องการของประชาชนกลมกลืนกับวิถีชีวิตของชุมชนและทันต่อความเปลี่ยนแปลงในยุคโลกาภิวัตน์ เพื่อให้เกิดสังคมแห่งการเรียนรู้

กรมการศึกษานอกโรงเรียน (2546: 1) ได้กล่าวถึง ศูนย์การเรียนรู้เป็นศูนย์กลางการจัดการศึกษาเพื่อ การเรียนรู้ตลอดชีวิตสำหรับประชาชนในชุมชน และเป็นสถานที่สร้างโอกาสในการเรียนรู้ ถ่ายทอดและ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิทยาการ ตลอดจน ภูมิปัญญาของชุมชน รวมทั้งยังเป็นแหล่งบริการชุมชนในการจัด กิจกรรมต่างๆที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน โดยเน้นการเรียนรู้บนวิถีชีวิตกับการเปลี่ยนแปลงใน ยุคโลกาภิวัตน์และก่อให้เกิดสังคมแห่งการเรียนรู้มุ่งพึ่งพาตนเอง

กรมการศึกษานอกโรงเรียน (2545 อ้างถึงใน วิชัย รูปขำดีและสังคม คุณคุณากรสกุล,2550: 13) ได้ ให้ความหมายของศูนย์การเรียนรู้ชุมชนว่า เป็นศูนย์กลางการจัดการศึกษาตลอดชีวิตสำหรับ ประชาชนได้มีโอกาสเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์อีกทั้งยังเป็นแหล่งบริการชุมชนในการจัดกิจกรรม ต่างๆตามความต้องการของชุมชน

สุกฤตดา จันทรวิมล (2545 อ้างถึงใน วิชัย รูปขำดี และสังคม คุณคุณากรสกุล, 2550: 13) ได้ระบุว่า ศูนย์การเรียนรู้ชุมชน หมายถึง แหล่งการจัดการกิจกรรมที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องประชาชน สามารถใช้บริการค้นคว้าหาความรู้และยังเป็นสถานที่ที่ประชาชนได้มีโอกาสจัดกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนตาม ความต้องการ ดังนั้นตามแนวคิดศูนย์การเรียนรู้เป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ตลอดชีวิตของชุมชน และตาม ความต้องการของประชาชนในชุมชน เพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปตามกระแสโลกาภิ วัตน์

สรุปได้ดังนี้ ศูนย์การเรียนรู้ หมายถึง สถานที่ที่มีบรรยากาศแห่งการเรียนรู้มีบริการสื่อการเรียน การสอนตามความต้องการของผู้เรียน มีการจัดกระบวนการเรียนการสอนและมีบุคลากรอำนวยความสะดวก มี การจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ทำให้ประชาชนสามารถเรียนรู้ได้ตลอดชีวิต เพื่อกระจายโอกาสทางการศึกษาแก่ ประชาชนให้กว้างขวางทั่วถึงและครอบคลุมทุกพื้นที่โดยกิจกรรมต่างๆจะสอดคล้อง กับความต้องการของ ประชาชนกลมกลืนกับวิถีชีวิตของชุมชนและทันต่อความเปลี่ยนแปลงในยุคโลกาภิวัตน์เพื่อให้เกิดสังคมแห่ง การเรียนรู้

2.5 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการจัดการ

1. แนวความคิดการจัดการที่มีหลักเกณฑ์ (Scientific Management) เจ้าของทฤษฎีคือ Taylor (1911) โดยมุ่งศึกษาและวิเคราะห์เกี่ยวกับเรื่อง เวลา และการเคลื่อนไหว ได้ชื่อว่าเป็นบิดาของการจัดการแบบวิทยาศาสตร์ ในทัศนะของ Taylor เห็นว่าการปรับปรุงประสิทธิภาพของการงานให้ดีขึ้น ถ้าได้มีการกำหนดวิธีการทำงานให้ดีขึ้นถ้าได้มี การกำหนดวิธีการทำงานที่ดีที่สุดวิธีเดียวและทั้งนายจ้างและลูกจ้างจะได้รับผลประโยชน์ร่วมกัน โดยหลักการที่สำคัญของ Scientific Management ได้แก่

1.1 การคิดค้น และกำหนด “วิธีที่ดีที่สุด” สำหรับงานที่ทำแต่ละอย่าง

1.2 ต้องมีการคัดเลือกและพัฒนาคนงาน จัดงานให้เหมาะสมสอดคล้องกับคนงานและจะต้องมีการอบรมคนงานให้รู้จักวิธีทำงานที่ถูกต้อง

1.3 ต้องมีวิธีการพิจารณาอย่างรอบคอบเกี่ยวกับวิธีการทำงานและคนงาน และเชื่อว่าคนงานจะไม่คัดค้านต่อต้านวิธีการทำงานใหม่ที่กำหนดขึ้น

1.4 ต้องมีการประสานร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดระหว่างผู้บริหารและคนงานแนวคิดการจัดการแบบวิทยาศาสตร์ได้ถูกยอมรับอย่างแพร่หลายและมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติการทางการบริหารแพร่ออกไปในอุตสาหกรรมต่าง ๆ ของสหรัฐอเมริกาอย่างรวดเร็ว

แต่อย่างไรก็ตาม แนวคิดนี้ก็ได้รับการถูกตำหนิจากผู้บริหารส่วนหนึ่ง เนื่องจากพวกเขาไม่เห็นด้วยกับการใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์ทดแทนการใช้ดุลยพินิจ และคนงานก็ไม่พอใจกับการศึกษาเรื่องเวลาและการเคลื่อนไหว เพื่อนามากำหนดเป็นมาตรฐานสำหรับทุก ๆ งาน ในทัศนะของคนงานพวกเขามีความรู้สึกว่าถูกปฏิบัติเหมือนกับเครื่องจักร Taylor ถูกมองว่าเป็นเพียงนักปฏิบัติระดับโรงงานไม่ได้เป็นนักทฤษฎีองค์การ แต่อย่างไรก็ตาม แนวคิดการจัดการแบบวิทยาศาสตร์ถือได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นและมีส่วนในการช่วยพัฒนาให้เกิดแนวคิดทางการจัดการที่มีรูปแบบในลำดับต่อมา เช่น การแยกหน้าที่การวางแผนของผู้บริหารออกจากการปฏิบัติการ การแบ่งอำนาจหน้าที่ให้ชัดเจนการใช้มาตรฐานในการควบคุม ระบบการจ่ายค่าจ้างและผลตอบแทนจูงใจ เป็นต้น

2. แนวความคิดการจัดการตามหลักการจัดการทั่วไป (The General Principle of Management) หรือ ทฤษฎีการบริหาร (Administrative Theory)

การบริหารตามหลักวิทยาศาสตร์ได้มุ่งเน้นให้ความสำคัญในการจัดการในระดับปฏิบัติการซึ่งจะใช้องค์การไม่อาจจะประยุกต์ใช้กับการจัดการในภาพรวมทั้งองค์การ ดังนั้น จึงเกิดการพัฒนาแนวความคิดทฤษฎีการบริหาร เพื่อใช้จัดการกับองค์การทุก ๆ ระดับ เรียกแนวความคิดดังกล่าวว่า ทฤษฎีการบริหาร หรือแนวคิดการจัดการตามหลักการจัดการทั่วไป โดยนักทฤษฎี การบริหารในระยะแรก คือ Fayol (1916) นักอุตสาหกรรมชาวฝรั่งเศสเป็นบุคคลที่ได้ชื่อว่าเป็นบิดาของทฤษฎีการบริหาร

Fayol (1916) ได้สรุปสาระสำคัญของการศึกษาได้เป็น 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 เกี่ยวกับหน้าที่การจัดการ (Management Function) หน้าที่ทางการจัดการตามทฤษฎีของ Fayol แบ่งได้เป็น 5 อย่าง คือ

1. การวางแผน (Planning) หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าถึงเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่จะ มีผลต่อธุรกิจ และกำหนดขึ้นเป็นแผนการปฏิบัติงาน หรือวิธีทางที่จะปฏิบัติขึ้นไว้เป็นแนวทางการทำงานในอนาคต

2. การจัดการองค์การ (Organizing) หมายถึง การจัดให้มีโครงสร้างของงานต่าง ๆ และอำนาจหน้าที่ให้อยู่ในส่วนประกอบที่เหมาะสมที่จะช่วยให้งานขององค์การบรรลุผลสำเร็จได้

3. การบังคับบัญชาสั่งการ (Commanding) หมายถึง การสั่งงานต่าง ๆ แก่ผู้ใต้บังคับบัญชาซึ่งผู้บริหารจะต้องกระทำตนเป็นตัวอย่างที่ดี และต้องเข้าใจผู้ปฏิบัติงานด้วยตลอดในการทำงานของคณาจารย์กับองค์กรที่มีอยู่ รวมถึงการติดต่อสื่อสารภายในองค์กรด้วย

4. การประสานงาน (Coordination) หมายถึง การเชื่อมโยงงานของทุกคนให้เข้ากันได้และมุ่งสู่เป้าหมายเดียวกัน

5. การควบคุม (Controlling) หมายถึง การที่จะต้องกำกับให้สามารถประกันได้ว่ากิจกรรมต่าง ๆ ที่ทำไปนั้น สามารถเข้ากันได้กับแผนที่วางไว้

ส่วนที่ 2 เกี่ยวกับคุณลักษณะของผู้บริหาร

ผู้บริหารระดับสูงจะต้องมีคุณลักษณะพร้อมด้วยความสามารถทางร่างกาย จิตใจไหวพริบมีการศึกษาค้นคว้าความรู้ เทคนิคในการทำงาน และประสบการณ์ต่าง ๆ ซึ่งรวมเรียกว่า “ความสามารถทางด้านการจัดการ” ซึ่งต่างจากพนักงานระดับปฏิบัติการที่จะเป็นหน้าที่เทคนิควิธีการทำงานเป็นสำคัญ

ส่วนที่ 3 เกี่ยวกับหลักการจัดการ (Management Principle)

