

รูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพ  
การดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

น.ส.มนทิรา อุตมานันท์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต  
สาขาวิชาพัฒนศึกษา ภาควิชานโยบาย การจัดการและความเป็นผู้นำทางการศึกษา

คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2561

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR) are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.



395274695

CU Thesais 5684471727 dissertation / recv: 06082562 15:28:18 / seq: 7



5684471727\_395274695

THE PARTICIPATION AND EMPOWERMENT MODEL OF COMMUNITY HEALTH NETWORKS  
FOR LONG TERM CARE POTENTIALDEVELOPMENT FOR DEPENDENCY ELDERLY  
PERSONS

Miss Montira Uttamanun

A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Doctor of Philosophy in Development Education  
Department of Educational Policy, Management, and Leadership  
Faculty of Education  
Chulalongkorn University  
Academic Year 2018  
Copyright of Chulalongkorn University



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / recv: 06082562 15:28:18 / seq: 7

หัวข้อวิทยานิพนธ์	รูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจ เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการ ดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
โดย	น.ส.มนทิดา อุตมานันท์
สาขาวิชา	พัฒนศึกษา
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชื่นชนก โควินท์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	นายแพทย์ ดร.พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ

คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต

..... คณบดีคณะครุศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริเดช สุขิวะ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เฟื่องอรุณ ปรีดีติติก)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชื่นชนก โควินท์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม  
(นายแพทย์ ดร.พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ)

..... กรรมการ  
(อาจารย์ ดร.อมรวิรัช นาคทรพรพ)

..... กรรมการ  
(อาจารย์ ดร.ดวงกมล บางชวด)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(ดร.สมพร เนติรัฐกร)

มนตรีรา อุตมานันท์ : รูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพพระดั่งชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. ( THE PARTICIPATION AND EMPOWERMENT MODEL OF COMMUNITY HEALTH NETWORKS FOR LONG TERM CARE POTENTIALDEVELOPMENT FOR DEPENDENCY ELDERLY PERSONS) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ. ดร. ชื่นชนก โควินท์, อ.ที่ปรึกษาร่วม : นพ. ดร.พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพพระดั่งชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ 2) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยและเงื่อนไขของการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพพระดั่งชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการศึกษาเอกสารและศึกษาภาคสนามจากเครือข่ายสุขภาพ 2 เครือข่าย คือเครือข่ายสุขภาพตำบลกุดตาเพชร อ.ลำสนธิ จ.ลพบุรี และเครือข่ายสุขภาพตำบลหนองหัวพาน อ.ขามสะแกแสง จ.นครราชสีมา ผู้ให้ข้อมูลหลักประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 6 คน สมาชิกเครือข่ายสุขภาพพระดั่งชุมชน 16 คน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 10 คน และญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 10 คน รวมทั้งสิ้น 42 คน เก็บข้อมูลจากการสังเกตและการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การสรุปแบบอุปนัย เมื่อได้ร่างรูปแบบแล้ว ได้จัดเวทีคืนข้อมูลสู่ชุมชนเพื่อตรวจสอบข้อมูลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับพื้นที่ใกล้เคียง จากนั้นนำเสนอผู้เชี่ยวชาญ 6 คน เพื่อปรับปรุงแก้ไขรูปแบบดังกล่าวให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ผลการวิจัย พบว่า

1. การมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพพระดั่งชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ ประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมจัดตั้งเครือข่ายสุขภาพพระดั่งชุมชน 2) การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการเครือข่าย ได้แก่ ด้านการวางแผน ด้านการจัดองค์กร ด้านการชี้แจง ด้านการควบคุม 3) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเครือข่าย ได้แก่ การให้ / รับรู้ข้อมูลข่าวสาร การค้นหาปัญหา และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การค้นหาสาเหตุของปัญหา การดำเนินการแก้ไขปัญหา การประเมินผล และการรับผลประโยชน์ 4) กระบวนการเรียนรู้ ได้แก่ การศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ การฝึกอบรมและส่งเสริมให้มีกระบวนการเรียนรู้ที่หลากหลาย 5) การสนับสนุนทรัพยากร และ 6) การเสริมแรง

2. ปัจจัยและเงื่อนไขการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพพระดั่งชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 1) การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน การทำงานจนเกิดคุณค่า ทั้งกับผู้รับบริการ และผู้ให้บริการเอง การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร และการให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น 2) ปัจจัยและเงื่อนไขที่เกิดขึ้นในระดับอำเภอที่ทำให้ระบบสุขภาพอำเภอมีพลังที่จะผลักดันเครือข่ายสุขภาพพระดั่งชุมชน และ 3) ปัจจัยและเงื่อนไขการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพพระดั่งชุมชนที่เกิดขึ้นในระดับตำบล

3. จากการสังเคราะห์และปรับปรุงรูปแบบตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ได้รูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพพระดั่งชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้ 1) การมีส่วนร่วมจัดตั้งเครือข่ายสุขภาพพระดั่งชุมชน 2) การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการเครือข่าย ได้แก่ ด้านการวางแผน ด้านการจัดองค์กร ด้านการชี้แจง ด้านการควบคุม 3) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเครือข่าย ได้แก่ การให้ / รับรู้ข้อมูลข่าวสาร การค้นหาปัญหา และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การค้นหาสาเหตุของปัญหา การดำเนินการแก้ไขปัญหา การประเมินผล และการรับผลประโยชน์ 4) กระบวนการเรียนรู้ ประกอบด้วย การศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ การฝึกอบรม และส่งเสริมให้มีกระบวนการเรียนรู้ที่หลากหลาย 5) การสนับสนุนทรัพยากร และ 6) การเสริมแรง โดยมีเงื่อนไขการใช้รูปแบบคือเป็นสังคมชนบท

สาขาวิชา	พัฒนศึกษา	ลายมือชื่อนิสิต .....
ปีการศึกษา	2561	ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....
		ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม .....

395274695  
 CD :Thesis 5684471727 dissertation / revc : 06082562 15:28:18 / seq : 7

# # 5684471727 : MAJOR DEVELOPMENT EDUCATION

KEYWORD: PARTICIPATION, EMPOWERMENT, HEALTH NETWORK

Montira Uttamanun : THE PARTICIPATION AND EMPOWERMENT MODEL OF COMMUNITY HEALTH NETWORKS FOR LONG TERM CARE POTENTIALDEVELOPMENT FOR DEPENDENCY ELDERLY PERSONS. Advisor: Asst. Prof. Chuenchanok Kavin, Ph.D. Co-advisor: Pisit Sriprasert

This qualitative research has the objectives 1) to study the participation and empowerment of the community health networks in order to develop the operational potential, long-term care for dependable elderly persons with the Best Practice. 2) To analyze factors and conditions of participation and empowerment at the community level health networks to develop potentials of long-term care operation for dependable elderly with Best Practice. 3) To present the model of participation and empowerment at the health networks level community to develop potential of operation for long-term care-dependent elderly. And for documents and field studies from 2 health networks are 1) Kutta Phet Subdistrict Network, Larn Sonthi District, Lopburi Province, and 2) Nog Hua Fan Subdistrict Health Network, Kham Sakaesaeng District, Nakhon Ratchasima Province. For the interviewer, 6 persons from the District Health Board, 16 persons from Community Health network members, 10 dependents elders, and 10 relatives of dependency elderly with a total of 42 persons. Data were collected by observation and In-depth interview. Data analysis uses inductive summary. Once the form has been drafted and organized a forum to return information to the community to check information and exchange knowledge with nearby areas. Then presented to 6 experts for suggestion and improvement. The research found that


1. The participation and empowerment of community health networks for long term care potential development for dependency elderly persons included 1) the participation of network establishment process. 2) The participation of network management (planning, organization, leading and controlling). 3) The participation of operations such as informing or receiving information, finding problems and setting priorities, finding the cause of the problems, problem solving, evaluating and receiving benefits). 4) The learning process included the empowerment education, training and various learning 5) resource supporting and 6) positive reinforcement.

2. The factors and condition analysis that affected to the participation and empowerment of community health networks for long term care potential development for dependency elderly persons included 1) the working system of unity district health team, community participation, appreciation and quality, resource sharing and human development, and essential care). 2) The factors and condition that happening in district levels were empowered community health networks. 3) The factors and condition that happening in subdistrict levels were empowered community health networks.

3. The model developing of the participation and empowerment of community health networks for long term care potential development for dependency elderly persons that obtained from synthesis and developing model from professional suggestion included 1) the participation of network establishment process. 2) The participation of network management (planning, organization, leading and controlling). 3) The participation of operations and the participation (informing or receiving information, finding problems and set priority the problems, find the cause the problems, solve the problems, evaluation and benefits receiving). 4) The learning process included the empowerment education, training and various learning 5) resource supporting and 6) positive reinforcement. The condition of model using must be a rural area.

Field of Study: Development Education  
Academic Year: 2018

Student's Signature .....  
Advisor's Signature .....  
Co-advisor's Signature .....


 395274695  
 CD :Thesais 5684471727 dissertation / recv : 06082562 15:28:18 / seq : 7

## กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ด้วยความกรุณาและให้คำปรึกษาแนะนำอย่างดียิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชื่นชนก โควินทร์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม นายแพทย์ ดร.พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข และรองศาสตราจารย์ ดร.รัตนา สำโรงทอง ที่กรุณาให้คำปรึกษาในการทำวิทยานิพนธ์มาโดยตลอด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณในความเมตตาและการให้ข้อคิดตลอดจนข้อเสนอแนะแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ซึ่งประกอบด้วย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เฟื่องอรุณ ปรีดีติติก ประธานกรรมการ อาจารย์ ดร.อมรวิรัช นาครทรรพ อาจารย์ ดร.ดวงกมล บางชวด กรรมการ และ ดร.สมพร เนติรัฐกร กรรมการภายนอก ที่ให้ข้อเสนอแนะและกลั่นกรองงานวิจัยให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้สละเวลาและให้ความร่วมมืออย่างดียิ่ง ในการให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยเป็นอย่างยิ่ง

งานวิจัยชิ้นนี้จะสำเร็จลงมิได้หากปราศจากความร่วมมือของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพที่เป็นกรณีศึกษา คือ เครือข่ายสุขภาพอำเภอลำสนธิ เครือข่ายสุขภาพพระดัดชุมชนตำบลกุดตาเพชร อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี และ เครือข่ายสุขภาพอำเภอขามสะแกแสง เครือข่ายสุขภาพพระดัดชุมชนตำบลหนองหัวฟาน อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา ที่ได้เต็มใจให้ข้อมูลและช่วยเหลือมีมิตรไมตรีต่อผู้วิจัยมาโดยตลอด และขอกราบขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่มีได้เอื้อนามในครั้งนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณในความกรุณาของทุกท่าน

ขอกราบขอบพระคุณนายแพทย์สุผล ตติยันทพร นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา นายเกษม เผียตสูงเนิน สาธารณสุขอำเภอลำสนธิ นายสุทัศน์ โทแหล่ง สาธารณสุขอำเภอขามสะแกแสง ดร.บรรหาร ปรงโพธิ์ ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอพระทองคำ ที่คอยชี้แนะแนวทางที่จำเป็นต่อการรวบรวมข้อมูลในการจัดทำวิทยานิพนธ์ด้วยความเมตตาอย่างยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์สาขาวิชาพัฒนศึกษาทุกท่าน ที่ได้ให้คำแนะนำทั้งทางด้านวิชาการและแนวทางการประพฤติปฏิบัติตน ขอกราบขอบพระคุณครูอาจารย์ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันที่ได้อบรมสั่งสอนให้ความรู้ ขอขอบคุณพี่ๆ เพื่อนๆ และรุ่นน้องพัฒนศึกษาทุกท่านที่ให้อกำลังใจด้วยดีเสมอมา

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอระลึกถึงพระคุณของบิดา มารดา และญาติพี่น้องทุกท่านที่อยู่เบื้องหลังความสำเร็จของผู้วิจัย ที่ให้ความรัก ความเมตตา ความห่วงใย และเป็นกำลังใจสนับสนุนการเรียนรู้ด้วยดีเสมอมา ขอกราบขอบพระคุณทุกท่าน

มนทิวรา อุตมานันท์

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ .....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
คำถามการวิจัย .....	7
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย .....	8
กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	13
ตอนที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับเครือข่ายทางสังคม .....	15
ตอนที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับเครือข่ายสุขภาพ.....	32
ตอนที่ 3 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม.....	36
ตอนที่ 4 ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS) และคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิต .....	47
ตอนที่ 5 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ .....	49



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / recv: 06082562 15:28:18 / seq: 7

ตอนที่ 6 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม ..... 69

ตอนที่ 7 แนวคิดเกี่ยวกับทุนทางสังคม ..... 74

ตอนที่ 8 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ..... 84

ตอนที่ 9 แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long-term care) ..... 85

ตอนที่ 10 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ..... 113

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย..... 122

    ตอนที่ 1 ศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน เพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) และวิเคราะห์ปัจจัยและเงื่อนไขของการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ ..... 122

    ตอนที่ 2 การนำเสนอรูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 125

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... 129

บทที่ 5 สรุปผลการศึกษา อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ..... 326

    สรุปผลการศึกษา ..... 326

    อภิปรายผล..... 333

    ข้อเสนอแนะ ..... 346

บรรณานุกรม..... 348

ภาคผนวก..... 362

    ภาคผนวก ก แบบตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของ ร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนา ศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ..... 363

    ภาคผนวก ข รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบร่าง ให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อรูปแบบการมีส่วนร่วม และการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพ การดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ..... 375



395274695



ภาคผนวก ค แบบสัมภาษณ์ชุดที่ 1 -แบบสัมภาษณ์ชุดที่ 4.....	383
ประวัติผู้เขียน.....	404



395274695

CU Theslis 5684471727 dissertation / recv: 06082562 15:28:18 / seq: 7

## สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1.1 ร้อยละของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่คนเดียวหรืออยู่ตามลำพังกับคู่สมรส เท่านั้น ตามสถานที่อยู่ของบุตรคนที่อยู่ใกล้ที่สุด ปี พ.ศ. 2550 .....	3
ตารางที่ 2.1 ประเภทและชนิดบริการ/กิจกรรมที่ควรมีตามระดับภาวะพึ่งพิง.....	90
ตารางที่ 2.2 คาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุตามระดับภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2547 – 2567 (จำนวนล้านคน)96	
ตารางที่ 2.3 สัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่กับบุตร อยู่คนเดียว และอยู่ลำพังกับคู่สมรส .....	97
ตารางที่ 2.4 ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปี พ.ศ.2553 และปี พ.ศ. 2556.....	99
ตารางที่ 2.5 เปรียบเทียบจำนวนชั่วโมงต่อสัปดาห์ที่ต้องการและที่ให้บริการจริงในสถานบริบาล เอกชน .....	100
ตารางที่ 2.6 มาตรการหลักและมาตรการย่อยของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ในการจัดบริการ ด้านสุขภาพและด้านสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง.....	101
ตารางที่ 2.7 สิทธิประโยชน์ในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่ควรจำแนกตามระดับการพึ่งพิง	104
ตารางที่ 2.8 หัวข้อและสรุปสาระสำคัญของมติสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติ ครั้งที่ 1 – 4.....	106
ตารางที่ 2.9 สรุปสาระสำคัญของมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวกับการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับ ผู้สูงอายุ .....	109
ตารางที่ 2.10 หน่วยงานต่างๆที่มีการดำเนินงานดูแลระยะยาวผู้สูงอายุ.....	111
ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวนครัวเรือนและจำนวนประชากรในแต่ละหมู่บ้าน .....	131
ตารางที่ 4.2 องค์ประกอบของการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับ ชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง .....	205
ตารางที่ 4.3 จำนวนประชากร จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ.....	213
ตารางที่ 4.4 แสดงจำนวนหลังคาเรือนและประชากร จำแนกตามหมู่บ้าน.....	214
ตารางที่ 4.5 ทรัพยากรจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.).....	215
ตารางที่ 4.6 แสดงจำนวนนักเรียน จำแนกตามโรงเรียนในพื้นที่ตำบลหนองหัวฟาน.....	215

ตารางที่ 4.7 แสดงจำนวนภิกษุ จำแนกตามวัดในพื้นที่ตำบลหนองหัวพาน.....	216
ตารางที่ 4.8 องค์ประกอบของการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับ ชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง .....	288
ตารางที่ 4.9 การเปรียบเทียบองค์ประกอบของการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่าย สุขภาพเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง ตำบลกุดตาเพชร อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี กับ ตำบลหนองหัวพาน อำเภอ ขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา .....	293



395274695

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	11
ภาพที่ 2.1 องค์ประกอบของเครือข่าย.....	30
ภาพที่ 2.2 ความเชื่อมโยงของการจัดการเครือข่าย “พันธมิตรแห่งดวงดาว” .....	32
ภาพที่ 2.3 การเชื่อมโยงความร่วมมือระหว่างเครือข่ายสุขภาพ .....	35
ภาพที่ 2.4 ขั้นตอนการมีส่วนร่วมด้านสุขภาพ .....	38
ภาพที่ 2.5 หลักการสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ/ประชาชน .....	39
ภาพที่ 2.6 แสดงกรอบแนวคิดของระบบสุขภาพระดับอำเภอ .....	49
ภาพที่ 2.7 แสดงการเปรียบเทียบตัวแบบทางการแพทย์และตัวแบบการสร้างพลังอำนาจ.....	58
ภาพที่ 4.1 แผนที่ตำบลหนองหัวฟาน.....	211
ภาพที่ 4.2 พีรามิดประชากร .....	214
ภาพที่ 4.3 รูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อ พัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. จากภาพที่ 4.3 สามารถขยายความได้ดังนี้.....	310

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากข้อมูลของสำมะโนประชากรและการเคหะ พ.ศ. 2553 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ แสดงให้เห็นว่าประชากรสูงอายุของประเทศไทยมีประมาณ 8.50 ล้านคน คิดเป็นเกือบร้อยละ 13.2 ของประชากรทั้งประเทศที่มีประมาณ 63.8 ล้านคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555) ปี พ.ศ. 2557 ประเทศไทยมีประชากรเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 68 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นประชากรสูงวัยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวนมากถึง 10 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 15 ของประชากรทั้งหมด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2557) ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นชัดว่าสังคมไทยได้เข้าสู่สังคมสูงวัย แม้ว่าสัดส่วนประชากรสูงอายุของประเทศไทยยังไม่มากเท่าประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งในปัจจุบันมีประมาณ 1 ใน 4 หรือ 1 ใน 5 ของประชากรทั้งหมด แต่การเปลี่ยนเป็นประชากรสูงวัยของไทยนั้นเกิดขึ้นในระยะเวลาที่สั้นกว่ามาก ดังจะเห็นได้จากการเพิ่มของประชากรอายุ 65 ปี ขึ้นไปจากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 14 ใช้เวลาเพียงประมาณ 22 ปี ในขณะที่ประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา หรือประเทศในยุโรปใช้เวลากว่าครึ่งศตวรรษหรือเป็นศตวรรษ (วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2556)

ประชากรไทยเพิ่มจาก 26.2 ล้านคน เป็นกว่า 63 ล้านคน ในช่วง 50 ปีที่ผ่านมา จำนวนประชากรวัยสูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) ก็เพิ่มขึ้นเป็นลำดับเช่นกัน จาก 1.2 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2503 เป็นประมาณ 10.0 ล้านคนในปี พ.ศ. 2557 โดยสัดส่วนประชากรสูงอายุในระยะแรกๆ เพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ และเริ่มเพิ่มในอัตราที่รวดเร็วยิ่งขึ้นนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2523 เป็นต้นมา สัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.6 ในปี พ.ศ. 2503 เป็นร้อยละ 5.5 ในปี พ.ศ. 2523 และร้อยละ 13.2 ในปี พ.ศ. 2553 (วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2555) ข้อมูล ปี พ.ศ. 2557 สัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14.9 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วนี้ย่อมหมายความว่าประเทศไทยจะมีเวลาสั้นมากที่จะเตรียมการทั้งในด้านการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนการเตรียมการในด้านการจัดสวัสดิการ บริการ และการสร้างหลักประกันต่างๆ เพื่อรองรับประชากรสูงอายุ (วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2556)

ประชากรสูงอายุเป็นกลุ่มประชากรพิเศษ ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากสังคม ได้รับการดูแลทางด้านสุขภาพร่างกาย ผู้สูงอายุจะมีแบบแผนความเจ็บป่วยที่ต่างจากประชากรกลุ่มอายุอื่น เป็นวัยที่ประสบกับปัญหาเสื่อมถอยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้วัยนี้มีโอกาสเกิดโรคร้ายไข้

เจ็บได้ง่าย ทั้งโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคสมองเสื่อม โรคเบาหวาน โรคกระดูกพรุน ซึ่งผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนอาจจะนำไปสู่ความพิการได้ (WHO, 2006) และจากข้อมูลการสำรวจสุขภาพคนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 - 2552 พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2556) ดังนี้ 1) การพึ่งพิงในกิจวัตรประจำวัน ซึ่งประเมินจากการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (activities of daily livings: ADL) และการทำกิจวัตรด้านการทำงาน การเดินทาง และการสื่อสาร (instrumental activities of daily livings: IADL) พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 0.6 ถึง 11.9 มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ADL) และร้อยละ 4 ถึง 36.5 มีข้อจำกัดการทำกิจวัตรด้านการทำงาน การเดินทาง และการสื่อสาร (IADL) ความชุกของภาวะที่ต้องพึ่งพิงในการทำกิจวัตรพื้นฐาน หมายถึงไม่สามารถทำกิจกรรมพื้นฐาน 2 กิจกรรมขึ้นไป ร้อยละ 15.5 ซึ่งสูงกว่าการสำรวจรอบที่ 3 ร้อยละ 12.8 ทั้งข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและข้อจำกัดการทำกิจวัตรด้านการทำงาน การเดินทาง และการสื่อสาร เพิ่มสูงขึ้นตามอายุ 2) ภาวะสมองเสื่อม พบว่า ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุมีอยู่ร้อยละ 12.4 (หญิง 15.1 ชาย 9.8) ความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยอายุ 80 ปี ขึ้นไป พบภาวะสมองเสื่อมถึงหนึ่งในสาม และพบมากกว่าในผู้ที่มีการศึกษาน้อย 3) ความเสื่อมถอย พบผู้สูงอายุไทยเป็นต่อกระดูกที่ได้รับ การวินิจฉัยจากแพทย์ ร้อยละ 21.1 โดยได้รับการรักษาแล้ว ร้อยละ 52.8 มีผู้สูงอายุที่มีปัญหาการได้ยิน ร้อยละ 28.0 มีการใช้เครื่องช่วยฟังกรณีไม่ได้ยินทั้ง 2 ข้าง ร้อยละ 22.3 4) การหกล้ม การหกล้มเป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุซึ่งอาจนำไปสู่การบาดเจ็บรุนแรงหรือเสียชีวิตได้ ในรอบ 6 เดือนก่อนการสำรวจ พบว่า มีความชุกของการหกล้มคิดเป็นร้อยละ 18.5 (หญิง 21.9 ชาย 14.4) กว่าครึ่งของผู้สูงอายุหญิงเกิดการหกล้มในบ้าน ซึ่งแตกต่างจากผู้สูงอายุชายที่หกล้มนอกบ้านมากกว่า สาเหตุสำคัญของการหกล้ม คือ พื้นลื่น สะดุดสิ่งกีดขวาง เสียการทรงตัว ผลจากการหกล้มทำให้เกิดอาการฟกช้ำและปวดหลัง มีผู้สูงอายुर้อยละ 1 - 2 ที่เกิดกระดูกหัก หลังจากหกล้ม และร้อยละ 5.1 ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน 5) โรคเรื้อรัง พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 4.6 โดยพบในผู้สูงอายุหญิงมากกว่าชาย 2 เท่า โรคข้อเสื่อมพบถึงร้อยละ 19.8 ทำให้ประมาณการได้ว่าจะมีผู้สูงอายุกว่า 1 ล้าน 4 แสนคน ที่มีปัญหาข้อเสื่อม นอกจากนี้ ยังพบโรคความดันสูงร้อยละ 48.0 โรคเบาหวาน ร้อยละ 15.9 สูงกว่าค่าเฉลี่ยทุกกลุ่มอายุที่ 21.4 และ 6.9 ตามลำดับ และโรคอ้วน (BMI > 25 กก./ตร.ม) ร้อยละ 29.9 นอกจากนี้ จากข้อมูลสรุปผลการตรวจราชการระดับเขตสุขภาพประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2559 รอบที่ 1 กลุ่มวัยสูงอายุ พบว่า มีประชากรผู้สูงอายุ (อยู่จริงในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1 - 12 ไม่รวมในพื้นที่กรุงเทพมหานคร) จำนวนทั้งสิ้น 8,518,232 คน ได้รับการคัดกรอง ADL 6,882,732 คน คิดเป็นร้อยละ 80.80 ในจำนวนนี้ มีผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน (กลุ่มติดบ้านและ กลุ่มติดเตียง) จำนวน 666,978 คน คิดเป็นร้อยละ 7.8



395274695

CU Thesais 5684471727 dissertation / recv: 06082562 15:28:18 / seq: 7

(ปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนักงาน. สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและสำนักตรวจและประเมินผล, 2559)

การที่อัตราการเพิ่มประชากรสูงอายุวัยกลางและวัยปลายสูงกว่าประชากรในวัยสูงอายุตอนต้นอย่างชัดเจนนี้ ทำให้ประชากรไทยไม่เพียงแต่เปลี่ยนโครงสร้างเป็นประชากรสูงวัยเท่านั้น แต่ประชากรสูงอายุของไทยกำลังสูงอายุขึ้นด้วยเช่นกัน การเพิ่มจำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุวัยปลาย การขยายเวลาการเจ็บป่วย (morbidity expansion) และการเพิ่มภาวะการพึ่งพา การลดลงของศักยภาพการเกื้อหนุนของครอบครัว ปัจจัยดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุต้องการการดูแลระยะยาว (วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2556) สอดคล้องกับมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2553) ที่พบว่า การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่เข้าสู่ภาวะพึ่งพิงอย่างรวดเร็วนี้ ทำให้ต้องเตรียมการเรื่องของผู้ดูแล โดยพบข้อมูลที่น่าวิตกว่า เครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุได้ลดลงอย่างมาก อันเป็นผลเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัว ส่งผลให้ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวมีถึงร้อยละ 7.5 ในปี 2550 ขณะที่ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังกับสามีหรือภรรยาที่เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 17.0 ซึ่งผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวหรืออยู่ตามลำพังกับคู่สมรสเท่านั้น แยกตามสถานที่อยู่ของบุตรคนที่อยู่ใกล้ที่สุด ในปี 2550 (จอห์น โนเดล และนภาพร ชโยวรรณ, 2552) ได้แสดงไว้ในตารางที่ 1.1 และผู้สูงอายุที่อยู่กับหลานในลักษณะครอบครัวโตดเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3.1 ใน ปี 2550 นอกจากนี้ อัตราส่วนวัยแรงงานที่มีศักยภาพในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุมีแนวโน้มลดลงโดยตลอด และคาดว่าจะลดลงไปอีกจากประชากรวัยแรงงานประมาณ 6 คนที่สามารถให้การดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 1 คนในปี 2551 จะเหลือเพียง 2 คนต่อผู้สูงอายุหนึ่งคน ในปี 2573 หรือใน 20 ปี (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2553)

**ตารางที่ 1.1** ร้อยละของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่คนเดียวหรืออยู่ตามลำพังกับคู่สมรสเท่านั้น ตามสถานที่อยู่ของบุตรคนที่อยู่ใกล้ที่สุด ปี พ.ศ. 2550

สถานที่อยู่ของบุตรคนที่อยู่ใกล้ที่สุด	อยู่คนเดียว		อยู่ลำพังกับคู่สมรสเท่านั้น	
	ร้อยละ	%สะสม	ร้อยละ	%สะสม
บ้านติดกัน	33.4	33.4	32.0	32.0
หมู่บ้านหรือชุมชนเดียวกัน	18.1	51.5	21.9	53.9
จังหวัดเดียวกัน	17.2	68.7	20.5	74.4
จังหวัดอื่น	17.8	86.5	21.8	96.2
ไม่มีบุตร	13.5	100.0	3.8	100.0
<b>รวม</b>	<b>100.0</b>			

ที่มา : จอห์น โนเดล และนภาพร ชโยวรรณ, 2552

ระบบการดูแลสุขภาพพระยะยาว เป็นระบบที่ได้รับการส่งเสริมเพื่อให้สามารถรองรับกับประเด็นท้าทายทางสุขภาพอันเนื่องมาจากการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของผู้สูงอายุในวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) และวัยปลาย (อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป) ระบบนี้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดที่เชื่อว่า ผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ด้วยการอาศัยอยู่กับครอบครัวหรือชุมชนให้นานที่สุดในช่วงบั้นปลายของชีวิต โดยมีระบบการดูแลระยะยาวทั้งในด้านสุขภาพและสังคมภายในชุมชน การดูแลสุขภาพพระยะยาวนี้ได้รับการผลักดันจากมติของสมัชชาผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2552 ไปสู่มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 ในปีเดียวกัน สมัชชาสุขภาพได้มีมติรับรองการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง หรือมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2555) ซึ่งระบบการดูแลระยะยาวนี้ เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการร่วมเป็นผู้ให้บริการ และร่วมจัดสรรงบประมาณในการสนับสนุนและพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว โดยมีองค์ประกอบการดำเนินงาน ได้แก่ การมีข้อมูลผู้สูงอายุ มีชมรมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพมีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน มีบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล และมีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง (กรมอนามัย, 2555)

ทั้งนี้ การติดตามประเมินแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ระยะที่ 2 (พ.ศ.2550 - 2554) (วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2556) พบว่าในบรรดา 5 ยุทธศาสตร์ของแผนหลัก มียุทธศาสตร์ 3 ด้านที่ผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัดเกินกว่าครึ่ง คือ ยุทธศาสตร์ที่ 2, 4 และ 5 ส่วนยุทธศาสตร์ที่ 1 และ 3 ผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัดไม่ถึงครึ่ง โดยเฉพาะมาตรการเรื่องส่งเสริมการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ และการตรวจสุขภาพ ประจำปี อย่างทั่วถึง ดัชนีที่ 26 ร้อยละผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพซึ่งมีภาวะพึ่งพิง ได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง มีเพียงแค่ร้อยละ 38.7 ซึ่งแสดงว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังเข้าไม่ถึงบริการอยู่มาก และมีข้อเสนอให้เร่งขยายระบบดูแลระยะยาวให้ครอบคลุมมากขึ้น และควรเร่งกำหนดมาตรฐาน กำกับบริการต่างๆ ที่ให้แก่ผู้สูงอายุ

จากข้อมูลต่างๆ และสถิติที่ได้กล่าวมาในเบื้องต้นชี้ให้เห็นว่า ถึงแม้จะเริ่มมีระบบการดูแลระยะยาว แต่ระบบบริการยังไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมที่ผ่านมา มุ่งให้บริการหลักแก่ประชาชนส่วนใหญ่ที่ไม่มีภาวะพึ่งพิงไม่ว่าจะเป็นบริการในชุมชนหรือในสถานบริการ บริการในชุมชนสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงมีจำกัดมาก ไม่ว่าจะเป็นบริการสาธารณสุขหรือบริการด้านสังคม (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2549) นอกจากนี้ลักษณะการช่วยเหลือด้านสังคมมักเป็นการสงเคราะห์เป็นครั้งคราวเฉพาะหน้ามิใช่การดูแลอย่างต่อเนื่อง ภาระหลักในการดูแลผู้สูงอายุยังเป็นเรื่องของครอบครัว ในขณะที่สถานบริการระยะยาวและระยะกลางในสังคมไทยยังไม่ได้มีการพัฒนาเท่าที่ควร (ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ, 2552)



395274695

CU Thesais 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7



การจัดการกับปัญหาสุขภาพต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ที่ต้องทำงานร่วมกันในรูปแบบเครือข่าย ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งที่เป็นเครื่องมือหรือวิธีการทำงานให้มีประสิทธิภาพ โดยใช้กลไกของการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์ มีการร่วมมือกันในเรื่องต่างๆ และยังทำให้มีพลังต่อรองกับอำนาจต่างๆ ได้ดีขึ้น จึงนับได้ว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดของการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข, 2556) โดยความสำคัญและความจำเป็นที่จะต้องมีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่กล่าวมาข้างต้น แสดงให้เห็นว่า การปฏิบัติทุกขั้นตอนของกระบวนการดำเนินการในการดูแลผู้สูงอายุ จำเป็นที่ทุกภาคส่วนต้องเข้ามามีส่วนร่วมตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละบุคคลหรือองค์กร ซึ่งการมีส่วนร่วมหรือการให้ความร่วมมือกันอย่างเป็นระบบ มีการทำงานที่ประสานสอดคล้องกันระหว่างบุคคลหรือระหว่างองค์กรที่เกี่ยวข้องคือสิ่งที่มีความสำคัญและมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ซึ่ง วันชัย วัฒนศัพท์ (2546) ได้กล่าวถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมว่า การมีส่วนร่วมก่อให้เกิดผลดีต่อการขับเคลื่อนองค์กรหรือเครือข่าย เพราะมีผลในทางจิตวิทยาเป็นอย่างยิ่ง กล่าวคือผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมย่อมเกิดความภาคภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการบริหาร ความคิดเห็นถูกรับฟังและนำไปปฏิบัติเพื่อการพัฒนาเครือข่าย และที่สำคัญผู้ที่มีส่วนร่วมจะมีความรู้สึกเป็นเจ้าของเครือข่าย ความรู้สึกเป็นเจ้าของจะเป็นพลังในการขับเคลื่อนเครือข่ายที่ดีที่สุด นอกจากนี้ วันชัย โกลละสุต (2559) ยังได้กล่าวถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมว่า การมีส่วนร่วม ก่อให้เกิดความเข้าใจร่วมกันในการปฏิบัติงานที่มุ่งหวัง การมีส่วนร่วมมีผลต่อกระบวนการตัดสินใจ เพราะสามารถรองรับพฤติกรรมของบุคคลในองค์กรได้กว้างขวางและเกิดการยอมรับได้ การมีส่วนร่วมเป็นหลักการของการบริหารที่เป็นผลต่อการดำเนินการเชิงวิเคราะห์ด้วยเหตุผลวิวัฒนาการเพื่อความคิด (การเปิดกว้าง) การระดมความคิด (ระดมสมอง) ซึ่งนำไปสู่การตัดสินใจได้ และการมีส่วนร่วมช่วยลดช่องว่างของระบบการสื่อสารในองค์กรและขจัดปัญหา ความขัดแย้งได้

การทำงานแบบเครือข่ายเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดของการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ทั้งนี้เพราะสมาชิกเครือข่ายต่างมีบทบาทสำคัญต่อการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย การเชื่อมโยงกันในลักษณะเครือข่ายเป็นการเชื่อมโยงเข้าหากันเป็นเครือข่าย มิใช่เพียงการรวมกลุ่มของสมาชิกที่มีความสนใจร่วมกันในระดับเพียงแคการพบปะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือร่วมสังสรรค์ด้วยกันเท่านั้น หากจะต้องพัฒนาไปสู่ระดับของการลงมือทำกิจกรรมร่วมกัน ด้วยเป้าหมายที่ร่วมกันด้วย ซึ่งหลักการเสริมสร้างเครือข่ายที่สำคัญ ได้แก่ การระดมกลุ่มหรือบุคคลที่สามารถทำหน้าที่กระตุ้นหรือทำให้เครือข่ายดำเนินงานไปได้ การจัดการเครือข่ายที่ดี การติดต่อสื่อสารกันอย่างใกล้ชิด มีการประสานประโยชน์ มีเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ร่วมกัน ที่สำคัญคือ การมีผู้นำที่ดี มีความรู้ ความสามารถ รวมทั้งการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสมาชิก และการสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง (Cor P.