Fayol ได้วางหลักการทั่วไปที่ใช้ในการจัดการไว้ 14 ข้อ ซึ่งสรุปหลักการได้ดังนี้

1. วางคนให้เหมาะสมกับโครงสร้างขององค์กร
2. ยอมรับผู้บริหารระดับสูงคนใดคนหนึ่งในฐานะที่เป็นแหล่งของอำนาจหน้าที่
3. ปฏิบัติตามหลักการ มีผู้บังคับบัญชาเพียงคนเดียว
4. ใช้เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำปรึกษาเฉพาะด้านและทั่วไป
5. จัดแผนงานตามความมุ่งหมาย กระบวนการ และสถานที่
6. มอบหมายงานและใช้ประโยชน์จากหลักของข้อแตกต่าง
7. กำหนดขนาดการควบคุมที่เหมาะสม

จะเห็นได้ว่า แนวความคิดทฤษฎีการบริหารนั้นสามารถใช้ได้อย่างกว้างขวางเป็นสากลสามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับองค์กรทุก ๆ แบบทุก ๆ ระดับ

3. แนวคิดการบริหารระบบราชการ (Bureaucracy Approach) ในยุคการจัดการสมัยเดิม มีแนวคิดที่สำคัญอีกแนวคิดหนึ่งก็คือ ทฤษฎีการบริหารงานระบบราชการโดย Weber (1864) นักสังคมวิทยาชาวเยอรมัน ซึ่ง Weber เชื่อว่า แนวคิดนี้ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพในองค์กรขนาดใหญ่ที่มีความซับซ้อน ซึ่งพอจะสรุปหลักการได้ดังนี้

- 3.1 มีการแบ่งงานกันทำเฉพาะด้านตามความถนัดอย่างเหมาะสมอย่างชัดเจนและสัมพันธ์กัน
- 3.2 มีการจัดลำดับขั้นของอำนาจหน้าที่ไว้อย่างชัดเจน และลดหลั่นกันลงมา
- 3.3 ใช้ระบบของกฎเป็นหลักประกันของการทำงานให้บรรลุเป้าหมาย และขจัดความไม่แน่นอนในการปฏิบัติงาน

การปฏิบัติงาน

- 3.4 เน้นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นทางการ ไม่เป็นส่วนตัว (Impersonal)
- 3.5 การเลื่อนขั้นเลื่อนตำแหน่งจะพิจารณาบนพื้นฐานของความสามารถและความสำเร็จ
- 3.6 มุ่งเน้นการเก็บบันทึกไว้เป็นหลักฐาน เพื่อประโยชน์ในการบริหารงานในอนาคต

จะเห็นได้ว่า แนวคิดหลักของการบริหารระบบราชการเป็นการสร้างความชัดเจนของขอบเขตอำนาจหน้าที่ ซึ่งจะต้องมีการแบ่งงานกันเฉพาะด้านอย่างชัดเจน และลดหลั่นของอำนาจหน้าที่ ผู้ที่มีอำนาจสูงกว่าก็จะทำหน้าที่กำกับดูแลผู้ที่มีอำนาจน้อยกว่าตามสายการบังคับบัญชาของตน เป็นการใช้กฎระเบียบเป็นปัจจัยหลักในการควบคุมการทำงานในทุก ๆ ระดับส่งเสริมความก้าวหน้าทางตำแหน่งไปตามความสามารถ โดยไม่ยึดความสัมพันธ์ส่วนตัว และเน้นการจดบันทึกเป็นหลักฐานซึ่งนับว่าเป็นระบบที่มุ่งให้เกิดความชัดเจนอย่าง

แท้จริง แต่อย่างไรก็ตามแนวคิดนี้ก็ได้อุทวิพากษ์ว่ามีจุดอ่อนในเรื่องของการมีระเบียบแบบแผนมากเกินไป ทำให้ขาดความคล่องตัวและเกิดความล่าช้า จึงไม่เหมาะสมกับองค์กรที่ต้องการความคล่องตัวสูงและต้องการความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ของสมาชิกในองค์กร

แนวคิดการจัดการ POSDCoRB

POSDCoRB คือ หลักในการบริหารจัดการองค์กรที่ใช้กันทั้งในภาครัฐ และ เอกชน ที่ผู้มีอำนาจบริหารมีหน้าที่ และ บทบาทการบริหารอยู่ 7 ประการ คือ

P- Planning หมายถึง การวางแผน ได้แก่ การจัดวางโครงการและแผนงานต่างๆ ขึ้นมาไว้ล่วงหน้า

O-Organizing หมายถึง การจัดองค์การ ได้แก่ การแบ่งงาน การกำหนดส่วนงาน โครงสร้างขององค์กร การกำหนดตำแหน่งงานต่างๆ พร้อมกับอำนาจหน้าที่

S-Staffing หมายถึง การจัดการเกี่ยวกับตัวบุคคลในองค์กร นับตั้งแต่ การจัดสรรกำลัง การสรรหา การคัดเลือก การบรรจุแต่งตั้งบุคคล การเลื่อนขั้น เลื่อนตำแหน่ง เงินเดือน การโยกย้าย การพัฒนาบุคคลในองค์กรเรื่อยไปจนกระทั่งการให้บุคคลพ้นจากตำแหน่ง

D-Directing หมายถึง การอำนวยการ ได้แก่ การทำหน้าที่ในการตัดสินใจ วินิจฉัยสั่งการ การออกคำสั่ง มอบหมายภารกิจงานไปให้ผู้ใต้บังคับบัญชา หลังจากนั้นต้องใช้ภาวะของการเป็นผู้นำในการกระตุ้นจูงใจคนให้ยอมรับในผู้บริหาร

Co- Coordinating หมายถึง การประสานงาน ได้แก่ การทำหน้าที่ในการประสานกิจกรรมต่างๆ ที่ได้มีการแบ่งแยกออกไปเป็นส่วนงานย่อยๆ เพื่อให้ทุกภาคส่วนสามารถทำงานประสานสอดคล้องกัน และมุ่งไปสู่เป้าหมายเดียวกัน

R- Reporting หมายถึง การรายงาน ได้แก่ การทำหน้าที่ในการรับฟังรายงานผลการปฏิบัติงานของบุคคลและหน่วยงานที่เป็นผู้ใต้บังคับบัญชาได้รายงานมา การรายงานถือเป็นมาตรการในการตรวจสอบและควบคุมงานด้วย

B- Budgeting หมายถึง การงบประมาณ ได้แก่ หน้าที่ที่เกี่ยวกับการจัดทำงบประมาณ การจัดทำบัญชีการใช้จ่ายเงินและการตรวจสอบควบคุมด้านการเงิน การบัญชีของหน่วยงานนั่นเอง

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ฉัตรวรวิญญ์ องคสิงห์ (2549) โครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพของชุมชนตำบลโคกกระชาย อำเภอบึงสามพัน จ.นครราชสีมา เกิดขึ้นเนื่องจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส) (Health Research Institution - HSRI) ให้ความสนใจกับการพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพของชุมชน และมีแนวคิดอย่างเปิดใจกว้างโดยไม่ยึดกรอบการจัดบริการสุขภาพในระดับต่างๆ ตามโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพของรัฐ แต่ให้โอกาสในการศึกษาถึงความต้องการจากฐานรากของชุมชนในรูปแบบระบบบริการสุขภาพที่มาจากความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง โครงการฯ นี้ ได้ออกแบบเป็นโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการ และแบ่งระยะการศึกษาและปฏิบัติการออกเป็น 3 ระยะ ในระยะที่ 1 เป็นการศึกษาวิจัยในพื้นที่เพื่อนำข้อมูลมาสังเคราะห์และประมวลเป็น “ตัวแบบ” (Model) ของการจัดระบบบริการสุขภาพ ในระยะที่ 2 คณะนักวิจัยและผู้เกี่ยวข้องจะนำตัวแบบนั้นมาทดลองดำเนินการ พร้อมทั้งมีการประเมิน แก้ไข ปรับเปลี่ยนจนกระทั่งถึงระยะที่ 3 ซึ่งเป็นระยะที่วางแผนไว้สำหรับการประเมินผลและการพัฒนา สำหรับโครงการฯ ที่นำเสนอในครั้งนี้ เป็นผลงานจากการเสร็จสิ้นในระยะที่ 1 แบบแผนของระบบบริการสุขภาพชุมชน ที่หลายเวทีช่วยกันสังเคราะห์ออกมานั้น มีองค์ประกอบสำคัญดังนี้ (1) ทูทางสังคม ที่ถือเป็นบริบทเกี่ยวข้องกับครัวเรือน ผู้คนเข้าไว้ด้วยกัน โดยชุมชนให้ความสำคัญกับคนที่มีใจ มีจุดมุ่งหมาย อุดมการณ์ร่วมกัน มีจิตสำนึกร่วมโดยเน้นไปที่ผู้นำและภาวะที่จะสามารถดูแลบริหารระบบบริการสุขภาพชุมชนนี้ได้ ที่น่าสนใจคือในทูทางสังคมนี้ ได้รวมเรื่องห่วงโซ่ของอาหารในชุมชนเข้าไว้ด้วย (2) แบบแผนความสัมพันธ์ ทูทางสังคมจะเกิดขึ้นและเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบอื่นๆ นั้นจะต้องมีแบบแผนความสัมพันธ์ที่ชุมชนประยุกต์ขึ้นมาโดยยังเรียกร้องแบบแผนในรูปแบบสังคมดั้งเดิมอยู่ แบบแผนความสัมพันธ์เหล่านั้นได้แก่ การพึ่งพาอาศัยกัน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การมีส่วนร่วม การอบรมศึกษาและดูงาน การบริหารจัดการ (3) การสนับสนุนการบริการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งคนในชุมชนให้ความสำคัญกับ หน่วยงานสาธารณสุขภาครัฐที่ได้แก่ สาธารณสุขจังหวัด อำเภอสถานีอนามัย, โรงพยาบาลชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งองค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล วัดและบทบาทของพระสงฆ์ สถาบันการศึกษาในท้องถิ่น และวิทย์ชุมชน (4) บุคลากรในระบบ ที่ชุมชนเห็นว่าจำเป็นในระบบบริการได้แก่ แพทย์, พยาบาล, อสม และ หมอพื้นบ้าน โดยองค์ประกอบเหล่านี้จะต้องเชื่อมโยงกันด้วย (5) ระบบความรู้ ที่ชุมชนปรารถนาเป็นผู้รับและค่อยๆ เรียนรู้การแลกเปลี่ยน การทบทวนและการสังเคราะห์ โดยระบบความรู้ที่เป็นความคิดของชุมชนควรประกอบด้วย คน, ความรู้, ทรัพยากรในชุมชน, เงินสนับสนุน, วัฒนธรรมและความสัมพันธ์ในครอบครัว โดยเฉพาะการจัดสร้างชุมชนไว้ในระบบความรู้ด้วย เนื่องจากคนในชุมชนเห็นว่า เยาวชนจะเป็นที่พึ่งของชุมชนและสังคม จึงเป็นทั้งผู้รับการถ่ายทอดและผู้ถ่ายทอดในรุ่นๆ ต่อๆ ไปการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพของชุมชน ตำบลโคกกระชาย อำเภอบึงสามพัน จังหวัดนครราชสีมา

วริยา จันทรขำ, หทัยชนก บัวเจริญและชินวุฒิ อาสน์วิเชียร (2558) การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพในชุมชน โดยใช้เครื่องมือการประเมินชุมชนเชิงชาติพันธุ์วรรณาแบบเร่งด่วนเก็บรวบรวมข้อมูลวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาฐานคิดวิเคราะห์ทุนสังคมและศักยภาพ และวิเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อสร้างชุมชนจัดการตนเองขององค์การบริหารส่วนตำบลท่าแก่อินทร์บุรีจังหวัดสิงห์บุรีวิธีการ ศึกษาจากแหล่งข้อมูล 1) ศึกษาจากเอกสารข้อมูลตำบล รายงานประจำปีโครงการ แผนงานโครงการของตำบล 2) การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม ในกลุ่มผู้บริหาร แกนนำ ท้องถิ่น ท้องที่ ประชาชน หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง จำนวน 105 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้กระบวนการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา เปรียบเทียบเรื่องราว วิเคราะห์แบบตารางเปรียบเทียบ มีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า ผลการศึกษา พบว่า 1) ฐานคิด ทุนสังคม และศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุเพื่อสร้างชุมชนจัดการตนเอง คือ

การมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผลประโยชน์แก้ไขปัญหโดยใช้ภาคีเครือข่าย สร้างความมีจิตสาธารณะ เพื่อพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพ พัฒนาสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะชุมชน จัดระบบบริการสุขภาพจัดตั้งกองทุน/สวัสดิการ และนำใช้ข้อมูลตำบลมาพัฒนางานอย่างเป็นระบบ2) รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเอง ใช้ระบบฐานข้อมูลตำบล บูรณาการทุนและศักยภาพทางสังคมภายในและภายนอกพื้นที่ เน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิต สุขภาพความเป็นอยู่ และการพึ่งพาตนเอง ดูแลผู้ที่จะเข้าสู่วัยผู้สูงอายุและผู้สูงอายุโดยเน้น4 มิติคือ 1) การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long-term care) 2) การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุด้านการเรียนรู้สัมมาอาชีพ 3) การเตรียมความพร้อมก่อนวัยสูงอายุและ 4) การจัดสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ซึ่งแบ่งขั้นตอนการวิจัยออกเป็น 2 ส่วนตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ตอนที่ 1. เพื่อศึกษาสภาพ ศักยภาพในการจัดการสุขภาวะผู้สูงอายุ องค์การบริหารส่วนตำบลหมอเมือง อำเภอแม่จริม จังหวัดน่าน (วัตถุประสงค์ข้อ 1)

การศึกษาศภาพ ศักยภาพในการจัดการสุขภาวะผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลหมอเมือง อำเภอแม่จริม จังหวัดน่าน โดยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยศึกษาในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลโชคชัย จังหวัดเชียงราย ใน 4 ส่วนคือ 1) สภาพและบริบทการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้สูงอายุและภาคี 2) การรวมตัวของกลุ่มผู้สูงอายุและกิจกรรมในการขับเคลื่อนแบบมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้สูงอายุและภาคีเครือข่าย 3) ศักยภาพและปัญหาในการจัดการศูนย์สุขภาวะแบบมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้สูงอายุและภาคีเครือข่าย และ 4) รูปแบบการจัดการศูนย์สุขภาวะแบบมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้สูงอายุและภาคีเครือข่าย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลในส่วนของสถานการณ์นี้ ได้แก่ นายกององค์การบริหารส่วนตำบล รองนายกององค์การบริหารส่วนตำบล นักพัฒนาชุมชน คณะกรรมการกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน และแกนนำกลุ่มต่างๆ ในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลหมอเมือง อำเภอแม่จริม จังหวัดน่าน ศึกษาโดยการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวนตำบลละ 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ ได้แก่ ตัวผู้วิจัย และแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก (Interview Guide) ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยผ่านการทบทวนเอกสารและรายงานการศึกษาต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participation Observation) และแบบสังเกต (Observation Form) ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) โดยใช้เครื่องบันทึกเสียงและแบบบันทึกภาคสนาม (Field Note) เพื่อบันทึกการสนทนาระหว่างการสัมภาษณ์เชิงลึก หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดจากการทบทวนวรรณกรรมและการวิจัยเชิงคุณภาพดังกล่าวมาสังเคราะห์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาศภาพและบริบทของรูปแบบการจัดการศูนย์สุขภาวะแบบมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้สูงอายุและภาคีเครือข่ายโดยวิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ คือ การสัมภาษณ์เชิงลึก (In – depth Interview) การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non – Participation Observation) ตามแนวคำถามหลักที่สร้างไว้เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของชุมชน และแนวประเด็นคำถามรอง เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงลึก

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาสภาพและบริบทของรูปแบบการจัดการศูนย์สุขภาพแบบมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้สูงอายุและภาคีเครือข่ายนี้ เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยในการวิเคราะห์ข้อมูลได้ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เป็นหลัก โดยมีการเปรียบเทียบข้อค้นพบของปรากฏการณ์ที่ทำการศึกษาจากแหล่งข้อมูลต่างๆ (Data Sources) โดยใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Data Triangulation) เพื่อเป็นการเปรียบเทียบและตรวจสอบความแน่นอนของข้อมูล

ตอนที่ 2. เพื่อให้ได้รูปแบบการจัดการศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชนกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย องค์การบริหารส่วนตำบลหมอเมือง อำเภอแม่จริม จังหวัดน่าน (วัตถุประสงค์ข้อ 2)

การพัฒนาแบบการจัดการศูนย์สุขภาพแบบมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้สูงอายุและภาคีเครือข่ายในครั้งนี้ ด้วยการใช้วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research - PAR) โดยใช้การอ้างอิงจากผลการวิจัยในตอนต้น (วัตถุประสงค์ข้อที่ 1) คือ ศึกษาสภาพและบริบทของรูปแบบการจัดการศูนย์สุขภาพแบบมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้สูงอายุและภาคีเครือข่าย ในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลโชคชัย จังหวัดเชียงราย ซึ่งเป็นการวิเคราะห์บริบทและสถานการณ์เบื้องต้น อันเป็นขั้นตอนแรกของการดำเนินงานตามขั้นตอนในการพัฒนารูปแบบ จากนั้นจึงเข้าสู่ขั้นตอนต่อมาคือ การสังเคราะห์รูปแบบการจัดการศูนย์สุขภาพแบบมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้สูงอายุและภาคีเครือข่ายในรูปแบบที่แตกต่างของแต่ละพื้นที่ เป็นการพัฒนารูปแบบใหม่จากการศึกษาในวัตถุประสงค์ที่ 1 ในเบื้องต้น จากนั้นนำสู่การพัฒนาขึ้นกับภาคีจนได้รูปแบบที่เหมาะสม และสรุปผลการทดลอง ซึ่งในส่วนนี้จะใช้ทั้งวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลในส่วนของพัฒนารูปแบบการจัดการศูนย์สุขภาพแบบมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้สูงอายุและภาคีเครือข่ายนี้ ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบล นักพัฒนาชุมชน คณะกรรมการกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน และแกนนำกลุ่มต่างๆ ในพื้นที่ศึกษาโดยการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แนวการสัมภาษณ์/ระดมความคิดเห็น ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยผ่านการศึกษาเอกสารและรายงานการศึกษาต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมจุดมุ่งหมายของการศึกษาและประเด็นที่ต้องการศึกษา จากนั้นนำเครื่องมือวิจัยที่สร้างขึ้นเสนอผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องของคำถามเกี่ยวกับสภาพและบริบทและรูปแบบการจัดการศูนย์สุขภาพแบบมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้สูงอายุและภาคีเครือข่าย

ภายหลังจากได้ผลการวิจัยตามวิธีดำเนินการวิจัยในตอนต้นที่ 2 ซึ่งเป็นการวิเคราะห์รูปแบบ ในขั้นตอนต่อมาของการดำเนินงานตามในการพัฒนารูปแบบก็คือ การพัฒนารูปแบบที่เหมาะสม โดยมีรายละเอียดของการดำเนินกิจกรรมการวิจัยด้วยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research – PAR) ของชุมชน ในส่วนนี้เป็นการศึกษาข้อมูลทั้งวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการใช้การวิเคราะห์จุดเด่นที่เป็นองค์ประกอบและเงื่อนไขสำคัญ จัดประชุมกลุ่มแกนนำ จัดเวทีประชาคม และสรุปผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาสภาพและบริบทของรูปแบบการจัดการศูนย์สุขภาพแบบมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้สูงอายุและภาคีเครือข่ายนี้ เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยในการวิเคราะห์ข้อมูลได้ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เป็นหลัก โดยมีการเปรียบเทียบข้อค้นพบของปรากฏการณ์ที่ทำการศึกษาจากแหล่งข้อมูลต่างๆ (Data Sources) โดยใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Data Triangulation) เพื่อเป็นการเปรียบเทียบและตรวจสอบความแน่นอนของข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ ได้แก่ ตัวผู้วิจัย และแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก (Interview Guide) ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นผ่านการทบทวนเอกสารและรายงานการศึกษาต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participation Observation) และแบบสังเกต (Observation Form) ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) โดยใช้เครื่องบันทึกเสียงและแบบบันทึกภาคสนาม (Field Note) เพื่อบันทึกการสนทนาระหว่างการสัมภาษณ์เชิงลึก หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดจากการทบทวนวรรณกรรมและการวิจัยเชิงคุณภาพดังกล่าวมาสังเคราะห์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาสภาพและบริบทของรูปแบบการจัดการศูนย์สุขภาพแบบมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้สูงอายุและภาคีเครือข่ายโดยวิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ คือ การสัมภาษณ์เชิงลึก (In – depth Interview) การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non – Participation Observation) ตามแนวคำถามหลักที่สร้างไว้เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของชุมชน และแนวประเด็นคำถามรอง เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงลึก

บทที่ 4

สรุปผลการวิจัย

รูปแบบการจัดการศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชนกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย ภาครัฐศึกษา องค์การบริหารส่วนตำบลหมอมเมือง อำเภอแม่จริม จังหวัดน่าน

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1. เพื่อศึกษาสภาพ ศักยภาพในการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุองค์การบริหารส่วนตำบลหมอมเมือง อำเภอแม่จริม จังหวัดน่าน พบว่า การจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้ง 4 มิติ

มิติที่ 1 สุขภาวะทางกาย (Physical health)

จากเวทีเสวนาและการสัมภาษณ์ พบว่า สุขภาวะทางกายของผู้สูงอายุในองค์การบริหารส่วนตำบลหมอมเมือง กลุ่มผู้สูงอายุต้องการแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาตรวจสุขภาพทั่วไปและแจกยาสามัญประจำบ้าน โดยปกติผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายเป็นประจำด้วยวิธีการที่หลากหลาย อาทิเช่น การเดินแอโรบิก กิจกรรมเข้าจังหวะ รำวงย้อนยุค เมื่อผู้สูงอายุรู้สึกมีการเจ็บป่วยเล็กน้อย จะดูแลตนเองด้วยการซื้อยาสามัญประจำบ้านมารับประทานเอง แต่ผู้สูงอายุบางคนรับประทานยาสมุนไพรแทนการใช้สามัญประจำบ้าน ในขณะที่บางคนจะไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วย สิ่งที่ผู้สูงอายุรู้สึกภาคภูมิใจเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพคือ ภูมิใจที่ได้เข้าร่วมกิจกรรม ได้เป็นส่วนหนึ่งกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกาย และเป็นส่วนหนึ่งของคนและกัน อีกทั้งองค์การบริหารส่วนตำบลหมอมเมืองได้สนับสนุนงบประมาณให้กับ รพ.สต. หมอมเมือง ด้านการพัฒนาสุขภาพ การออกแจกเลือดเพื่อหาระดับสารพิษในร่างกายให้กับคนในหมู่บ้าน อีกทั้งยังมีการส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ เช่น มีการทำกิจกรรมเพื่อยืดเส้นยืดสาย เช่น แกว่งแขน ยืดขา ก่อนออกกำลังกาย มีการเตรียมร่างกายให้พร้อมสำหรับการออกกำลังกาย การรำวงย้อนยุค เล่นเปตอง เดินแอโรบิกเพื่อสุขภาพ ซึ่งผู้สูงอายุในชุมชนสามารถร่วมกันทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเหล่านี้ได้ มีการรณรงค์ให้เลิกบริโภคอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว รับประทานผัก และรับประทานผลไม้ และลดละเลิกบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์

มิติที่ 2 สุขภาวะทางอารมณ์ (Emotional health)

จากเวทีเสวนาและการสัมภาษณ์ พบว่า สุขภาวะทางอารมณ์ของผู้สูงอายุในองค์การบริหารส่วนตำบลหมอมเมือง ผู้สูงอายุมีวิธีการคลายความเครียดและวิตกกังวล โดยพูดคุยกับเพื่อนบ้าน ทำกิจกรรมนันทนาการต่างๆ อาทิเช่น การตั้งกลุ่มดนตรีพื้นบ้าน กลุ่มรำวงย้อนยุค การรวมกลุ่มจัดกิจกรรมในวันพระ หรือวันสำคัญต่าง ๆ โดยเฉพาะวันสงกรานต์ เป็นต้น ทั้งนี้กลุ่มผู้สูงอายุมีสภาวะทางจิตใจที่แจ่มใส มีความเมตตาและไม่วิตกกังวลซึ่งเป็นลักษณะของสุขภาพจิตดี มีความสนุกสนานร่าเริง ไม่มีความเครียดหรือวิตกกังวล การใช้เวลาส่วนตัวเพื่อความเพลิดเพลินและผ่อนคลายความเครียด มีความพอใจในความเพียงพอ สามารถรับสภาพที่ประสบอย่างเข้มแข็ง โดยผ่านการทำกิจกรรมของศูนย์สุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุจะมีการทำกิจกรรมหลักทุกวันศุกร์ ในช่วงเช้าได้รับการสนับสนุนจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และ สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.) ทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน ทำให้กลุ่มผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตและสุขภาพใจดี

มิติที่ 3 สุขภาวะทางสังคม (Social health)

จากเวทีเสวนาและการสัมภาษณ์ พบว่า สุขภาวะทางสังคมของผู้สูงอายุในองค์การบริหารส่วนตำบลหมอมเมือง ส่วนใหญ่กลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มติดสังคม จะชักชวนกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้านออกมาร่วมกิจกรรมและต่อยอดชักชวนกันไปเยี่ยมกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดเตียง คอยช่วยเหลือ ดูแลซึ่งกันและกัน เป็นสังคมที่มีความเอื้อ

อาหาร ตลอดจนมีระบบสาธารณสุขที่ดีและการกระจายอย่างทั่วถึง อีกทั้งสมาชิกครอบครัว เพื่อนฝูง เพื่อนร่วมงาน และเพื่อนบ้าน เป็นบ่อเกิดแห่งความสุขของกลุ่มผู้สูงอายุ องค์การบริหารส่วนตำบลหมอเมืองได้มีการส่งเสริมกลุ่มอาชีพต่างๆ เพื่อให้คนในชุมชนเข้าร่วมเป็นสมาชิก ก่อให้เกิดรายได้แก่คนในตำบล เสริมสร้างศักยภาพของเกษตรกรที่ถือว่าเป็นกลุ่มอาชีพหลักในตำบล และส่งเสริมให้มีการทำการเกษตรอินทรีย์ ลดการใช้สารพิษ มีการสนับสนุนให้มีการจัดตั้งจุดรับซื้อผลผลิตทางการเกษตรขึ้นในหมู่บ้านต่างๆในตำบล ส่งผลให้ลดปัญหาการถูกกดราคาจากพ่อค้าคนกลาง เกษตรกรได้จำหน่ายผลผลิตทางการเกษตรได้ในราคาที่สูงขึ้นกว่าเดิม กลุ่มผู้สูงอายุมีอาชีพที่มั่นคงมีรายได้บุตรหลานที่ร่ำรวย และได้รับการสนับสนุนด้านการศึกษา โดยสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.) จะเน้นกิจกรรมอ่านเขียนภาษาฯลฯ ซึ่งจะให้อิสระในการจัดการโดยชุมชนเป็นหลัก การอยู่ร่วมกันอย่างมีศักดิ์ศรี ทุกคนในสังคมให้เกียรติยกย่องและยอมรับกัน การได้รับดูแลจากสังคมอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องเป็นระบบ

มิติที่ 4 สุขภาวะทางจิตวิญญาณ (ปัญญา) (Spiritual health)

จากเวทีเสวนาและการสัมภาษณ์ พบว่า สุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในองค์การบริหารส่วนตำบลหมอเมืองมีวิธีการเรียนรู้ด้วยวิธีการบำบัดต่างๆ โดยเฉพาะในทางพระพุทธศาสนา และการเสริมพลังจากสมาชิกกลุ่มผู้สูงอายุ ทำให้สมาชิกในกลุ่มผู้สูงอายุมีความภูมิใจได้ทำกิจกรรมกับเพื่อนผู้สูงอายุด้วยกัน นอกเหนือจากนี้ยังได้ช่วยเหลือดูแลสุขภาพคนอื่น ทำให้จิตใจสงบ ได้รับความรู้เพิ่มเติม รู้จักเพื่อนมากขึ้น มีกำลังใจมากขึ้น ในการดำเนินชีวิตปกติในทุกวัน มีการทำงานร่วมกันอย่างผาสุก โดยที่ทุกคนต่างเคารพซึ่งกันและกัน ยอมรับและรับฟัง รักษาสิทธิของกันและกัน ทั้งยังให้ความเชื่อมั่น ศรัทธา และเคารพกันและกัน ทั้งนี้เนื่องจากชุมชนมีศักยภาพหลากหลาย ทั้งทางด้านวัฒนธรรม ประเพณี ศิลปวัฒนธรรม ภูมิปัญญา องค์ความรู้ต่างๆ จากปราชญ์ชาวบ้าน ซึ่งทั้งนี้ยังมีการถ่ายทอดองค์ความรู้จากรุ่นสู่รุ่น โดยการไปสอนนักเรียน หรือกลุ่มลูกหลานในการเล่นดนตรี ศิลปะพื้นบ้านของกลุ่มผู้สูงอายุอีกด้วย เสริมทั้งคุณค่าทางจิตใจของผู้สูงอายุแล้ว ยังรวมไปถึงการถ่ายทอดความรู้ต่างๆจากรุ่นสู่รุ่นอีกด้วย

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อให้ได้การจัดการศูนย์สุขภาวะผู้สูงวัยแบบมีส่วนร่วมของชุมชนกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย องค์การบริหารส่วนตำบลหมอเมือง อำเภอแม่จริม จังหวัดน่าน ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้

1. การวางแผน โดยการมีส่วนร่วมในการทำงานทั้ง 3 ระดับ ต้น กลาง และปลาย

ในด้านการวางแผนการทำงานของการจัดการศูนย์สุขภาวะผู้สูงวัยแบบมีส่วนร่วมของชุมชนกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย องค์การบริหารส่วนตำบลหมอเมือง อำเภอแม่จริม จังหวัดน่าน พบว่า การพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน แนวคิดเกี่ยวกับ สุขภาพ แนวคิดการสร้างพลังอำนาจ และแนวคิดการทำงานโดยอาศัยภาคีเครือข่าย ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญ ในการส่งเสริมความเข้มแข็งให้ชุมชนในการส่งเสริมการพัฒนารูปแบบการจัดตั้งศูนย์สุขภาวะแบบมีส่วนร่วมโดยในเบื้องต้นการมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ผู้สูงวัยเข้าร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้นโดยภาครัฐ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นคนสาธิต บรรยายให้ความรู้แก่สมาชิกการไปเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ การได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือในการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจากหน่วยงาน หรือสมาชิกในกลุ่มผู้สูงวัย ได้แก่ การประชาสัมพันธ์กิจกรรมต่างๆ การตรวจสุขภาพทั่วไปและการตรวจคัดกรองโรค มีวิทยากรที่มีความรู้มาบรรยายและดำเนินกิจกรรมประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การฝึกสมาธิด้านความคิด ได้รับ