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / recv: 06082562 15:28:18 / seq: 7

Veer, 2537: 68 อ้างถึงใน ปารีชาติ วลัยเสถียร และคณะ, 2546: 478-479) และการที่เครือข่ายชุมชนจะเติบโตและยั่งยืนได้ ชุมชนต้องรู้สึกเป็นเจ้าของเครือข่าย เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน มีวัฒนธรรมเครือข่ายที่สมาชิกมีความเคารพให้เกียรติกัน มีความสัมพันธ์กันด้วยจิตวิญญาณไม่ใช่ผลประโยชน์เท่านั้น การมีเป้าหมายร่วมกัน มีแผนงาน กิจกรรมร่วมกัน มีความร่วมมือช่วยเหลือเกื้อกูลกัน โดยมีผู้นำชุมชนเป็นแกนนำ ภาครัฐ เอกชนหรือบุคคลจากภายนอกทำหน้าที่เป็นผู้เชื่อมประสานให้เครือข่ายเข้มแข็ง (เสรี พงศ์พิศ, 2546: 130-134)

นอกจากนั้น การที่จะส่งเสริมให้เครือข่ายสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีศักยภาพต้องใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนด้วย ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นทั้งผลลัพธ์และกระบวนการเพื่อที่จะพัฒนาองค์กรอย่างต่อเนื่องด้วยการสร้างบรรยากาศในองค์กรเพื่อให้บุคคล กลุ่ม และทีมงานได้รับรู้ถึงการได้รับอำนาจเพื่อที่จะทำงานให้บรรลุตามเป้าหมาย (Rappaport, 1984; DuBrin, 2000) เช่น การสร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกัน (Kirkman, B. L. and Rosen, B., 2000; Yehuda B., 1998; Michele D., 1996; Kasting, 1991; Vogt and Murrell, 1990) การมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน (Osland, J. S. Kolb, A. and Rubin, I. M., 2001: 470; Hersey, P., K. H., and Johnson, D.E., 2001; Jones, 1998) กระบวนการกระทำทางสังคมที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน องค์กร และชุมชนในการควบคุมชีวิตของตนเองในชุมชนและสังคม (Wallerstein and Bernstein, 1988) การได้รับการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน (Resources) การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารในการปฏิบัติงาน (Support) การได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ ที่ถูกต้องขององค์กรอย่างสม่ำเสมอ (Information) และการได้รับโอกาส (Opportunity) คือ ความก้าวหน้าในงาน (Advancement) การได้รับการส่งเสริมเพิ่มพูนทักษะความรู้ ความสามารถ (Competence and skill) การได้รับการยกย่องและยอมรับในการปฏิบัติงาน (Reward and recognition) (Kanter, 1997) การสร้างจิตสำนึก (Freire, 1972) และการมีพันธะสัญญาร่วมกัน รวมทั้งปัจจัยบริหารๆ อื่นๆ เช่น การมอบอำนาจ การให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ภาวะผู้นำ การเพิ่มความรับผิดชอบในงาน (Koberg, C. et al., 1999) และระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS) (สำนักบริหารการสาธารณสุข, 2557) ตลอดจนกระบวนการเรียนรู้ของกลุ่ม (Avorn Sansak, 1998) เช่น การจัดการศึกษาด้านสุขภาพเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowering health education) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) หรือพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ ให้ดีขึ้น รวมถึงการเปลี่ยนแปลงชุมชน โดยการเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นทั้งระดับบุคคล ระดับกลุ่มและระดับโครงสร้าง (Wallerstein and Bernstein, 1988: 379-380)

จากสังคมผู้สูงอายุ สภาพเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ปัญหาการเพิ่มขึ้นและปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้วิจัยจึงมีความต้องการ



395274695

CU Thesais 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

ศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนา ศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมุ่งหวังว่าผลการศึกษาดังกล่าว จะเป็นประโยชน์ต่อเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนอื่นๆ ในการเพิ่มขีดความสามารถของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนให้มากขึ้นในด้านการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

### คำถามการวิจัย

1. การมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนา ศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยและเงื่อนไขของการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนา ศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) คืออะไรและเป็นอย่างไร
3. รูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนา ศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงควรเป็นอย่างไร

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนา ศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice)
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยและเงื่อนไขของการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนา ศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice)
3. เพื่อนำเสนอรูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนา ศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนา ศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้วิจัย กำหนดขอบเขตการวิจัยดังนี้



395274695

CU Thesais 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

**1. ขอบเขตด้านพื้นที่** เนื่องจากข้อจำกัดด้านระยะเวลาและงบประมาณในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงจำกัดขอบเขตพื้นที่การศึกษาเฉพาะเครือข่ายสุขภาพพระดัมชุมชนที่มีวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) ในการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย

- 1) เครือข่ายสุขภาพอำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา เพราะเป็นเครือข่ายที่ได้เกียรติบัตรจากกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และสถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน ในปีพ.ศ. 2559 และเป็นเครือข่ายที่ให้ความร่วมมือในการศึกษา
- 2) เครือข่ายสุขภาพอำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี (เนื่องจากเป็นจังหวัดที่ประกาศว่าจะขยายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้เครือข่ายสุขภาพเต็มพื้นที่)

**2. ขอบเขตด้านเวลา** ศึกษาตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2559 ถึง มิถุนายน 2562

**3. ขอบเขตด้านระดับการปฏิบัติงานของกรณีศึกษา** ในการศึกษาครั้งนี้ หน่วยที่ทำการศึกษา และวิเคราะห์ข้อมูล คือ เครือข่ายสุขภาพชุมชนที่มีวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยได้รับรางวัลระดับเขตสุขภาพ หรือได้รับรางวัลระดับประเทศ หรือ เป็นที่ยอมรับในระดับประเทศ

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**เครือข่ายสุขภาพพระดัมชุมชน** หมายถึง กลุ่มคน กลุ่มองค์กร กลุ่มหน่วยงาน หรือกลุ่มเครือข่ายที่มีอยู่แล้วหรือจัดรวมเป็นกลุ่มเดียวกันประเภทเดียวกัน หรือพื้นที่เดียวกัน เข้าร่วมเป็นสมาชิกเครือข่ายสุขภาพของชุมชนซึ่งอาจมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันเพื่อคัดเลือกบุคคลให้เป็นตัวแทนกลุ่มโดยมีเป้าหมายการดำเนินกิจกรรมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชนในแนวทางเดียวกัน เช่น การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง

**เครือข่ายสุขภาพพระดัมชุมชนที่ดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง** หมายถึง การร่วมกันปฏิบัติกิจกรรมด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ญาติที่ดูแลผู้สูงอายุ ผู้แทนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และจิตอาสาอื่นๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน

**การดูแลระยะยาว** หมายถึง บริการทางสาธารณสุขและบริการทางสังคมในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan) มีระดับคะแนน ADL (ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล: Barthel Activities of Daily Living : ADL) ดีขึ้นจากกลุ่มติดเตียงเป็นติดบ้านและกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคม และมีการดูแลต่อเนื่องจนกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านเปลี่ยนมาเป็นกลุ่มติดสังคมและผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเปลี่ยนระดับคะแนน ADL ได้จะได้รับการดูแลจนกว่าจะเสียชีวิต



395274695

CU Thesais 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

**ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง** หมายถึง ผู้ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม

กลุ่มติดบ้าน 2 กลุ่ม (ADL 5-11 คะแนน) ได้แก่ 1. กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีปัญหาการกิน การขับถ่าย ไม่มีภาวะสับสน 2. กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสน สมองเสื่อม

กลุ่มติดเตียง 2 กลุ่ม (ADL 0-4 คะแนน) ได้แก่ 1. เคลื่อนไหวไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกินหรือเจ็บป่วยรุนแรง 2. เคลื่อนไหวไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต

**การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน** หมายถึง การมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนด้านการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตั้งแต่การร่วมในการให้/รับรู้ข้อมูลข่าวสาร หรือรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชน การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุแห่งปัญหา การมีส่วนร่วมคิดพิจารณาและกำหนดแนวทางหรือวิธีการในการแก้ปัญหา การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหา การมีส่วนร่วมในการประเมินผลของกิจกรรมการพัฒนา/แก้ไขปัญหา การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์จากการดำเนินกิจกรรม

**การเสริมสร้างพลังอำนาจ** หมายถึง การศึกษาที่ส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้เรียน (เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน) ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาความสามารถด้านการแก้ไขปัญหาความสามารถในการสื่อสาร และทักษะความเป็นผู้นำ ความสามารถในการจัดการและควบคุมตนเองรวมทั้งสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองที่จะสามารถดูแลตนเอง ครอบครัว และทำงานเพื่อชุมชน ซึ่งกระบวนการดังกล่าวประกอบด้วย

1. การฟัง (listening) โดยใช้ทักษะการฟังที่ดี (active listening) เพื่อทำความเข้าใจปัญหาหรือประเด็นหลักของชุมชน สามารถที่จะระบุปัญหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

2. การสนทนา (dialogue) ที่กระตุ้นให้เกิดการคิดเชิงวิพากษ์ ร่วมกันวิเคราะห์และอภิปรายปัญหาหรือประเด็นทางสังคม โดยการแบ่งปันประสบการณ์ และร่วมกันวางแผนปฏิบัติการเพื่อแก้ไขปัญหาหรือประเด็นทางสังคมนั้นๆ

3. การลงมือปฏิบัติ (action) และมีสะท้อนให้เห็นกระบวนการที่เกิดขึ้น ซึ่งสามารถช่วยให้เครือข่ายสุขภาพเกิดการเรียนรู้ จากการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ และกลายเป็นความสัมพันธ์ที่ลึกซึ้งที่ผูกโยงเครือข่ายเข้าด้วยกัน

**ปัจจัยและเงื่อนไขของการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice)** หมายถึง สภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) เช่น ระบบสุขภาพอำเภอ องค์ประกอบของเครือข่าย ฯลฯ

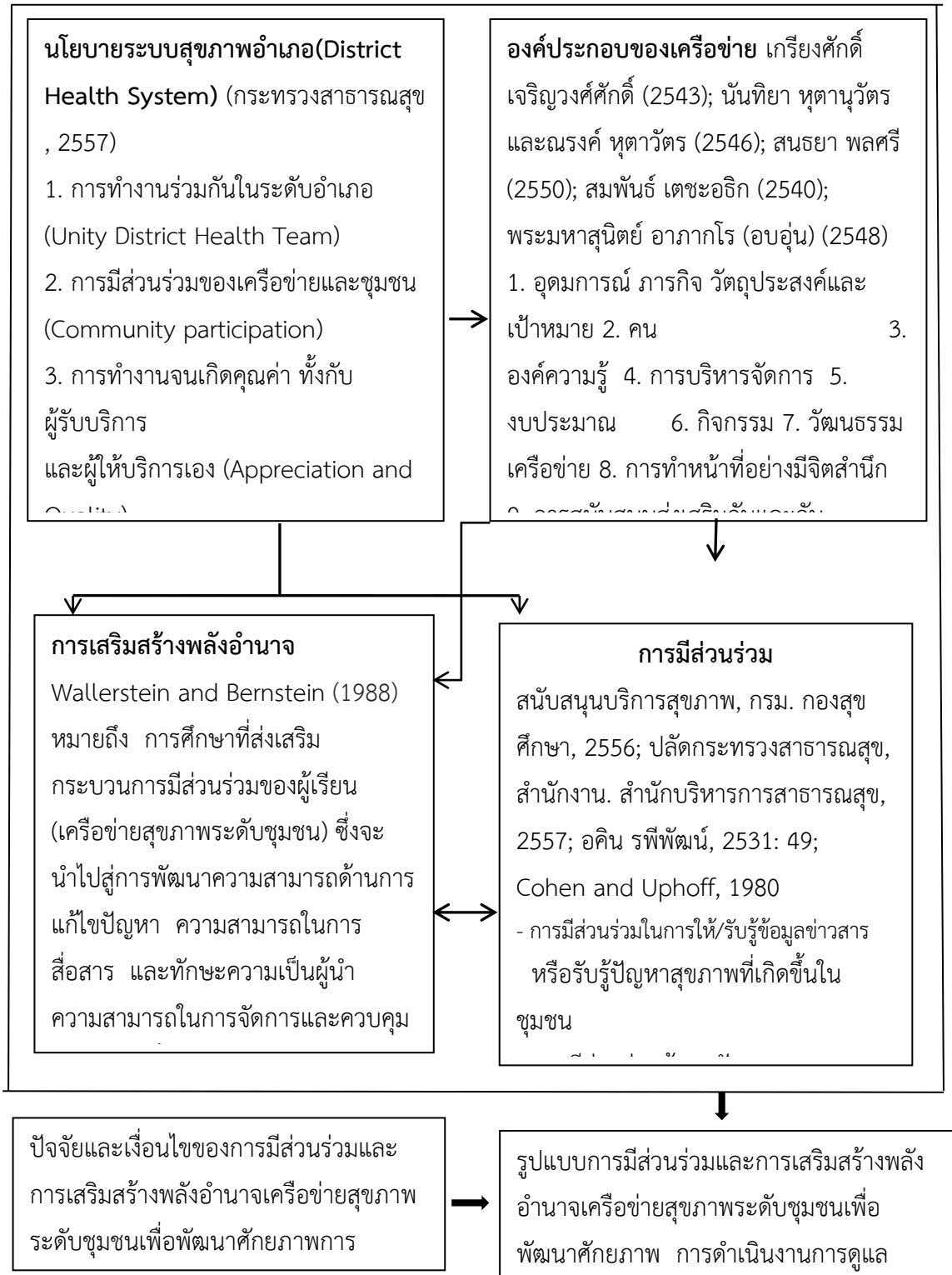
**รูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง** หมายถึง องค์ประกอบ และวิธีการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนด้านการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตั้งแต่การร่วมในการให้/รับรู้ข้อมูลข่าวสาร หรือรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชน การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุแห่งปัญหา การมีส่วนร่วมคิดพิจารณาและกำหนดแนวทางหรือวิธีการในการแก้ปัญหา การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหา การมีส่วนร่วมในการประเมินผลของกิจกรรมการพัฒนา/แก้ไขปัญหา การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์จากการดำเนินกิจกรรม

**รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง** หมายถึง แนวทาง ขั้นตอน และวิธีการให้การศึกษที่ส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้เรียน (เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน) ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาความสามารถด้านการแก้ไขปัญหา ความสามารถในการสื่อสาร และทักษะความเป็นผู้นำ ความสามารถในการจัดการและควบคุมตนเองรวมทั้งสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองที่จะสามารถดูแลตนเอง ครอบครัว และทำงานเพื่อชุมชนด้านการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง



395274695

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

395274695 CT :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

### 1. เชิงนโยบาย

ได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนบริหารจัดการ การดำเนินงานดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุประสิทธิผล

### 2. เชิงวิชาการ

ได้องค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อเครือข่ายสุขภาพพระดัตถ์ชุมชนอื่นๆ ในการนำไปประยุกต์ใช้เพื่อเพิ่มขีดความสามารถของเครือข่ายสุขภาพพระดัตถ์ชุมชนของตนเองให้มากขึ้น เพื่อให้ การดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงบรรลุเป้าหมาย

### 3. เชิงปฏิบัติการ

ได้รูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพพระดัตถ์ชุมชนเพื่อ พัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งสามารถใช้ แนวทางและขอบข่ายการดำเนินงาน ที่มีความสอดคล้องเหมาะสมกับสภาพบริบทของชุมชนชนบท/ ชุมชนเมืองที่ยังมีสภาพเป็นสังคมชนบทอย่างแท้จริง เนื่องจากรูปแบบที่กำหนดขึ้นเกิดจากมุมมอง ของกลุ่มผู้บริหารที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงาน กลุ่มผู้ปฏิบัติงานเครือข่ายสุขภาพพระดัตถ์ชุมชน ญาติที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบกับหลักแนวคิด และทฤษฎีที่กำหนดขึ้นโดยนักวิชาการที่หลากหลาย เมื่อนำรูปแบบไปประยุกต์สู่การปฏิบัติจึงทำให้ การดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่นมีประสิทธิภาพ และบรรลุประสิทธิผลต่อผู้สูงอายุในที่สุด



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัย เรื่อง รูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้มีการทบทวนเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ และนำมาใช้ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ โดยแบ่งเนื้อหาการนำเสนอออกเป็น 9 ตอนดังนี้

#### ตอนที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับเครือข่ายทางสังคม

- 1.1 ความหมายของเครือข่ายทางสังคม
- 1.2 การเกิดของเครือข่าย

#### ตอนที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับเครือข่ายสุขภาพ

- 2.1 ความหมายของเครือข่ายสุขภาพ
- 2.2 โครงสร้างเครือข่ายสุขภาพในชุมชน
- 2.3 องค์ประกอบของเครือข่ายสุขภาพของชุมชน
- 2.4 แนวทางการสร้างเครือข่ายสุขภาพสู่ความเข้มแข็งยั่งยืน

#### ตอนที่ 3 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

- 3.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม
- 3.2 กระบวนการมีส่วนร่วม
- 3.3 การสร้างการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
- 3.4 หลักการสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ/ประชาชน
- 3.5 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพในการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน
- 3.6 ปัจจัยที่มีต่อการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพของชุมชน
- 3.7 วิธีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพในชุมชน
- 3.8 เครือข่ายสุขภาพที่มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

#### ตอนที่ 4 ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS)

- 4.1 ความสำคัญของระบบสุขภาพอำเภอ
- 4.2 หลักการดำเนินงานของระบบสุขภาพระดับอำเภอ



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

## ตอนที่ 5 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

- 5.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 5.2 กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 5.3 แนวคิดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง
- 5.4 กระบวนการจัดการศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง
- 5.5 โครงสร้าง (ขั้นตอน) ของตัวแบบการศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 5.6 ปฏิบัติการที่ใช้ตัวแบบการศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ

## ตอนที่ 6 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม

- 6.1 ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคม
- 6.2 องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม
- 6.3 ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม
- 6.4 แหล่งสนับสนุนทางสังคม

## ตอนที่ 7 แนวคิดเกี่ยวกับทุนทางสังคม

- 7.1 ความหมายของทุนทางสังคม
- 7.2 รูปแบบและองค์ประกอบของทุนทางสังคม
- 7.3 ประโยชน์และภาวะเสี่ยงของการมีทุน ทางสังคม

## ตอนที่ 8 แนวคิดเกี่ยวกับการสูงอายุ

- 8.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

## ตอนที่ 9 แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long-term care)

- 9.1 ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
- 9.2 ข้อเสนอเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (long term care) และการดูแลระยะกลาง (intermediate care)
- 9.3 สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและปัจจัยแวดล้อม
- 9.4 การขับเคลื่อนทางนโยบาย และทางสังคมเกี่ยวกับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

## ตอนที่ 10 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- 10.1งานวิจัยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม
  - 10.2งานวิจัยเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ
  - 10.3งานวิจัยเกี่ยวกับทุนทางสังคมและแรงสนับสนุนทางสังคม
  - 10.4งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ
- โดยมีรายละเอียดแต่ละตอน ดังนี้



395274695

CD :Thesiss 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

## ตอนที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับเครือข่ายทางสังคม

### 1.1 ความหมายของเครือข่ายทางสังคม

“เครือข่ายทางสังคม” (social Network) เป็นคำที่มีนัย และความหมายที่แตกต่างกันไป ตามความคิดเห็นมุมมองและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ความหมายของเครือข่ายโดยนัยต่างๆ ซึ่งมีความสอดคล้องกับความคิดเห็นของนักวิชาการ ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้ที่ทำงานด้านเครือข่าย ประกอบด้วย

#### 1.1.1 เครือข่าย: นัยคุณค่าแห่งความสัมพันธ์

เครือข่ายในความหมายคุณค่าแห่งความสัมพันธ์ ได้ถูกนำมาอธิบายถึงความสัมพันธ์ ของหน่วยต่างๆ ในสังคม และ ข่ายของงาน (network) ที่เห็นได้ชัดเจนในสังคมมนุษย์ โดยเป็นการอธิบายมิติแห่งความสัมพันธ์ในการทำงานร่วมกันของผู้คนในบางงานหรือบางโอกาสเท่านั้น มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายเครือข่ายนัยคุณค่าแห่งความสัมพันธ์ ไว้ดังนี้

Barnes (1954) เป็นบุคคลในกลุ่มแรกที่นิยามคำว่าเครือข่ายทางสังคม (social network) ว่าหมายถึง กลุ่มของความสัมพันธ์ทางสังคมที่บุคคลมีต่อกันและกัน เช่น ญาติ เพื่อนที่ใกล้ชิด โดยมีการติดต่อสื่อสารแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน สามารถนำไปใช้อธิบายพฤติกรรม ความเชื่อ ของบุคคล Boissevain and Mitchell (1973) ให้ความหมายของเครือข่ายทางสังคมไว้ว่า เป็นรูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคมอย่างหนึ่งแตกต่างจากกลุ่ม โดยที่กลุ่มจะมีขอบเขตที่ชัดเจน รู้ว่าใคร เป็นสมาชิกใครไม่เป็นสมาชิก และมีโครงสร้างทางสังคมที่เป็นรูปธรรม แต่เครือข่ายเป็นรูปแบบ ความสัมพันธ์แบบไม่มีขอบเขต ไม่มีโครงสร้างที่แน่นอนตายตัว อาจมีการออกแบบโครงสร้างเพื่อ ทำหน้าที่สานความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กลุ่ม องค์กรให้ต่อเนื่อง การเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่าง สมาชิกในเครือข่ายอาจมองเห็นหรือมองไม่เห็นเป็นรูปธรรมอย่างชัดเจน และรูปแบบความสัมพันธ์ ทางสังคมของเครือข่ายมีความซับซ้อนกว่ากลุ่ม องค์กร Schuler (1997: 9 อ้างถึงใน พระมหาสุทิตย์ อาภากร (อบอุ้น), 2548: 37-38) กล่าวว่า เครือข่าย คือ สายใย (web) ของความสัมพันธ์ทางสังคม ที่มีความเป็นเอกภาพ มีพลังความยึดโยง (cohesive) สนับสนุนเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ทำนองเดียวกันกับ เทคโนโลยีที่มีสายใยเชื่อมโยงความสัมพันธ์และการสื่อสารของผู้คนต่างๆ ในสังคมด้วยระบบ เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ ระบบการสื่อสารผ่านวิทยุกระจายเสียง โทรศัพท์ โทรศัพท ซึ่งจะมีบทบาทใน การสร้างเครือข่ายรูปแบบต่างๆ ที่สมาชิกมารวมกันโดยไม่จำกัดในเรื่องเชื้อชาติ ศาสนา เพศ วัยและ ฐานะทางเศรษฐกิจ

ส่วนนิยามความหมายของเครือข่ายนัยคุณค่าแห่งความสัมพันธ์ของนักวิชาการไทย นั้น พระมหาสุทิตย์ อาภากร (อบอุ้น) (2548: 6) กล่าวว่า เครือข่ายทางสังคม (social network) หมายถึง ความสัมพันธ์ในสังคมมนุษย์ทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ปัจเจกบุคคลกับกลุ่ม กลุ่มกับกลุ่ม และกลุ่มกับเครือข่าย โดยเป็นการอธิบายถึงพฤติกรรมและความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับสิ่งต่างๆ เช่น



395274695

CU Thesais 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

กิจกรรม การสื่อสาร ความร่วมมือ การพึ่งพาอาศัย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ฯลฯ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ที่มีโครงสร้างและรูปแบบที่หลากหลาย ซึ่งเราสามารถมองเห็นได้ทั้งในมิติแห่งความสัมพันธ์ที่ปัจเจกบุคคลเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่าย และเครือข่ายมีความสัมพันธ์กับแบบแผนหรือเส้นทางของปัจเจกบุคคลและกลุ่ม โดยเป็นกระบวนการที่มีความเกี่ยวข้องกับกิจกรรม การปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันและความสัมพันธ์อันใกล้ชิด สอดคล้องกับเสรี พงศ์พิศ (2548: 8) ที่เสนอว่า เครือข่าย คือ ขบวนการทางสังคมอันเกิดจากการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กลุ่ม องค์กร สถาบัน โดยมีเป้าหมายวัตถุประสงค์ และความต้องการบางอย่างร่วมกัน ร่วมกันดำเนินกิจกรรมบางอย่าง โดยที่สมาชิกของเครือข่ายยังคงความเป็นเอกเทศไม่ขึ้นต่อกัน

ปาริชาติ สถาปิตานนท์ และชัยวัฒน์ ภิระพันธ์ (2546: 5) กล่าวว่า เครือข่ายหมายถึง การที่คนมาพบปะกัน มาประชุมกัน และทำสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อกัน เพราะมีสิ่งที่ยึดโยงใจระหว่างสมาชิกเข้าด้วยกัน คือ สัมพันธภาพของสมาชิกในเครือข่าย โดยบุคคลจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ระหว่างกันบนพื้นฐานของความเท่าเทียมในด้านต่างๆ โดยเฉพาะด้านโอกาสในการสื่อสาร การเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสาร และการตัดสินใจเรื่องต่างๆ ร่วมกัน

นอกจากนี้ยังมีนักวิชาการที่ให้ความหมายของเครือข่ายในลักษณะของการก่อเกิดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กลุ่มบุคคล องค์กร หรือชุมชน เพื่อการแก้ไขวิกฤตการณ์หรือปัญหาต่างๆ ในสังคม ในหลายๆ ทรรศนะ ดังนี้ เสรี พงศ์พิศ (2548: 8) กล่าวไว้ว่า เครือข่าย คือ กระบวนการทางสังคมอันเกิดจากการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล องค์กร สถาบัน โดยมีเป้าหมายวัตถุประสงค์ และความต้องการบางอย่างร่วมกัน ร่วมกันดำเนินกิจกรรมบางอย่างโดยที่สมาชิกของเครือข่ายยังคงเป็นเอกเทศไม่ขึ้นต่อกัน ซึ่งสอดคล้องกับ มงคล ชาวเรือ (2546: 28) ที่กล่าวว่า เครือข่าย เป็นแนวคิดและกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการจัดระบบความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กลุ่มบุคคล องค์กร ตลอดจนชุมชนให้เกื้อกูลเชื่อมโยงกัน โดยที่แต่ละฝ่ายต้องมีความเท่าเทียมกัน มีอิสระต่อกัน สามารถยืนหยัดอยู่ได้ด้วยตนเอง และพร้อมที่จะปฏิบัติงานร่วมกันของสมาชิกเครือข่ายบนพื้นฐานของความเท่าเทียมกัน การมีความสัมพันธ์จะเป็นแบบเพื่อนร่วมงาน ประสานความช่วยเหลือกัน และเป็นความสัมพันธ์เชิงแนวราบมากกว่าที่จะเป็นแนวตั้ง ดังนั้น เครือข่ายจึงเป็นความสัมพันธ์ของมนุษย์กับมนุษย์ที่ครอบคลุมทั้งการให้และการรับ การยอมรับศักดิ์ศรีและเอื้ออาทรต่อกันมากกว่าการออกคำสั่งบังคับบัญชา และสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพชุมชน กรมการพัฒนาชุมชน (2547: 5) ที่เสนอว่า เครือข่าย หมายถึง กลุ่ม องค์กรหลายกลุ่มมารวมตัวกันประสานเชื่อมโยงสร้างความสัมพันธ์ ถักทอ สร้างสรรค์กิจกรรมบนพื้นฐานของความเอื้ออาทร เกิดพลังในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายทุกองค์กรและให้ชุมชนเข้มแข็ง หัวใจของเครือข่าย คือ การเชื่อมสัมพันธ์พลังของเครือข่ายเป้าหมาย และความพยายามที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย

จากความหมายของเครือข่ายทางสังคมโดยนัยคุณค่าแห่งความสัมพันธ์ที่นักวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศได้เสนอไว้ สรุปได้ว่า “เครือข่ายทางสังคม” หมายถึง ความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงระหว่างสมาชิกซึ่งอาจจะเป็นบุคคลต่อบุคคล บุคคลต่อกลุ่ม กลุ่มต่อกลุ่ม เครือข่ายต่อเครือข่าย องค์กรต่อองค์กร สถาบันต่อสถาบัน หรือชุมชนต่อชุมชน และในการเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายไม่ได้เป็นการรวมตัวกันโดยทั่วไป แต่มีเป้าหมายในการทำกิจกรรมร่วมกันทั้งที่เป็นครั้งคราวหรืออาจเป็นกิจกรรมที่ต่อเนื่อง จึงเป็นการเชื่อมโยงคนที่มีความสนใจร่วมกัน พบปะสังสรรค์และพัฒนาไปสู่การลงมือร่วมกันทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยเป้าหมายและวัตถุประสงค์เดียวกัน ดังนั้นเครือข่ายจึงไม่ใช่เพียงการรวบรวมรายละเอียดบุคคลที่เป็นสมาชิกเท่านั้น แต่มีการจัดระบบให้สมาชิกสามารถดำเนินกิจกรรมร่วมกัน เพื่อบรรลุจุดมุ่งหมายที่สมาชิกเห็นพ้องต้องกัน สิ่งที่เชื่อมโยงสมาชิกเข้าด้วยกันคือ วัตถุประสงค์หรือผลประโยชน์ที่ต้องการบรรลุร่วมกัน การสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

### 1.1.2 เครือข่าย: นัยแห่งการประสานความร่วมมือ

จากแนวคิดของเครือข่าย สิ่งหนึ่งที่เห็นอย่างชัดเจน คือ ความเป็นเครือข่ายเกิดขึ้นจากความร่วมมือ และการเปิดรับเพื่อให้เกิดความรู้และกระบวนการใหม่ กล่าวคือ การที่ปัจเจกบุคคล กลุ่ม องค์กรแต่ละฝ่ายได้มีการทำกิจกรรมร่วมกัน มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีการช่วยเหลือเกื้อกูลต่อกัน สิ่งต่างๆ เหล่านี้ถือว่าเป็นความหมายของเครือข่ายที่สานต่อความสัมพันธ์ให้ยั่งยืน ถ้าไม่มีความร่วมมือต่อกันแล้ว ความเป็นเครือข่ายหรือข่ายใยแห่งความสัมพันธ์คงจะไม่เกิดขึ้น จะเป็นเพียงการช่วยเหลือ หรือการบรรเทาปัญหาในแนวตั้งเท่านั้น ซึ่งไม่ต่างอะไรกับการสังการทางโครงสร้างเชิงอำนาจ ดังนั้น ความร่วมมือจึงเป็นความหมายที่สำคัญอีกประการหนึ่งของเครือข่าย เพราะจะนำไปสู่กระบวนการพัฒนาและการเปลี่ยนแปลงในสิ่งต่างๆ อย่างเป็นระบบ ความหมายของเครือข่ายในลักษณะที่เป็นการประสานงานเป็นการให้ความหมายในฐานะที่เครือข่ายเป็นศูนย์กลางในการดำเนินงานระหว่างสมาชิก ซึ่งมีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่านและมีลักษณะคล้ายคลึงกัน ดังนี้

Michel (อ้างถึงใน สมใจ โลหะพุนตระกูล, 2539: 10) กล่าวว่า เครือข่าย คือ ความร่วมมือที่เป็นได้ทั้งในระดับบุคคล องค์กร และสถาบัน อาจมีขอบข่ายและขนาดตั้งแต่เล็กๆ ภายในชุมชนไปจนถึงระดับจังหวัด ภูมิภาค ประเทศ และระหว่างประเทศ เป็นสายใยความสัมพันธ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม ระหว่างบุคคลหนึ่งกับบุคคลอื่นๆ ซึ่งเป็นการมองในมิติของการจัดการโครงสร้างทางสังคมที่เอื้อต่อการเสริมสร้างและความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ และเป้าหมายของกลุ่มคนในสังคมที่มีต่อกัน สอดคล้องกับความเห็นของพระมหาสุทิตย์ อากาศโร (อบอุ่น) (2548: 44) ที่กล่าวถึงเครือข่ายว่า หมายถึง ความร่วมมือและการเปิดรับของฝ่ายต่างๆ ที่จะมีข้อตกลงร่วมกันในการทำกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ และเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งข้อกำหนดที่เกิดขึ้นนั้นเป็นความพยายามที่จะระดมทรัพยากร กระบวนการ ความรู้ และวิธีการต่างๆ เพื่อให้ได้มาซึ่งความสำเร็จ จากการร่วมมือและเปิดรับในสิ่งที่ใหม่เสมอ และเก๋ยงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ (2543: 28)