ความรู้จากการรับฟังบรรยายทางวิชาการเพื่อสุขภาพ หรือด้านอื่น ๆ ดังจะเห็นได้ว่า ใน **ระดับต้นทาง** มีการจัดการกับกลุ่มผู้สูงอายุ สอบถามความต้องการและมีระบบการจัดการกลุ่มของผู้สูงอายุ มีการประชุมหารือในการดำเนินงาน การทำงานทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุดำเนินการโดยการร่วมตัดสินใจโดยกลุ่มผู้สูงอายุ **ระดับกลางทาง** มีกระบวนการในการเรียนรู้ และการตัดสินใจร่วมกันของกลุ่ม การรับฟังความคิดเห็น การแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้โครงการแต่ละโครงการดำเนินไปได้ตามแผนที่วางไว้ **ระดับปลายทาง** มีการจัดการวางแผนอย่างเป็นระบบผ่านการตัดสินใจอย่างมีส่วนร่วมกันในกลุ่ม สะท้อนการวางแผนงานของกลุ่มที่กระทำโดยการรับผิดชอบการทำงานร่วมกัน และการทำงานผสมผสานกับชุมชนกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายได้

2. การจัดการองค์กร โดยมีความชัดเจนในการจัดตั้งกลุ่มคณะกรรมการในการบริหารจัดการงานต่างๆและหน้าที่ในการทำงาน

ในด้านการจัดการองค์กรของศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชนกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย องค์การบริหารส่วนตำบลหมอเมือง อำเภอแม่จริม จังหวัดน่าน พบว่า เนื่องจากประธานกลุ่มเพิ่งเสียชีวิตไปทำให้การดำเนินงานของกลุ่มไม่ต่อเนื่อง ทำให้การทำงานหยุดชะงักไปช่วงเวลาหนึ่ง แต่หลังจากการพูดคุยสร้างความสำคัญของกลุ่มแล้ว จึงมีการรวมกลุ่มกันขึ้นมาอีกครั้งทำให้การเคลื่อนงานของกลุ่มผู้สูงอายุดำเนินการภายใต้กลุ่มผู้สูงอายุและภาคีเครือข่ายทั้งวัด บ้าน และโรงเรียน ซึ่งมีผู้นำเป็นครูที่เกษียณอายุแล้ว ซึ่งเมื่อชุมชนได้คนที่เสียสละในการทำงานและพร้อมจะช่วยให้กลุ่มของผู้สูงอายุดำเนินงานต่อไปได้ จึงมีการจัดตั้งกลุ่มผู้สูงอายุในการขับเคลื่อนการทำงานด้านสุขภาพผู้สูงอายุต่อมา ในบริบทที่มีการจัดการของรูปแบบคณะทำงาน

3. การจัดการทรัพยากรมนุษย์ โดยมีการจัดการองค์ความรู้จากทุนมนุษย์ออกมาในรูปแบบของภูมิปัญญาจากผู้สูงอายุ สู่รุ่นต่อรุ่น

ในด้านการจัดการทรัพยากรมนุษย์ ของการจัดการศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชนกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย องค์การบริหารส่วนตำบลหมอเมือง อำเภอแม่จริม จังหวัดน่าน พบว่า มีการดึงศักยภาพของผู้สูงอายุมาเป็นส่วนประกอบหลักในการดำเนินงานของกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจาก ผู้สูงอายุในกลุ่มมีความมุ่งมั่นในการทำงานและกิจกรรมร่วมกัน มีกิจกรรมหลักในการรวมตัวกันทำงานอย่างชัดเจน และมีความรู้ ความสามารถในการดำเนินงานเฉพาะทางและเฉพาะตัว เช่น การเล่นดนตรีพื้นถิ่น สะล้อ ซอ ซึง โดยมีการถ่ายทอดการทำซึง การละเล่น ให้กับลูกหลานในโรงเรียน ซึ่งได้เชื่อมโยงประสานกับผู้อำนวยการโรงเรียน ทำให้การแบ่งงานกันทำให้เกิดการทำงานที่มีภาพที่ชัดเจนเกิดขึ้นของกลุ่มผู้สูงอายุ

4. การอำนวยความสะดวก โดยมีการผสมผสานการทำงาน จากทุกภาคส่วน การให้คำปรึกษา ชี้นำและร่วมกันแก้ไขปัญหาการทำงาน

ในด้านการอำนวยความสะดวก ของการจัดการศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชนกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย องค์การบริหารส่วนตำบลหมอเมือง อำเภอแม่จริม จังหวัดน่าน พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลหมอเมืองมีบทบาทในการเคลื่อนงานของจากการจัดตั้งกลุ่มจากผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ทำให้การอำนวยความสะดวกของกลุ่มมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การใช้ลำดับขั้นของผู้นำ ที่เป็นคนที่มีความรู้ความสามารถในชุมชน โดยดึงอดีตครู มานำกลุ่มและประสานงานผสมผสานงานกับภาคีเครือข่ายทั้งภายในและ

ภายนอก ทำให้การดำเนินการของของกลุ่มผู้สูงอายุดำเนินต่อไปได้อย่างต่อเนื่อง และร่วมกันแก้ไขปัญหาให้สามารถดำเนินงานได้อย่างดี

5. การควบคุม โดยมุ่งเน้นการประเมินผลแผนการทำงาน

ในด้านการควบคุม ของการจัดการศูนย์สุขภาพผู้สูงวัยแบบมีส่วนร่วมของชุมชนกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย องค์การบริหารส่วนตำบลหมอเมือง อำเภอแม่จริม จังหวัดน่าน พบว่า ในด้านการควบคุมการดำเนินงานนั้น ทางองค์การบริหารส่วนตำบลหมอเมืองร่วมดำเนินการควบคุมในการทำแผนงานให้เกิดผลประสบความสำเร็จ ในการดำเนินงานจะเห็นได้ว่าการทำงานของกลุ่มผู้สูงอายุนั้น นอกเหนือจากคณะกรรมการในกลุ่มแล้ว ยังมีในส่วนของการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย และจะพบได้ว่าการมีผู้นำที่ดีจะทำให้การเคลื่อนงานเป็นได้ดี

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัย

รูปแบบการจัดการศูนย์สุขภาพของผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชนกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย ภาครัฐศึกษา องค์การบริหารส่วนตำบลหมอเมือง อำเภอแม่จริม จังหวัดน่าน

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1. เพื่อศึกษาสภาพ ศักยภาพในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลหมอเมือง อำเภอแม่จริม จังหวัดน่าน พบว่า การจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้ง 4 มิติ

มิติที่ 1 สุขภาวะทางกาย (Physical health)

สุขภาพทางกายของผู้สูงอายุในองค์การบริหารส่วนตำบลหมอเมือง กลุ่มผู้สูงอายุต้องการแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาตรวจสุขภาพทั่วไปและแจกยาสามัญประจำบ้าน โดยปกติผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายเป็นประจำด้วยวิธีการที่หลากหลาย อาทิเช่น การเดินแอโรบิก กิจกรรมเข้าจังหวะ รำวงย้อนยุค เมื่อผู้สูงอายุรู้สึกมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย จะดูแลตนเองด้วยการซื้อยาสามัญประจำบ้านมารับประทานเอง แต่ผู้สูงอายุบางคนรับประทานยาสมุนไพรแทนการใช้สามัญประจำบ้าน ในขณะที่บางคนจะไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วย สิ่งที่คุณสูงอายุรู้สึกภาคภูมิใจเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพคือ ภูมิใจที่ได้เข้าร่วมกิจกรรม ได้เป็นส่วนหนึ่งกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และเป็นส่วนหนึ่งของคุณและกัน

อีกทั้งองค์การบริหารส่วนตำบลหมอเมืองได้สนับสนุนงบประมาณให้กับ รพ.สต.หมอเมือง ด้านการพัฒนาสุขภาพ การออกแจกเลือดเพื่อหาระดับสารพิษในร่างกายให้กับคนในหมู่บ้าน อีกทั้งยังมีการส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ เช่น มีการทำกิจกรรมเพื่อยืดเส้นยืดสาย เช่น แกว่งแขน ยืดขา ก่อนออกกำลังกาย มีการเตรียมร่างกายให้พร้อมสำหรับการออกกำลังกาย การรำวงย้อนยุค เล่นเปตอง เดินแอโรบิกเพื่อสุขภาพ ซึ่งผู้สูงอายุในชุมชนสามารถร่วมกันทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเหล่านี้ได้ มีการรณรงค์ให้เลิกบริโภคอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว รับประทานผักและรับประทานผลไม้ และลดละเลิกบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์

ดังจะเห็นได้ว่ากลุ่มผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี ร่างกายสามารถทำงานต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งลักษณะสุขภาพที่ดีทางกาย คือ มีร่างกายมีความสมบูรณ์แข็งแรง การนอนและการพักผ่อนเป็นไปตามปกติ ผู้สูงอายุทุกคนยังทำงานในไร่ ในสวน รับประทานอาหารเช้าที่ปรุงสุก โดยวัตถุดิบมาจากการปลูกเอง ดูแลลูกหลานด้วยตนเอง และเข้าร่วมกิจกรรมของทางโรงเรียนผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ จึงทำให้ร่างกายปราศจากโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ และได้รับการตรวจสุขภาพเป็นประจำจากกลุ่มงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้งยังมีกิจกรรมร่วมกันอย่างหลากหลายอีกด้วย ซึ่งส่งผลต่อสภาพจิตใจต่อไปอีกด้วย

มิติที่ 2 สุขภาวะทางอารมณ์ (Emotional health)

สุขภาพทางอารมณ์ของผู้สูงอายุในองค์การบริหารส่วนตำบลหมอเมือง ผู้สูงอายุมีวิธีการคลายความเครียดและวิตกกังวล โดยพูดคุยกับเพื่อนบ้าน ทำกิจกรรมนันทนาการต่างๆ อาทิเช่น การตั้งกลุ่มดนตรีพื้นบ้าน กลุ่มรำวงย้อนยุค การรวมกลุ่มจัดกิจกรรมในวันพระ หรือวันสำคัญต่าง ๆ โดยเฉพาะวันสงกรานต์ เป็นต้น

ทั้งนี้กลุ่มผู้สูงอายุมีสภาวะทางจิตใจที่แจ่มใส มีความเมตตาและไม่วิตกกังวลซึ่งเป็นลักษณะของสุขภาพจิตดี มีความสนุกสนานร่าเริง ไม่มีความเครียดหรือวิตกกังวล การใช้เวลาส่วนตัวเพื่อความเพลิดเพลิน และผ่อนคลายความเครียด มีความพอใจในความเพียงพอ สามารถรับสภาพที่ประสบอย่างเข้มแข็ง โดยผ่านการทำกิจกรรมของศูนย์สุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุจะมีการทำกิจกรรมหลักทุกวันศุกร์ ในช่วงเช้าได้มีการ

สนับสนุนจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และ สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.) ทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน ทำให้กลุ่มผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตและสุขภาพใจดี

มิติที่ 3 สุขภาวะทางสังคม (Social health)

สุขภาวะทางสังคมของผู้สูงอายุในองค์การบริหารส่วนตำบลหมอมือเมือง ส่วนใหญ่กลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มติดสังคม จะชักชวนกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้านออกมาร่วมกิจกรรมและต่อยอดชักชวนกันไปเยี่ยมกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดเตียง คอยช่วยเหลือ ดูแลซึ่งกันและกัน เป็นสังคมที่มีความเอื้ออาทร ตลอดจนมีระบบสาธารณสุขที่ดีและการกระจายอย่างทั่วถึง อีกทั้งสมาชิกครอบครัว เพื่อนฝูง เพื่อนร่วมงาน และเพื่อนบ้าน เป็นบ่อเกิดแห่งความสุขของกลุ่มผู้สูงอายุ

องค์การบริหารส่วนตำบลหมอมือเมืองได้มีการส่งเสริมกลุ่มอาชีพต่างๆ เพื่อให้คนในชุมชนเข้าร่วมเป็นสมาชิก ก่อให้เกิดรายได้แก่คนในตำบล เสริมสร้างศักยภาพของเกษตรกรที่ถือว่าเป็นกลุ่มอาชีพหลักในตำบล และส่งเสริมให้มีการทำการเกษตรอินทรีย์ ลดการใช้สารพิษ มีการสนับสนุนให้มีการจัดตั้งจุดรับซื้อผลผลิตทางการเกษตรขึ้นในหมู่บ้านต่างๆในตำบล ส่งผลให้ลดปัญหาการถูกกดราคาจากพ่อค้าคนกลาง เกษตรกรได้จำหน่ายผลผลิตทางการเกษตรได้ในราคาที่สูงขึ้นกว่าเดิม

กลุ่มผู้สูงอายุมีอาชีพที่มั่นคงมีรายได้เพียงพอยั่งยืน การอ่านออกเขียนได้ มีการศึกษาดีและบุตรหลานที่ร่ำล้อม และได้รับการสนับสนุนด้านการศึกษา โดยสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.) จะเน้นกิจกรรมอ่านเขียนภาษาฯ ซึ่งจะให้อิสระในการจัดการโดยชุมชนเป็นหลัก การอยู่ร่วมกันอย่างมีศักดิ์ศรี ทุกคนในสังคมให้เกียรติยกย่องและยอมรับกัน การได้รับดูแลจากสังคมอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องเป็นระบบ

มิติที่ 4 สุขภาวะทางจิตวิญญาณ (ปัญญา) (Spiritual health)

สุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในองค์การบริหารส่วนตำบลหมอมือเมืองมีวิธีการเรียนรู้ด้วยวิธีการบำบัดต่างๆ โดยเฉพาะในทางพระพุทธศาสนา และการเสริมพลังจากสมาชิกกลุ่มผู้สูงอายุ ทำให้สมาชิกในกลุ่มผู้สูงอายุมีความภูมิใจได้ทำกิจกรรมกับเพื่อนผู้สูงอายุด้วยกัน นอกเหนือจากนี้ยังได้ช่วยเหลือดูแลสุขภาพคนอื่น ทำให้จิตใจสงบ ได้รับความรู้เพิ่มเติม รู้จักเพื่อนมากขึ้น มีกำลังใจมากขึ้น ในการดำเนินชีวิตปกติในทุกวัน มีการทำงานร่วมกันอย่างผาสุก โดยที่ทุกคนต่างเคารพซึ่งกันและกัน ยอมรับและรับฟัง รักษาสิทธิของกันและกัน ทั้งยังให้ความเชื่อมั่น ศรัทธา และเคารพกันและกัน

ทั้งนี้เนื่องจากชุมชนมีศักยภาพหลากหลาย ทั้งทางด้านวัฒนธรรม ประเพณี ศิลปวัฒนธรรม ภูมิปัญญา องค์ความรู้ต่างๆ จากปราชญ์ชาวบ้าน ซึ่งทั้งนี้ยังมีการถ่ายทอดองค์ความรู้จากรุ่นสู่รุ่น โดยการไปสอนนักเรียน หรือกลุ่มลูกหลานในการเล่นดนตรี ศิลปะพื้นบ้านของกลุ่มผู้สูงอายุอีกด้วย เสริมทั้งคุณค่าทางจิตใจของผู้สูงอายุแล้ว ยังรวมไปถึงการถ่ายทอดความรู้ต่างๆจากรุ่นสู่รุ่นอีกด้วย

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อให้ได้รูปแบบการจัดการศูนย์สุขภาพผู้สูงวัยแบบมีส่วนร่วมของชุมชนกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย องค์การบริหารส่วนตำบลหมอเมือง อำเภอแม่จริม จังหวัดน่าน ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้

1. การวางแผน โดยการมีส่วนร่วมในการทำงานทั้ง 3 ระดับ ต้น กลาง และปลาย ในด้านการวางแผนการทำงานของจัดการศูนย์สุขภาพผู้สูงวัยแบบมีส่วนร่วมของชุมชนกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย องค์การบริหารส่วนตำบลหมอเมือง อำเภอแม่จริม จังหวัดน่าน พบว่า การพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน แนวคิดเกี่ยวกับ สุขภาพ แนวคิดการสร้างพลังอำนาจ และแนวคิดการทำงานโดยอาศัยภาคีเครือข่าย ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญ ในการส่งเสริมความเข้มแข็งให้ชุมชนในการส่งเสริมการพัฒนาแบบการจัดตั้งศูนย์สุขภาพแบบมีส่วนร่วมโดยในเบื้องต้นการมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ผู้สูงวัยเข้าร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้นโดยภาครัฐ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นคนสาธิต บรรยายให้ความรู้แก่สมาชิกการไปเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ การได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือในการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจากหน่วยงาน หรือสมาชิกในกลุ่มผู้สูงวัย ได้แก่ การประชาสัมพันธ์กิจกรรมต่างๆ การตรวจสุขภาพทั่วไปและการตรวจคัดกรองโรค มีวิทยากรที่มีความรู้มาบรรยายและดำเนินกิจกรรมประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การฝึกสมาธิด้านความคิด ได้รับความรู้จากการรับฟังบรรยายทางวิชาการเพื่อสุขภาพ หรือด้านอื่น ๆ ดังจะเห็นได้ว่า ใน ระดับต้นทางมีการจัดการกับกลุ่มผู้สูงอายุ สอบถามความต้องการและมีระบบการจัดการกลุ่มของผู้สูงอายุ มีการประชุมหารือในการดำเนินงาน การทำงานทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุดำเนินการโดยการร่วมตัดสินใจโดยกลุ่มผู้สูงอายุ ระดับกลางทางมีกระบวนการในการเรียนรู้ และการตัดสินใจร่วมกันของกลุ่ม การรับฟังความคิดเห็น การแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้โครงการแต่ละโครงการดำเนินไปได้ตามแผนที่วางไว้ ระดับปลายทางมีการจัดการวางแผนอย่างเป็นระบบผ่านการตัดสินใจอย่างมีส่วนร่วมกันในกลุ่ม สะท้อนการวางแผนงานของกลุ่มที่กระทำโดยการรับผิดชอบการทำงานร่วมกัน และการทำงานผสานกับชุมชนกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายได้

2. การจัดการองค์กร โดยมีความชัดเจนในการจัดตั้งกลุ่มคณะกรรมการในการบริหารจัดการงานต่างๆ และหน้าที่ในการทำงาน ในด้านการจัดการองค์กรของศูนย์สุขภาพผู้สูงวัยแบบมีส่วนร่วมของชุมชนกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย องค์การบริหารส่วนตำบลหมอเมือง อำเภอแม่จริม จังหวัดน่าน พบว่า เนื่องจากประธานกลุ่มเพิ่งเสียชีวิตไปทำให้การดำเนินงานของกลุ่มไม่ต่อเนื่อง ทำให้การทำงานหยุดชะงักไปช่วงเวลาหนึ่ง แต่หลังจากการพูดคุยสร้างความสำคัญของกลุ่มแล้ว จึงมีการรวมกลุ่มกันขึ้นมาอีกครั้งทำให้การเคลื่อนไหวงานของกลุ่มผู้สูงอายุดำเนินภายใต้กลุ่มผู้สูงอายุและภาคีเครือข่ายทั้งวัด บ้าน และโรงเรียน ซึ่งมีผู้นำเป็นครูที่เกษียณอายุแล้ว ซึ่งเมื่อชุมชนได้คนที่เสียสละในการทำงานและพร้อมจะช่วยให้กลุ่มของผู้สูงอายุดำเนินงานต่อไปได้ จึงมีการจัดตั้งกลุ่มผู้สูงอายุในการขับเคลื่อนการทำงานด้านสุขภาพผู้สูงวัยต่อมา

3. การจัดการทรัพยากรมนุษย์ โดยมีการจัดการองค์ความรู้จากทุนมนุษย์ออกมาในรูปแบบของภูมิปัญญาจากผู้สูงอายุ สู้รุ่นต่อรุ่น ในด้านการจัดการทรัพยากรมนุษย์ ของการจัดการศูนย์สุขภาพผู้สูงวัยแบบมีส่วนร่วมของชุมชนกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย องค์การบริหารส่วนตำบลหมอเมือง อำเภอแม่จริม จังหวัดน่าน พบว่า มีการดึงศักยภาพของผู้สูงอายุมาเป็นส่วนประกอบหลักในการดำเนินงานของกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจาก ผู้สูงอายุในกลุ่มมีความมุ่งมั่นในการทำงานและกิจกรรมร่วมกัน มีกิจกรรมหลักในการรวมตัวกันทำงานอย่างชัดเจน และมีความรู้ ความสามารถในการดำเนินงานเฉพาะทางและเฉพาะตัว เช่น การเล่นดนตรีพื้นถิ่น สะล้อ ซอ ซึง โดยมีการถ่ายทอดการทำซึง การละเล่น ให้กับลูกหลานในโรงเรียน ซึ่งได้เชื่อมโยงประสานกับผู้อำนวยการโรงเรียน ทำให้การแบ่งงานกันทำให้เกิดการทำงานที่มีภาพที่ชัดเจนเกิดขึ้นของกลุ่มผู้สูงอายุ