กล่าวว่า เครือข่าย หมายถึง การที่ปัจเจกบุคคล องค์กร หน่วยงาน หรือสถาบันใดๆ ได้ตกลงที่จะประสานเชื่อมโยงเข้าหากัน ภายใต้วัตถุประสงค์ หรือข้อตกลงอย่างใดอย่างหนึ่งร่วมกันอย่างเป็นระบบ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อกิจกรรมต่างๆ เช่น การปฏิรูปการศึกษา โดยกลุ่มเครือข่ายนี้ ต้องมีการแสดงออกเป็นการลงมือกระทำกิจกรรมร่วมกัน ปารีชาต วลัยเสถียร และคณะ (2543: 305) กล่าวว่า เครือข่าย คือ การเชื่อมโยงร้อยรัดเอาความพยายามและดำเนินงานของฝ่ายต่างๆ เข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบและอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อปฏิบัติกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งร่วมกัน โดยแต่ละฝ่ายยังคงปฏิบัติภารกิจหลักของตนต่อไปอย่างไม่สูญเสียเอกลักษณ์และปรัชญาของตนการเชื่อมโยงนี้อาจเป็นรูปของการรวมตัวกันอย่างหลวมๆ เฉพาะกิจตามความจำเป็น หรืออาจอยู่ในรูปของการจัดองค์กรที่เป็นโครงสร้างของความสัมพันธ์อย่างชัดเจน เครือข่ายความร่วมมือเป็นไปได้ ในระดับปัจเจกบุคคล องค์กรและสถาบัน อาจมีขอบข่ายและขนาดตั้งแต่เล็กๆ ภายในชุมชนไปถึงระดับจังหวัด ภูมิภาค ประเทศระหว่างประเทศ และนฤมล นิราธร (2543: 6) กล่าวว่าไว้ว่า เครือข่าย หมายถึง รูปแบบการประสานงานกลุ่มของคน หรือองค์กรที่สมัครใจแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างกันหรือทำกิจกรรมร่วมกันช่วยเหลือกัน โดยการติดต่อสื่อสารนั้นอาจทำได้ทั้งการผ่านศูนย์กลางหรือแม่ข่าย และการติดต่อโดยตรงระหว่างกลุ่มซึ่งมีการจัดรูปแบบ หรือจัดระบบที่ยังคงความเป็นอิสระโดยมีรูปแบบการรวมตัวแบบหลวมๆ ตามความจำเป็นหรือเป็นโครงสร้างที่มีความชัดเจน

เมื่อพิจารณาความหมายเครือข่ายทางสังคมนัยแห่งการประสานความร่วมมือของนักวิชาการหลายๆ ท่าน สรุปได้ว่า “เครือข่ายทางสังคม” หมายถึง การประสานงานอย่างแนบแน่นระหว่างสมาชิกในลักษณะของการร่วมมือกันเพื่อระดมทรัพยากรต่างๆ ของสมาชิกมาใช้ร่วมกันและดำเนินกิจกรรมร่วมกัน โดยอาจจะเป็นการประสานงานโดยตรงระหว่างสมาชิกกับสมาชิก หรือร่วมกันจัดตั้งศูนย์กลางในการประสานงานกันก็ได้ เพื่อการบรรลุเป้าหมายของสมาชิกร่วมกัน

### 1.1.3 เครือข่าย: นัยแห่งภารกิจและกระบวนการ

ภายใต้ยุทธศาสตร์ของความเป็นเครือข่าย ภารกิจและกระบวนการทำงานของฝ่ายต่างๆ เป็นสิ่งที่จะช่วยให้ความเป็นเครือข่ายมีความต่อเนื่องการทำภารกิจต่อกัน โดยมีการขยายภารกิจและอุดมการณ์นั้นไปสู่กลุ่มอื่น เครือข่ายอื่น ก็เท่ากับว่าเป็นการสร้างเครือข่ายให้เกิดขึ้น ดังนั้นเครือข่ายจึงมีนัยของการทำภารกิจที่เป็นกระบวนการ โดยเป็นทั้งกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กระบวนการมีส่วนร่วม และกระบวนการกลุ่มที่เป็นการระดมทรัพยากรภายใน การสร้างพลังและอำนาจการต่อรองให้สูงขึ้น ซึ่งกระบวนการต่างๆ เหล่านี้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงตามวัตถุประสงค์ และเป้าหมายของเครือข่าย ถึงแม้ว่าการกระทำในลักษณะดังกล่าว จะเป็นภาพสะท้อนของ “ภารกิจและสถานะชั่วคราว” แต่สิ่งเหล่านั้นนับว่าเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดการขับเคลื่อนทางสังคม และความเป็นไปของสิ่งต่างๆ ที่เชื่อมโยงกันเป็นข่าย



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / recv: 06082562 15:28:18 / seq: 7

ปุตตี มอนซอน และคณะ (2546: 2) กล่าวถึงเครือข่ายทางสังคมในการพัฒนาว่า คือ การสร้างสัมพันธ์ภาพทางสังคมในการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อยกระดับแนวคิดและกิจกรรมที่ทำร่วมกันให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อสังคมที่ตนเป็นสมาชิกอยู่ โดยเป็นการเชื่อมโยงสายสัมพันธ์แบบหลวมๆ ของปัจเจกบุคคล กลุ่ม องค์กร และสถาบัน ซึ่งสมาชิกในเครือข่ายเข้าร่วมทำกิจกรรมตามความเหมาะสม ภายใต้กฎเกณฑ์หรือเป้าหมายร่วม และมีการปฏิบัติอย่างไม่สูญเสียเอกลักษณ์และปรัชญาของตน รวมทั้งมีการทำงานร่วมกันทั้งในงานเฉพาะหน้า และการประสานผลประโยชน์ที่ขยายวงกว้างออกไป สอดคล้องกับการศึกษาของสุนันทรา พุทธิมา (2539) ที่ศึกษาถึงเครือข่ายความสัมพันธ์และการขยายภารกิจของผู้นำเกษตรกรในชุมชนชนบทภาคเหนือ ที่ได้ขยายแนวคิดในการสร้างเครือข่ายและความสัมพันธ์ของกลุ่มผู้นำเกษตรกร โดยการรวมกลุ่มที่ทำให้สมาชิกในกลุ่มและเครือข่ายสามารถเรียนรู้ถึงการพึ่งพาและการแก้ปัญหาด้วยตนเอง ซึ่งกลุ่มเกษตรกรดังกล่าวมีผู้นำกลุ่มที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในด้านการผลิตภาคเกษตร มีการสร้างและหาแนวร่วมกับกลุ่มและเครือข่ายอื่นๆ ทั้งภายในและภายนอกชุมชนเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ใหม่ๆ อันจะนำไปสู่การพัฒนา กลุ่มและเครือข่ายให้สามารถดำเนินการผลิตเชิงพาณิชย์หรือในด้านอื่นๆ ต่อไป

#### 1.1.4 เครือข่าย: นัยลักษณะที่เป็นพลังในการทำงาน

ได้มีผู้ให้ความหมายของเครือข่ายในลักษณะที่เป็นพลังในการทำงาน เป็นการให้ความหมายโดยพิจารณาจากศักยภาพหรือพลังที่เกิดจากการรวมกันเป็นเครือข่าย ซึ่งมีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่าน ดังนี้

นันทิยา หุตานวัตร และณรงค์ หุตานวัตร (2546: 73-74) ได้กล่าวไว้ว่า เครือข่ายหมายถึง การรวมตัวของกลุ่มที่มีการประสานงานหรือทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง มีระยะเวลาานพอสมควร มีวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายร่วมกัน และหากบรรลุวัตถุประสงค์หนึ่งแล้วอาจมีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมวัตถุประสงค์ใหม่ก็ได้ การรวมตัวของกลุ่ม หรือเครือข่ายนั้นนับว่าเป็นพัฒนาการของการรวมพลังของคน ซึ่งก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้เสริมสร้างความสามารถในการบริหารจัดการ เอื้อให้เกิดการแลกเปลี่ยนผลิตผลและค้าขายระหว่างสมาชิกในเครือข่าย เกิดการสะสมทรัพยากรและเงินทุน เกิดการสร้างอำนาจทางการตลาด และสามารถใช้เป็นจุดขายได้ ที่สำคัญ คือ เป็นการเพิ่มพลังการต่อรองเพื่อแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่หรือเพื่อพึ่งตนเองให้มากขึ้น สอดคล้องกับสมพันธ์ เตชะอธิก และคณะ (2547: 29) ที่ให้ความหมายของเครือข่ายในลักษณะที่เป็นพลังในการทำงานไว้ว่า หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มองค์กรหลายๆ องค์กรที่มีแนวคิด เป้าหมาย วิธีการทำงาน กิจกรรมที่คล้ายคลึงกันหรือสนใจมารวมตัวเพื่อทำกิจกรรมร่วมกัน รวมทั้งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันและกัน เป็นการพัฒนาความรู้ให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้นหรือร่วมกันให้เกิดพลัง มีอำนาจต่อรอง นำไปสู่ความยุติธรรมของสังคม และร่วมกันทำให้บรรลุตามเป้าหมายของเครือข่าย ส่วน ชีรพงษ์ แก้วหาวงษ์ (2544: 251) กล่าวว่า เครือข่าย เป็นกระบวนการของการร่วมมือกันเพื่อพัฒนาหรือจัดกิจกรรมที่กลุ่ม



395274695

CU Thesais 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

บุคคล หรือองค์กรสนใจร่วมกัน ซึ่งจะนำไปสู่พลังในการจัดการกับปัญหาทั้งในระดับท้องถิ่นและสังคมโดยรวม ความร่วมมือในลักษณะดังกล่าวนี้ได้ก่อตัว เคลื่อนไหวและพัฒนากว้างขวางออกไป

จากความหมายของเครือข่ายทางสังคมโดยนัยลักษณะที่เป็นพลังในการทำงานของนักวิชาการหลายๆ ท่านที่กล่าวมา สรุปได้ว่า “เครือข่ายทางสังคม” หมายถึง การที่สมาชิกนำพลังหรือศักยภาพของตนมารวมเข้าด้วยกัน เพื่อเพิ่มขีดความสามารถจนเพียงพอที่จะดำเนินกิจกรรมต่างๆ ให้ประสบความสำเร็จร่วมกัน ซึ่งนอกจากจะเป็นการเพิ่มพลังในการดำเนินงานแล้วยังเป็นการเพิ่มอำนาจต่อรองให้กับเครือข่ายอีกด้วย

### 1.1.5 เครือข่าย: นัยที่เป็นเครือข่ายประชาสังคม

ปัจจุบันแนวความคิดเกี่ยวกับเครือข่ายได้ขยายออกไปสู่ความเป็นประชาสังคม ที่ให้ความสำคัญกับความเป็นอิสระของภาคประชาชน ในการดำเนินงานพัฒนาชุมชนของตนเองอย่างแท้จริง ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายของเครือข่ายในฐานะที่เป็นเครือข่ายประชาสังคม ไว้ดังนี้

อนุชาติ พวงสาลี และวีรบุรณ วิสารทสกุล (2541: 9) ได้สรุปถึงความเป็นเครือข่ายภายใต้กระแสแนวทางประชาสังคมว่า หมายถึง ชุมชนแห่งสำนึก (conscious community) ที่สมาชิกต่างเป็นส่วนหนึ่งของระบบโดยรวมที่มีความสัมพันธ์กันอย่างแนบแน่น อาจจะต้องพื้นฐานของระบบ คุณค่าเก่า หรือเป้าประสงค์ใหม่ของการเข้ามาทำงานร่วมกัน ซึ่งมีลักษณะเป็นพลวัตรที่บุคคลและกลุ่มคนต่างมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมที่สนใจร่วมกัน มีความสัมพันธ์ และการตัดสินใจร่วมกัน โดยมีพันธะเชื่อมโยงระบบใหญ่บนพื้นฐานแห่งความอยู่ที่ดีร่วมกัน และมีการติดต่อสื่อสารด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้กลุ่มหรือเครือข่ายมีความยั่งยืน (communication and network) สอดคล้องกับสุวิทย์ วิบุลย์ประเสริฐ (2540: 11) ที่กล่าวว่า เครือข่ายเป็นเครื่องมือทางสังคมในรูปแบบของประชาสังคม ที่ผู้คนในสังคมเห็นวิกฤตการณ์หรือสภาพปัญหาในสังคมที่สลับซับซ้อนที่ยากแก่การแก้ไข มีวัตถุประสงค์ร่วมกัน มีจิตสำนึกร่วมกัน มารวมตัวกันเป็นกลุ่มหรือองค์กร (civic group/organization) ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาคธุรกิจเอกชน หรือภาคสังคม ในลักษณะเป็นหุ้นส่วนกัน (partnership) เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาหรือกระทำการบางอย่างให้บรรลุวัตถุประสงค์ และ พิมพ์วัลย์ บุญมงคล และคณะ (2546: 15) ที่ให้ความหมายของเครือข่ายในฐานะที่เป็นเครือข่ายประชาสังคมไว้ว่า หมายถึง การที่ผู้คนในสังคมเห็นวิกฤตการณ์หรือสภาพปัญหาในสังคม หรือมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน ซึ่งนำไปสู่การก่อจิตสำนึก (civic consciousness) ร่วมกันมารวมตัวกัน สื่อสาร (civic organization) ในลักษณะที่เป็นหุ้นส่วนกัน เพื่อร่วมกันแก้ปัญหาหรือกระทำการบางอย่างให้บรรลุวัตถุประสงค์ สอดคล้องกับข้อคิดเห็นของพระมหา สุทธิชัย อากาศโร (อบอูน), 2548: 39-40) ที่กล่าวว่า เครือข่ายเป็นเครื่องมือทางสังคมที่ผู้คนในสังคมเห็นวิกฤตการณ์หรือสภาพปัญหาในสังคมที่สลับซับซ้อนที่ยากแก่การแก้ไข มีวัตถุประสงค์ร่วมกัน มีจิตสำนึกร่วมกัน มารวมตัวกันเป็นกลุ่มหรือองค์กร ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาคธุรกิจเอกชนหรือภาคประชาชนในลักษณะ



ที่เป็นหุ้นส่วนกัน เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาหรือการกระทำบางอย่างให้บรรลุวัตถุประสงค์ นอกจากนี้ อนุชาติ พวงสำลี และวีรบุรณ วิสารทสกุล (2541: 4) ยังให้ความหมายเพิ่มเติมว่า เครือข่ายหมายถึง การที่ประชาชนมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน มีอุดมคติร่วมกันหรือมีความเชื่อร่วมกันในบางเรื่อง มีการติดต่อสื่อสารกันหรือมีการรวมกลุ่มกัน มีความเอื้ออาทรต่อกัน มีความรัก มีมิตรภาพ มีการเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติบางสิ่งบางอย่างและมีระบบจัดการในระดับกลุ่ม

จากความหมายของเครือข่ายโดยนัยที่เป็นเครือข่ายประชาสังคมที่นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายไว้ สรุปได้ว่า “**เครือข่ายทางสังคม**” หมายถึง การเชื่อมโยงประสานระหว่างบุคคล กลุ่มหรือชุมชนเพื่อสร้างพลัง และอำนาจต่อรองแล้วขยายไปเชื่อมโยงบุคคล กลุ่มหรือชุมชนอื่นๆ ในลักษณะของการเป็นพันธมิตรภาคี มีวัตถุประสงค์ร่วมกัน มีอุดมคติร่วมกันหรือมีความเชื่อร่วมกันในบางเรื่อง มีการติดต่อสื่อสารกันหรือมีการรวมกลุ่มกัน เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาหรือวิกฤตการณ์ของชุมชนร่วมกัน หรือการดำเนินกิจกรรมร่วมกันเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายของกลุ่ม

**สรุป** จากความหมายของเครือข่ายในนัยต่างๆ ตามความคิดเห็นของนักวิชาการหลายๆ ท่านที่กล่าวมา จะเห็นว่าความหมายส่วนใหญ่เป็นการกล่าวถึงความร่วมมือระหว่างปัจเจกบุคคล กลุ่ม องค์กรที่มีกิจกรรมคล้ายคลึงกัน และขยายผลการดำเนินงานหรือแนวคิดไปสู่กลุ่ม องค์กรอื่นๆ เพื่อเสริมสร้างพลังในการแก้ไขปัญหา และการเปลี่ยนแปลงสิ่งต่างๆ โดยผ่านระบบการสื่อสารที่ทำให้สมาชิกในเครือข่ายมีโอกาสในการรับรู้ และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน นอกจากนี้ นักวิชาการหลายท่านยังได้พยายามอธิบายถึงคุณค่าแห่งความสัมพันธ์ ความเท่าเทียม ความร่วมมือ การต่อสู้ขัดแย้ง และการเชื่อมโยงที่เป็นทั้งแนวคิด หลักการ เครื่องมือ และวิธีการปฏิบัติ ที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายร่วมกันของทุกฝ่าย

## 1.2 การเกิดของเครือข่าย

เครือข่ายแต่ละประเภทมีลักษณะแตกต่างกัน การเกิดขึ้นของเครือข่ายแต่ละเครือข่ายจึงมีสาเหตุ ปัจจัยสนับสนุน และการก่อรูปเครือข่ายที่แตกต่างกันออกไป สนธยา พลศรี (2550: 257-260) ได้กล่าวถึงสาเหตุของการเกิดเครือข่าย ปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดเครือข่าย และการจัดตั้งเครือข่ายไว้ดังนี้

### 1.2.1 สาเหตุของการเกิดเครือข่าย

**1.2.1.1 การเกิดโดยธรรมชาติ** เป็นการเกิดเครือข่ายขึ้นเองโดยไม่มีใครจัดตั้งซึ่งเป็นผลของความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างมนุษย์ เช่น ความสัมพันธ์ของระบบครอบครัว และเครือข่ายความสัมพันธ์ของครูอาจารย์และลูกศิษย์ เป็นต้น

**1.2.1.2 เกิดจากวิกฤตการณ์ของสังคมมนุษย์** เป็นการเกิดเครือข่ายที่เป็นผลจากการเกิดปัญหาในลักษณะของการรวมพลังกัน สมาชิกส่วนใหญ่จะมีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกัน



395274695

CU Thesisis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

เช่น อาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกัน อาชีพเดียวกัน หรือเกี่ยวข้องกัน ดำรงชีวิตร่วมกันหรือเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน เป็นต้น การเกิดของเครือข่ายอาจจะเริ่มจากการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์แสวงหาแนวทางในการแก้ปัญหา และร่วมกันแก้ไขปัญหาในลักษณะของเครือข่ายที่เป็นอิสระปราศจากการครอบงำกันและกัน มีความสัมพันธ์แบบไม่ซับซ้อน หรือเป็นแนวราบที่ต่างต้องพึ่งพาอาศัยกันและกัน เช่น เครือข่ายพิทักษ์ป่า เครือข่ายอนุรักษ์ลุ่มน้ำ เป็นต้น

**1.2.1.3 การเกิดโดยวิวัฒนาการ** เป็นการเกิดเครือข่ายเนื่องจากความสัมพันธ์ของสมาชิก เช่น เพื่อนบ้าน เพื่อร่วมงาน เป็นต้น มารวมกันโดยวัตถุประสงค์บางอย่างเป็นเวลานานในลักษณะของกลุ่มและองค์กรแล้วพัฒนาความสัมพันธ์เป็นเครือข่าย เช่น จากกลุ่มแบบสภากาแฟ พัฒนาเป็นเครือข่ายประชาคมหมู่บ้าน หรือประชาคมเมือง เป็นต้น

**1.2.1.4 การเกิดโดยการจัดตั้ง** เป็นการเกิดเครือข่ายที่มีผู้จัดตั้งและให้การสนับสนุนเพื่อวัตถุประสงค์บางประการ จนสมาชิกรวมกันเป็นเครือข่าย ทั้งการจัดตั้งโดยผู้นำรัฐบาล ภาคเอกชน และองค์กรพัฒนาเอกชน เช่น เครือข่ายกองทุนหมู่บ้าน และชุมชนเมือง เครือข่ายของกระทรวงต่างๆ เป็นต้น

## 1.2.2 การก่อรูปของเครือข่าย (Network Forming)

เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ (2543: 61-62) ได้เสนอว่าการก่อตัวของเครือข่ายนั้น อาจเกิดได้สองแนวทางใหญ่ๆ **แนวทางแรก** คือ เครือข่ายที่เกิดจากรัฐเข้าไปมีส่วนเป็นผู้ริเริ่ม (state initiative) กล่าวคือ หน่วยงานภาครัฐเป็นผู้ริเริ่มเข้าไปกระตุ้นให้ประชาชนเกิดความตระหนักในปัญหา สร้างความตื่นตัวให้เกิดความสนใจรวมตัวกัน และผลักดันให้เกิดการรวมตัวของประชาชน **แนวทางที่สอง** คือ เครือข่ายที่ประชาชนเป็นแกนนำจัดตั้ง โดยเกิดจากการริเริ่มสร้างสรรค์ของกลุ่มประชาชนเอง (citizen initiative) กล่าวคือ ประชาชนเกิดความตระหนักและตื่นตัวในปัญหาใดปัญหาหนึ่งที่เกิดขึ้น แล้วลงมือริเริ่มในการรวมตัวกันเข้าเป็นกลุ่มเพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหาให้ลุล่วงหรือบรรเทาไป โดยที่องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรวิชาการ หรือสื่อมวลชน อาจมีส่วนเข้ามาสนับสนุนก็ได้ แต่ภาคประชาชนเป็นแกนหลักในการดำเนินงาน ซึ่งในปัจจุบันแนวทางแรกเป็นแนวทางหลักที่ประเทศไทยมักใช้ตั้งแต่อดีตมาจนถึงปัจจุบัน ขณะที่ปัจจุบันมีความพยายามผลักดันการก่อรูปของเครือข่ายตามแนวทางที่สองให้เพิ่มขึ้น เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ (2543) เสนอว่าควรดำเนินการทั้งสองแนวทางควบคู่กัน โดยพิจารณาถึงความสามารถในการรวมตัวของประชาชน หากประชาชนกลุ่มใดมีความสามารถในการรวมตัวเป็นเครือข่ายได้เอง หน่วยงานภาครัฐก็ไม่ควรเข้าไปครอบงำ บงการ (manipulate) ในการก่อตัวของเครือข่าย แต่หากกลุ่มใดที่ยังขาดสมรรถนะเพียงพอในการจัดตั้งกลุ่มขึ้นเอง หน่วยงานภาครัฐก็อาจเข้าไปช่วยในฐานะของผู้สนับสนุน (supporter) และ ผู้อำนวยการความสะดวก (facilitator) ให้การจัดตั้งเครือข่ายทำได้ง่ายขึ้น โดยนัยนี้จึงอาจสื่อความหมายได้ว่า หน่วยงานราชการจำเป็นต้องลดบทบาทในการคิดแทนประชาชนให้น้อยลง แต่

เปิดช่องทางและโอกาสให้กลุ่มองค์กร ชุมชน ประชาคม ได้ทำงานและมีอำนาจในการตัดสินใจเรื่องต่างๆ มากขึ้น โดยภาครัฐควรปรับรูปแบบบทบาทเป็นผู้ส่งเสริม อำนวยความสะดวก สนับสนุน ให้กลุ่มองค์กร ประชาชนมีอิสระ มีส่วนร่วมรับผิดชอบ และร่วมสร้างสรรค์สังคมในการทำงานร่วมกันเป็นเครือข่าย สอดคล้องกับความเห็นของพระมหาสุทิตย์ อาภากรโ (อบอุ่น) (2548: 108-115) ที่ได้เสนอลักษณะการ ก่อตัวของเครือข่ายไว้ 3 ลักษณะ คือ **1) เครือข่ายที่เกิดจากการจัดตั้งและการสนับสนุนของภาคส่วนต่างๆ** การก่อตัวของเครือข่ายในลักษณะนี้ส่วนใหญ่เป็นเครือข่ายที่รัฐ หรือหน่วยงานบางแห่ง ต้องการส่งเสริมหรือเข้าไปจัดตั้ง เพื่อให้สอดคล้องกับกระบวนการพัฒนาตามแนวนโยบายของรัฐ และเพื่อเพิ่มศักยภาพให้กับชุมชนในการพึ่งพาตนเอง เช่น เครือข่ายกองทุนหมู่บ้าน เครือข่ายพัฒนา ชุมชน เป็นต้น โดยอาจแบ่งประเภทของการจัดตั้งได้อีก 2 ประการ คือ เครือข่ายที่เป็นนิติบุคคล เช่น เครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์ มูลนิธิเพื่อการพัฒนาไท ฯลฯ และเครือข่ายที่ไม่เป็นนิติบุคคล เช่น เครือข่ายชาวบ้าน เครือข่ายชมรมลูกเสือชาวบ้าน เป็นต้น ซึ่งโครงสร้างความสัมพันธ์ของเครือข่ายที่เกิดจากการจัดตั้งนี้ จะมีลักษณะกิจกรรมและกระบวนการที่เป็นทางการ มีระบบ ระเบียบ และมี โครงสร้างความสัมพันธ์ในแนวดิ่ง ที่เป็นไปตามกระแสของแหล่งทุนและนโยบายของหน่วยงานนั้นๆ **2) เครือข่ายที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ** ได้แก่ เครือข่ายที่เกิดขึ้นจากความสมานฉันท์การร่วมแรงร่วมใจ ของฝ่ายต่างๆ ที่มองเห็นความจำเป็นในการเรียนรู้และการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน มารวมตัวกันเป็น เครือข่ายเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ ตลอดจนถึงการพึ่งพาอาศัย เป็นเครือข่ายมี การสื่อสารและความผูกพันที่มีชีวิตชีวา มีกระบวนการที่ประสานสอดคล้องกับความสนใจและ ความ ต้องการอย่างแท้จริงของสมาชิก มีแนวทางการดำเนินงานที่เป็นอิสระจากการครอบงำของฝ่ายต่างๆ และจะเกิดขึ้นในชุมชนปฏิบัติการที่ใช้ความสมานฉันท์และการเรียนรู้เป็นเครื่องมือในการทำ กิจกรรมร่วมกัน โครงสร้างความสัมพันธ์ของเครือข่ายในลักษณะนี้将有ความสัมพันธ์ที่ไม่ซับซ้อน อยู่ในแนวราบบนพื้นฐานการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการพึ่งพาอาศัย มีความยืดหยุ่นและมีความ สอดคล้องกับบริบทที่เกิดขึ้นในสังคม **3) เครือข่ายที่เกิดขึ้นโดยสถานการณ์เป็นตัวกำหนด** ได้แก่ เครือข่ายที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ และประเด็นปัญหาที่ทุกฝ่ายเห็นว่า จำเป็นต้องใช้ความเป็น เครือข่ายในการแก้ปัญหา และสร้างพลังในการเรียนรู้ หรือการต่อรอง เพื่อให้เกิดการพัฒนา กิจกรรม อย่างใดอย่างหนึ่ง เครือข่ายลักษณะนี้ จะเกิดขึ้นหลังจากสถานการณ์นั้นเกิดความสูงอย่างเต็มที่ และมีผู้ประสานงานเพื่อให้เครือข่ายมีความต่อเนื่อง เช่น เครือข่ายผู้ได้รับผลกระทบจากโครงการ พัฒนาของภาครัฐ โครงสร้างความสัมพันธ์ของเครือข่ายในลักษณะนี้ จะมีการรวมพลังอย่างแน่นหนา บนพื้นฐานของการต่อสู้และการเรียกร้องเพื่อปกป้องและรักษาสิทธิของตนเองในการพัฒนาและมีการ ปรับบทบาทต่อการพัฒนาในแง่มุมที่หลากหลาย โดยเป็นกระบวนการเรียนรู้จากสถานการณ์และ บริบททางสังคม



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

### 1.2.3 ปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดเครือข่าย

นอกจากเครือข่ายจะเกิดจากสาเหตุต่างๆ ที่กล่าวมาแล้ว สนธยา พลศรี (2550: 258-259) ได้เสนอว่า การเกิดขึ้นของเครือข่ายยังมีปัจจัยที่สนับสนุนอีกหลายประการ ดังนี้

**1.2.3.1 การมีวิสัยทัศน์และอุดมการณ์ร่วมกันของสมาชิก** วิสัยทัศน์เป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดเป้าหมายร่วมกันในอนาคต ส่วนอุดมการณ์เป็นที่ยึดเหนี่ยวสมาชิกเข้าด้วยกัน ซึ่งเป็นแรงจูงใจให้สมาชิกเกิดจิตสำนึกและเข้าร่วมกิจกรรมของเครือข่ายเชื่อมั่นในศักยภาพของกันและกันและเชื่อมั่นในศักยภาพของเครือข่าย ทำให้เครือข่ายมีเอกภาพไม่มีความขัดแย้ง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการเกิดเครือข่าย

**1.2.3.2 การมีวัตถุประสงค์และเป้าหมายร่วมกัน** เป็นสิ่งที่สมาชิกมีความต้องการเข้าร่วมเป็นสมาชิกของเครือข่าย เมื่อสมาชิกได้รู้และเข้าใจถึงวัตถุประสงค์เป้าหมายของเครือข่ายอย่างชัดเจน ก็รวมกันเป็นเครือข่ายมีสมาชิกที่เหมาะสม

**1.2.3.3 สมาชิกมีความสัมพันธ์ทางสังคมแบบปฐมภูมิ (primary relationship)** เป็นความสัมพันธ์แบบส่วนตัวหรือไม่เป็นทางการ เช่น วัฒนธรรมและประเพณีเดียวกัน มีความสัมพันธ์แบบเครือญาติ ความสัมพันธ์แบบเพื่อนสนิท เป็นต้น ซึ่งเป็นสิ่งยึดโยงสมาชิกไว้ด้วยกันอย่างเหนียวแน่น และเป็นหัวใจของการรวมกันเป็นเครือญาติ

**1.2.3.4 สมาชิกมีจิตสำนึกเครือข่าย** สมาชิกเครือข่ายมองเห็นประโยชน์ของเครือข่ายและส่วนรวมมากกว่าประโยชน์ส่วนตัวมีความรักในเครือข่าย รักและเอื้ออาทรต่อสมาชิกเครือข่ายและเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน มีจิตสำนึกในการพึ่งตนเองมากกว่าพึ่งผู้อื่น เสียสละ ตระหนักในความสำคัญของการทำงานร่วมกับผู้อื่น สามารถทำงานร่วมกันกับสมาชิกอื่นได้อย่างมีความสุข เป็นต้น

**1.2.3.5 การกระตุ้นให้เกิดการรวมตัวกันเป็นเครือข่าย** เป็นปัจจัยสำคัญที่เร่งให้สมาชิกต้องรวมกันเป็นเครือข่ายเร็วยิ่งขึ้น เช่น การเกิดปัญหาหรือภาวะวิกฤตขึ้นในชุมชน นโยบายของรัฐบาล ความสามารถของผู้จัดตั้ง เป็นต้น

**1.2.3.6 ความพร้อมของสมาชิก** ความพร้อมของสมาชิกเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งในการเกิดเครือข่ายและการดำเนินงานเครือข่ายให้ประสบความสำเร็จ เช่น สมาชิกมีวิสัยทัศน์และอุดมการณ์ร่วมกัน รู้และเข้าใจในวัตถุประสงค์และเป้าหมายของเครือข่าย มีความสัมพันธ์กันอย่างดี และมีจิตสำนึกเครือข่ายที่พร้อมจะดำเนินกิจกรรมร่วมกันเป็นกลุ่ม ตระหนักซึ่งความสัมพันธ์ของเครือข่าย เป็นต้น ความพร้อมดังกล่าวนี้จะทำให้เกิดเครือข่ายขึ้น หรือถ้าหากสมาชิกถูกกระตุ้นเร่งเร้าด้วยแล้วก็จะยิ่งทำให้เกิดเครือข่ายได้ง่ายและรวดเร็วยิ่งขึ้น

**1.2.3.7 การสนับสนุนส่งเสริมจากบุคคลหรือหน่วยงานต่างๆ** ทั้งในส่วนภาคราชการ ภาคเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน รวมทั้งเครือข่ายอื่นๆ จะช่วยให้เครือข่ายเกิดขึ้นได้ง่าย และ



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

รวดเร็วยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในกรณีที่สมาชิกมีข้อจำกัดบางประการ ไม่สามารถรวมกันเป็นเครือข่ายได้ แต่เมื่อได้รับการกระตุ้น การสนับสนุนส่งเสริมและก็สามารถรวมกันเป็นเครือข่ายได้สำเร็จ

**1.2.3.8 ศักยภาพของสมาชิก** สมาชิกบางคนของเครือข่ายมีความรู้ความสามารถ หรือมีศักยภาพสูง มีทักษะ มีภาวะความเป็นผู้นำ สามารถจูงใจให้สมาชิกมองเห็นและตระหนักถึงความสำคัญของเครือข่ายและรวมกันเป็นเครือข่ายได้สำเร็จ

#### 1.2.4 การจัดตั้งเครือข่าย

เครือข่ายในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นเครือข่ายที่เกิดขึ้นจากการจัดตั้ง ทั้งการจัดตั้งโดยหน่วยงานของรัฐ (state initiative) และการจัดตั้งโดยประชาชนเอง (citizen initiative) ซึ่งการจัดตั้งเครือข่ายมีแนวทาง ดังต่อไปนี้ (เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์, 2543: 61-74)

**1.2.4.1 การสร้างความตระหนักในปัญหาและสำนึกในการรวมตัว** เป็นการสร้างความตระหนักให้คนในสังคมได้รับรู้ถึงปัญหาหรือวิกฤติการณ์ที่เกิดขึ้นว่ามีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันทำให้เกิดสำนึกว่า ถ้าหากไม่รวมกันเป็นเครือข่าย ทุกคนจะได้รับผลกระทบทั้งสิ้น ด้วยการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้รับรู้เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ นโยบาย กิจกรรม แผนการดำเนินงานของเครือข่ายและกระตุ้นให้ประชาชนอยากเข้าร่วมกิจกรรมและเป็นสมาชิกของเครือข่าย

**1.2.4.2 การสร้างจุดร่วมของผลประโยชน์** เครือข่ายต้องแสดงให้เห็นว่าเครือข่ายมีผลประโยชน์ต่อสมาชิกและสังคมอย่างไร สามารถแก้ไขปัญหาหรือวิกฤติการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างไร วัตถุประสงค์ของเครือข่ายต้องสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน จึงจะจูงใจให้เป็นสมาชิกของเครือข่าย