4. การอำนวยความสะดวก โดยมีการผสมผสานการทำงาน จากทุกภาคส่วน การให้คำปรึกษา ชี้แนะและร่วมกัน แก้ไขการทำงาน ในด้านการอำนวยความสะดวก ของการจัดการศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชนกับ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย องค์การบริหารส่วนตำบลหมอมือ อำเภอมะขาม จังหวัดน่าน พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลหมอมือมีการเคลื่อนงานของจากการจัดตั้งกลุ่มจากผู้สูงอายุที่มี ศักยภาพ ทำให้การอำนวยความสะดวกของกลุ่มมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การใช้ลำดับขั้นของผู้นำ ที่เป็นคนที่มีความรู้ ความสามารถในชุมชน โดยดึงอดีตครู มานำกลุ่มและประสานงานผสมผสานกับภาคีเครือข่ายทั้งภายในและ ภายนอก ทำให้การดำเนินการของของกลุ่มผู้สูงอายุดำเนินต่อไปได้อย่างต่อเนื่อง และร่วมกันแก้ไขปัญหาให้ สามารถดำเนินงานได้อย่างดี

5. การควบคุม โดยมุ่งเน้นการประเมินผลแผนการทำงาน ในด้านการควบคุม ของการจัดการศูนย์สุขภาพ ผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชนกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย องค์การบริหารส่วน ตำบลหมอมือ อำเภอมะขาม จังหวัดน่าน พบว่า ในด้านการควบคุมการดำเนินงานนั้น ทางองค์การบริหาร ส่วนตำบลหมอมือร่วมดำเนินการควบคุมในการทำแผนงานให้เกิดผลประสบความสำเร็จ ในการดำเนินงาน จะเห็นได้ว่าการดำเนินงานของกลุ่มผู้สูงอายุนั้นนอกเหนือจากคณะกรรมการในกลุ่มแล้ว ยังมีในส่วนของการทำงาน ร่วมกับภาคีเครือข่าย และจะพบได้ว่าการมีผู้นำที่ดีจะทำให้การเคลื่อนงานเป็นได้ดี

บทเรียน ปัจจัยความสำเร็จ ประโยชน์และคุณค่าจากวิจัย

จากการลงพื้นที่ พบว่า การบริหารจัดการงานของพื้นที่เป็นไปตามนโยบายของภาครัฐ และนโยบาย บางประการไม่เอื้อต่อการทำงานในพื้นที่ ทั้งนี้ด้านบุคลากรที่ทำงานยังไม่เพียงพอต่อการดำเนินกิจกรรมต่างๆ กับกิจกรรมงานวิจัย เนื่องจากภาระหน้าที่ที่ต้องแบกรับในหลายๆ งานที่ต้องปฏิบัติตามนโยบายของภาครัฐ ทำให้นักวิจัยในพื้นที่รู้สึกได้ว่าเป็นการเพิ่มภาระและหน้าที่ของเขาอีกด้วย จึงทำให้การทำงานของทีมนักวิจัย จากมหาวิทยาลัยทำงานได้ไม่สะดวกเท่าที่ควร นอกจากนี้ในการลงพื้นที่ของนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยไม่สอดคล้องกับช่วงเวลามีกิจกรรมในพื้นที่ ทำให้เกิดความล่าช้าในการทำงานเชิงพื้นที่ของทีมนักวิจัย เมื่อขาดการร่วม กิจกรรมในพื้นที่สำคัญทำให้บางประเด็นไม่ชัดเจน ทั้งยังยากต่อการบริหารจัดการข้อมูล หรือแม้กระทั่งการ รวมกลุ่มของกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำกิจกรรมกลุ่ม ยังไม่สามารถทำได้อย่างคล่องและว่องไวเนื่องจากจังหวะและ เวลาไม่ตรงกัน เป็นเหตุให้ข้อมูลที่สำคัญหลุดหายไปอีกด้วย

สิ่งที่พบและเป็นบทเรียนสำคัญในการทำงานนั้น คงยากจะปฏิเสธในเรื่องของการทำงานเป็นกลุ่มของ พื้นที่ ซึ่งมีการรวมกลุ่มเพื่อพัฒนา ซึ่งเป็นเสน่ห์อย่างหนึ่งของพื้นที่ที่คนไม่ทำงานเชิงพื้นที่น่าจะเข้าใจ ความ เอื้ออาทรที่ส่งทอดต่อของคนในพื้นที่ทำให้เกิดความประทับใจ ทำให้นักวิจัยรู้ว่ามากกว่าการได้รับข้อมูลที่ ทรงคุณค่าในการวิจัยเพื่อนำมาพัฒนาประเทศแล้ว เรายังจะได้สัมผัสความเป็นกันเองและเป็นธรรมชาติของคน ในพื้นที่อีกด้วย

อภิปรายผล

จากการวิจัยเรื่องรูปแบบการจัดการศูนย์สุขภาพของผู้สูงวัยแบบมีส่วนร่วมของชุมชนกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย กรณีศึกษา องค์การบริหารส่วนตำบลหมอเมือง อำเภอแม่จริม จังหวัดน่าน พบว่า สภาพการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุเคยมีความเข้มแข็งนั้น ชะลอการดำเนินงานลงหลังจากผู้นำกลุ่มหรือที่รู้จักกันในนามของประธานกลุ่มคนเดิมเสียชีวิตไป ทำให้การทำงานของกลุ่มเริ่มไม่มีการขับเคลื่อนงานต่อ และยังมีอีกหลายปัจจัยที่ทำให้การเคลื่อนไหวของกลุ่มผู้สูงอายุหยุดชะงัก รวมถึงห่างหายออกจากกลุ่มไป แต่เมื่อมีการแต่งตั้งประธานคนใหม่ ทำให้การทำงานของกลุ่มสามารถดำเนินการต่อไปได้ เนื่องจากชุมชนมีศักยภาพหลากหลาย ทั้งทางด้านวัฒนธรรม ประเพณี ศิลปวัฒนธรรม ภูมิปัญญา องค์ความรู้ต่างๆ จากปราชญ์ชาวบ้าน ซึ่งทั้งนี้ยังมีการถ่ายทอดองค์ความรู้จากรุ่นสู่รุ่น โดยการไปสอนนักเรียน หรือกลุ่มลูกหลานในการเล่นดนตรี ศิลปะพื้นบ้านของกลุ่มผู้สูงอายุอีกด้วย

สภาวะผู้สูงอายุในองค์การบริหารส่วนตำบลหมอเมือง ผู้สูงอายุต้องการแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาตรวจสุขภาพทั่วไปและแจกยาสามัญประจำบ้าน ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายเป็นประจำด้วยวิธีการที่หลากหลาย อาทิเช่น การเดินแอโรบิก กิจกรรมเข้าจังหวะ รำวงย้อนยุค ผู้สูงอายุมีวิธีการคลายความเครียดและวิตกกังวล โดยพูดคุยกับเพื่อนบ้าน ทำกิจกรรมนันทนาการต่างๆ อาทิเช่น การตั้งกลุ่มดนตรีพื้นบ้าน กลุ่มรำวงย้อนยุค การรวมกลุ่มจัดกิจกรรมในวันพระ หรือวันสำคัญต่าง ๆ โดยเฉพาะวันสงกรานต์ เป็นต้น เมื่อผู้สูงอายุรู้สึกมีการเจ็บป่วยเล็กน้อย จะดูแลตนเองด้วยการซื้อยามาสามัญประจำบ้านรับประทานเอง แต่ผู้สูงอายุบางคนรับประทานยาสมุนไพรแทนการใช้สามัญประจำบ้าน ในขณะที่บางจะไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วย สิ่งที่ผู้สูงอายุรู้สึกภาคภูมิใจเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพคือ ภูมิใจที่ได้เข้าร่วมกิจกรรม ได้เป็นส่วนหนึ่งกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้เรียนรู้วิธีการบำบัดต่างๆ โดยเฉพาะในทางพระพุทธศาสนา มีความภูมิใจได้ทำกิจกรรมกับเพื่อน ได้ช่วยเหลือดูแลสุขภาพคนอื่น จิตใจสงบ ได้รับความรู้เพิ่มเติม รู้จักเพื่อนมากขึ้น มีกำลังใจมากขึ้น

องค์การบริหารส่วนตำบลหมอเมืองได้สนับสนุนงบประมาณให้กับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหมอเมือง ด้านการพัฒนาสุขภาพ การออกแจกเมล็ดเพื่อหาระดับสารพิษในร่างกายให้กับคนในหมู่บ้าน อีกทั้งยังมีการส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้แก่ผู้สูงวัย เช่น มีการทำกิจกรรมเพื่อยืดเส้นยืดสาย เช่น แกว่งแขน ยืดขา ก่อนออกกำลังกาย มีการเตรียมร่างกายให้พร้อมสำหรับการออกกำลังกาย การรำวงย้อนยุค เล่นเปตอง เดินแอโรบิกเพื่อสุขภาพ ซึ่งผู้สูงวัยในชุมชนสามารถร่วมกันทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเหล่านี้ได้ มีการรณรงค์ให้เลิกบริโภคอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว รับประทานผัก และรับประทานผลไม้ และลดละเลิกบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ ปัญหาและอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้แก่ การเดินทางเนื่องจากไม่มีรถส่วนตัว เวลาไม่เหมาะสม ต้องทำงานส่วนตัว

องค์การบริหารส่วนตำบลหมอเมืองได้มีการส่งเสริมกลุ่มอาชีพต่างๆ เพื่อให้คนในชุมชนเข้าร่วมเป็นสมาชิก ก่อให้เกิดรายได้แก่คนในตำบล เสริมสร้างศักยภาพของเกษตรกรที่ถือว่าเป็นกลุ่มอาชีพหลักในตำบล และส่งเสริมให้มีการทำการเกษตรอินทรีย์ ลดการใช้สารพิษ มีการสนับสนุนให้มีการจัดตั้งจุดรับซื้อผลผลิตทางการเกษตรขึ้นในหมู่บ้านต่างๆในตำบล ส่งผลให้ลดปัญหาการถูกกดราคาจากพ่อค้าคนกลาง เกษตรกรได้จำหน่ายผลผลิตทางการเกษตรได้ในราคาที่สูงขึ้นกว่าเดิมนอกเหนือจากการทำงานร่วมกันกับภาคีเครือข่าย ทั้ง วัด บ้าน โรงเรียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แล้วกลุ่มผู้สูงอายุต่างร่วมกันสนับสนุนการดำเนินงานร่วมกันของทุกคนในพื้นที่ ต่างให้ความสำคัญกันกับทุกคน ทุกช่วงอายุ ทำให้การดำเนินงานขององค์การบริหารส่วนตำบลหมอเมือง โรงเรียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้าน วัด และโรงเรียนดำเนินงานศูนย์สุขภาพสำหรับผู้สูงวัยของตำบลหมอเมืองได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปเป็นไปใช้เป็นฐานข้อมูลในการต่อยอดได้
2. สามารถนำรูปแบบการจัดการศูนย์สุขภาพไปเป็นกรอบการพัฒนาศูนย์สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุได้

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1. พัฒนานโยบายการสร้างเครือข่ายการทำงานอย่างเป็นรูปธรรมในพื้นที่ ระหว่างพื้นที่
2. การเชื่อมโยงงบประมาณในการพัฒนาการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กร

ข้อเสนอแนะเพื่อทำวิจัยต่อไป

1. แนวทางการเสริมพลังในการทำงานกับภาคีเครือข่าย เพื่อส่งเสริมการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ
2. แนวทางการขับเคลื่อนศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

บรรณานุกรม

- กุลยา ตันติผลาชีวะ .(2524). การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: เจริญกิจ.
- เกียรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ .(2543). 108 แผนชีวิต: สูตรด้านวิกฤตวัยชรา. กรุงเทพมหานคร: ชัคเชสมิเดีย.
- เกียรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ .(2551). การศึกษาเพื่อผู้สูงอายุ สืบค้นเมื่อวันที่ 10 เมษายน 2560 จาก <http://www.moe.go.th/moe/th/news/detail.php?NewsID=2404&Key=hotnews>
- โกศล วงศ์สวรรค์ สุธีลา ตุลยะเสถียร และสถิต วงศ์สวรรค์ .(2544). ปัญญาสังคม. กรุงเทพมหานคร: รวมสาสน์.
- จินตนา สุขจรรย์นธ์. (2549). การศึกษาและการพัฒนาชุมชน. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิรภรณ์ ศรีคำ. (2548). การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการพัฒนาการจัดการศึกษาของ โรงเรียนนวมวิทย์วิทยา ระดับประถมศึกษาจังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระ ศศ.ม. (การบริหารการศึกษา). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ฉัตรวรรษ อองคสิงห์ (2549) โครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพของชุมชนตำบลโคกกระชาย อำเภอบรบือ จ.นครราชสีมา. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- เฉลียว บุรีภักดี และคณะ (2545). ชุดการเรียนรู้ด้วยตนเอง. กรุงเทพฯ: ทบวงมหาวิทยาลัย.
- ชัยวุฒิ ศรีสุข .(2551). สุขภาพดีวัยทอง (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: อมรินทร์สุขภาพ.
- ชูชาติ พ่วงสมจิตร์. (2540). การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนกับโรงเรียนประถมศึกษาในเขตปริมณฑลกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุชฎบัณฑิตวิทยาลัย บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ถวิลวดี บุรีกุล. (2545). โครงการศึกษาเพื่อพัฒนาดัชนีวัดผลการพัฒนาระบบบริหารจัดการที่ดี. นนทบุรี: สถาบันพระปกเกล้า.
- ทรงวุฒิ เรื่องวาทศิลป์. (2550). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการศึกษาในพื้นที่บริการของโรงเรียนล้อมแรดวิทยา อำเภอลำปาง. วิทยานิพนธ์การบริหารการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นรินทร์ชัย พัฒนพงศา. (2546). การมีส่วนร่วม หลักการพื้นฐาน เทคนิคและกรณีตัวอย่าง. กรุงเทพฯ: 598 Print
- นิคม ผัดแสน. (2540). การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการโรงเรียนประถมศึกษาต่อการพัฒนาการศึกษาของกลุ่มโรงเรียนอุดรศึกษา สังกัดสำนักงานประถมศึกษาอำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางการศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์. (2550). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชนบท. กรุงเทพฯ: ศักดิ์โสภะ.
- ประพันธ์ สร้อยเพชร. (2547). การมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาของคณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน ศูนย์โรงเรียนตำบลแม่ข่า อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางการศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่สิบสอง พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ .(2559) .สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. สำนักนายกรัฐมนตรี. กรุงเทพมหานคร
- พระราชบัญญัติผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2546 .(2546). กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

- พีระ พรนวม. (2544). **ศรัทธาต่อหลักการมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาของผู้บริหารโรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาอำเภอแม่ทาจังหวัดลำพูน.** การค้นคว้าแบบอิสระ ศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย สาขาวิชาการบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เมตตา เมตตาการุณจิต. (2553). **การบริหารจัดการศึกษาแบบมีส่วนร่วม: ประชาชนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และราชการ.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บุ๊คพอยท์.
- ราชบัณฑิตสถาน. (2542). **พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตสถาน พ.ศ. 2542.** กรุงเทพฯ. นามมีบุ๊คส์ พับลิเคชันส์.
- รุ่งเรือง กิจผาติ. (2553). **“สุขภาพตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง”.** [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.oknation.net/blog/print.php?id=591839>. สืบค้น 7 กุมภาพันธ์ 2560.
- วริยา จันทร์ขำ ,หทัยชนก บัวเจริญและชินวุฒิ อาสน์วีเชียร. (2558). **รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเองกรณีศึกษา : องค์การบริหารส่วนตำบลท่างามอำเภออินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี** .วารสารวิจัยเพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่ ปีที่ 7 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2558
- ศรีทัฬหิม รัตนโกศล. (2527). **“สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว.”** ประมวลบทความวิทยุ. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2544). **สวัสดิการผู้สูงอายุ.** กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ. (2540). **“การเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ พื้นที่ศึกษาในเขตภาคกลาง”** รายงานการวิจัย. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กองบริการงานวิจัย.
- สมยศ นาวิการ. (2545). **การบริหารแบบมีส่วนร่วม.** กรุงเทพฯ: บรรณกิจ.
- สัญญา เคนาภูมิ. (2551). **ความสำเร็จของวิสาหกิจชุมชนใน 4 จังหวัดชายแดนลุ่มน้ำโขง.**วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สุชาดา จักรพิสุทธิ์. (2547). **“การศึกษาทางเลือกของชุมชน.”** วารสารศึกษาศาสตร์. 6(20) : 35.
- สุรกุล เจนอบรม. (2534). **วิทยาการผู้สูงอายุ.** ภาควิชาการศึกษานอกโรงเรียน คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เสาวลักษณ์ แยมตรี ชุมพล พลนรา และอานนท์ แยมตรี. (2542). **รูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนชนบท.** ขอนแก่น: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี.
- อภิญา กังสนารักษ์. (2544). **รูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมในองค์กรที่มีประสิทธิภาพระดับคณะของสถาบันอุดมศึกษา.** กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุทัย บุญประเสริฐ. (2542). **การศึกษาแนวทางการบริหารและการจัดการศึกษาของสถานศึกษาในรูปแบบการบริหารโดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน.** รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ (คุรุสภาลาดพร้าว)

- United Nation. 1995. อ้างถึงใน ธารธร ดวงแก้ว และหิรัญญา เดชอุดม. 2550. “พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลโพรงมะเดื่ออำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม”. รายงานการวิจัย. นครปฐม: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม. หน้า 21.
- Cavanaugh. 1997. อ้างถึงใน ธารธร ดวงแก้ว และหิรัญญา เดชอุดม. “พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลโพรงมะเดื่ออำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม”. รายงานการวิจัย. นครปฐม: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม. หน้า 19.
- Murry & Zentner. 1985. อ้างถึงใน ธารธร ดวงแก้ว และหิรัญญา เดชอุดม. “พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลโพรงมะเดื่ออำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม.” รายงานการวิจัย. นครปฐม: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม. หน้า 371
- Arnstein, Sherry R. (1969). **A Ladder of Citizen Participation**. Journal of the American Planning Association, 35, (4), pp. 216-224.
- Cohen, J.M., & Uphoff, N.T. (1981). **Rural Development Participation: Concept and Measure For Project Design Implementation and Evaluation: Rural Development Committee Center for international Studies**. New York: Cornell University Press
- G. Parry. 1972. The Idea of Political Participation in G. Parry (ed.) Participation in Political. Manchester : Manchester University Press, Rowman and Littlefield.
- G.E. Berkley. 1975. **The Craft of Public Administration**. Boston : Allyn and Bacon.
- Huntington, S. P., & Nelson, M. (1976). No Easy Choice: Political Participation in Developing Countries. Cambridge: Harvard University Press.
- Putti. (1987). **Work values and organizational commitment: A study in the Asian context**. Human Relations. 4(2): 275-28
- United Nations. (1981). **Yearbook of International Trade Statistics**. United Nations: UN Press.
- William, E. (1976) . **Electoral Participation in a Low Stimulus Election**. Rural Development. 4(1) : 111–124
- World Health Organization. (2005). “**The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL)**.” position paper from the World Health Organization. 41(10) : 1403-1409.

ภาคผนวก



ภาพที่ 1 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนารูปแบบการจัดการศูนย์สุขภาพแบบมีส่วนร่วม



ภาพที่ 2 ระดมความคิดเห็นผู้มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุ



ภาพที่ 3 การวิเคราะห์รูปแบบการจัดการศูนย์สุขภาพแบบมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้สูงอายุและภาคีเครือข่าย



ภาพที่ 4 เวทีเสวนา นำเสนอข้อมูลการทำงานของกลุ่มผู้สูงอายุ และเครือข่าย