**1.2.4.3 การแสวงหาแกนนำที่ดีของเครือข่าย** คือ เป็นผู้นำที่มีภาวะผู้นำหรือมีคุณสมบัติของผู้นำที่เหมาะสม เป็นที่ยอมรับของคนทั่วไป เพื่อให้เป็นแกนนำในการจัดตั้งเครือข่าย ตลอดจนการดำเนินงานของเครือข่ายและการขยายเครือข่าย เพราะแกนนำที่ดีจะมีพลังในการจูงใจให้คนเข้าร่วมกิจกรรมของเครือข่ายได้ง่าย

**1.2.4.4 การสร้างแนวร่วมสมาชิกของเครือข่าย** การสร้างแนวร่วมของสมาชิกเครือข่ายให้กว้างขวาง ด้วยการดึงบุคคล กลุ่ม องค์กร ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมเข้าเป็นสมาชิกเครือข่าย ทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ จึงเป็นสิ่งจำเป็นของเครือข่าย ซึ่งอาจดำเนินการโดยให้แกนนำ และสมาชิกเป็นผู้เสาะแสวงหาผู้ที่มีความคิดหรือประสบการณ์แบบเดียวกันเข้าร่วมเป็นสมาชิกเครือข่าย แล้วขยายออกไปยังบุคคล กลุ่ม องค์กรอื่นๆ ต่อไป พัฒนาสมาชิกให้สามารถสร้างเครือข่ายต่อไปได้ด้วยตนเอง เป็นต้น ซึ่งจะทำให้การจัดตั้งเครือข่ายได้ง่ายและประสบความสำเร็จ

#### 1.2.5 องค์ประกอบของเครือข่าย



395274695

CU Thesais 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

องค์ประกอบของเครือข่ายการเรียนรู้ในงานพัฒนาชุมชนลักษณะต่างๆ มีทั้งเหมือนและแตกต่างกัน ดังนี้

วิมลลักษณ์ ชูชาติ (2540: 81-86) เสนอว่า เครือข่ายการเรียนรู้ในงานพัฒนาชุมชน มีองค์ประกอบ 3 ประการ คือ **1) คน** เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดของเครือข่าย ได้แก่ ผู้นำกลุ่มนักพัฒนา กลุ่มเยาวชนและประชาชนที่เป็นสมาชิกของเครือข่าย ถ้าหากไม่มีคนแล้วเครือข่ายไม่สามารถเกิดขึ้นได้ **2) ความรู้** ทั้งประเภทภูมิปัญญาท้องถิ่นและวิทยาการสมัยใหม่ ความรู้เป็นสิ่งสนับสนุนให้เกิดกิจกรรม และการดำเนินงานของเครือข่ายการเรียนรู้ของชุมชนที่มีประสิทธิภาพ **3) ทรัพยากร** ทั้งทรัพยากรภายในชุมชน เช่น ป่าชุมชน แหล่งอนุรักษ์พันธุ์ปลา เป็นต้น และทรัพยากรภายนอกชุมชน เช่น หน่วยงานทางวิชาการ สถาบันศาสนา หน่วยงานพัฒนาเอกชน เป็นต้น ทรัพยากรเป็นสิ่งที่สนับสนุนส่งเสริมให้กิจกรรมมีประสิทธิภาพต่อเนื่อง และประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายของเครือข่าย

ธนา ประมุขกุล (2544: 3-4) ได้กำหนดองค์ประกอบเครือข่ายการเรียนรู้ของชุมชนไว้ 4 ประการ ดังนี้ **1) สมาชิกเครือข่าย** เพราะเครือข่ายเกิดจากการเชื่อมโยงของสมาชิก ถ้าหากสมาชิกมีจำนวนมากก็ต้องมีคณะกรรมการประสานงานให้เครือข่ายดำเนินไปได้โดยราบรื่น อาจแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ สมาชิกแกนหลัก ได้แก่ ผู้เกี่ยวข้องโดยตรงกับผลงานตามเป้าหมายเครือข่าย และสมาชิกแกนเสริม ได้แก่ ผู้เป็นฝ่ายสนับสนุน เพื่อให้สมาชิกได้ตระหนักว่าบทบาทสมาชิกแต่ละคนอาจมีความแตกต่างกันไปตามความสัมพันธ์ที่มีต่อเป้าหมายเครือข่ายดังกล่าว และไม่ให้เกิดความสับสนในบทบาทของตน เครือข่ายจะต้องให้ความสำคัญกับสมาชิกทุกคนเสมอกัน สมาชิกแต่ละคนมีอิสระทางความคิด การตัดสินใจของเครือข่ายจึงเป็นผลรวมทางความคิดของเหล่าสมาชิก โดยถือว่าผู้นำที่แท้จริง คือ สมาชิกทั้งหมด **2) กรรมการ และผู้ประสานงาน** เครือข่ายจำเป็นต้องมีกรรมการ และผู้ประสานงาน เพื่อทำหน้าที่ประสานงานให้เกิดการจัดการที่ดี ขับเคลื่อนเครือข่ายด้วยพลังร่วมของสมาชิก **3) เป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์** เครือข่ายต้องมีเป้าหมายที่ชัดเจน และมีผลต่อการเข้าร่วมและคงอยู่ของสมาชิก เพราะสมาชิกรู้ว่าเป็นสมาชิกของเครือข่ายเพื่ออะไร และเครือข่ายสามารถตอบสนองต่อความต้องการได้หรือไม่ นอกจากนี้ ตัวเป้าหมายเองจะเป็นตัวกำหนดกิจกรรมของเครือข่ายที่จะตามมาอีกด้วย การกำหนดเป้าหมายจึงต้องมีความเป็นไปได้ ไม่ใช่เป็นเพียงความคิดฝันที่ไม่สามารถทำให้เป็นจริงได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับเครือข่ายที่อยู่ในระยะดำเนินการก่อตั้งควรกำหนดเป้าหมายหลักเพียงอย่างใดอย่างหนึ่ง ที่จะสามารถบรรลุให้ได้เสียก่อน ถ้าหากต้องการขยายเป้าหมายออกไปอีกจึงค่อยกำหนดในภายหลังเมื่อเครือข่ายมีความเข้มแข็งแล้ว **4) กิจกรรม** ที่เกิดจากความคิด การตัดสินใจของสมาชิกส่วนรวม สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของเครือข่าย สมาชิกจึงจะเข้าร่วมในกิจกรรม กิจกรรมของเครือข่ายไม่จำเป็นต้องเป็นกิจกรรมโตใหญ่ แต่อาจเป็นกิจกรรมที่สมาชิกส่วนหนึ่งมีความสนใจใคร่จะเรียนรู้ก็ได้ ถ้าเป็นการจัดกิจกรรมให้แก่สมาชิกจำนวน



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

มาก ต้องระมัดระวังในเรื่องปฏิสัมพันธ์เรียนรู้ระหว่างสมาชิกที่อาจจะลดน้อยลงได้ ต้องใช้เวลาและทรัพยากรมากจึงต้องพิจารณาเลือกรูปแบบของกิจกรรมให้เหมาะสม

สัมพันธ์ เตชะอริก (2540: 3-9) เสนอว่าองค์ประกอบเครือข่ายการเรียนรู้ในงานพัฒนาชุมชน มี 7 ประการ ดังนี้ **1) อุดมการณ์ร่วมกัน** หมายถึง สมาชิกที่มีทัศนคติต่อโลก ต่อสังคม ต่อชุมชนร่วมกัน มีความเข้าใจตรงกันว่าตนเองมีสถานภาพและบทบาทใด อุดมการณ์เป็นสิ่งสำคัญในการยึดเหนี่ยวการรวมกลุ่มเป็นเครือข่ายเอาไว้ ยิ่งถ้าสามารถกำหนดเป้าหมายระยะยาวหรือวิสัยทัศน์ ได้ก็ยิ่งทำให้เครือข่ายมีอุดมการณ์ในการรวมตัวกันได้ดียิ่งขึ้น **2) เป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมกัน** เช่น การมีเป้าหมายเพื่อให้หลุดพ้นจากความยากจนจะมีวัตถุประสงค์เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การมีเป้าหมายเพื่อสร้างอำนาจทางเศรษฐกิจและการเมืองจะมีวัตถุประสงค์ในการต่อสู้ เพื่อให้ได้มาซึ่งอำนาจต่อรองทางเศรษฐกิจและการเมือง เป็นต้น **3) ผลประโยชน์ร่วมกันและการกระจายผลประโยชน์อย่างเป็นธรรมทั่วถึง** ผลประโยชน์ร่วมกันมีลักษณะเป็นรูปธรรมที่สมาชิกทุกคนต้องการ เครือข่ายต้องสร้างข้อมูลให้เกิดการรับรู้ทั่วไปว่า ผลประโยชน์ของการรวมตัวเป็นเครือข่ายคืออะไร **4) คน** ประกอบด้วย **(1) ผู้นำ** ผู้นำเป็นผู้กุมความอยู่รอดของเครือข่าย หากผู้นำได้รับการยอมรับ มีบารมี มีความสามัคคี ปฏิบัติดี มีความสามารถและคิดถึงส่วนรวมอย่างแท้จริงก็จะสามารถนำเครือข่ายไปสู่ความสำเร็จ และสร้างความเข้มแข็งให้แก่เครือข่ายได้ ผู้นำบางคนอาจเป็นผู้นำทั้งด้านความคิด การปฏิบัติ และการเผยแพร่ก็ได้ โดยทั่วไปแล้วผู้นำเครือข่ายการเรียนรู้ในงานพัฒนาชุมชนมีหลายประเภท เช่น ผู้นำทางความคิด ผู้นำทางศีลธรรม ผู้นำทางด้านอาชีพ ผู้นำทางด้านการพูด ผู้นำที่สามารถประยุกต์งานราชการกับเป้าหมายเพื่อชาวบ้านได้ และผู้นำทางการประสานทรัพยากรภายในและภายนอกชุมชน เป็นต้น **(2) สมาชิก** สมาชิกของเครือข่ายมีหลายประเภท ทั้งสมาชิกที่เข้าร่วมคิด ร่วมทำงานกับเครือข่ายโดยอาจจะเข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ เข้าร่วมกิจกรรมบ้างไม่เข้าร่วมกิจกรรมบ้าง และสมาชิกประเภทเป็นผู้ดูอยู่เฉยๆ เป็นต้น **(3) ชาวบ้าน** เป็นคนในชุมชนที่ไม่เข้าร่วมอยู่ในเครือข่ายแต่มีผลต่อการดำรงอยู่ และความเข้มแข็งของเครือข่าย เพราะเป็นผู้คนที่เฝ้าดู ติดตาม วิพากษ์วิจารณ์ และพร้อมจะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมกับเครือข่ายก็ได้ **5) การบริหารจัดการ** การบริหารจัดการเครือข่ายควรเป็นการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ โดยมีลักษณะดังนี้ **(1) การตัดสินใจร่วมของสมาชิก** หากสมาชิกไม่มีโอกาสตัดสินใจด้วยความเป็นเจ้าของของเครือข่าย ก็จะขาดความตระหนัก ไม่ช่วยกันระมัดระวัง แต่จะปล่อยให้ขึ้นอยู่กับผู้นำว่าจะนำเครือข่ายไปในทิศทางใด ทำให้เครือข่ายจะดีหรือไม่ดีก็ขึ้นอยู่กับผู้นำเพียงฝ่ายเดียว **(2) โครงสร้างและบทบาทหน้าที่** โดยทั่วไปจะประกอบด้วย ประธาน รองประธาน เลขานุการ ประชาสัมพันธ์ ปฏิคม เหนรัญญิก ฝ่ายซื้อ ฝ่ายขาย ฝ่ายตรวจสอบ และกรรมการอื่นๆ ที่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่กันตามตำแหน่งอย่างชัดเจน **(3) สถานที่และวัสดุอุปกรณ์** เพื่อเป็นศูนย์กลางของการรวมตัวกันสำหรับการประชุม การจัดกิจกรรม การเก็บวัสดุอุปกรณ์ และการใช้ประโยชน์อื่นๆ สำหรับ



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

เครือข่ายและชุมชน (4) กฎ กติกาของเครือข่าย เพื่อยึดถือเป็นแนวทางปฏิบัติ และเป็นข้อตกลงร่วมกันระหว่างสมาชิก เพราะ การที่คนหลายคนมารวมกลุ่มกันเป็นเครือข่าย ย่อมมีความคิดเห็นที่แตกต่างหรือขัดแย้งกัน การปฏิบัติตามกฎกติกา จึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของเครือข่าย (5) การสื่อสารระหว่างผู้นำกับสมาชิก ซึ่งมีหลายรูปแบบ เช่น การจัดประชุมชี้แจงแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และหาข้อสรุปร่วมกัน การแจ้งข้อมูลข่าวสารผ่านหอกระจายข่าว การประชุมแกนนำเครือข่าย และการกระจายข้อมูลต่อในกลุ่มย่อย การใช้ความสัมพันธ์ทางสังคมและวัฒนธรรมระหว่างผู้นำและสมาชิกในการติดต่อและรับข้อมูลข่าวสารความรู้ระหว่างกัน เป็นต้น การสื่อสารจะทำให้เกิดการรับรู้เข้าใจและร่วมมือกันมากขึ้น หากไม่มีการสื่อสาร หรือการสื่อสารน้อย หรือการสื่อสารผิดไปจากความเป็นจริง จะทำให้เครือข่ายประสบผลสำเร็จในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ได้ยาก (6) การควบคุมตรวจสอบ เมื่อมีการแบ่งบทบาทหน้าที่แล้ว ต้องมีการควบคุมตรวจสอบการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มีการรับรู้กันอย่างโปร่งใส โดยเฉพาะกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเงิน ถ้าอยู่ในมือเหรียญหรือฝ่ายการเงินเพียงคนเดียว ย่อมมีโอกาสเกิดการรั่วไหลเงินสูญหายหรือถูกนำไปใช้เพื่อประโยชน์ส่วนตัว การควบคุมตรวจสอบอยู่เสมอจะช่วยให้เครือข่ายหรือสมาชิกไม่มีปัญหาหรือป้องกันปัญหาหรือแก้ไขปัญหาได้ทันที่ (6) กิจกรรม การฝึกฝน และการปฏิบัติจริงอยู่ที่กิจกรรมการเรียนรู้ของสมาชิก โดยทั่วไปกิจกรรมในชุมชนเกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม กิจกรรมทางการเมืองและกิจกรรมด้านสิ่งแวดล้อม กิจกรรมต่างๆ เหล่านี้เป็นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำกับสมาชิกและคนในชุมชนให้ทำงานร่วมกันเป็นกิจกรรมที่ต้องการความต่อเนื่อง เพื่อแก้ปัญหาหรือช่วยเสริมสร้างชีวิตชาวบ้านให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (7) งบประมาณ งบประมาณช่วยให้เครือข่ายสามารถดำเนินงานไปได้ด้วยดี จึงจำเป็นที่จะต้องมีการระดมทุนทั้งภายในและภายนอกเพื่อให้ทำกิจกรรม ความคุ้นเคยจากการถูกพัฒนาจากคนภายนอกทั้งรัฐและเอกชน ทำให้ชาวบ้านมีกรอบงบประมาณจากภายนอกมาช่วยกันทำงานพัฒนา แต่ในความเป็นจริงแล้ว ควรมีการระดมทุนจากภายในชุมชนก่อน เมื่อไม่เพียงพอจึงค่อยแสวงหางบประมาณจากภายนอก

นันทิยา หุตานุกัฏ และณรงค์ หุตานุกัฏ (2546: 41-71) เสนอว่าเครือข่ายการเรียนรู้ในงานพัฒนาชุมชน มีองค์ประกอบ 10 ประการ ดังนี้ 1) **อุดมการณ์ การกิจและวัตถุประสงค์** ซึ่งมีหน้าที่สำคัญ คือ ระบุลักษณะภาพรวมของเครือข่าย ความจำเป็นในการดำรงอยู่ของเครือข่าย เพิ่มความรู้สึกเป็นกลุ่มหรือองค์กรเดียวกัน และจงใจให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานและการประเมินผลงานของเครือข่าย 2) **ผู้นำและสมาชิก** เครือข่ายต้องมีผู้นำและสมาชิกที่มีคุณภาพ โดยผู้นำและสมาชิกต้องมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน คือ สมาชิกมีความเชื่อมั่นและศรัทธาต่อผู้นำ และผู้นำมีความสามารถในการสร้างความประทับใจ มีทักษะในการสื่อสารที่ดีกับสมาชิก เป็นต้น 3) **โครงสร้าง** ควรมีโครงสร้างแบบแนวนอนที่เอื้ออำนวยให้เกิดการประสานงานและการควบคุมการปฏิบัติงานของสมาชิก มีความเป็นทางการน้อย มีส่วนร่วมในการตัดสินใจมาก มีการ



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7



สื่อสารกระจายทั่วถึง และมีกฎระเบียบน้อย โครงสร้างเครือข่ายประกอบด้วย ระดับของอำนาจที่แสดงถึงความสัมพันธ์ของสมาชิก แบ่งส่วนงานชัดเจน ขอบเขตของการควบคุมและกำกับดูแล ตำแหน่งสายงานตรงและสายงานสนับสนุน และการกระจายการตัดสินใจ **4) วัฒนธรรม** วัฒนธรรมเป็นสิ่งเชื่อมโยงสมาชิกเครือข่ายเข้าด้วยกัน ชุมชนที่มีวัฒนธรรมเข้มแข็งการรวมกันเป็นเครือข่ายก็จะมี ความเข้มแข็งด้วย ซึ่งหน้าที่ของวัฒนธรรมเครือข่าย คือ จำแนกเครือข่ายแต่ละเครือข่ายให้แตกต่างกัน สร้างความรู้สึกการเป็นสมาชิกเครือข่าย หล่อหลอมสมาชิกใหม่ สร้างเสถียรภาพ เป็นกลไกในการปรับเจตคติและพฤติกรรมสมาชิก และสนับสนุนหรือขัดขวางการเปลี่ยนแปลงของเครือข่าย **5) ระบบผลประโยชน์** หมายถึง ประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับเป็นสิ่งจูงใจ หรือรางวัล มีทั้งสิ่งที่เป็นนามธรรม คือ ความพึงพอใจ และรูปธรรม คือ วัตถุประสงค์ของต่างๆ การจัดสรรผลประโยชน์อาจดำเนินการตามกฎหมาย เป็นกลุ่ม เป็นบุคคล ตามงานที่มอบหมาย เมื่อทำงานได้ตามเป้าหมาย เป็นต้น ระบบผลประโยชน์จะช่วยให้เครือข่ายบรรลุวัตถุประสงค์ที่ต้องการได้ **6) การติดต่อสื่อสารและการประสานงาน** ซึ่งมีความสำคัญมาก เพราะทำหน้าที่หลายประการ เช่น ควบคุมพฤติกรรมของสมาชิก จูงใจ สร้างความพึงพอใจให้แก่สมาชิก ให้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ แก่สมาชิก เป็นต้น การติดต่อสื่อสารในเครือข่ายสามารถทำได้ 2 ช่องทาง คือ การติดต่อแบบเป็นทางการ คือ การติดต่อตามสายงานหรือโครงสร้างของเครือข่าย และการติดต่อแบบไม่เป็นทางการ คือ การติดต่อด้วยการพูดเป็นการส่วนตัว การรวมกลุ่มวิจารณ์ เป็นต้น **7) การมีส่วนร่วมของสมาชิกและผู้นำ** จะทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของเครือข่าย (sense of belonging) เกิดพันธะผูกพัน (commitment) เกิดความต้องการทำงาน และช่วยเหลือกิจกรรมของเครือข่าย ประกอบด้วย การร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมกระทำและร่วมรับผลประโยชน์ **8) กฎระเบียบ** กฎระเบียบเป็นผลจากข้อตกลงร่วมกันระหว่างสมาชิกและเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการทำงานร่วมกัน เพราะจะทำให้สมาชิกมีความเป็นเจ้าของปฏิบัติตาม และมีการควบคุมกฎระเบียบในเครือข่ายของตนเอง ปัญหาที่สำคัญที่พบ คือ สมาชิก และผู้นำบางส่วนปล่อยปละละเลย การปฏิบัติตามกฎระเบียบ หรือถือปฏิบัติตามกฎระเบียบไม่เท่าเทียมกัน ทำให้สมาชิกไม่เชื่อถือกฎระเบียบได้ **9) การเงิน** ต้องดำเนินการให้เกิดความน่าเชื่อถือ มีระบบบัญชีควบคุมการเงินไม่ให้รั่วไหลหรือทุจริตทั้งการวางระบบนำเงินเข้าและเบิกจ่าย การจัดทำบัญชี และการตรวจสอบทางการเงิน การบัญชี **10) กิจกรรม** เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความคงอยู่ของเครือข่าย เครือข่ายที่ไม่มีกิจกรรมก็เท่ากับว่าเครือข่ายนั้นได้หยุดตัวลง กิจกรรมเครือข่ายต้องมีความสัมพันธ์กับโครงสร้าง รูปแบบความเป็นผู้นำ ระบบผลประโยชน์และระบบการตัดสินใจ ไม่ซับซ้อน สมาชิกกระทำได้ง่าย

สรุปได้ว่า องค์ประกอบของเครือข่ายการเรียนรู้ในงานพัฒนาชุมชน ประกอบด้วย

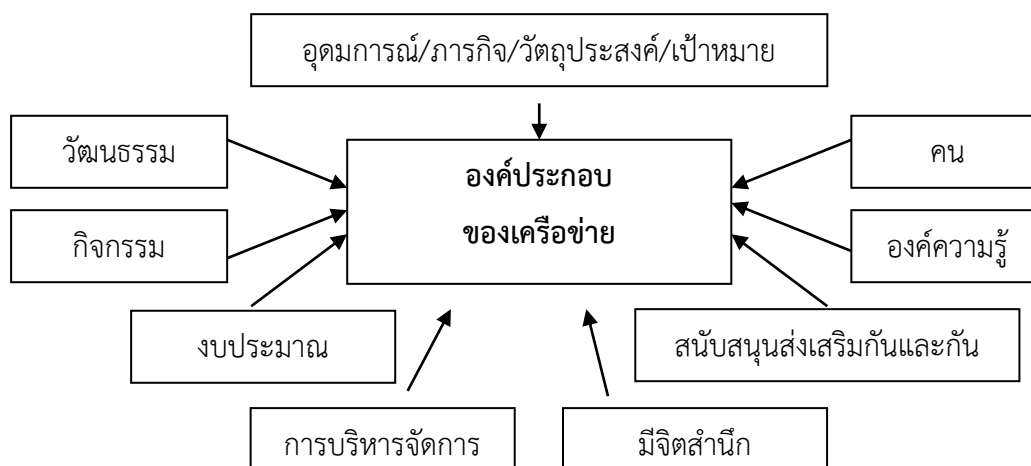
- 1) อุดมการณ์ ภารกิจ วัตถุประสงค์และเป้าหมาย
- 2) คน (ผู้นำ สมาชิก ชาวบ้านทั่วไป)
- 3) องค์ความรู้
- 4) การบริหารจัดการ (การตัดสินใจร่วม โครงสร้างและบทบาทหน้าที่ สถานที่และวัสดุอุปกรณ์



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

กฎระเบียบ การสื่อสาร การควบคุมตรวจสอบ) 5) งบประมาณ 6) กิจกรรม 7) วัฒนธรรมเครือข่าย 8) การทำหน้าที่อย่างมีจิตสำนึก 9) การสนับสนุนส่งเสริมกันและกัน ซึ่งสามารถแสดงรายละเอียดเป็นแผนภาพได้ ดังนี้



ภาพที่ 2.1 องค์ประกอบของเครือข่าย

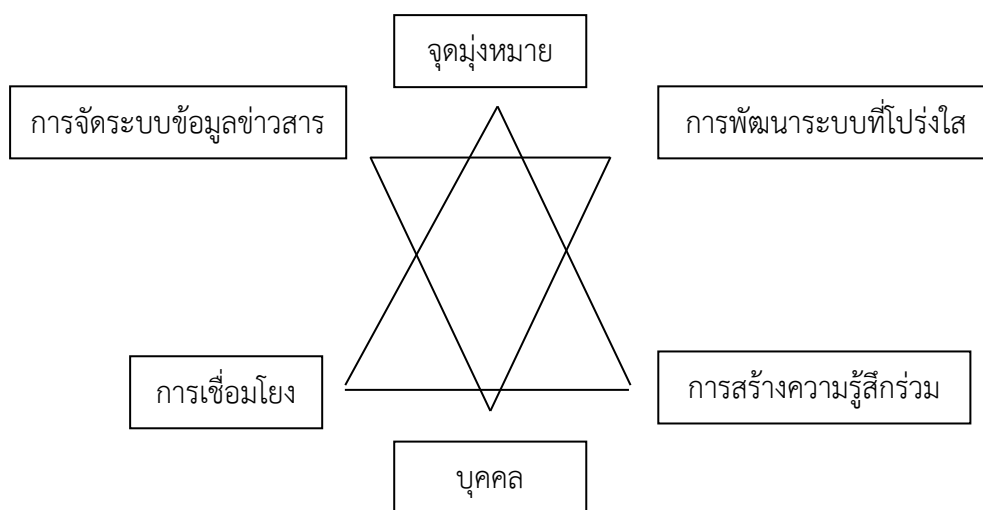
ที่มา: สมพันธ์ เตชะอธิก, 2540; เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์, 2543; นันทิยา หุตานวัตร และ ณรงค์ หุตาวัตร, 2546 ; พระมหาสุณิทย์ อาภากร (อบอุ่น), 2548; สนธยา พลศรี, 2550

### 1.2.6 การบริหารจัดการเครือข่าย

การจัดการเครือข่าย เกิดขึ้นนับตั้งแต่ปัจเจกบุคคลเริ่มมีการติดต่อสื่อสาร เพื่อที่จะคบค้าสมาคมกับบุคคลอื่นหรือกลุ่มและเครือข่ายอื่นๆ ซึ่งแนวคิดนั้นเป็นไปเพื่อที่จะพัฒนาศักยภาพของตนเอง โดยคาดหวังถึงยุทธศาสตร์ความเป็นเครือข่ายในการแก้ไขปัญหาและการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ โดยแนวคิดดังกล่าว เป็นหลักการเบื้องต้นที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของบุคคลผู้ที่ได้เห็นสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นในสังคม และมีความต้องการที่จะแก้ไขสถานการณ์นั้น ด้วยพลังกลุ่มและเครือข่าย พระมหาสุณิทย์ อาภากร (อบอุ่น) (2548: 118) กล่าวว่า การที่เครือข่ายจะสามารถดำเนินกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถบรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่ต้องการได้นั้น จำเป็นต้องอาศัยการจัดการเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับความเห็นของ นฤมล นิราธร (2543: 46) ที่กล่าวว่า เครือข่ายเป็นองค์กรประเภทหนึ่ง เครือข่ายจะบรรลุเป้าหมายของการจัดตั้งได้ ต้องอาศัยการบริหารจัดการที่ดี ซึ่งการบริหารจัดการเครือข่ายให้บรรลุเป้าหมายการทำงานต้องพิจารณาถึงการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังของสมาชิก ปัญหาในการทำงานเครือข่าย หรือ เกณฑ์ที่จะใช้วัดประสิทธิผลของเครือข่าย เป็นต้น มีนักวิชาการหลายท่านกล่าวถึงหลักการที่สำคัญของการจัดการเครือข่าย ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมและสามารถนำเสนอ ได้ดังนี้

Badaracco (1988: 193-194 อ้างถึงใน นฤมล นิราธร, 2543: 45) เสนอว่า จุดเริ่มต้นในการที่จะเข้าใจการบริหารจัดการเครือข่ายก็คือ การตรวจสอบปัจจัยที่สนับสนุนหรือเป็นอุปสรรคต่อการให้ได้มาซึ่งประสิทธิผลของเครือข่าย ได้แก่ ความชัดเจนในเป้าหมายของเครือข่าย แรงจูงใจที่จะสร้างและแบ่งปันความรู้ในการทำงาน การมีทรัพยากรอย่างเพียงพอรวมถึงการมีทรัพยากรคนที่มีคุณภาพ การมีผู้นำที่ให้ความสำคัญต่อความสำเร็จของเครือข่าย การทำงานเป็นทีมและการมีความผูกพันต่อความสำเร็จของเครือข่ายในทุกระดับขององค์กร การสนับสนุนระหว่างกันรวมทั้งความพร้อมที่จะทดลอง ล้มเหลว ประสบความสำเร็จร่วมกัน และความไว้วางใจระหว่างกัน

ปาริชาติ สถาปิตานนท์ และชัยวัฒน์ ธีระพันธ์ (2546: 13) ได้กล่าวถึงแนวคิดการจัดการเครือข่าย โดยยกตัวอย่างการจัดการเครือข่ายของกลุ่ม “พันธมิตรแห่งดวงดาว” หรือ “star alliances” ซึ่งแนวคิดดังกล่าวก่อให้เกิดประเด็นเชิงยุทธศาสตร์ที่สำคัญต่อการจัดการเครือข่าย ซึ่งมี 6 ประการ ประกอบด้วย 1) **จุดมุ่งหมายร่วมกัน** การทำงานเครือข่ายจะเกิดประสิทธิภาพสูงสุดหากทุกฝ่ายสามารถกำหนดจุดมุ่งหมายร่วมกันได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจุดมุ่งหมายที่ทุกฝ่ายเห็นและต้องการให้เกิดขึ้น 2) **บุคคล** ในการทำงานของเครือข่ายนั้น บุคคลในเครือข่ายจะต้องมีจิตสำนึกร่วม มีความถนัดในงานที่ทำ และมีส่วนร่วมในกระบวนการทำงาน รวมทั้งได้รับผลประโยชน์จากการเป็นสมาชิกของเครือข่าย 3) **การเชื่อมโยง** การทำงานของเครือข่ายจำเป็นต้องมียุทธศาสตร์ในการเชื่อมโยงที่เหมาะสม โดยอาจเชื่อมต่อกันผ่านกิจกรรมต่างๆ การเชื่อมต่อโดยมีศูนย์ประสานงาน และการเชื่อมต่อโดยเทคโนโลยี 4) **การสร้างความรู้สึกร่วม** หลังจากการเข้าร่วมเป็นเครือข่ายแล้ว ทุกฝ่ายจะต้องมีความรู้สึกร่วมกับกระบวนการทำงานของเครือข่าย เพื่อให้เกิดพลังในการผลักดันเป้าหมาย 5) **การพัฒนาระบบที่โปร่งใส ตรวจสอบได้** ระบบการทำงานของเครือข่ายจะต้องสามารถและพัฒนาให้เกิดการบริหารจัดการที่โปร่งใสและตรวจสอบได้จากทุกฝ่าย ซึ่งจะเป็นการสร้างความรู้สึกร่วมที่ดีต่อทุกฝ่าย และผู้ที่เข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่าย 6) **การจัดระบบข้อมูลข่าวสาร** ระบบการติดต่อสื่อสารและสารสนเทศเป็นสิ่งที่มีความสำคัญยิ่งต่อความยั่งยืนของเครือข่าย เพราะจะช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และทราบถึงกิจกรรมความเคลื่อนไหวของเครือข่าย ซึ่งสามารถสรุปเป็นแผนภาพได้ดังนี้



ภาพที่ 2.2 ความเชื่อมโยงของการจัดการเครือข่าย “พันธมิตรแห่งดวงดาว”

ที่มา: ปารีชาติ สถาปิตานนท์ และชัยวัฒน์ ธีระพันธ์ (2546 อ้างถึงใน พระมหาสุณิทย์ อาภากรโธ (อบอุ่น), 2548)

## ตอนที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับเครือข่ายสุขภาพ

### 2.1 ความหมายของเครือข่ายสุขภาพ

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข (2556) ได้ให้ความหมายของเครือข่ายสุขภาพไว้ดังนี้

**เครือข่าย** คือ ขบวนการทางสังคมอันเกิดจากการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กลุ่ม องค์กร สถาบัน โดยมีเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และความต้องการบางอย่างร่วมกัน ร่วมกันดำเนินกิจกรรมบางอย่างโดยที่สมาชิกของเครือข่ายยังคงความเป็นเอกเทศไม่ขึ้นต่อกัน (เสรี พงศ์พิศ, 2548: 8 อ้างถึงใน กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

**เครือข่ายชุมชน** หมายถึง กลุ่ม องค์กร หลายกลุ่มมารวมตัวกัน ประสานเชื่อมโยงสร้างความสัมพันธ์ ถักทอ สร้างสรรค์กิจกรรมบนพื้นฐานของความเอื้ออาทร เกิดพลังในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายทุกองค์กรและให้ชุมชนเข้มแข็ง (สำนักส่งเสริมศักยภาพชุมชนกรมการพัฒนาชุมชน, 2547: 5 กองสุศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

**เครือข่ายด้านสุขภาพ** หมายถึง กลุ่มคน กลุ่มองค์กร กลุ่มหน่วยงาน หรือ กลุ่มเครือข่ายที่มีอยู่แล้วหรือจัดรวมเป็นกลุ่มเดียวกัน ประเภทเดียวกัน หรือพื้นที่เดียวกัน เข้าร่วมเป็นสมาชิกเครือข่ายสุขภาพของชุมชนซึ่งอาจมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน เพื่อคัดเลือกบุคคลให้เป็นตัวแทนกลุ่มโดยมีเป้าหมายการดำเนินกิจกรรมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชนในแนวทางเดียวกัน (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

การทำงานแบบเครือข่ายเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดของการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน ทั้งนี้เพราะสมาชิกเครือข่ายต่างมีบทบาทสำคัญต่อการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย โดยใช้กลไกของการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์ มีการร่วมมือกันในเรื่องต่างๆ และยังทำให้มีพลังต่อรองกับอำนาจต่างๆ ได้ดีขึ้น การเชื่อมโยงกันในลักษณะเครือข่ายเป็นการเชื่อมโยงเข้าหากันเป็นเครือข่าย มิใช่เพียงการรวมกลุ่มของสมาชิกที่มีความสนใจร่วมกันในระดับเพียงแค่การพบปะแลกเปลี่ยนความคิดเห็น หรือร่วมสังสรรค์ด้วยกันเท่านั้น หากจะต้องพัฒนาไปสู่ระดับของการลงมือทำกิจกรรมร่วมกัน ด้วยเป้าหมายที่ร่วมกันด้วย

## 2.2 โครงสร้างเครือข่ายสุขภาพในชุมชน

การจัดโครงสร้างเครือข่ายมีส่วนสำคัญต่อการจัดวางตำแหน่งหน้าที่ความรับผิดชอบงานบุคคลและกลุ่มในแต่ละชุมชนเป็นอย่างมาก ซึ่งการจัดโครงสร้างเครือข่ายมีหลากหลายรูปแบบ แต่ขอเสนอ 2 รูปแบบ คือ

**2.2.1 รูปแบบตามแนวคิด** เป็นโครงสร้างเครือข่ายตามอำนาจหน้าที่ที่มีการจัดลำดับชั้นลดหลั่นกันลงไปตามโครงสร้างบังคับบัญชาแบบลำดับชั้น โดยมีแกนนำซึ่งเป็นผู้นำเครือข่ายและผู้มีอำนาจในการสั่งการหรือระดมมวลชนสมาชิกในเครือข่ายให้มาร่วมดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของเครือข่ายโดยสมาชิกมีหน้าที่รับการถ่ายทอดคำสั่งเท่านั้น

**2.2.2 รูปแบบตามแนวราบ** เป็นโครงสร้างเครือข่ายที่เน้นการประสานงาน/การมอบหมายงาน และความร่วมมือในแนวราบเป็นหลัก อาศัยความสัมพันธ์ระหว่างแกนนำที่เป็นจุดเชื่อมต่อ (Node) ของแต่ละเครือข่าย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นลักษณะกลไกบริหารเครือข่ายของกลุ่ม/เครือข่ายประชาคมเพื่อสุขภาพ โครงสร้างเครือข่ายแบบนี้จึงให้ความสำคัญกับแกนนำหรือผู้นำเครือข่าย ซึ่งภาวะผู้นำเครือข่ายมีความสำคัญมากในการผลักดันไปสู่ความสำเร็จของผลงาน ทั้งนี้การใช้ภาวะผู้นำในการขับเคลื่อน เป็นการอาศัยทุนทางสังคมที่มีอยู่เดิมในรูปของความสัมพันธ์เชิงเครือญาติ และความสัมพันธ์ฉันท์มิตรในการประสานงาน และขอความร่วมมือในการดำเนินงานส่วนใหญ่เครือข่ายสุขภาพในชุมชนเป็นเครือข่ายตามแนวราบ ซึ่งนอกจากการให้ความสำคัญกับภาวะผู้นำของแกนนำกลุ่ม และความสัมพันธ์ระหว่างแกนนำของกลุ่มเครือข่ายต่างๆ แล้วยังให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนหรือประชาคมอย่างมาก

## 2.3 องค์ประกอบของเครือข่ายสุขภาพของชุมชน

การพัฒนาสุขภาพของประชาชนในชุมชน เครือข่ายที่มีบทบาทและมีส่วนร่วมที่สำคัญที่จะทำให้ประสบความสำเร็จได้ ประกอบด้วย

**2.3.1 เครือข่ายภาคประชาชน** เป็นเครือข่ายที่มีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการและดำเนินงาน ซึ่งอาจเป็นกลุ่มบุคคล กลุ่มองค์กร หรือกลุ่มเครือข่ายที่มีในชุมชน ได้แก่

### 2.3.1.1 คณะกรรมการหมู่บ้าน

### 2.3.1.2 กลุ่มองค์กรหรือชมรม สมาคมต่าง ๆ ที่เข้มแข็ง

2.3.1.2.1 กลุ่มต่าง ๆ ได้แก่ กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มสตรี กลุ่มสัจจะออมทรัพย์เพื่อส่งเสริมอาชีพหรือกองทุนหมู่บ้าน เป็นต้น

2.3.1.2.2 ชมรมต่างๆ ได้แก่ ชมรม อสม. ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมแม่บ้าน ชมรมสร้างสุขภาพ หรือชมรมออกกำลังกาย เป็นต้น

2.3.1.2.3 กลุ่มแกนนำทางสังคมที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงาน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พระ ปราชญ์ชาวบ้าน เป็นต้น

**2.3.2 เครือข่ายภาครัฐ** เป็นเครือข่ายที่มีบทบาทในการสนับสนุนการดำเนินงาน ทั้งด้านวิชาการและทรัพยากร ได้แก่ เจ้าหน้าที่จากสถานบริการสุขภาพ (รพ.สต./รพช./รพท/รพศ./สสอ./สสจ.) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงเรียน เกษตรพัฒนาชุมชน อบต. เทศบาล เป็นต้น

## 2.4 แนวทางการสร้างเครือข่ายสุขภาพสู่ความเข้มแข็งยั่งยืน

การพัฒนาเครือข่ายสู่ความเข้มแข็งยั่งยืน ต้องดำเนินการ ดังนี้

**2.4.1 จัดเวทีประชาคมเข้าใจปัญหาสุขภาพของท้องถิ่น** มีความรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหาและกิจกรรม โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นที่ปรึกษาด้านการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลสนับสนุนงบประมาณ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. กลุ่มองค์กรต่างๆ สมาชิกชมรมฯ ร่วมมือในการทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

**2.4.2 มีส่วนร่วมในการคิดและวางแผนปฏิบัติงาน** และประเมินผลการทำงานในแต่ละกิจกรรมของเครือข่าย

**2.4.3 มีการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกเครือข่าย** เป็นการสร้างความเข้าใจจากสมาชิกไปยังสมาชิกอื่น หรือเป็นกระบวนการส่งข่าวสารระหว่างสมาชิกหรือเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกเครือข่ายเพื่อให้เกิดความเข้าใจและให้ฝ่ายต่างๆ ได้ปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบได้ตรงตามวัตถุประสงค์ของเครือข่าย โดยจุดเริ่มต้นต้องทำให้สารและสื่อสารนั้นเรียบง่ายปฏิบัติได้มากที่สุด และง่ายต่อการจำที่สุด ซึ่งสามารถทำได้โดยอาศัยหลักและขั้นตอนของการสื่อสาร การติดต่อสื่อสารนับเป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งในการรักษาสัมพันธภาพของเครือข่าย ซึ่งในปัจจุบันเทคโนโลยีมีความก้าวหน้าเป็นอย่างมาก การสื่อสารยังมีความจำเป็นต่อการพัฒนาเครือข่ายชุมชน

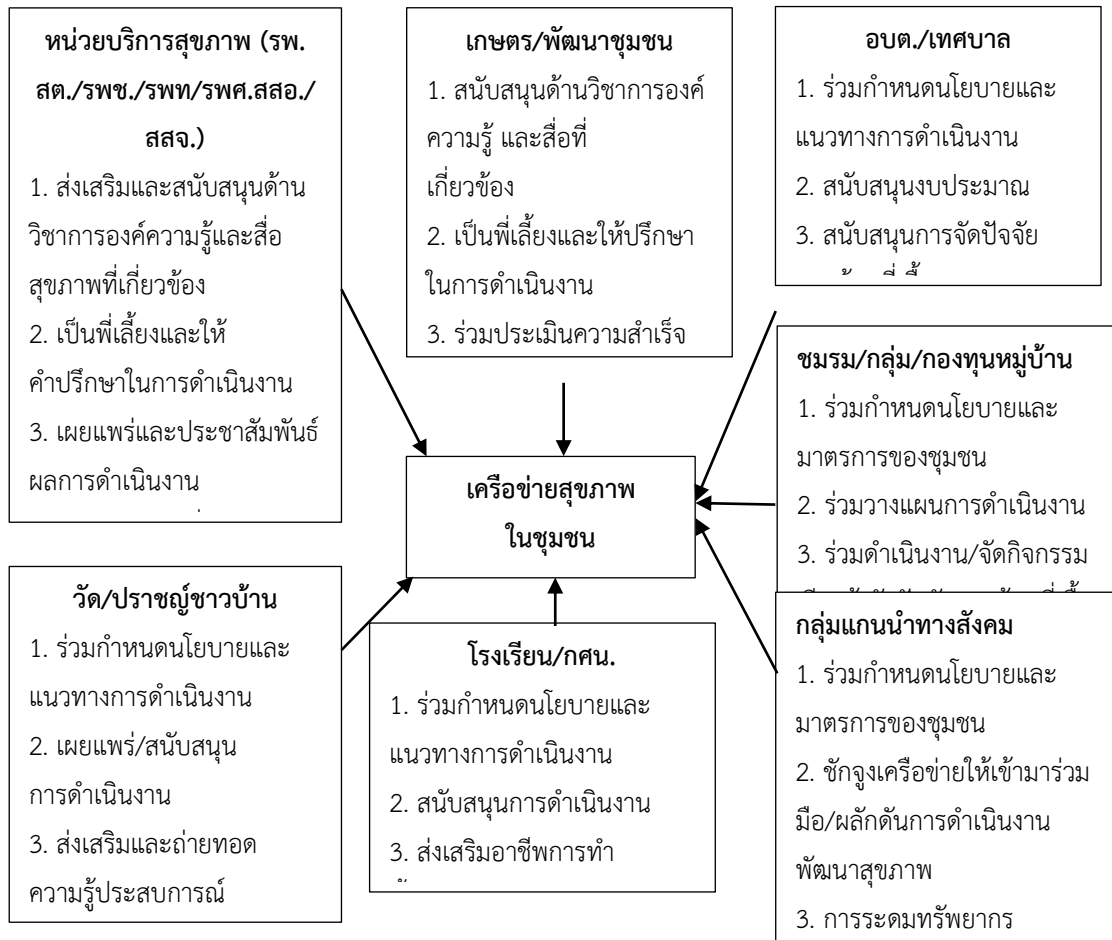
**2.4.4 สร้างความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างสมาชิกเครือข่าย** ทั้งเป็นแบบทางการหรือไม่เป็นทางการ มีรูปแบบหรือไม่มีรูปแบบ เช่น การจัดงานประเพณี เทศกาลต่างๆ ร่วมกัน การจัดงานแข่งขันกีฬา



395274695

### 2.4.5 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสมาชิกในเครือข่าย เช่น การจัดเวทีชาวบ้าน

การศึกษาดูงาน การจัดประชุม



ภาพที่ 2.3 การเชื่อมโยงความร่วมมือระหว่างเครือข่ายสุขภาพ

ที่มา: สนับสนุนบริการสุขภาพ, กรม. กองสุกศึกษา, 2556

สรุป การดำเนินงานในลักษณะเครือข่ายยังคงเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญต่อการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนและจะยิ่งมีความสำคัญมากขึ้น เมื่อปัญหาในสังคมมีความสลับซับซ้อนมากขึ้น และเกี่ยวข้องกับกลุ่มต่างๆ ทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการจัดการกับปัญหาเหล่านั้น

หัวใจสำคัญของการทำงานแบบเครือข่าย คือ การยึดถืออุดมการณ์หรือเป้าหมายร่วมกันแต่แตกต่างกันที่วิธีการทำงาน เป็นอิสระต่อกันแต่ให้เกียรติซึ่งกันและกัน พร้อมทั้งยึดถือสิ่งที่เรียกว่า “ผลประโยชน์ส่วนรวมสำคัญกว่าผลประโยชน์ของเครือข่าย”

### ตอนที่ 3 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

#### 3.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยพบว่า คำว่า “การมีส่วนร่วม” มีผู้ให้ความหมายที่หลากหลายและมีความแตกต่างกันตามความเข้าใจและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ดังนี้

ความหมายของการมีส่วนร่วม มี 2 ลักษณะ คือ 1) ลักษณะที่เป็นกระบวนการของการพัฒนา โดยให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดโครงการ ได้แก่ การร่วมกันค้นหาปัญหา การวางแผน การตัดสินใจ การระดมทรัพยากร และเทคโนโลยีในท้องถิ่น การบริหารจัดการ การติดตามประเมินผล และรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น ซึ่งโครงการพัฒนาจะต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชนด้วย 2) การมีส่วนร่วมนัยทางการเมือง ซึ่งมี 2 ประเภท ได้แก่ (1) การส่งเสริมสิทธิและพลังอำนาจของพลเมือง โดยประชาชนหรือชุมชนพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการ เพื่อรักษาผลประโยชน์ ควบคุมการใช้ และการกระจายทรัพยากรของชุมชน ก่อให้เกิดกระบวนการและโครงสร้างที่ประชาชนสามารถแสดงออกถึงความสามารถของตน และได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนา (2) การเปลี่ยนแปลงกลไกการพัฒนาโดยรัฐ มาเป็นการพัฒนาที่ประชาชนมีบทบาทหลัก หรือ เป็นการคืนอำนาจการพัฒนาให้แก่ประชาชนให้มีส่วนร่วมในการกำหนดอนาคตของตนเอง ยูวัฒน์ วุฒิเมธี (2546: 253); นเรศ สงเคราะห์สุข (2541: 10) และ สายทิพย์ สุคติพันธ์ (2534: 92)

#### 3.2 กระบวนการมีส่วนร่วม

กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนานั้น ประชาชนจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการปฏิบัติงาน โดยมีนักพัฒนาหรือภาครัฐเป็นผู้ส่งเสริมและสนับสนุนในด้านต่างๆ เช่น ข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยี ฯลฯ ส่วนใหญ่กระบวนการมีส่วนร่วมจะเริ่มจากการค้นหาปัญหาและสาเหตุ การวางแผน ดำเนินกิจกรรมแก้ไขปัญหาการปฏิบัติงาน การร่วมรับประโยชน์ และการติดตามประเมินผล (เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง, 2526: 10) ส่วน อคิน รพีพัฒน์ (2531: 49) ที่จัดระดับกระบวนการมีส่วนร่วมของชาวบ้านไว้ 5 ระดับ คือ 1) ชาวบ้านมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา และ



จัดลำดับความสำคัญของปัญหา 2) ชาวบ้านมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุแห่งปัญหา 3) ชาวบ้านมีส่วนร่วมในการค้นหา และพิจารณาแนวทางวิธีการในการแก้ปัญหา 4) ชาวบ้านมีการดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหา 5) ชาวบ้านมีส่วนร่วมในการประเมินผลของกิจกรรมการพัฒนา สอดคล้องกับบันทึกย่อหน้า (อ้างถึงใน ปารีชาติ วลัยเสถียร และคณะ, 2546: 201-202) ที่เสนอขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาไว้ 5 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นการริเริ่มการพัฒนา เป็นขั้นตอนที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา ตัดสินใจกำหนดความต้องการของชุมชนและการจัดลำดับความสำคัญของความต้องการด้วย 2) ขั้นการวางแผนการพัฒนา เป็นขั้นตอนที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย และวัตถุประสงค์ของโครงการ กำหนดวิธีการ และแนวทางการดำเนินงาน ตลอดจนกำหนดทรัพยากรและแหล่งทรัพยากรที่จะใช้ 3) ขั้นการดำเนินการพัฒนา เป็นขั้นตอนที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างประโยชน์โดยการสนับสนุนทรัพยากร วัสดุ อุปกรณ์ และแรงงานหรือเข้าร่วมบริหารงาน ประสานการดำเนินการขอความช่วยเหลือจากภายนอก 4) ขั้นการรับประโยชน์ เป็นขั้นการรับผลประโยชน์จากการพัฒนาทั้งด้านวัตถุและจิตใจ 5) ขั้นประเมินผลการพัฒนา เป็นขั้นที่ประชาชนร่วมประเมินว่า การพัฒนาที่ได้ทำไปนั้นสำเร็จตามวัตถุประสงค์เพียงใด นอกจากนี้ กระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนา จะต้องเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจกำหนดปัญหา และความต้องการด้วยตนเอง โดยเฉพาะขั้นการวางแผนแก้ไข ดังที่ Cohen and Uphoff (1980: 213-218) แบ่งการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 แบบ คือ 1) มีส่วนร่วมตัดสินใจ (Decision Making) ได้แก่ ริเริ่มตัดสินใจ การดำเนินการตัดสินใจ และตัดสินใจปฏิบัติการ 2) การมีส่วนร่วมปฏิบัติการ (Implementation) ได้แก่ สนับสนุนทรัพยากร การบริหาร การประสานความร่วมมือ 3) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) ได้แก่ ประโยชน์ด้านวัสดุ ด้านสังคม และส่วนบุคคล 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation)

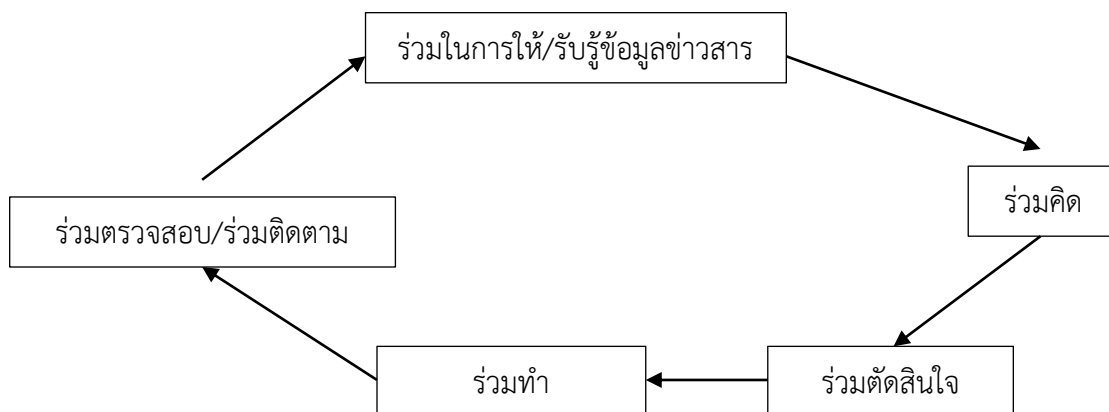
### 3.3 การสร้างการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

การมีส่วนร่วมด้านสุขภาพเป็นแนวคิดที่คนในชุมชนจะต้องมีส่วนร่วมตั้งแต่ **ร่วมในการให้/รับรู้ข้อมูลข่าวสาร** หรือรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชน **ร่วมคิดวางแผนหารูปแบบแนวทางวิธีการ/กิจกรรมในการดำเนินงานส่งเสริมให้เกิดการมีพฤติกรรมสุขภาพ** ที่ถูกต้อง **ร่วมตัดสินใจ** สรุปความคิดเห็นกำหนดวิธีการจัดกิจกรรมการใช้ทรัพยากร **ร่วมทำ** ร่วมดำเนินการ ร่วมจัดกิจกรรมสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในโครงการของชุมชนตามขีดความสามารถของตนเองของกลุ่ม ของชุมชน **ร่วมตรวจสอบหรือร่วมติดตามประเมินผล** การจัดกิจกรรมในการดำเนินงาน โดยใช้ข้อมูลปัญหาของชุมชนเป็นฐาน



395274695

CU Thesisis 5684471727 dissertation / recv: 06082562 15:28:18 / seq: 7



ภาพที่ 2.4 ขั้นตอนการมีส่วนร่วมด้านสุขภาพ

ที่มา: สนับสนุนบริการสุขภาพ, กรม. กองสุกศึกษา, 2556

จากแนวคิดกระบวนการมีส่วนร่วมของนักวิชาการที่กล่าวมาข้างต้น ขั้นตอนการมีส่วนร่วมด้านสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community participation) ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในระดับอำเภอ ในทุกขั้นตอนของการพัฒนา(ร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมดำเนินการ ร่วมประเมินผล) โดยมีเป้าหมายร่วมกัน คือ การทำงานด้านสุขภาพเพื่อยกระดับการพึ่งตนเอง ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และไม่ทอดทิ้งกัน ผู้วิจัยสรุปได้ว่า กระบวนการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน คือ 1) ร่วมในการให้/รับรู้ข้อมูลข่าวสาร หรือรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชน 2) การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา 3) การมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุแห่งปัญหา 4) การมีส่วนร่วมคิดพิจารณาแนวทางวิธีการในการแก้ปัญหา 5) การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหา 6) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลของกิจกรรมการพัฒนา/แก้ไขปัญหา 7) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์จากการพัฒนาทั้งด้านวัตถุและจิตใจ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556; กระทรวงสาธารณสุข, 2557; อคิน รพีพัฒน์, 2531: 49; Cohen and Uphoff, 1980: 213-218)

### 3.4 หลักการสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ/ประชาชน

หลักการสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ/ประชาชนเป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนของสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วมกับภาครัฐ ซึ่งสามารถจะแบ่งระดับของการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

**3.3.1 การให้ข้อมูลข่าวสาร (Inform)** เป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับต่ำที่สุดแต่มีความสำคัญที่สุด เพราะเป็นก้าวแรกที่ประชาชนเข้าสู่กระบวนการมีส่วนร่วม ซึ่ง

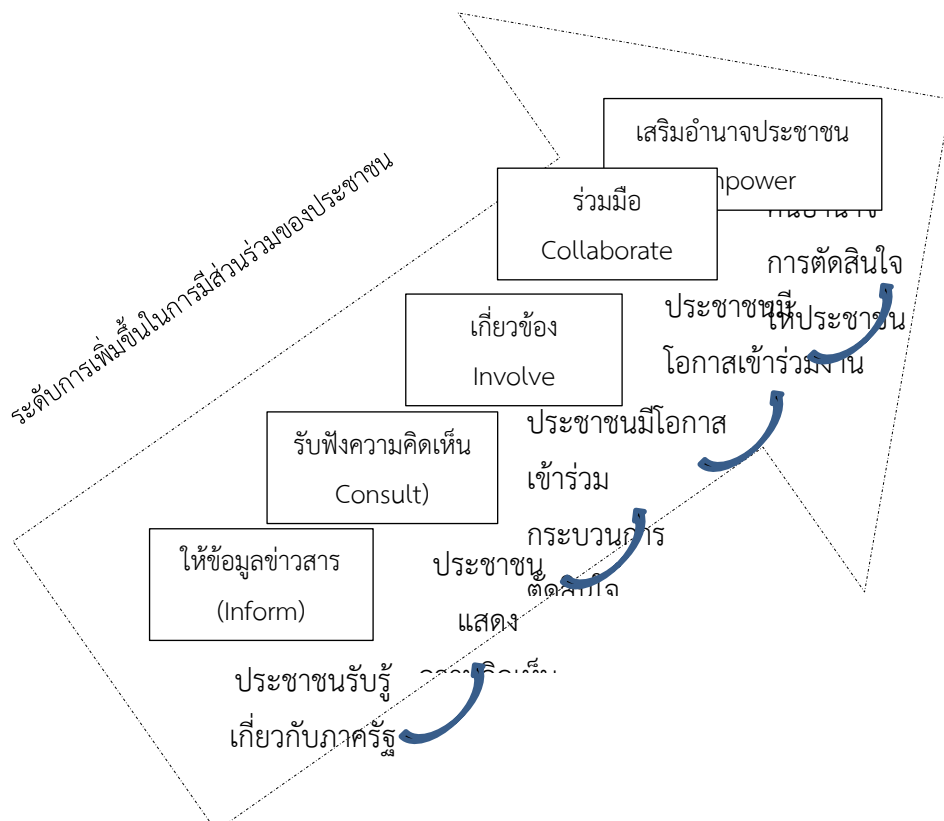
วิธีการ เช่น เอกสาร สิ่งพิมพ์ การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านทางสื่อต่าง ๆ การจัดนิทรรศการ จดหมายข่าว การจัดงานแถลงข่าวการติดประกาศ และการให้ข้อมูลผ่านเว็บไซต์

3.4.2 การรับฟังความคิดเห็น (Consult) เป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการให้ข้อมูลข้อเท็จจริง และความคิดเห็นเพื่อประกอบการตัดสินใจซึ่งมีวิธีการ เช่น การรับฟังความคิดเห็น การสำรวจความคิดเห็น การจัดเวทีสาธารณะ การแสดงความคิดเห็นผ่านเว็บไซต์ เป็นต้น

3.4.3 การเกี่ยวข้อง (Involve) เป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการปฏิบัติงานหรือร่วม หรือร่วมเสนอแนะแนวทางที่นำไปสู่การตัดสินใจซึ่งมีวิธีการ เช่น การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพิจารณาประเด็นนโยบาย มาตรการสาธารณะ ประชาพิจารณ์ การจัดตั้งคณะทำงานเพื่อเสนอแนะประเด็นนโยบาย/มาตรการ เป็นต้น

3.4.4 ความร่วมมือ (Collaboration) เป็นการมีส่วนร่วมของประชาชน ผู้แทนภาคสาธารณะ โดยเป็นหุ้นส่วนในทุกขั้นตอนของการตัดสินใจ และมีการดำเนินกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เช่น คณะกรรมการที่มีฝ่ายประชาชนร่วมเป็นกรรมการ เป็นต้น

3.4.5 การเสริมอำนาจแก่ประชาชน (Empower) เป็นขั้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับสูงที่สุดโดยประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจ เช่น การลงประชามติในประเด็นสาธารณะต่างๆ



ภาพที่ 2.5 หลักการสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ/ประชาชน

ที่มา: สนับสนุนบริการสุขภาพ, กรม. กองสุขศึกษา, 2556

### 3.5 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพในการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของชุมชน

การให้เครือข่ายสุขภาพในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ต้องเกิดจากจิตใจที่ต้องการเข้าร่วมในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง เพื่อให้เกิดผลต่อความต้องการของกลุ่มคนและสอดคล้องกับวิถีชีวิตทางสังคมของชุมชนซึ่งต้องคำนึงถึงวิถีการดำเนินชีวิต ค่านิยม ประเพณี ทัศนคติของบุคคล เพื่อให้เกิดความสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมเพราะกลุ่มคนในชุมชนมีความแตกต่างกันในลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะทางเศรษฐกิจและการได้รับข้อมูลข่าวสาร ทั้งนี้การเข้ามามีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพในการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมี 5 ขั้นตอน ซึ่งเป็นขั้นตอนของการเข้ามามีส่วนร่วมที่สำคัญ โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง โดยมีหน่วยงานภาครัฐคอยช่วยเหลือ ให้คำแนะนำหรืออำนวยความสะดวกเท่านั้น ประกอบด้วย 1) สร้างทีมงาน 2) วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชน 3) จัดทำแผนงาน/โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 4) จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและ 5) ประเมินผลเพื่อนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนา

#### 3.6 ปัจจัยที่มีต่อการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพของชุมชน

3.6.1 ปัจจัยด้านกลไกของรัฐการสนับสนุนและส่งเสริมทั้งจากกลไกรัฐและแกนนำเครือข่ายขององค์กร ชุมชนและภาคีเครือข่ายพันธมิตร ทั้งหน่วยงานภาครัฐจากกระทรวงมหาดไทย, องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น, อบต., อบจ. หรือเทศบาล, สาธารณสุข, สำนักพระพุทธศาสนา โรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน องค์กรภาคีเครือข่าย ให้การสนับสนุนทั้งวิชาการและทรัพยากรงบประมาณ อุปกรณ์ รวมทั้งการร่วมกิจกรรมดำเนินการ

3.6.2 ปัจจัยด้านประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจะต้องเสริมสร้างแรงจูงใจและกระบวนกรมีส่วนร่วมในกิจกรรม รวมทั้งกระตุ้นให้เกิดการรับรู้สภาพปัญหาที่เกิดขึ้น

3.6.3 ปัจจัยด้านแกนนำเครือข่าย แกนนำเครือข่ายต้องมีความตั้งใจและมุ่งมั่นในการทำงานกิจกรรมการสร้างชุมชนเข้มแข็ง ซึ่งผู้นำเหล่านี้มีประวัติการทำงานเพื่อส่วนรวมจนได้รับการยอมรับนับถือจากคนในชุมชน สมาชิกแกนนำและภาคีเครือข่าย

#### 3.7 วิธีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพในชุมชน

หัวใจของการดำเนินงานที่ทำให้ประสบความสำเร็จด้วยวิธีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ คือ การมีภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง การมีส่วนร่วมของประชาชน ภาครัฐ และเอกชนจะเป็นส่วนที่ช่วยสนับสนุนการที่จะให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินกิจกรรมต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการประชุม การประชาคมและการประชาสัมพันธ์ก็เป็นสิ่งสำคัญที่สุด ถ้าประชาชนไม่มีความเข้าใจหรือมองไม่เห็นประโยชน์ที่จะได้นั้น การดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ประสบความสำเร็จก็จะดำเนินการได้ยากมาก ดังนั้น การส่งเสริมการมีส่วนร่วม

ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการขับเคลื่อนการพัฒนาคน เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ วิธีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีดังนี้

3.7.1 ส่งเสริมเครือข่ายให้เป็นแกนเชื่อมประสานกับภาคีเครือข่ายหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เพื่อให้เกิดกระบวนการพัฒนาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

3.7.2 ส่งเสริมให้มีผู้นำในกระบวนการพัฒนาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ

3.7.3 มีการส่งเสริมการวางแผนดำเนินงาน ผู้ทำงานระดับพื้นที่และเครือข่ายมีศักยภาพในการดำเนินงานร่วมกัน

3.7.4 ส่งเสริมให้มีกระบวนการเรียนรู้ที่หลากหลาย มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันซึ่งเป็นการสร้างพื้นที่การเรียนรู้ให้กับแกนนำและคนในชุมชนที่ไม่เพียงเปิดการเรียนรู้ในชุมชน หากต้องไปปฏิสัมพันธ์กับองค์กร หน่วยงานและชุมชนภายนอกที่หลากหลายทำให้เกิดการเรียนรู้และนำมาพัฒนาต่อยอดสิ่งที่มีอยู่แล้วและขยายงานออกไปจากเดิมมากขึ้น

3.7.5 ส่งเสริมให้มีแหล่งการเรียนรู้ด้านสุขภาพในชุมชน เพื่อเป็นศูนย์รวมของข้อมูลความรู้ในการเรียนรู้ด้านสุขภาพในชุมชน

3.7.6 สร้างความร่วมมือของชุมชน ผู้นำท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายอย่างจริงจัง

3.7.7 ส่งเสริมให้มีการหนุนเสริมจากภายนอกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนด้านงบประมาณ การจัดการวิชาการ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้เกิดการขับเคลื่อนงานของชุมชนเป็นไปต่อเนื่อง

3.7.8 การให้ความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมและให้การยอมรับต่อบทบาทของหน่วยงานภาคีเครือข่ายภาครัฐ เอกชน องค์กรชุมชน สมาคม อาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่ม/ชมรม ผู้นำชุมชนและเยาวชนที่มีอยู่หลากหลายในพื้นที่ต่อการให้การสนับสนุนการดำเนินงาน

3.7.9 ส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายมีการค้นพบสิ่งดีดีในชุมชน แล้วนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้แก่กัน

3.7.10 ประชาชนรับรู้ ตระหนักและเห็นความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

3.7.11 ส่งเสริมให้มีการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผู้รู้หรือปราชญ์ในพื้นที่นับว่ามีต้นทุนทางสังคมที่เป็นโอกาสดี

สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพในชุมชนเกิดจากความต้องการที่จะเข้าร่วมในกิจกรรมเพื่อให้เกิดผลต่อความต้องการของกลุ่มที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตทางสังคม ทั้งนี้ใน



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

การให้เครือข่ายสุขภาพในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริงนั้น ในการจัดกิจกรรมการมีส่วนร่วม ต้องคำนึงถึงวิถีการดำเนินชีวิต ค่านิยม ประเพณี ทัศนคติของบุคคล เพื่อให้เกิดความสมัครใจเข้าร่วม กิจกรรมซึ่งการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนในการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมี 5 ขั้นตอน สำคัญคือ 1) สร้างทีมงาน 2) วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชน 3) จัดทำแผนงาน/โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 4) จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 5) ประเมินผลเพื่อนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนา

### 3.8 เครือข่ายสุขภาพที่มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและต้องการความร่วมมือจากหลายภาคส่วนเพื่อผลักดันให้เกิดการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนานโยบาย กลไก และการจัดการในพื้นที่ โดยการเสริมกลไกประสานในระดับพื้นที่ (จังหวัด อำเภอหรือตำบล) และสร้างมาตรฐานงาน ตัวชี้วัดการทำงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ที่มุ่งเน้นให้เกิดแนวทางสำคัญในการดำเนินงานระบบดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยใช้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นหลักในการจัดการและให้บริการ โดยมีหน่วยงานองค์กรในชุมชนให้การสนับสนุน

ในการปฏิบัติงานให้บรรลุประสิทธิผลจะขาดรูปแบบการทำงานในลักษณะรูปแบบภาคีเครือข่ายไม่ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุมาลี เอี่ยมสมัยและคณะ (2555) ซึ่งได้ศึกษาเรื่อง การดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพุกวาง อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี ผลการศึกษา พบว่า จากการศึกษาบริบทของการดูแลผู้สูงอายุร่วมกับการสนทนากลุ่มอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา จึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Superintendent) และในการดูแลผู้สูงอายุนั้นต้องเป็นการดูแลผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล (Individual) เพราะแต่ละคนมีความต้องการหรือบริบทที่แตกต่างกัน ขณะเดียวกันอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุมีจำนวน ความรู้และทักษะไม่เพียงพอ

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ คือ SINGTONG MODEL ประกอบด้วย Superintendent, Individual, Network, Government, Team, Organization, Nice และ Group Home มีความหมายดังนี้

Superintendent หมายถึง ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุตำบลพุกวาง ผู้ใหญ่ใจดีและผู้นำชุมชน ผ่านการคัดเลือกจากประชาคมในตำบลพุกวาง ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุและผ่านการรับสมัครการเป็นอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีเวลาดูแลผู้สูงอายุ



395274695

CU Thesais 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

Individual หมายถึง การดูแลผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลที่บ้านคือดูแลเรื่องการ ทำกิจวัตรประจำวัน สภาพปัญหาที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม เครื่องอุปโภค บริโภค อาหารการกิน ปัญหา สุขภาพ การกินยา การไปตรวจตามนัด รวมทั้งด้านสภาพจิตใจ

Network หมายถึง เครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ ภาคประชาชน นักศึกษาพยาบาล อาจารย์ บุคลากรสถานีนอนามัย บุคลากรเทศบาลตำบลพุกม่วงและ องค์กรภาคเอกชน

Government หมายถึง หน่วยงานภาครัฐที่สนับสนุนงบประมาณการดูแล ผู้สูงอายุ สถานีนอนามัยสนับสนุนเรื่องยารักษาโรคและเวชภัณฑ์ต่างๆเทศบาลตำบลพุกม่วงสนับสนุน ยานพาหนะวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาทสนับสนุนบุคลากร

Team หมายถึง ทีมการดูแลผู้สูงอายุ เน้นการทำงานเป็นทีมเพื่อให้ทุกคนมี ส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ

Organization หมายถึง การบริหารจัดการการดูแลผู้สูงอายุ เช่น จัดสรร ผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลที่บ้านทุกวันเรื่องอาหารการกิน กิจวัตรประจำวัน คือ อพส.ที่มีบ้านอยู่ ใกล้ๆ และทีมอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุจะติดตามเยี่ยมทุกวันเสาร์พร้อมเวชภัณฑ์ อุปกรณ์พร้อม ประเมินภาวะที่บ่งชี้ความพิการ

Nice หมายถึง ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้และผ่านการอบรมตามหลักสูตรของ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงความเป็นมนุษย์

Group Home หมายถึง ผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มพึ่งพา คือ ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว หรืออยู่ 2 คนตามลำพังผู้สูงอายุ รวมทั้งผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวแต่ครอบครัวไม่ดูแล

จากรูปแบบดังกล่าว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลพุกม่วง ผู้ใหญ่ใจดีและผู้นำชุมชนที่ผ่านการคัดเลือกจากประชาคมในตำบลพุกม่วง ผู้ผ่านการ อบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุและผ่านการรับสมัครการเป็นอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ และนักศึกษา พยาบาล หมุนเวียนกันดูแลผู้สูงอายุ โดยการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุแต่ละครั้งมี การดำเนินการ 5 ขั้นตอน คือ ขั้นวางแผน ขั้นปฏิบัติการ ขั้นสังเกต ขั้นสะท้อนผลและขั้นปรับปรุง

ผลการนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ปรับปรุง แก้ไขแล้วไปใช้ พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบล พุกม่วงมีความพึงพอใจ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบล พุกม่วง อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี มีประสิทธิผลที่ดีเนื่องจาก 1) ชื่อรูปแบบ คือ SINGTONG MODEL ซึ่งเป็นชื่อชมรมผู้สูงอายุตำบลพุกม่วงที่เกิดจากผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการตั้งชื่อ ดังนั้น ทุกคน จึงต้องการให้ชื่อนี้มีชื่อเสียง ต้องการให้ทุกคนรู้จัก ขณะเดียวกันชมรมผู้สูงอายุก็มีความเข้มแข็งทั้ง



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

ประธานชมรม คณะกรรมการ และสมาชิกชมรม ซึ่งมี อสม. เป็นส่วนหนึ่งของสมาชิก เมื่อรัฐบาลมีพระราชบัญญัติดูแลผู้สูงอายุขึ้น อสม. ซึ่งมีความเข้มแข็งและสั่งสมความรู้ มีศักยภาพพร้อมจึงยินดีสมัครเป็นผู้ดูแลสูงอายุ (Superintendent) ทุกคนมาด้วยใจ เพราะเดิมก็เป็นคนที่ไปดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาที่อยู่ใกล้บ้านอยู่แล้ว มีข้อมูลผู้สูงอายุในความรับผิดชอบจึงทำให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลที่บ้าน (Individual) กระทำได้ง่ายขึ้น ขณะเดียวกันมีเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ ภาคประชาชน นักศึกษาพยาบาล อาจารย์ บุคลากรจากสถานอนามัย บุคลากรเทศบาลตำบลทุกร่าง และองค์กรภาคเอกชน (Network) เป็นการทำงานเป็นทีมซึ่งทีมการดูแลผู้สูงอายุเน้นการทำงานเป็นทีมเพื่อให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ (Team) มีการบริหารจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่ดี (Organization) มีหน่วยงานภาครัฐที่สนับสนุนงบประมาณ (Government) ส่งผลให้ผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มพึ่งพา (Group Home) มีคุณภาพชีวิตที่ดี

นอกจากนั้นยังพบความจำเป็นของการสร้างเครือข่ายในการทำงานด้านสุขภาพ เนื่องจากความขาดแคลนของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลลำสนธิเป็นอีกตัวอย่างหนึ่งของการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งได้ปฏิบัติงานภายใต้ชื่อว่า **งานความดีที่หล่อเลี้ยงชีวิต: โรงพยาบาลลำสนธิ จังหวัดลพบุรี** การขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชน (นำเสนอประเด็นหลักๆ กรณีการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง)

นำเสนอบทเรียนการทำงานโดย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำสนธิ (นพ.สันติ ลามบุญจกุล) ซึ่งมีลักษณะการทำงานที่ค่อย ๆ ออกแบบกระบวนการทำงานตามความต้องการ และตามความจำเป็นของชุมชนด้วยการทำงานที่ใช้หัวใจนำทาง ทุ่มเทกับการทำงาน จนกระทั่งได้รับรางวัลแพทย์ชนบทดีเด่นประจำปี พ.ศ. 2554 จากมูลนิธิแพทย์ชนบท

พื้นที่อำเภอลำสนธิ ห่างจากอำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี 120 กิโลเมตร มี 6 ตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 7 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง 1 แห่ง (โรงพยาบาลลำสนธิ) มีประชากร 25,000 คน (สิทธิตามหลักประกันสุขภาพ 20,000 คน) เป็นกลุ่มผู้สูงอายุประมาณ 2,000 คน และมีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพิง ประมาณ 1,000 คน

เริ่มจากทำงานเพราะมีความสุข ทำโดยเห็นคุณค่าในสิ่งที่ทำ จึงได้ลงมือทำ และพยายามนำสิ่งที่เห็นคุณค่านั้นไปเล่า ขยายต่อ เกิดการจุดประกายและร่วมทำงานด้วยกัน โดยถือความผาสุกและคุณภาพชีวิตของคนเป็นเป้าหมาย ประสานโรงพยาบาลและสถานอนามัยหรือ รพ.สต. และชุมชนเชื่อมโยงกันทุกระดับ (เริ่มด้วยใจ ขับเคลื่อนเครือข่าย) “คนลำสนธิไม่ทอดทิ้งกัน” คือ การดูแลกลุ่มผู้ด้อยโอกาสทั้งหมดที่อยู่ภายในอำเภอร่วมกันอย่างเป็นระบบ ขยายความดีออกไปได้ทั้งระบบ ให้เป็นระบบสุขภาพที่ตอบโจทย์การเฝ้าระวังผู้ด้อยโอกาสในชุมชน คือ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช คนเคยบ้า อยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรี กลุ่มคนสูงอายุติดเตียงที่ถูกทอดทิ้ง ผู้พิการประเภทต่างๆ เพื่อให้เกิดการ



395274695

CU Thesais 5684471727 dissertation / recv: 06082562 15:28:18 / seq: 7



บริการที่ต่อเนื่องในชุมชน รวมทั้งเด็กพิเศษ ที่ทำได้เพราะว่าสุดท้ายมันมีกลไกที่เราสร้างขึ้นมานั้นคือ ความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) รพ.สต. และ อบต.

การทำงานมาเกือบ 6-7 ปี การได้มีโอกาสเห็นภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาสในชุมชนที่กล่าวมาข้างต้น จึงเกิดกระบวนการดูแลที่บ้าน คิดออกนอกกรอบที่เคยทำมา เกิดทีมงานเชิงรุกที่ดูแลถึงบ้าน สำหรับผู้สูงอายุที่พึ่งพิง ผู้พิการ การทำงานตั้งต้นจากโรงพยาบาล ทีมสาธารณสุขก่อน ยิ่งทำยิ่งเกิดคุณค่าในตัวเอง มีความงตงามเกิดขึ้น ค่อยๆเรียนรู้ ค่อยๆเจริญงอกงาม

กลไกการทำงานหลัก ใช้พนักงานบำบัดที่มีอยู่ 4 คน กระจายกันลงพื้นที่ ดูแลประชาชนที่ต้องการฟื้นฟูด้านการเคลื่อนไหว แบ่งเขตตำบลรับผิดชอบ ครอบคลุมทั่วทั้งอำเภอ นักจิตวิทยา 2 คน ซึ่งหน้าที่หลักคือ การทำงานเชิงรุก ให้กำลังใจคนดูแล โดยเฉพาะครอบครัวที่อยู่ในสภาพเครียดกับการต้องดูแลผู้ป่วยในระยะยาว นักอุปกรณ์บำบัดซึ่งเป็นช่างของโรงพยาบาล 1 คน พยาบาล 2 คน ที่เป็นพยาบาลเฉพาะทางด้าน การดูแลครอบครัว และพยาบาลจิตเวชจำนวน 6 คน ทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพร่วมกับทีมแพทย์ เภสัชกร เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและพยาบาลจากรพ.สต. ทั้ง 7 แห่ง โดยยึดหลักชุมชนเป็นฐาน บริการเชิงรุกที่บ้าน และการดูแลต่อเนื่อง การทำงานก้าวข้ามงานสาธารณสุข สู่คุณภาพชีวิต ให้ความช่วยเหลือตามสภาพปัญหาที่ซับซ้อนของแต่ละคน เช่น บางทีต้องหาอุปกรณ์สำหรับคนพิการ ทำให้เขาดูแลตนเองได้ดีขึ้น ซึ่งอาจเชื่อมกับช่องทางปกติของ สปสช. ที่สนับสนุนอยู่แล้ว การหาผ้าอ้อมสำหรับคนไข้แบบติดเตียงที่ต้องใช้เป็นจำนวนมาก มีการสอนคนพิการกับครอบครัวให้ทำตุ๊กตา แล้วเอามาขายได้กำไรก็เอาไปซื้อผ้าอ้อม ทำแบบนี้มาเรื่อยๆจนถึงวันนี้หาเงินมาได้กว่าแสนบาท การดูแลไม่ได้เอาคลินิก หรือระบบของโรงพยาบาลเป็นตัวตั้งแต่ใช้ชีวิตเขาเป็นตัวตั้ง

เมื่อทำงานไปถึงจุดหนึ่งเกือบ 3 ปี ถึงทางตัน คือ เราดูแลกลุ่มเป้าหมายอย่างครอบคลุมไม่ได้ เพราะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีจำนวนจำกัด แต่คนพิการต้องดูแลทั้งกลางวันกลางคืน ซึ่งเป็นภาระกับญาติมาก จึงเกิดโจทย์คำถามว่าทำอย่างไรจึงจะมีทางออกกับเรื่องนี้ จึงเกิดนักบริหารประจำหมู่บ้านขึ้น โดยการสนับสนุนจากอบต. เป็นรัฐสวัสดิการ ท้องถิ่นสนับสนุน (สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สำนักงาน, 2555)

สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ดำเนินโครงการวิจัย “การศึกษารูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน “ภายใต้” โครงการเฝ้าระวังทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และการดูแลระยะยาวเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุไทย” โดยมีแพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวิณิชชากร เป็นหัวหน้าโครงการ(ระยะเวลาดำเนินการ 2 ปี) โดยในช่วงเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555 ทีมวิจัยได้ลงพื้นที่เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มผู้สูงอายุ และสนทนากลุ่มกับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ในพื้นที่ 2 อำเภอของจังหวัดกาญจนบุรี คือ ตำบลท่าไม้ อำเภอท่ามะกา และตำบลจรเข้เผือก อำเภอท่ามะขามเตี้ย สัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่ม



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

ผู้สูงอายุรวมทั้งสิ้น 24 คน ผลการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพมีหลายประเภท ไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุที่พิการแต่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีโรคประจำตัวและอาการเจ็บป่วยต่างๆ เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคตาต้อ และข้อเข่าเสื่อม เป็นต้น บางรายที่เพิ่งกลับจากโรงพยาบาลเพื่อมาดูแลรักษาความพิการที่บ้าน หรือบางรายเป็นผู้สูงอายุประเภทพิการ และติดเตียงถาวร โดยส่วนใหญ่ยังมีสมาชิกในครอบครัวหรือลูกหลานเป็นผู้ดูแล โดยพาไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนในกรณีติดเตียงและอาการขั้นวิกฤต และการเยี่ยมจากอสม. ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นรถเข็น เตียงผู้ป่วย และที่นอนลมจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาล และรพ.สต. ตลอดจนการจัดหาวัสดุอุปกรณ์อื่นๆ มาสนับสนุนเพิ่มเติมจากสมาชิกในครอบครัวที่กรณีพอมีฐานะทางการเงินดี อาทิเช่น การปรับห้องนอน ห้องน้ำและทางลาดในบ้าน เป็นต้น นอกจากนี้ ช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2555 ทีมวิจัยฯ ได้จัดเวทีสนทนากลุ่มกับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน จำนวน 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้แทนกลุ่ม เทศบาล/อบต. 2) ผู้แทนกลุ่ม รพ.สต. 3) ผู้แทนกลุ่มชมรมผู้สูงอายุ อสม. ประธานชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน และ 4) ผู้แทนกลุ่มครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมจำนวนทั้งสิ้น 75 คน ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มพบว่า แหล่งข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุและสถานการณ์ผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพสำคัญ คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รพ.สต. และอสม. ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่วนสถานการณ์ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ พบว่า อบต.ดูแลด้านเบี้ยยังชีพและสิ่งของต่างๆ ที่จำเป็น รพ.สต.ให้บริการทางสุขภาพ และการเยี่ยมบ้านโดย อสม. รวมทั้งการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว มีเพียงผู้สูงอายุส่วนน้อยที่ได้รับการดูแลไม่ทั่วถึง ทั้งนี้ ได้เสนอแนะให้ผู้นำชุมชน กำนัน หรือผู้ใหญ่บ้านเข้ามามีส่วนในการดูแลช่วยเหลือ ตลอดจนการพัฒนาความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐ เช่น สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) กระทรวงมหาดไทย (มท.) หรือกาชาดจังหวัด เพื่อให้การสงเคราะห์ผู้สูงอายุในด้านต่างๆ (สภาพที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สำนักงาน, 2555)

จากแนวความคิดและงานวิจัยต่างๆ พบว่าปัจจัยที่สนับสนุนให้การดูแลผู้สูงอายุบรรลุประสิทธิภาพผลควรมีการทำงานในลักษณะเครือข่าย ดังนั้น เครือข่ายสุขภาพชุมชนในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ควรประกอบด้วย บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน ครอบครัวของผู้สูงอายุ และตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น



395274695

CU Thesais 5684471727 dissertation / revv: 06082562 15:28:18 / seq: 7

#### ตอนที่ 4 ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต

ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System) (DHS) คือ ระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันของทุกภาคส่วนด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการชื่นชมและการจัดการความรู้ ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาพของประชาชน

ระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอ หมายถึง การทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันของทุกภาคส่วนที่มีลักษณะซับซ้อน มีความสัมพันธ์สามารถประสานและเชื่อมโยงเข้ากันได้ โดยมีเป้าหมายเดียวกัน

ทุกภาคส่วน หมายถึง องค์กรภาคีในพื้นที่ อาทิ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) วัด โรงเรียน หน่วยงานเอกชน ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง และภาคประชาสังคม เป็นต้น

การบูรณาการทรัพยากร หมายถึง การจัดการและใช้ประโยชน์จากทรัพยากรทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ระบบข้อมูล สารสนเทศและเทคโนโลยีร่วมกับองค์กรภาคีต่างๆ ในพื้นที่ตามสภาพปัญหา

##### 4.1 ความสำคัญของระบบสุขภาพอำเภอ

ระบบสุขภาพอำเภอมีความสำคัญ มีความสำคัญต่อระบบงานการดูแลสุขภาพของประชาชน คือ 1) สามารถเชื่อมต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพจากนโยบายสู่การปฏิบัติ ซึ่งระดับอำเภอมีความใกล้ชิดมากพอต่อการรับรู้ถึงปัญหา ความต้องการ และความจำเป็นในพื้นที่ (local needs) โดยสามารถกำหนดนโยบาย วางแผนการพัฒนาทั้งอำเภอได้อย่างเหมาะสม 2) สามารถประสานงานและกระจายทรัพยากรในส่วนบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ การสนับสนุนทางวิชาการ การจัดการและใช้ประโยชน์ระบบข้อมูลร่วมกับองค์กรภาคีในพื้นที่อย่างครอบคลุมและเป็นธรรมสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และ 3) สามารถบูรณาการของทุกภาคส่วนเพื่อการพัฒนาทั้งในเชิงบริหารจัดการ บริการสุขภาพและสังคมได้อย่างเป็นระบบ

ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System) (DHS) มีเป้าหมายสำคัญ คือ 1) ทำให้คุณภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้น สามารถพึ่งตนเองและดูแลสุขภาพตนเองได้ดีเพิ่มมากขึ้น และชุมชนไม่ทอดทิ้งกัน 2) สถานะสุขภาพ (health status) ของประชาชนในอำเภอดีขึ้นสามารถจัดการปัญหาสุขภาพได้ด้วยตนเอง ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและมีศักยภาพพอที่จะเผชิญกับปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป 3) เกิดเครือข่ายความร่วมมือในการจัดการสุขภาพที่เข้มแข็ง มีพลังในการขับเคลื่อนการสร้างสุขภาพในอำเภอ และพร้อมรับมือกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นและ

4) ทำให้การบริการสุขภาพมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ผู้ให้บริการมีความสุขในการทำงาน

#### 4.2 หลักการดำเนินงานของระบบสุขภาพระดับอำเภอ

ประกอบด้วย 1) การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team) ของภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้ความสำคัญกับ working relationship คือ ความสัมพันธ์ที่นำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นของประชาชน มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการขับเคลื่อนและกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมอย่างชัดเจน และมีการบริหารจัดการที่ดี (Good governance) 2) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community participation) เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในระดับอำเภอ ในทุกขั้นตอนของการพัฒนา (ร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมดำเนินการ ร่วมประเมินผล) โดยมีเป้าหมายร่วมกัน คือ การทำงานด้านสุขภาพเพื่อยกระดับการพึ่งตนเอง ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและไม่ทอดทิ้งกัน 3) การทำงานจนเกิดคุณค่า ทั้งกับผู้รับบริการ และผู้ให้บริการเอง (Appreciation and Quality) คุณค่าที่สำคัญของการบริการปฐมภูมิ เป็นคุณค่าที่เกิดขึ้นทั้งฝ่ายผู้ให้บริการและผู้รับบริการ การสร้างคุณค่าทำได้หลากหลายวิธี เช่น การพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิโดยไม่ทิ้งดูตายต่อความทุกข์ของผู้ป่วย การพัฒนาคุณภาพไม่เน้นที่เชิงปริมาณเพียงอย่างเดียว แต่ต้องเน้นที่เนื้อหาและคุณภาพบริการที่ประชาชนได้รับร่วมด้วย จึงเป็นการสร้างคุณค่าให้เกิดขึ้น เป็นเหมือนน้ำหล่อเลี้ยงจิตใจให้เข้มแข็ง เกิดกำลังใจ เป็นความสุขและทำให้เกิดพลังที่จะก้าวเดินไปข้างหน้าขณะเดียวกัน ผู้รับบริการและประชาชนก็มีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ 4) การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development) โดยให้ความสำคัญกับการระดมทรัพยากรมาใช้ร่วมกันภายใต้การบริหารจัดการที่ดีและมีการแบ่งปันทรัพยากรทั้งคน เงิน เครื่องมือ ความรู้ เทคโนโลยี และฐานข้อมูล เพื่อใช้ในการกิจการทางสุขภาพ ส่วนการพัฒนาบุคลากร ให้ความสำคัญกับการพัฒนาโดยวิเคราะห์ส่วนขาดและเติมเต็มตามสภาพปัญหาและความต้องการทั้งของบุคคลและหน่วยงาน รูปแบบการพัฒนาทำได้หลากหลายวิธีการ เช่น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การฝึกอบรม การดูงาน การใช้ระบบพี่เลี้ยง เป็นต้น 5) การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential care) เน้นการจัดการปัญหาสุขภาพที่ตอบสนองต่อปัญหาของประชาชนในพื้นที่ สอดคล้องตามบริบทและวัฒนธรรม รวมทั้งสภาพปัญหาสุขภาพครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู ตามหลักการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (1A4C) คือ การเข้าถึงบริการ (Accessibility) การให้บริการอย่างต่อเนื่อง (Continuity) การเชื่อมโยงประสาน (Coordination) การให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensiveness) และชุมชนมีส่วนร่วม (Community Participation) (ปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนักงาน. สำนักบริหารการสาธารณสุข, 2557)



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7



ภาพที่ 2.6 แสดงกรอบแนวคิดของระบบสุขภาพระดับอำเภอ

ที่มา: ปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนักงาน. สำนักบริหารการสาธารณสุข, 2557

### ตอนที่ 5 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจได้รับการพัฒนาครั้งแรกใน ปี ค.ศ. 1950 ณ ประเทศบราซิล โดยเปาโล แฟร์ (Paulo Freire) โดยใช้ในสาขาทางการศึกษา ในการจัดการเรียนการสอน มีแนวคิดที่สำคัญ คือ การสร้างพลังในการเรียนรู้ให้เกิดความสามารถ และนำความรู้ไปใช้ได้ในชีวิตจริง จึงต้องมีการจัดการเรียนการสอนที่เน้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนการสอน โดยเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้คิดวิเคราะห์ระดมสมองร่วมกันเพื่อให้เกิดความคิดรวบยอด สามารถนำไปประยุกต์ใช้ใน

สถานการณ์จริงได้ โดยมีกระบวนการให้ผู้เรียนระบุปัญหาของตน วิเคราะห์สาเหตุโดยใช้วิจารณ์ญาณ ตลอดจนมองภาพที่ควรจะเป็น และพัฒนาวิธีการที่จะแก้ไขปัญหาอุปสรรคเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ (ประภาพร มโนรัตน์, 2553)

### 5.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน (Empowerment) เป็นแนวคิดที่มีความซับซ้อน และกว้างขวางทั้งทางด้านจิตวิทยา สังคม การเมือง วัฒนธรรมและจริยธรรม ซึ่งสามารถมาประยุกต์ใช้ ในด้านการบริหาร และพัฒนาองค์กรได้เป็นอย่างดี ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน (Empowerment) นั้น ได้รับการส่งเสริมและให้ความสำคัญมานานแล้วในการศึกษาวิจัยในต่างประเทศ และมีผู้ให้คานิยามความหมายของคำว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน (Empowerment) กันไว้อย่างมากมาย ดังนี้

พจนานุกรมภาษาอังกฤษ Longman Dictionary of Contemporary English (1987) ได้ให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน (Empowerment) ว่า “to give (someone) the power or legal right to do something” หมายถึง การมอบหมายหรือให้อำนาจหรือสิทธิ ให้แก่บุคคลใดบุคคลหนึ่งในการทำบางสิ่ง

คานเตอร์ (Kanter, 1977: 159-179) เป็นนักสังคมวิทยาชาวอเมริกัน และเป็นคนแรกที่กล่าวถึงเรื่องของการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน (Empowerment) โดยเขาได้ศึกษาพฤติกรรมองค์กรในหลายๆ แห่ง และพบว่า ปัญหาส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นในการทำงาน คือ พนักงานมักกลัวการเปลี่ยนแปลงและมีแรงจูงใจในการทำงานต่ำ รวมถึงขาดความผูกพันต่อองค์กร (Organizational Commitment) ซึ่งจากการศึกษาเขาพบว่า สิ่งที่จะช่วยให้คนมีแรงจูงใจในงานสูงขึ้นและป้องกันปัญหาต่างๆ ในงานดังที่ได้กล่าวมาก็คือ การเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน ให้แก่พนักงาน เขาจึงได้ศึกษาต่อตามแนวทางทฤษฎีโครงสร้างอำนาจ และพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจในงานนั้นเป็นพฤติกรรมในการทำงานและทัศนคติของบุคคลที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก ซึ่งในมุมมองของ คานเตอร์ นั้น มองว่าอำนาจ (Power) เป็นข้อกำหนดเชิงโครงสร้างที่มีผลต่อพฤติกรรมขององค์กรและทัศนคติของบุคคล ในขณะที่ โอกาส (Opportunity) คือสิ่งเร้าหรือปัจจัยภายนอกที่สำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการทำงานของพนักงาน ซึ่งประกอบไปด้วย การได้รับมอบหมายอำนาจในด้านต่างๆ ในการทำงานให้สำเร็จ ไม่ว่าจะเป็นอำนาจทางการได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับการสนับสนุนจากองค์กร และการได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากร ส่วนการได้รับโอกาสก็คือ การได้รับโอกาสให้มีความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่การงาน ซึ่งหากบุคคลใดได้รับอำนาจและโอกาสน้อย ก็ส่งผลให้บุคคลนั้นมีความผูกพันต่อองค์กรต่ำ และขาดแรงจูงใจในการทำงาน แต่ถ้าหากบุคคลใดได้รับอำนาจในการทำงานได้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ขององค์กร แล้วจะทำให้เขาสามารถเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่บุคคลอื่น ทำให้เกิดผลงานที่มีประสิทธิภาพ ได้อีกด้วย และการได้รับการเสริมสร้าง



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

อำนาจจากหน่วยงานจะมีความแตกต่างกันตามลำดับชั้นของตำแหน่ง บุคคลที่อยู่ในตำแหน่งต่างกันก็จะมีระดับความรู้และแหล่งประโยชน์ที่จาเป็นต่างกัน คานเตอร์ ได้บอกว่า คนที่ทำงานด้วยความรอบคอบและมีผลงานดีรวมถึงเผชิญกับวิกฤติต่างๆ ได้ดีนั้นมีแนวโน้มที่ง่ายต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานซึ่งทฤษฎีโครงสร้างอำนาจของคานเตอร์นี้ ได้ถูกนำไปประยุกต์ใช้ในการบริหารและพัฒนาองค์กรอย่างกว้างขวาง แต่จะเน้นในด้านการปฏิบัติ นั่นก็คือ การมอบหมายงาน การมีส่วนร่วมในงาน และยังได้นำไปประยุกต์กับแนวคิดการสร้างสรรค์องค์กรด้านอื่นๆ เช่น การบริหารแบบมีส่วนร่วม (Participation Management) หรือวงจรกิจภาพ (Quality Circle) และการวางรูปแบบทีม (Team Formation) เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ เช่น การเสริมสร้างพลังอำนาจหมายถึง กระบวนการช่วยเหลือบุคคลให้มีส่วนร่วม ในการควบคุมองค์ประกอบที่มีผลต่อสุขภาพ ทำให้คนเกิดความตระหนักรู้ถึงปัญหา และสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา ตระหนักถึงศักยภาพ และข้อจำกัดของตนเองในการเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขปัญหาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสังคมของตนเอง (Gibson, 1991) รวมถึงเป็นกระบวนการที่บุคคลมีอำนาจในการทำสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตตนเอง (O'Neill, 2002) เป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลคิด และตระหนักรู้ถึงทางเลือกของตนเองในการเปลี่ยนแปลงตนเอง และสิ่งแวดล้อมได้อย่างอิสระตามความต้องการของตนเอง เป็นกระบวนการที่ใช้พลังขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดพลังอำนาจในบุคคล ซึ่งพลังขับเคลื่อน คือ มโนภาพของบุคคล และระบบสนับสนุน ซึ่งร่วมกันเสริมสร้างพลังให้บุคคลเกิดพลังอำนาจ สามารถควบคุมผลลัพธ์ทางสุขภาพตนเองได้ (Fleury, 1991) การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นหลักการที่มีความสำคัญ เป็นแนวคิดที่มีโครงสร้างเชื่อมโยงระหว่างความเข้มแข็ง และสมรรถนะของบุคคล ระบบเกื้อหนุน และพฤติกรรมเชิงรุกเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสังคม (รุจา ภูไพบูลย์, 2547) การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการศึกษาที่เน้นให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมอย่างแท้จริง โดยการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้ และความคิดเห็นระหว่างผู้เรียน ร่วมกันระบุปัญหา วิเคราะห์สาเหตุและความเป็นมาของปัญหาโดยใช้วิจารณ์ญาณการมองภาพสังคมที่ควรจะเป็น และพัฒนากลวิธีที่จะแก้ไขอุปสรรคเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการแล้วเกิดความตระหนักรู้ถึงทางเลือกของตนเอง แล้วเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะกระทำ และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นไปในทางบวกได้อย่างสอดคล้องกับวิถีชีวิตปกติของตน และมุ่งที่จะคงพฤติกรรมนั้นต่อไป (ประภาพร มโนรัตน์, 2553)

เคฟเฟอร์ (Kieffer, 1984: 9-36) ได้ให้ความหมายการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานไว้ว่า คือ กระบวนการในการปรับเปลี่ยนและพัฒนาทักษะความรู้ความสามารถของบุคคลในการจัดการกับสภาพแวดล้อมต่างๆ ที่เกิดขึ้นโดยการตัดสินใจด้วยตนเอง

คานเตอร์ (Kanter, 1977: 275-281) ให้ความหมายของ การเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน โดยใช้ทฤษฎีโครงสร้างอำนาจ ว่าพฤติกรรมในการปฏิบัติงานและทัศนคติของบุคคลนั้น



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

ถูกหล่อหลอมขึ้นมาจากการที่บุคคลมีตำแหน่งที่สูงขึ้น ทำให้มีอำนาจหรือโอกาสที่จะได้รับข้อมูล ข่าวสาร การสนับสนุน หรือทรัพยากรจากองค์กร ซึ่งจะทำให้ทัศนคติและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป โดยคานเตอร์ ได้ให้ความหมายของ อำนาจ (Power) ว่าเป็นข้อกำหนดเชิงโครงสร้างที่มีผลต่อ พฤติกรรมและทัศนคติของบุคคลในองค์กร การเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ สิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิด การเพิ่มขึ้นของความรู้สึกมีอำนาจ และเมื่อพนักงานได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และรู้สึกว่า ตนเองมีอำนาจ ก็จะทำให้พนักงานมีประสิทธิภาพในการทำงานมากขึ้นกว่าเดิม ซึ่งการที่จะทำให้ พนักงานได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานนั้น สามารถทำได้ใน 3 ช่องทางคือ การได้รับการ สนับสนุนจากองค์กร การที่พนักงานสามารถเข้าถึงทรัพยากรขององค์กร และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร องค์กรของพนักงาน การได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจที่เพียงพอจะทำให้พนักงานได้รับความสำเร็จ ในงานตามเป้าหมายที่วางไว้ และพนักงานแต่ละคนยังมีความสามารถที่จะเสริมสร้างพลังอำนาจใน งานให้แก่บุคคลอื่นๆ ที่อยู่ร่วมกันอีกด้วย ทำให้หน่วยงานมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น แต่ในทางตรงกันข้าม หากบุคคลหรือพนักงานได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานน้อย บุคคลนั้นก็อาจจะมีความไร้ อำนาจ (Powerlessness) ส่งผลให้ บุคคลนั้นๆ มีความผูกพันต่อองค์กรต่ำ ไม่สนใจองค์กร และขาด แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

กิบสัน (Gibson, 1991: 355-356) ให้ความหมายของ การเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน ว่า คือการยอมรับและชื่นชม การส่งเสริม การพัฒนา และการรับรู้ความสามารถของตนเองของ บุคคล และความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด และก่อให้เกิด ความรู้สึกมั่นใจว่าตนเองมีอำนาจและความสามารถที่จะควบคุมหรือแก้ปัญหาต่างๆ ได้ด้วยตนเอง และกิบสัน ยังบอกว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลมีความสามารถในการ ใช้อำนาจกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวและสามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้ เป็นกระบวนการของการ ปรับเปลี่ยนและพัฒนาการมีส่วนร่วมตลอดจนความสามารถของบุคคลในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม ต่างๆ ด้วยตนเองและมุ่งเน้นไปที่การหาทางออกและแนวทางในการแก้ไขปัญหามากกว่าจะมุ่งเน้นไป ที่ตัวปัญหา มุ่งเน้นที่จุดเด่นคือความแข็งแกร่งและความสามารถของบุคคล มากกว่าข้อจำกัดหรือ จุดอ่อนของบุคคล ซึ่งสิ่งเหล่านี้ถือเป็น องค์ประกอบที่สำคัญ ของวิสัยทัศน์ พันธกิจ และกลยุทธ์ใน การบริหารองค์กรให้ประสบความสำเร็จ

เอคเคิลส์ (Eccles, 1993: 13) ให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานว่า คือ การให้พนักงานมีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับงานด้วยตนเอง เพื่อที่พวกเขาจะได้นำเอา ประสบการณ์ที่มีและทักษะความรู้ต่างๆ ออกมาใช้ได้อย่างเต็มความสามารถ

คินลอว์ (Kinlaw, 1995: 65) ให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานว่า คือ กลยุทธ์ในการพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติงานของพนักงานอย่างต่อเนื่อง ผ่านการเสริมสร้าง



และพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อความสามารถหรือประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพนักงาน และการมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบในงาน

จากความหมายของ การเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน (Empowerment) ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน ในแง่ของโครงสร้างด้านความสัมพันธ์ ก็คือการมอบหมายความรับผิดชอบในงานให้แก่พนักงานภายในขอบเขตงานของบุคคลนั้น เพื่อให้พนักงาน มีอำนาจในการควบคุมสั่งการ และสามารถตัดสินใจเรื่องต่างๆ และแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับงานได้ด้วยตนเอง

คองเกอร์ และ คานุงโก (Conger and Kanungo, 1988: 474) ได้ให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน (Empowerment) ว่าเป็น การรับรู้ความสามารถของพนักงานที่เพิ่มขึ้นผ่านการใช้เทคนิควิธีและระเบียบปฏิบัติทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการขององค์กร โดยศึกษาและกำหนดว่า อะไรคือเงื่อนไขหรือสิ่งที่จะทำให้คนรู้สึกไร้อำนาจ และหาวิธีการในการกำจัดเงื่อนไขเหล่านั้น ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน ในบริบทของพวกเขา เป็นการเสริมสร้างหรือการให้มากกว่าการมอบหมายหรือกำหนดให้ทำ เพราะเขาเห็นว่ากระบวนการในการมอบหมายอำนาจนั้นมีข้อจำกัดและยังไม่ครอบคลุมความหมายอันซับซ้อนของคำว่าเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน

โรมัส และ เวลทเฮาส์ (Thomas and Velthouse, 1990: 666) ได้ให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน ว่าเป็น การเพิ่มขึ้นของแรงจูงใจในการทำงานของพนักงาน แรนดอล์ฟ (Randolph, 1995, p. 20) ได้ให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน ว่าเป็น การสนับสนุนหรือส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจในการทำงานและการให้อำนาจแก่บุคคลให้มีอำนาจกระทำการภายใต้เรื่องที่เป็นประโยชน์หรือสำคัญต่อองค์กร

สปริทเซอร์ (Spreitzer, 1995: 1442-1443) ได้ให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน ว่าเป็น แรงจูงใจภายใน (Intrinsic Motivation) ที่เพิ่มขึ้น ที่รับรู้ได้ผ่านกระบวนการรับรู้หรือการจดจำ (Cognition) 4 ประการ อันได้แก่ การรับรู้ด้านความหมาย (Meaning) การรับรู้ด้านความสามารถในการทำงาน (Competence) การรับรู้ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง (Self-Determination) และการรับรู้ด้านผลกระทบต่อหน่วยงาน (Impact) เขาจึงได้เสนอองค์ประกอบการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานด้านโครงสร้างแรงจูงใจ ซึ่งผ่านการทดสอบการวิเคราะห์องค์ประกอบแบบยืนยัน (Confirmatory factor analysis) แล้ว พบว่า มี 4 องค์ประกอบตรงตามที่โทมัสและเวลทเฮาส์ (Thomas and Velthouse, 1990) ได้ระบุไว้ ดังที่กล่าวมาข้างต้น คือ การรับรู้ความหมายของงาน ความสามารถในการทำงาน การตัดสินใจด้วยตนเอง และผลกระทบต่อหน่วยงาน ซึ่งมีรายละเอียดสำคัญ ได้แก่ 1) การรับรู้ด้านความหมาย (Meaning) หมายถึง การให้คุณค่ากับเป้าหมายของงาน ความต้องการบทบาทในงานที่สอดคล้องกับความเชื่อ ค่านิยม ทัศนคติ



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

และพฤติกรรมของพนักงานทำให้พนักงานรู้สึกว่ งานที่ทำอยู่นั้นมีความสำคัญ และมีความหมายต่อตนเอง 2) การรับรู้ด้านความสามารถในการทำงาน (Competence) หมายถึง การที่ผู้ปฏิบัติรับรู้ว่ตนเองมีทักษะ ความชำนาญ และความสามารถ ที่จะทำงานในหน้าที่ของตนให้ประสบความสำเร็จ 3) การรับรู้ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง (Self-determination) หมายถึง การที่ผู้ปฏิบัติงานมีอิสระในการตัดสินใจ คิดริเริ่มสร้างสรรค์งานได้ และควบคุมการทำงานที่ได้รับมอบหมายด้วยตนเอง 4) การรับรู้ด้านผลกระทบต่อหน่วยงาน (Impact) หมายถึง การที่ผู้ปฏิบัติงานรับรู้ว่ตนเองมีส่วนสำคัญที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อองค์กร

ยูคัล (Yukl, 2002: 106) ให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน ว่คือ แรงจูงใจภายใน (Intrinsic Motivation) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ที่ได้รับอิทธิพลจาก ความเป็นผู้นำ, โครงสร้างองค์กร, คุณลักษณะในงาน รวมถึงความต้องการที่จะให้ตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับ

จากความหมายที่ได้กล่าวมาข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจในงานในบริบทของโครงสร้างด้านแรงจูงใจ (Motivational Construct) ก็คือแรงจูงใจในงานที่มีเพิ่มขึ้น โดยสะท้อนออกมาในรูปของการรับรู้และจดจำ 4 ประการ อันได้แก่ การรับรู้ด้านความหมาย (Meaning) การรับรู้ด้านความสามารถในการทำงาน (Competence) หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ การรับรู้ในความสามารถของตนเอง การรับรู้ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง (Self-Determination) และการรับรู้ด้านผลกระทบต่อหน่วยงาน (Impact) ซึ่งทั้ง 4 ประการนี้จะมีผลต่อพฤติกรรมที่แต่ละบุคคลจะมีต่องานของตน

การเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน (Empowerment) เป็นแนวคิดที่เข้ามามีบทบาทในองค์กรเป็นอย่างมาก ในยุคของข้อมูลข่าวสารและการแข่งขัน องค์กรและบุคคลที่มีศักยภาพสูงเท่านั้นจึงจะดำรงอยู่ได้และประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย ดังนั้นจาก ความหมายของ การเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน ทั้งในบริบทของโครงสร้างด้านความสัมพันธ์ และโครงสร้างด้านแรงจูงใจ ที่ได้กล่าวมาข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน ในบริบทของโครงสร้างด้านความสัมพันธ์ เป็นเรื่องที่เน้นกระบวนการ และการปฏิบัติ เพื่อนำไปสู่การเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน แต่ถ้าเป็นบริบทของโครงสร้างด้านแรงจูงใจแล้ว การเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน เป็นเรื่องของบุคคลที่ตระหนักรู้ด้วยตนเอง ว่เขาได้รับการส่งเสริม หรือเสริมสร้างให้มีพลังอำนาจในงานที่เขารับผิดชอบอยู่ ซึ่งการเสริมแรงทางด้านจิตใจ ก็เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีความเชื่อมั่นในความสามารถในการปฏิบัติงานของตนเองที่จะทำให้งานประสบความสำเร็จและในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย ต้องการที่จะศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานในบริบทของโครงสร้างด้านแรงจูงใจ (Motivational Construct) เพื่อที่จะศึกษาว่าพนักงานแต่ละคนขององค์กร รับรู้ถึงการส่งเสริม หรือเสริมสร้างให้มีพลังอำนาจในงาน หรือไม่ เพราะสิ่งนี้เองจะนำไปสู่การก่อให้เกิดแรงจูงใจภายในงาน (Intrinsic



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

Motivation) เกิดการพัฒนาระบบงาน และสร้างสภาพแวดล้อมในองค์กรที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งจะส่งผลสำคัญต่อความพึงพอใจในงาน ผลการปฏิบัติงาน และ ส่งผลรวมต่อความผูกพันต่อองค์กร (Organizational Commitment) ในที่สุด

## 5.2 กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ได้มีนักวิชาการหลายท่านได้ศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ สรุปได้ดังนี้

เฟลอร์รี่ (Fleury, 1991) ได้ศึกษาการเกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในบุคคลโดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวไปในทางบวกจำนวน 24 คน และไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จำนวน 5 คน ซึ่งได้สรุปผลการศึกษาว่าการเกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในบุคคลประกอบด้วยแรงขับเคลื่อน 2 ชนิด คือ การสร้างมีโนภาพขึ้นด้วยตนเอง และมีโครงสร้างสนับสนุนเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ดี และการศึกษาของกิบสัน (Gibson, 1993) ได้ศึกษากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในบุคคลซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาของผู้ป่วยเด็กที่กำลังป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ ความมุ่งมั่นทุ่มเท ความผูกพัน และความรักของบุคคลต่อเรื่องนั้น ๆ ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือมีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคล ได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม ประสบการณ์ส่วนบุคคล ประสบการณ์ของชีวิต โดยมีความคับข้องใจ ความขัดแย้ง ปัญหาหรืออุปสรรคเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลเข้าสู่ขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการ และกษิตดา พานทอง (2551) ได้ศึกษากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวชุมชนบ้านเวียงสุวรรณ อำเภอมะนัง จังหวัดลำปาง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1991) โดยการจัดกิจกรรมกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น และเมื่อได้ตระหนักถึงปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นของตนเองตามสภาพที่เป็นจริง ก็สามารถทำให้ผู้สูงอายุเข้าใจได้ว่าปัญหาด้านสุขภาพของตนเองสามารถที่จะแก้ไขได้ ตลอดจนมีความรู้สึกอยากปรับเปลี่ยนตนเองในการดำเนินชีวิตต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ทำให้ผู้สูงอายุได้รู้จักคิดวิเคราะห์ และสามารถเชื่อมโยงไปยังวิถีปฏิบัติของแต่ละคน จนเกิดความรู้สึกมั่นใจในความสามารถของตนเอง ที่จะนำไปสู่การเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมกับตนเองต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกเชื่อมั่นในการตัดสินใจเลือกวิธีการ และนำรูปแบบไปใช้ในชีวิตประจำวันต่อไป



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7



ประเด็นปัญหาต่างๆ ที่เชื่อมโยงกับชีวิตความเป็นอยู่และประสบการณ์เดิมของผู้เรียน ช่วยให้บุคคลค้นพบตนเองว่ามีความรู้ความสามารถที่จะต่อต้านอิทธิพลต่างๆ และสามารถควบคุมอนาคตของตนเองตลอดจนมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงสังคมที่ตนอยู่ได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Meetoo and Gopaul (2005) ที่ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจ : การให้พลังแก่ผู้ป่วยเบาหวาน (Empowerment: giving power to people with diabetes) ในบทความนี้ชี้ให้เห็นว่า ในช่วงระยะเวลาไม่กี่ปีมานี้ มีการพูดถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจเพิ่มขึ้น ทั้งสาขาวิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพ และผู้รับบริการด้านสุขภาพ บทความนี้สำรวจตรวจค้นแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในบริบทการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยมีขอบเขตการอภิปรายเฉพาะตัวแบบทางการแพทย์ (medical model) เปรียบเทียบกับตัวแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment model) และศักยภาพตัวแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ ที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง และสุดท้ายแสดงให้เห็นถึงกระบวนการของการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อให้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจที่จะพัฒนากลยุทธ์สำหรับการจัดการระยยาวสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน โดยเป้าหมายทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานมี 2 ข้อ คือ 1) การปรับปรุงสุขภาพให้ดีขึ้นอย่างยั่งยืน และสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างบุคคลปกติ 2) การป้องกันและการฟื้นฟูสภาพร่างกายจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ซึ่งเป้าหมายทั้ง 2 ข้อนี้ จะเป็นไปได้หากไม่เกิดจากการมีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้นของผู้ป่วยเบาหวาน จากแนวคิดนี้ใน สหราชอาณาจักรจึงได้จัดทำกรอบการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานแห่งชาติ : มาตรฐาน (National Service Framework (NSF) for Diabetes: Standards (Department of Health) [DoH], 2001 อ้างถึงใน Meetoo and Gopaul, 2005) ซึ่งวัตถุประสงค์ที่แสดงใน NSF อันหนึ่งคือ เพื่อประกันว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจะสามารถควบคุมและจัดการภาวะของโรคเบาหวานซึ่งจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี

ในการดูแลสุขภาพมีการพูดถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจเพิ่มมากขึ้นทั้งบุคลากรในสายวิชาชีพและสมาชิกในชุมชน (Menon, 2002 อ้างถึงใน Meetoo and Gopaul, 2005) แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจกลายเป็นสิ่งที่ได้รับความนิยมในหมู่คนที่สุขภาพไม่ดีและคนที่มีวัตถุประสงค์ด้านสุขภาพ (Wallerstein and Berstein, 1999 อ้างถึงใน Meetoo and Gopaul, 2005) ภายในขอบเขตของการดูแลสุขภาพ ปรัชญาด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจอยู่บนพื้นฐานของหลักการที่ว่า 1) ผู้ที่ต้องการดูแลสุขภาพตนเองจำนวนมากที่ตอบสนองและให้ความสำคัญกับการตัดสินใจที่ซับซ้อนเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของตนเอง 2) ผู้ป่วยเป็นทั้งผู้มีประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและเป็นผู้ได้รับการคุกคามจากสภาวะการเจ็บป่วย จึงมีความชอบธรรมที่จะตัดสินใจเบื้องต้นเกี่ยวกับสภาพเงื่อนไขทางการแพทย์ 3) ผู้ที่อยู่ในวิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพไม่สามารถสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยเบาหวานได้ ถ้ากระบวนการของการเสริมสร้างพลังอำนาจไม่ได้เกิดขึ้นภายในตัวของผู้ป่วยเองที่ปรารถนาที่จะสร้างพลังอำนาจ (Falk-Rafael, 1995 อ้างถึงใน Meetoo and

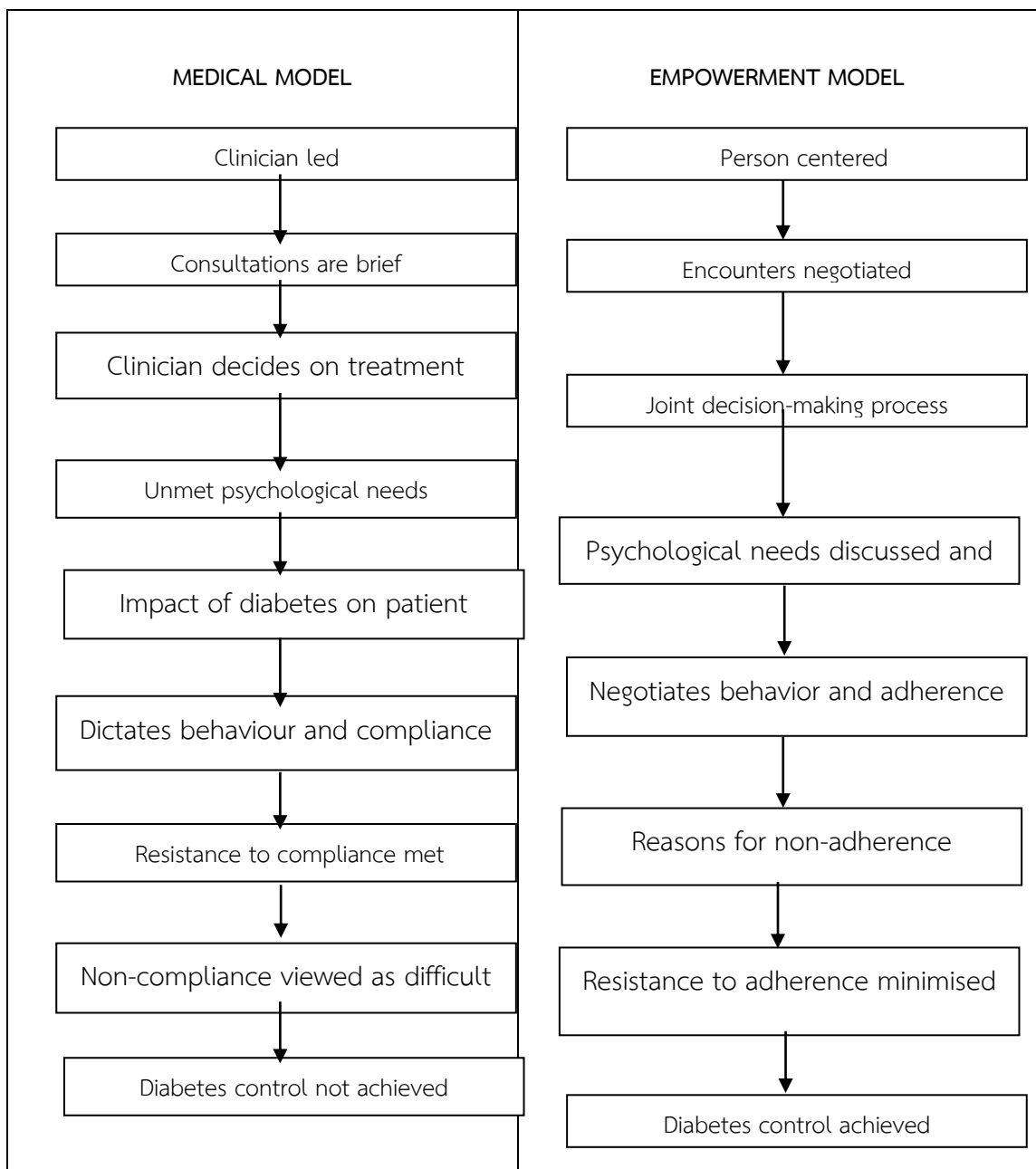


395274695

CU Thesais 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

Gopaul, 2005) 4) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขต้องการที่จะสร้างบรรยากาศความร่วมมือที่จะสนับสนุนความเข้าใจ ความเชื่อ คุณค่า และสิ่งที่คาดหวัง 5) ต้องการความเคารพซึ่งกันและกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขและผู้ป่วย 6) ความไว้วางใจระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขและผู้ป่วยเป็นเงื่อนไขที่จำเป็นสำหรับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

ในบทความเรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจ: การให้พลังแก่ผู้ป่วยเบาหวาน ชี้ให้เห็นว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยเบาหวานทำให้มีความสำเร็จในการควบคุมโรคเบาหวาน ดังแสดงไว้ในภาพที่ 2.12



ภาพที่ 2.7 แสดงการเปรียบเทียบตัวแบบทางการแพทย์และตัวแบบการสร้างพลังอำนาจ

สรุปได้ว่า ปรัชญาการเสริมสร้างพลังอำนาจทำ

แนวความคิดการจัดการศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจของแพร์ ถูกนำมาใช้ในการจัดการศึกษาเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างกว้างขวางในช่วงปี 1970 - 1980 ในทวีปอเมริกาใต้ โดยกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ด้อยโอกาสทางสังคม ซึ่งเป็นคนส่วนใหญ่ในประเทศ จนเป็นที่มาของการศึกษาเพื่อปวงชน แนวคิดนี้ได้ขยายและนำไปใช้ทั่วโลกในปัจจุบันโดยใช้ชื่อที่แตกต่างกันไป เช่น การศึกษาแบบมีส่วนร่วม การศึกษาเพื่อปวงชน การศึกษาเพื่อความเป็นอิสระ การศึกษาสำหรับผู้ถูกกดขี่ การฝึกอบรมเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง เป็นต้น

แพร์ ให้ความสำคัญกับการศึกษาในฐานะที่เป็นเครื่องมือในการปลดปล่อยประชาชนจากวงจรการกดขี่ โดยเรียกร้องให้ผู้ที่เข้ารับการศึกษาระดับโรงเรียนได้ตระหนักและรู้เท่าทันในเป้าหมายของการศึกษาที่จะขัดแย้งกับ “มโนสำนึกหลง” (false consciousness) ให้แก่มวลชน และเรียกร้องให้ปลดปล่อยผู้ที่ย่ำแย่กว่าในสังคมให้หลุดพ้นจากมโนสำนึกหลงนั้นเสีย (ซินตา รักษพลเมือง, 2534: 281) รวมถึงลัทธิเชื่อผู้เชี่ยวชาญก็เป็นความงมงายอย่างหนึ่ง และเป็นมูลเหตุให้ประชาชนถูกรวบงำโดยง่าย ความจริงผู้เชี่ยวชาญนั่นเองก็หาได้คิดเป็นไม่ เพราะความคับแคบของสาขาวิชาทำให้ไม่สามารถจะมองเห็นอะไรได้อย่างกว้างขวาง แม้ในสาขาที่ตนเชี่ยวชาญผู้เชี่ยวชาญก็อาจจะคิดไม่ถูกต้องก็ได้ ดังนั้นบุคคลจำเป็นต้องเรียนรู้ที่จะแก้ปัญหาของตัวเองบนประสบการณ์และความสามารถของตนเอง เมื่อมนุษย์เป็นอิสระต่อตนเองเท่านั้นจึงจะสามารถเรียนรู้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองได้ นอกเหนือจากการศึกษาเพื่อสร้างพลังอำนาจ (empowerment education) แพร์ยังได้อธิบายถึงการศึกษาไว้อีก 2 ลักษณะด้วยกันคือ 1) การศึกษาในรูปแบบของธนาคาร (banking education) เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ครูให้ความรู้แก่ผู้เรียน การครอบงำและการกดขี่จะเกิดขึ้นจากครูที่ทำการตัดสินใจทั้งหมด และเป็นผู้จัดการกระบวนการเรียนการสอน ผู้เรียนยอมรับบทบาทหน้าที่ที่ถูกกระทำ (passive role) โดยจะเรียนรู้ไปตามสภาพการณ์ มีการปรับตัวตามสภาพแต่ไม่มีการกระทำและเปลี่ยนแปลงสภาพการณ์นั้น เป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดการพึ่งพา ยกตัวอย่างเช่น กิจกรรมหรือโครงการต่างๆ ในชุมชนเป็นโครงการที่เจ้าหน้าที่หรือนักการศึกษาเป็นผู้คิดค้นและนำไปใช้ในชุมชน ซึ่งเปาโลแพร์ เห็นว่าเป็นการรุกรานทางวัฒนธรรม เพราะเป็นวิธีการสอดแทรกสถานการณ์เกี่ยวกับวัฒนธรรม ประวัติศาสตร์เข้าไประบบค่านิยมของคนในชุมชน และ 2) การศึกษาในรูปแบบของกระบวนการเผชิญปัญหา (problem posing education) เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดจากครูและนักเรียนร่วมมือกัน โดยมีสถานภาพเท่าเทียม มีการสนทนาติดต่อสื่อสารซึ่งกันและกัน เป็นกระบวนการที่นำผู้เรียนไปสู่กระบวนการปฏิบัติและสะท้อนกลับ กล่าวคือ ผู้เรียนจะเริ่มมีการสะท้อนปัญหา มีการเปลี่ยนแปลงความตระหนักรู้ของตนเองเป็นนักวิเคราะห์สามารถทำให้เกิดโอกาสในการแก้ไขปัญหาแก่ผู้เรียน ซึ่งผู้เรียนจะเรียนรู้กระบวนการพัฒนาวิธีคิดอย่างคิดวิเคราะห์ โดยการสังเกตสภาพแวดล้อมในสังคมของผู้เรียน บทบาทของครูจะเป็นผู้คิดประเด็นหลักๆ สัญลักษณ์ หรือ



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

คำสัญญา คิดโครงการ ตลอดจนอำนวยความสะดวกในการอภิปรายกลุ่ม ที่จะช่วยให้ผู้เรียนค้นพบทักษะ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์ที่สามารถพัฒนาคนไปสู่การมีพลังอำนาจในตัวเอง ปลดปล่อยคนจากภาวะพึ่งพิงสู่เสรีภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงตระหนักรู้ของผู้เรียน มุ่งเน้นให้ความสำคัญการศึกษาในฐานะเป็นเครื่องมือในการปลดปล่อยประชาชนจากวงจรการกดขี่ โดยเรียกร้องให้ผู้เข้ารับการศึกษาระบบโรงเรียนได้ตระหนัก และรู้เท่าทันในเป้าหมายของการศึกษาที่จะยึดยึด “มโนสำนึกหลง” (false consciousness) ให้แก่มวลชน และเรียกร้องให้ปลดปล่อยผู้ที่ตกกว่าในสังคมให้หลุดพ้นจากมโนสำนึกหลง

แอฟริ ได้แสดงความคิดเห็นความเข้าใจตามกระบวนการวิภาษวิธี (dialectical understanding) ในการเสริมสร้างพลังอำนาจในระดับบุคคลและชุมชน โดยใช้ทรัพยากรหรือวัตถุดิบที่มีเฉพาะในวัฒนธรรมนั้น ในการสนับสนุนกระบวนการเรียนรู้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองจะช่วยให้ผู้เรียนได้ค้นพบผลของการเรียนรู้ของเขาเอง โดยวิธีการศึกษาในรูปแบบของการเผชิญปัญหา (problem posing education methods) ด้วยการมีส่วนร่วมของผู้เรียนและต้องตัดสินใจในการกระทำต่างๆ ด้วยตนเอง กระบวนการดังกล่าวจะทำให้สามารถเข้าสู่กระบวนการเปลี่ยนแปลงทางสังคมได้ และเนื่องจากมีระดับของจิตสำนึก มีวัฒนธรรมและการให้ความหมายของสังคมต่างๆ ดังนั้น การใช้วิธีการฟังและการสนทนา รวมถึงการร่วมกันอภิปรายในประเด็นปัญหาที่เขาเหล่านั้นประสบหรือสนใจ ซึ่งก็เป็นเรื่องที่ใกล้ตัวและส่งผลกระทบต่อชีวิตของตนเอง วิธีการนั้นนอกจากจะทำให้บุคคลได้เรียนรู้วิธีการพูด การอ่าน และการเขียนแล้ว ยังช่วยให้เข้าใจปัญหานั้นด้วยตัวเอง อันเป็นพื้นฐานที่สำคัญในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง

นอกจากนี้ การจัดศึกษาโดยเน้นจากประสบการณ์ของบุคคล ทำให้ค้นพบและตระหนักว่าตนมีความรู้ความสามารถที่จะต่อต้านอิทธิพลต่างๆ และสามารถดึงความรู้ความสามารถซึ่งเป็นพลังที่มีอยู่ออกมาใช้แก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการเปลี่ยนแปลงตนเองในระดับของจิตสำนึกไปสู่ระดับของการตระหนักรู้ความคิดวิเคราะห์และนำไปสู่การปฏิบัติให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจริง รูปแบบของทรัพยากรหรือวัตถุดิบที่ใช้ในกระบวนการเรียนรู้ จะช่วยทำให้เกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง และเป็นทรัพยากรในการเรียนรู้ที่จับต้องได้หรือมีตัวตนในการจัดการศึกษาและใช้เป็นเครื่องหมายหรือสัญลักษณ์ของประสบการณ์ เช่น การใช้รูปภาพของชุมชนนั้นในการอภิปราย เป็นการช่วยให้ผู้เรียนค้นพบตนเองในฐานะผู้สร้างวัฒนธรรมและก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เรียกว่า conscientizacao ซึ่งเป็นกระบวนการที่กระตุ้นผู้เข้าร่วมวิเคราะห์สภาพการณ์ที่เป็นจริงของตน และเริ่มตระหนักถึงปัจจัยที่มีผลต่อการดำรงชีวิตและนำไปสู่การมีกิจกรรมเพื่อการเปลี่ยนแปลง

จากแนวคิดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง สรุปได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองเป็นกระบวนการที่ทำให้ประชาชนแสดงออกถึงพลังในตนเองในการวิเคราะห์สภาพสังคม



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7



เพื่อให้ได้มาซึ่งรากเหง้าของปัญหาและพัฒนาทวิวิธีที่ดีขึ้นของบุคคลและสังคม โดยการสอนให้ประชาชนอ่านและเขียนหนังสือได้ด้วยการให้ผู้เรียนร่วมกันอภิปรายในประเด็นปัญหาที่เขาเหล่านั้นประสบอยู่และมีความสนใจ เน้นกระบวนการสื่อสาร การพูดคุยสนทนา การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ อภิปรายประเด็นปัญหาต่างๆ ที่เชื่อมโยงที่จะต่อต้านอิทธิพลต่างๆ และสามารถควบคุมอนาคตของตนเอง ตลอดจนมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงสังคมที่ตนอยู่ได้ดีขึ้น

#### 5.4 กระบวนการจัดการศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง

วอลเลอร์สไตน์และเบอร์นสไตน์ (Wallerstein and Bernstein, 1988: 382-383) ได้กล่าวถึงวิธีการศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจของแฟร์ว่ามี 3 ขั้นตอน กล่าวคือ การรับฟังและทำความเข้าใจประเด็นปัญหาที่พบ หาวิธีการให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการสนทนาปัญหานั้น และหาวิธีแก้ปัญหาได้ดีขึ้นอย่างมีวิสัยทัศน์ รวมถึงได้ประยุกต์แนวการจัดการศึกษาของแฟร์มาจัดการศึกษาเพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง โดยมีขั้นตอน ดังนี้

##### 5.4.1 รวบรวมข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับปัญหาที่สมาชิกประสบ

5.4.2 ใช้กระบวนการสนทนาให้เข้าใจสภาพของปัญหาตามวิธีการของแฟร์ ให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันอภิปรายปัญหานั้น ๆ แล้วรวบรวมเป็นหลักฐานไว้ และให้นำเสนอในรูปของการแสดงละคร การเล่าเรื่อง การใช้ภาพถ่าย การร้องเพลง เป็นต้น

5.4.3 ครูทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนการเรียนรู้ โดยการตั้งคำถามเพื่อให้กลุ่มได้อภิปรายและวิเคราะห์ร่วมกัน คำถามอาจมีลักษณะดังนี้

##### 5.4.3.1 เมื่อเห็นภาพแล้วรู้สึกอย่างไร

##### 5.4.3.2 ให้กลุ่มช่วยจัดลำดับความสำคัญของปัญหานั้น ๆ

##### 5.4.3.3 ให้มีการแลกเปลี่ยนกันระหว่างสมาชิก

##### 5.4.3.4 เพราะเหตุใดจึงเกิดปัญหานั้น

##### 5.4.3.5 ให้ช่วยกันคิดค้นหาวิธีแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

สมาคมสาธารณสุขอเมริกันได้แสดงความคิดเห็นที่หนักแน่น, ความมุ่งมั่นอย่างต่อเนื่องเพื่อปิดช่องว่างในความไม่เสมอภาค หรือแตกต่างด้านสุขภาพผ่านการวิจัยอย่างเข้มงวดและการปฏิบัติ ความสำเร็จในการขจัดความแตกต่างด้านสุขภาพจะเป็นสิ่งที่ท้าทาย อย่างไรก็ตาม "สังคมวัฒนธรรม เศรษฐกิจและปัจจัยทางกายภาพที่อยู่รอบตัวของมนุษย์ เป็นตัวกำหนดที่สำคัญที่สุดที่มีผลต่อสุขภาพ" (Porr, et al., 2006: 331 อ้างถึงใน Mooney, nd) ความสัมพันธ์ระหว่างระบบนิเวศกับปัจเจกบุคคลและความต้องการความเท่าเทียมกันด้านสุขภาพมีความสลับซับซ้อนระเบียบวิธีของกิจกรรมสอดแทรกด้านสุขภาพของประชาชนที่มีความครอบคลุมจะสามารถขจัดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพให้หมดไป หนึ่งในนั้นก็คือ การเพิ่มความตระหนักของปัจเจกบุคคลเกี่ยวกับสังคม เศรษฐกิจ และปัจจัยของการมีสุขภาพด้านสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ปัจเจกบุคคลดำเนินการร่วมกัน

จัดการกับปัจจัยเหล่านี้ "(Porr, et al., 2006: 331 อ้างถึงใน Mooney, nd) วิธีการอย่างหนึ่งที่ได้รับ การพิสูจน์ว่ามีประสิทธิภาพเป็นรากฐานทางทฤษฎีสำหรับกิจกรรมสอดแทรกในสาขาด้านสาธารณสุข คือ รูปแบบการศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจของเปาโล แฟร์ (Paulo Freire's empowerment education model) นอกจากจะตั้งอยู่บนความคิดปรัชญาที่แข็งแกร่งเกี่ยวกับการกดขี่และการต่อสู้ แล้ว วิธีการเรียนการสอนของ Freire ยังเกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุข วิธีคิดของ Freire หลายวิธี มีความคล้ายคลึงกับหลักการให้สุศึกษา โดยเริ่มต้นจากปัญหาของชุมชน ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบ Active Learning (เป็นการจัดการเรียนการสอนแบบเน้นพัฒนากระบวนการเรียนรู้ ส่งเสริมให้ ผู้เรียนประยุกต์ใช้ทักษะและเชื่อมโยงองค์ความรู้นำไปปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหา หลักการจัดการเรียน การสอนแบบ Active Learning เป็นการนำเอาวิธีการสอน เทคนิคการสอนที่หลากหลายมาใช้ ออกแบบแผนการสอนและกิจกรรมกระตุ้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในชั้นเรียน ส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ระหว่าง ผู้เรียนกับผู้เรียน และผู้เรียนกับผู้สอน Active Learning จึงถือว่าเป็นการจัดการเรียนการสอน ประเภทหนึ่งซึ่งส่งเสริมให้ผู้เรียนมีคุณลักษณะสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงในยุคปัจจุบัน อีกทั้งยัง ช่วยส่งเสริม student engagement , enhance relevance, and improve motivation ของ ผู้เรียน ) และทำให้ผู้เข้าร่วม มีส่วนร่วมในการกำหนดความต้องการของตนเองและลำดับความสำคัญ (Wallerstein and Bernstein, 1988: 382 อ้างถึงใน Mooney, nd) ด้วยเหตุผลเหล่านี้ กรอบ ทฤษฎีของ Freire จึงกลายเป็นเลนส์ที่มีคุณค่าในการใช้มอง วิจัย และจัดการประเด็นความไม่ เสมอภาคด้านสุขภาพ (health disparities) ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของตัวแบบการศึกษาเพื่อเสริมสร้าง พลังอำนาจ: มุมมองด้านการศึกษาของ Paulo Freire

แนวคิด Paulo Freire เกี่ยวกับการศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ พัฒนามาจากการทำงานที่ เกี่ยวกับการไม่รู้หนังสือของเกษตรกรชาวบราซิลในช่วงปลายทศวรรษ 1950 Freire สนับสนุนให้เกิด ประสบการณ์การศึกษาที่แตกต่างกับแบบดั้งเดิม (การศึกษาแบบฝากธนาคาร) โดยครูเป็นผู้นำความรู้ ที่เป็นอารยะที่ถือว่าเป็นสมบัติอันล้ำค่าใส่เข้าไปในหัวของนักเรียน (Dasgupta, et al., 2006: 248 อ้างถึงใน Mooney, nd) Freire อธิบายว่าการศึกษาแบบฝากธนาคารเป็นเหมือนการฝากเงิน ที่ครู ผู้เชี่ยวชาญมอบเงินฝากที่เป็นความรู้ให้นักเรียน นักเรียนต้องเป็นผู้รับความรู้นั้นอย่างอดทน ต้อง จดจำ และทบทวนข้อมูลหลายๆ ครั้ง (Freire 2002: 72 อ้างถึงใน Mooney, nd) Freire ได้แย้งว่า ในห้องเรียน "การศึกษากลายเป็นการฝึกรบมเพียงอย่างเดียว กลายเป็นการส่งต่อเนื้อหา เกือบจะ เหมือนการฝึกรบมสัตว์ การเรียนเป็นเพียงแบบฝึกหัดในการปรับตัวที่จะอยู่ในโลกต่อไป" (Freire, 2004: 84 อ้างถึงใน Mooney, nd) แต่ปรัชญาการศึกษาของ Freire ประารถษา ที่จะปลดปล่อยและ ช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ นักเรียน โดยการส่งเสริมจิตสำนึกเชิงวิพากษ์ (critical consciousness) เกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ในโลกที่อยู่รอบตัว ตัวแบบการศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ ของ Freire จึงประกอบด้วยสามประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับความรู้



395274695

CU Thesais 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

และประสบการณ์จะเป็นตัวกำหนดรูปแบบการศึกษาของเขาเอง 2) การสนทนาระหว่างประชาชนนำไปสู่การจิตสำนึกเชิงวิพากษ์เกี่ยวกับสาเหตุที่เป็นรากเหง้าของปัญหาสังคม และ3) ฐานรากของโปรแกรมในตัวแบบการศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ สร้างทักษะ ความเชื่อมั่นและโอกาสสำหรับปัจเจกบุคคลและการปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม (Delp et al., 2005: 273 อ้างถึงใน Mooney, nd) ในสาระสำคัญ การจัดห้องเรียนของ Freire ก่อให้เกิดการคิดเชิงวิพากษ์เกี่ยวกับเนื้อหาวิชา หลักการกระบวนการเรียนรู้ และสังคมของพวกเขา (Dasgupta, et al., 2006: 248 อ้างถึงใน Mooney, nd) ตัวแบบการศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจของ Freire เชิญประชาชนให้เลือกวิชา แทนที่จะเป็นวัตถุ (objects) ในการอาศัยอยู่ในสังคมที่มีความซับซ้อน การทำให้เกิดความคิดที่มีการกระทำทางสังคมที่จะต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนของตน

จากแนวคิดกระบวนการจัดการศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง สรุปได้ว่าการศึกษาเพื่อสร้างพลังอำนาจ มี 3 ขั้นตอน คือ 1) การรับฟังและทำความเข้าใจประเด็นปัญหาที่พบ 2) ทาวิธีการให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการสนทนาปัญหานั้น และ3) ทาวิธีแก้ปัญหาได้ดีขึ้นอย่างมีวิสัยทัศน์

### 5.5 โครงสร้าง (ขั้นตอน) ของตัวแบบการศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ

ตัวแบบการศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจของ Freire ประกอบด้วยโครงสร้าง 3 ส่วน ซึ่งสามารถอธิบายได้เป็นสามขั้นตอน คือ 1) สร้างกลุ่มตามประเด็นหลัก 2) กำหนดปัญหา และ 3) ลงมือปฏิบัติ สะท้อนกลับ ลงมือปฏิบัติ (Rindner 2004: 79 อ้างถึงใน Mooney, nd) ในปี 1988 Wallerstein และ Bernstein เป็นสองคนแรกที่ได้ประยุกต์ตัวแบบของ Freire ให้เป็นลักษณะเฉพาะเพื่อนำไปใช้ในการให้สุขศึกษา (health education) โดยให้มีเนื้อหาแบบง่ายๆ ตามโครงสร้างง่ายๆ คือ การฟัง การสนทนา และการลงมือปฏิบัติ (listening, dialogue, action) งานวิชาการได้แสดงจุดสำคัญว่ากรอบของตัวแบบการศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจของ Freire ใช้ได้ทั้งการสอนตามแนวคิดของแพร่และการให้สุขศึกษาของ Wallerstein และ Bernstein อย่างไรก็ตาม การประยุกต์ใช้ทฤษฎี Wallerstein และ Bernstein ก็ได้รับการยอมรับและกลายมาเป็นมุมมองทางทฤษฎีที่สำคัญในด้านสาธารณสุข เป็นผลให้บทความนี้จะอธิบายโครงสร้างทางทฤษฎีที่เป็นส่วนประกอบของตัวแบบการศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจของ Freire ว่าสามารถประยุกต์ใช้ได้โดยเฉพาะเจาะจงต่อการให้สุขศึกษา

ตามแนวคิดของ Freire (1994) ขั้นตอนแรกของรูปแบบการศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ การสร้างกลุ่มตามประเด็นหลัก ผู้เข้าร่วมกลุ่มทำงานอย่างใกล้ชิดกับแนวคิดวัฒนธรรม จึงสามารถที่จะแบ่งปันประสบการณ์ และระบุความต้องการในชุมชนของตนได้ ในขั้นตอนนี้ ครูมีบทบาทในการวิพากษ์แต่ต้องไม่เป็นการแสดงอำนาจ ครูต้องแสดงออกว่าเป็นผู้สังเกตกระบวนการกลุ่ม บันทึกหัวข้อหลักของกลุ่ม เป็นผู้ฟังที่ดี (active listening) คือ ความตั้งใจฟัง สบตา ใช้ภาษาท่าทางและสรุป



395274695

ประเด็นเพื่อแสดงถึงความเข้าใจในสิ่งที่ได้รับ การเฝ้าสังเกตภาษากาย คำพูด น้ำเสียง ถ้อยคำ และนัยยะที่ซ่อนอยู่เบื้องหลัง ทำให้ผู้สังเกตการณ์สามารถเข้าใจความรู้สึกของผู้พูดและสะท้อนความรู้สึก และทำให้ผู้พูดมีกำลังใจในการพูดต่อ และครูเป็นผู้ให้ข้อมูลแก่นักเรียนและอธิบายให้กระจ่างเมื่อถูกถาม ในตัวแบบการศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ ครูเลือกที่จะเป็นผู้ชี้ทางแทนที่จะทำตัวเป็นผู้เชี่ยวชาญ "Freire แนะนำว่าครู ... กลายเป็นเพื่อนร่วมเรียนหรือเป็นหุ้นส่วนที่มีความเท่าเทียมกับนักเรียน... ในกระบวนการเรียนรู้" (Rinder, 2004: 79 อ้างถึงใน Mooney, nd) เป็นพันธมิตรที่มีความเป็นหนึ่งเดียวระหว่างครูและนักเรียน โดยครูยอมให้นักเรียนเป็นผู้ควบคุมและรักษาระดับความเป็นเจ้าของประสบการณ์การเรียนรู้ (learning experience) ของกลุ่ม ในขั้นตอนนี้ นักเรียนกำหนดเนื้อหาและทิศทางของการสะท้อนกลับของการศึกษา ซึ่งเป็นหัวข้อหลักขั้นแรกของการศึกษา ของ Freire

ในทำนองเดียวกัน Wallerstein and Bernstein (1988) อธิบายขั้นตอนแรกของรูปแบบการศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจดังนี้ "ฟังเพื่อทำความเข้าใจปัญหาหรือประเด็นหลักของชุมชน ดำเนินการในฐานะเป็นหุ้นส่วนที่เท่าเทียมกันกับสมาชิกในชุมชนเพื่อระบุปัญหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา" Wallerstein และ Bernstein ขยายการประยุกต์ใช้ในขั้นการฟังและออกแบบให้มีความเฉพาะเจาะจงต่อกิจกรรมสอดแทรกทางสาธารณสุข ฟังความคิดและประสบการณ์ของชุมชนอย่างถูกต้องและให้พลังอำนาจที่แสดงความเป็นมืออาชีพ กิจกรรมสอดแทรกด้านสาธารณสุขจะมีความเหมาะสมและมีประสิทธิผลในการตอบสนองความต้องการของชุมชนมากกว่าการประชุม

Freire (2002) กล่าวถึงขั้นที่สองของตัวแบบการศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจว่าคือ "ขั้นกำหนดปัญหา" ณ จุดนี้ กลุ่มอำนวยการความสะดวกแนะนำวงจรวัฒนธรรม ใช้สถานการณ์สมมุติกระตุ้นความคิดและ/หรือ คำถามที่ไม่มีง่าย การแก้ปัญหาหรือคำตอบที่กำหนดไว้ "ผ่านการตั้งปัญหาตัวนักเรียนเรียนรู้ที่จะตั้งคำถาม คำตอบมากกว่าเพียงที่จะตอบคำถาม การศึกษาเพื่อประสบการณ์นักเรียนคือสิ่งที่กลุ่มอำนวยการความสะดวกทำ ไม่เป็นสิ่งที่ทำกับพวกเขา "(Dasgupta et al., 2006: 248 อ้างถึงใน Mooney, nd) ระหว่างขั้นนี้ ปัญหาที่ซับซ้อนจะได้รับการอภิปรายจากกลุ่มที่ถูกสร้างขึ้นตามประเด็นของกลุ่ม เป้าหมายของขั้นตอนนี้เพื่อสมาชิกกลุ่ม ไม่ใช่เพื่อครูที่จะถามคำถามและแสดงความรู้สึกทางสีหน้า แสดงความคิด และกลยุทธ์ "(Rindner, 2004: 80 อ้างถึงใน Mooney, nd)

ในการสร้างกระบวนการนี้ ครูผู้สอนใช้ "รหัส" (codifications) (Freire, 1998 อ้างถึงใน Mooney, nd) เพื่อตั้งปัญหาและกระตุ้นการสนทนาระหว่างผู้เข้าร่วม Wallerstein และ Bernstein (1988 อ้างถึงใน Mooney, nd) อธิบายรหัสว่า "เป็นตัวแทนทางกายภาพที่เป็นรูปธรรมของปัญหาชุมชนที่ระบุไว้ในรูปแบบต่างๆ: บทบาทสมมุติ, เรื่องเล่า, ภาพนิ่ง, รูปถ่าย, บทเพลง ฯลฯ รหัสที่มีประสิทธิภาพแสดงให้เห็นถึงสถานการณ์ที่เป็นปัญหาที่มีหลายด้าน ซึ่งเป็นที่รู้จักของผู้เข้าร่วมกลุ่ม



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

และเปิดกว้างโดยไม่ต้องมีวิธีแก้ปัญหา "เมื่อครูห้ส ผู้เข้าร่วมกลุ่มจะถูกถามเพื่อแบ่งปันอารมณ์ความรู้สึกของพวกเขาที่เกิดขึ้นเมื่อครูห้ส และ "สะท้อนให้เห็นถึงความหมายของรหัสที่มีอยู่ในชีวิตของพวกเขาจากมุมมองทางสังคมวัฒนธรรม การเมือง ประวัติศาสตร์ และเศรษฐกิจ" (Rindner, 2004: 80 อ้างถึงใน Mooney, nd) ด้วยวิธีนี้ ขั้นตอนการตั้งปัญหาของรูปแบบเสียงสะท้อนกลับเป็นหัวข้อสำคัญในขั้นที่สองของปรัชญาการศึกษาของ Freire ที่ผู้เข้าร่วมกลุ่มได้พัฒนาจิตสำนึกเชิงวิพากษ์ของปัญหาสังคมในระดับของระบบนิเวศ

Wallerstein และ Bernstein (1988 อ้างถึงใน Mooney, nd) ขยายความการสร้าง "การตั้งปัญหา " ของ Freire ด้วยการสร้างเพิ่มขึ้น คือ "ขั้น" การสนทนา " ที่กระตุ้นให้เกิดการคิดเชิงวิพากษ์ ในขั้นตอนนี้ วงจรวัฒนธรรมสะท้อนให้เห็นถึงรหัสโดยการตอบสนองต่อกลยุทธ์ "การซักถาม" ทำขั้นตอน ที่ทำให้เกิดการสนทนาในระดับส่วนบุคคลเปลี่ยนมาเป็นการสนทนาเพื่อการวิเคราะห์สังคม และระดับการปฏิบัติ" ผู้เข้าร่วมกลุ่มจะถูกถามเพื่อให้อธิบายว่ารหัสทำให้พวกเขาารู้สึกอย่างไร การตัดสินใจเป็นกลุ่มในระดับไหนกับประเด็นทางสังคมที่กว้างขึ้น เพื่อแบ่งปันประสบการณ์ส่วนตัวที่เกี่ยวข้องกับประเด็นทางสังคม เพื่ออธิบายว่าทำไมประเด็นทางสังคมจึงยังมีอยู่ และเพื่อคิดแผนปฏิบัติการขึ้นใหม่ที่ใช้จัดการกับประเด็นทางสังคม ในการทำงานของวิทยุหนุ่มสาวที่อาจจะรู้สึกอายหรือประหม่าในโปรแกรมการให้สุขศึกษา กลยุทธ์การสำรวจทำขั้นตอน จะมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะกระตุ้นให้เกิดความหมาย ไตร่ตรอง และการอภิปรายเชิงวิพากษ์เกี่ยวกับประเด็นทางสังคม

แฟร์รี่ (1998 อ้างถึงใน Mooney, nd) เรียกว่าขั้นที่สามของรูปแบบการศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจว่า "วิธีการปลดปล่อย" (praxis) ซึ่งหมายถึง "ลงมือกระทำ ไตร่ตรอง ลงมือกระทำ" (act-reflect-act)(Rindner,2004:80) ณ จุดนี้ในกระบวนการผู้เข้าร่วมกลุ่มจะถูกส่งออกไปสู่ชุมชนของพวกเขา เพื่อนำความรู้ที่ได้จากการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในสภาพแวดล้อมที่เป็นจริง ตามชื่อที่แสดงนัย ลงมือกระทำ ไตร่ตรอง ลงมือกระทำ ขั้นตอนนี้ของตัวแบบเป็นวัฏจักรในธรรมชาติ ผู้เข้าร่วมกลุ่มคิดแผนปฏิบัติการขึ้นใหม่เพื่อใช้จัดการกับปัญหาสังคม นำไปปฏิบัติและทดสอบแผนของพวกเขาในชุมชน และสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของแผนในวงจรวัฒนธรรมของพวกเขา "วิธีทางนี้ นักเรียนทดสอบสมมติฐานนอกห้องเรียนและสะท้อนกลับแบบมีวิจารณญาณให้เห็นถึงสิ่งที่ทำงานได้ผลและสิ่งที่ทำไม่ได้" (Rindner, 2004: 80 อ้างถึงใน Mooney, nd) Freire เรียกว่า การกระทำที่มีการสะท้อนกลับอย่างมีวิจารณญาณนี้ว่า "การปลุกมโนธรรมสำนึก" (conscientization) หรือกระบวนการที่นักเรียนไม่เป็นผู้รับ แต่เป็นผู้ที่มีวิชาความรู้ บรรลุถึงการรับรู้ที่ลึกซึ้งซึ่งทั้งที่เกี่ยวกับความเป็นจริงทางสังคมวัฒนธรรมที่ดำรงชีวิตอยู่ และความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงสิ่งต่างๆ ให้กลายเป็นความจริง (แฟร์รี่,1998 Existence in and with the World section) ขั้นตอนสุดท้าย ซึ่งเป็นขั้นที่สามของปรัชญาการศึกษาของแฟร์รี่ ได้จัดการปฏิบัติ (action) ไว้ซึ่งจะทำให้นักเรียนจบการศึกษาจากประสบการณ์การศึกษาของพวกเขา มีทักษะและความเชื่อมั่น



395274695

CD 1Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

ที่จะมีความพยายามในการทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดให้สำเร็จลุล่วงไป ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ในชุมชนของตน

Wallerstein และ Bernstein (1988 อ้างถึงใน Mooney, nd) อธิบายขั้นตอนที่สามของตัวแบบการศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจว่า เป็นการกระทำและมีการสะท้อนให้เห็นถึงกระบวนการที่เกิดขึ้นว่า สามารถช่วยให้ประชาชนเรียนรู้จากการชวนชวายเป็นหมู่คณะในการเปลี่ยนแปลงและกลายเป็นความสัมพันธ์ที่ลึกซึ้งที่เอาชนะวัฒนธรรมสังคม หรือปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในประวัติศาสตร์ ในชุมชนของพวกเขา วิธีการนี้ตระหนักถึงความยากลำบากและความซับซ้อนของการจัดการกับปัญหาสังคมในโลกแห่งความจริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาสังคมที่เชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดกับความไม่เสมอภาคด้านสุขภาพ Wallerstein และ Bernstein (1988 อ้างถึงใน Mooney, nd) เน้นย้ำในบทความเกี่ยวกับการให้สุขศึกษาของเขาที่ปัญหาสังคมเผชิญกับสาธารณสุข หันหน้าไปทางสุขภาพของประชาชนไม่ได้มีการแก้ปัญหาได้ทันที และแม้การเปลี่ยนแปลงที่เราแสวงหาอาจจะค่อย ๆ ปรากฏขึ้นอย่างช้าๆ การสังเกตอย่างรอบคอบนี้ เป็นสิ่งที่ทำให้วิธีการปลดปล่อย (praxis) ของ Freire มีคุณค่าเพิ่มมากขึ้น และเป็นตัวแบบการศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจที่มีความสำคัญอย่างต่อเนื่องในสาขาสาธารณสุข ความพยายามสะท้อนคิดด้วยตนเองจุดประกายการเปลี่ยนแปลงทางสังคม

จากแนวคิดโครงสร้าง (ขั้นตอน) ของตัวแบบการศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจของ Freire สรุปได้ว่า ตัวแบบการศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย 3 ส่วน ซึ่งสามารถอธิบายได้เป็นสามขั้นตอน คือ 1) สร้างกลุ่มตามประเด็นหลัก 2) กำหนดปัญหา และ 3) ลงมือปฏิบัติ และสะท้อนกลับ ต่อมาในปี 1988 Wallerstein และ Bernstein ได้ประยุกต์ตัวแบบของ Freire ให้เป็นลักษณะเฉพาะเพื่อนำไปใช้ในการให้สุขศึกษา (health education) โดยให้มีเนื้อหาแบบง่ายๆ ตามโครงสร้างง่ายๆ คือ การฟัง การสนทนา และการลงมือปฏิบัติ (listening, dialogue, action) ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าวิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดของ Wallerstein และ Bernstein ในการศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน

## 5.6 ปฏิบัติการที่ใช้ตัวแบบการศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ

รูปแบบการศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจได้มีการนำไปประยุกต์ใช้เป็นกิจกรรมสอดแทรก (interventions) ทางด้านสาธารณสุขจำนวนมาก ยกตัวอย่างเช่น การป้องกันการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นที่มีปัญหาทางจิตเวช (Rindner, 2004 อ้างถึงใน Mooney, nd) การปรับปรุงความฉลาดด้านสุขภาพของมารดาที่มีรายได้น้อยในแคนาดา (Porr et al., 2006 อ้างถึงใน Mooney, nd) การมีส่วนร่วมของเยาวชนคนที่เป็นชนกลุ่มน้อยในโครงการผู้นำเพื่อการจัดการปัญหาสุขภาพในสถานที่ทำงานและในสิ่งแวดล้อม (Delp et al., 2005 อ้างถึงใน Mooney, nd) การศึกษาเพื่อเปลี่ยนแปลงความยุติธรรมทางสังคมในโรงเรียนแพทย์ (Dasgupta et al., 2006 อ้างถึงใน Mooney, nd) การประเมินความต้องการของชุมชนโดยนักศึกษาโครงการการถ่ายภาพ (Downey, 2009 อ้างถึงใน Mooney, nd) และ



395274695

CU Thesais 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

การรณรงค์เพื่อสนับสนุนความรู้ที่ครอบคลุมในการรู้เท่าทันสื่อ (Bergsma, 2004 อ้างถึงใน Mooney, nd) และที่เป็นจุดเด่นที่สุดของตัวแบบการศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจของแพร์ที่แสดงให้เห็นว่าตัวแบบนี้มีกิจกรรมสอดแทรกที่เป็นรากฐานที่มีความเฉพาะเจาะจงต่องานสาธารณสุข คือ โปรแกรมป้องกันการติดแอลกอฮอล์และสารเสพติด (The Alcohol and Substance Abuse Prevention: ASAP Program) ของมหาวิทยาลัย University of New Mexico School of Medicine ซึ่งเป็นโรงเรียนแพทย์ (วอลเลอร์ et al., 1988 อ้างถึงใน Mooney, nd) โปรแกรม ASAP ตัวอย่างที่โดดเด่นของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีตั้งที่กิจกรรมสอดแทรกทางสาธารณสุข เป็นครั้งแรกที่มีการรวมเข้าเป็นหนึ่งเดียวกันกับตัวแบบการศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจของแพร์เกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันการใช้สารเสพติด

โปรแกรม ASAP คือ โปรแกรมที่ใช้ชุมชนและโรงเรียนเป็นฐานในการป้องกันแบบมีส่วนร่วม โดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือ นักเรียนหลายเชื้อชาติในโรงเรียนที่มีนักเรียนอายุ 11-14 ปี (middle school) โรงเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย (high school) ในรัฐนิวเม็กซิโก เพราะเป็นรัฐที่มีอัตราป่วยและอัตราตายผิดธรรมดา ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ วัตถุประสงค์ของโปรแกรม คือ การลดการเสียชีวิตส่วนเกินในหมู่คนหนุ่มสาว และเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจให้เยาวชน จากประชากรที่มีความเสี่ยงสูงให้สร้างทางเลือกในการทำให้มีสุขภาพดีขึ้นและดำเนินชีวิตด้วยตัวเอง เพื่อแสดงบทบาททางการเมือง ซึ่งมีพลังและบทบาททางสังคมในชุมชนและสังคมของพวกเขา และผู้เข้าร่วมของชุมชนจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวก (Wallerstein et al., 1988: 383 อ้างถึงใน Mooney, nd) เป็นครั้งแรกที่กิจกรรมสอดแทรก (intervention) ประยุกต์ใช้ตัวแบบการศึกษาของแพร์ เหมือนกับเป็นทฤษฎีรากฐานของตัวเอง โปรแกรม ASAP ได้กลายเป็นตัวอย่างที่สำคัญเกี่ยวกับประสิทธิผลของตัวแบบในสาขาสาธารณสุข และมีความเฉพาะเจาะจงต่อการป้องกันสารเสพติด

ในโปรแกรม ASAP กำหนดให้นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นและนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายเข้าเยี่ยมชมมหาวิทยาลัย University Hospital Emergency Center และ County Detention Center ซึ่งเป็นมหาวิทยาลัยโรงพยาบาลศูนย์ฉุกเฉินและศูนย์กักกันในเขตมหานครอัลบูเคอร์คี รัฐนิวเม็กซิโก ณ สถานที่ทั้งสองแห่งนี้ นักเรียนเหล่านี้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและผู้ต้องขัง ซึ่งเกิดปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์และเสพยาเสพติด รวมทั้งสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยและผู้ต้องขัง และได้สัมภาษณ์บุคคลเหล่านั้น อาสาสมัครพยาบาลและนักศึกษาด้านสุขศึกษาทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวกในการอภิปรายกลุ่มเล็ก ๆ ของนักเรียน โดยยึดหลักการของตัวแบบการศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อช่วยให้เกิดกระบวนการที่นักเรียนนำประสบการณ์การปฏิบัติของตนมาใช้ ปฏิบัติในโรงเรียนและชุมชนของตนเอง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของพวกเขา คือ ลดการเสียชีวิตของนักเรียน โปรแกรม ASAP ดำเนินกิจกรรมที่มีความเฉพาะเจาะจงที่สอดคล้องกับขั้นตอนของการศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในแต่ละชั้น คือ การฟัง สนทนา และปฏิบัติ



395274695

CU Thesais 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

โปรแกรม ASAP ดำเนินการขั้นตอนการรับฟังของตัวแบบได้อย่างยอดเยี่ยม โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม ในช่วงเวลานี้ นักเรียนรวมกลุ่มระดมสมองตั้งคำถามเพื่อถามผู้ป่วยที่โรงพยาบาลและผู้ต้องขัง นักเรียนแสดงบทบาทในการฟังโดยใช้ทักษะการฟังที่ดี (active listening) และหลังจากการสัมภาษณ์ นักเรียนแบ่งปันความรู้สึกและปฏิกิริยาของพวกเขาต่อเรื่องราวการต่อสู้กับการติดยาเสพติด และเครื่องมือแอลกอฮอล์ Wallerstein และ Bernstein (1988) รวมโครงสร้างของการฟังเป็นกิจกรรมสอดแทรกในระดับองค์กรด้วยเช่นกัน ยกตัวอย่างเช่น นักเรียนและผู้อำนวยการความสะดวถูกกระตุ้นให้เขียนข้อมูลป้อนกลับหลังจากแต่ละกลุ่มประชุมกลุ่มเสร็จ เพื่อประเมินผลกิจกรรมนโยบาย และกระบวนการของโปรแกรม

โปรแกรม ASAP ดำเนินการในขั้นตอนการสนทนาของตัวแบบการใช้รหัสต่างๆ เพื่อกระตุ้นการอภิปรายเกี่ยวกับสารเสพติดในชุมชน เมื่อกลุ่มพบกันในสภาพแวดล้อมโรงพยาบาล การสัมภาษณ์ผู้ป่วยอาจใช้รหัสเพื่อเริ่มต้นการสะท้อนกลับของนักเรียน รหัสเช่น เรื่องราวส่วนตัว บทกวี วิดีโอ เพลงหรือการถ่ายภาพ รหัสกระตุ้นการอภิปรายในประเด็นความรู้สึกที่อาจจะเป็นความทุกข์หรือเจ็บปวด คุณค่าของรหัส คือ ช่วยให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการสนทนาเชิงบวกเกี่ยวกับประสบการณ์หรือวัตถุประสงค์ที่ถูกถอดออกในเบื้องต้นจากรหัส (Wallerstein et al., 1988: 386 อ้างถึงใน Mooney, nd) รหัสอย่างหนึ่งที่ใช้ในโปรแกรม ASAP คือ “ทริกเกอร์วิดีโอ” ที่ปรากฏให้เห็นภาพทางอารมณ์ที่ vignettes ของนักเรียนขณะการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังและเมาแล้วขับ (Wallerstein et al., 1988: 386 อ้างถึงใน Mooney, nd) โครงสร้างการอภิปรายกลุ่มจะกำหนดให้อภิปรายให้ครอบคลุมทุกๆ ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับรหัส นักเรียนสามารถแสดงความคิดเห็นจากประสบการณ์และความรู้สึกของตนเองเกี่ยวกับปัญหาทางสังคมที่เป็นรูปธรรม และในที่สุดก็เปลี่ยนความรู้สึกของพวกเขาที่ทำให้มีการปฏิบัติในสังคม

โปรแกรม ASAP ดำเนินการขั้นตอนสุดท้ายของตัวแบบการศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในขั้นตอนการปฏิบัติ โดยใช้ชุดคำถามกระตุ้นความคิดที่มีปฏิกิริยาต่อรหัส ยกตัวอย่างเช่นในการตอบสนองต่อเรื่องราวส่วนบุคคลของผู้ป่วย นักเรียนจะนำเสนอคำถามปลายเปิด เช่น "เธอได้รับความช่วยเหลืออย่างไร?" "อะไรคือวิธีที่ดีกว่าสำหรับคุณที่จะจัดการกับความเหงาของคุณเอง?" และ "เราสามารถป้องกันปัญหาชุมชน และปรับปรุงความภาคภูมิใจในตนเองของชุมชนโดยวิธีใด" (Wallerstein et al., 1988: 386 อ้างถึงใน Mooney, nd) โดยจุดเริ่มต้นที่จะตอบคำถามที่ซับซ้อนเหล่านี้ ก็เป็นความหวังว่านักเรียนจะสามารถระบุวิธีการที่จะดำเนินการในชุมชนของพวกเขาเพื่อต่อสู้กับสารเสพติด นักเรียนที่เป็นสมาชิกของ ASAP โปรแกรม ยกตัวอย่างเช่น ดำเนินการในชุมชนของตนโดยการสร้างความร่วมมือกับสาขา Students Against Drunk Driving Chapter (นักเรียนต่อต้านการเมาแล้วขับ) เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจของนักเรียนเพื่อสร้างทางเลือกที่ปลอดภัยและมีสุขภาพดีเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์



395274695

CU Thesais 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7



โปรแกรม ASAP ได้แสดงให้เห็นประสิทธิภาพในหลายรูปแบบ ในระดับบุคคล มี "การเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากแบบประเมินตนเองด้านการรับรู้ ความเสี่ยงของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเสพยาเสพติดและการขับรถ" ในหมู่นักเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรมแทรกแซง ซึ่งได้ติดตาม ณ เดือนที่แปดจากวันที่เข้าร่วมกิจกรรม (Wallerstein et al., 1988: 387 อ้างถึงใน Mooney, nd) จากการศึกษาเชิงคุณภาพ นักเรียนยังได้แสดงความคิดเห็นว่า "พวกเขามีความตระหนักมากขึ้นเกี่ยวกับผลกระทบของปาร์ตี้และการดื่ม และพฤติกรรมการขับขี่ของพวกเขา" เนื่องจากได้เข้าร่วมกิจกรรมกับโปรแกรม ในระดับชุมชนประสิทธิภาพของโปรแกรมได้แสดงให้เห็นในการนำเสนอผลงานของนักเรียนที่ได้รับในที่ประชุมสภาเผ่าพันธุ์ (Tribal Council) รวมทั้งการมีส่วนร่วมของนักเรียนในการจัดการยาเสพติดและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน โดยการกระทำหรือวางแผนเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย สรุปสั้นๆ โปรแกรม ASAP แสดงให้เห็นถึง "วัยรุ่นสามารถและมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหาและกระบวนการดำเนินการของชุมชน (Wallerstein et al., 1988: 389 อ้างถึงใน Mooney, nd) ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนได้รับประโยชน์ในฐานะผู้นำในโรงเรียนของพวกเขาและในชุมชนของพวกเขา และทัศนคตินักเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมเครื่องดื่มของตัวเองที่มีความเสี่ยงได้รับผลกระทบในเชิงบวกเช่นกัน ผลลัพธ์เหล่านี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรม ASAP มีสมรรถนะให้บรรลุเป้าหมายหลักสามประการของตัวแบบการศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจของ Freire; การมีส่วนร่วมของชุมชนและการมีส่วนร่วมของเยาวชน การสนทนาเป็นวิธีที่จะสร้างจิตสำนึกเชิงวิพากษ์ของปัญหาสังคมและการดำเนินการร่วมกันเป็นผลมาจากการพัฒนาทักษะ ความเชื่อมั่นและโอกาส ขึ้นใหม่

## ตอนที่ 6 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม

ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support theory) มีแนวคิดมีพื้นฐานจากทฤษฎีที่เป็นผลมาจากการศึกษาทางสังคมจิตวิทยา ซึ่งในช่วงเวลาที่ผ่านมา ได้มีการศึกษาถึงผลกระทบของแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ รวมทั้งต่อพฤติกรรมสุขภาพด้วย ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้คนมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพ ที่จะทำให้สุขภาพของบุคคลนั้น หรือกลุ่มนั้นดีไปด้วย พบว่า "การตัดสินใจส่วนใหญ่ของคนเรานั้น จะขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคล ซึ่งมีความสำคัญและมีอำนาจเหนือกว่าตัวเราอยู่ตลอดเวลา" โดยตัวแปรทางจิตสังคมมีผลต่อสุขภาพหรือความเจ็บป่วยที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมของคน ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ และเป็นสิ่งที่จำเป็นในสังคมปัจจุบัน ซึ่งแรงสนับสนุนนี้อาจได้รับมาจากบุคคลที่ใกล้ชิด เช่น ผู้ปกครอง พ่อ แม่ ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน หรือบุคลากรทางการแพทย์ก็ได้ ทั้งนี้เพราะการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมไทยเรา มีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ต้องอาศัยการพึ่งพาซึ่งกันและกันแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นความจริงที่ว่าคนเราเกิดมาแล้วไม่ได้อยู่คนเดียวในสังคม ต้องมีการติดต่อพบปะกับบุคคลอื่นเสมอบางคนอาจ



395274695

CU Thesais 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

จะใกล้ชิดกันมาก บางคนอาจจะใกล้ชิดกันน้อย การติดต่อกันทำให้รู้จักกัน ทำให้เกิดความสัมพันธ์กับคนอื่นหลายคน จนกลายเป็นเครือข่ายทางสังคม (Social network) ขึ้น เครือข่ายทางสังคมเป็นเครือข่ายโยงใยที่แสดงให้เห็นว่าคนนั้นมีการติดต่อสัมพันธ์กับใครบ้าง เช่น กับคนในครอบครัวและญาติ เป็นต้น จากคนใกล้ตัวขยายวงกว้างออกไปถึงเพื่อนบ้าน เพื่อนที่เรียนหนังสือด้วยกัน เพื่อนร่วมงาน ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและสมาชิกชมรม หรือสมาคมต่าง ๆ เป็นต้น ในแง่ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการวางแผนครอบครัว ปัจจุบันนี้ผลการศึกษาวิจัยหลายชิ้นที่บ่งบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพ การได้ติดต่อกันและสื่อสารกันทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร สร้างความสนิทสนมคุ้นเคยทำให้มีโอกาสเกื้อหนุนซึ่งกันและกัน มีการช่วยเหลือกัน บางครั้งบุคคลหนึ่งอาจจะเป็ฝ่ายให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่น แต่บางครั้งอาจจะเป็ผู้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่นด้วย การสนับสนุนเกื้อกูลกันทำให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support)

### 6.1 ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคม

จากการสังเคราะห์สรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การช่วยเหลือเกื้อกูลที่ผู้ให้การสนับสนุนได้ให้แก่ผู้รับแรงสนับสนุน ทั้งการติดต่อสื่อสารข้อมูลข่าวสารได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ตัวเอง (Cobb, 1976) เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ (Pilisuk, 1982) รู้สึกที่ดีต่อกัน เข้าใจและเชื่อว่า มีบุคคลความรัก ความห่วงใย ความเอาใจใส่ สนใจ ความผูกผันซึ่งกันและกัน ให้การยอมรับในพฤติกรรมซึ่งกันและกัน (Kahn, 1979) นับถือไว้วางใจ ยกย่อง การให้สิ่งของ การเงิน กำลังแรง คนตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับ โดยใช้ข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และสามารถประเมินตนเอง (House, 1981) เห็นคุณค่าในสิ่งที่ปฏิบัติ การให้กำลังใจ เพื่อเป็นเกราะกำบังภัย (WHO, 1986) ที่ผู้ได้รับแรงสนับสนุนจะได้รับ โดยคำนึงถึงแหล่งที่มาของแรงสนับสนุนทางสังคมด้วย (Hubbard, Mulenkamp and Brown, 1984) จนกระทั่งทำให้ผู้ได้รับแรงสนับสนุนหรือแรงผลักดันนั้น (Caplan, 1976) สามารถปฏิบัติไปในทางที่ดีเพื่อตนเอง

### 6.2 องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม

จากความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม เราสามารถพิจารณาองค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคมตามที่พิลิสุก (Pilisuk, 1982) ได้อธิบายองค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้

6.2.1 ต้องเป็นการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุน

6.2.2 การติดต่อสัมพันธ์นั้นจะต้องประกอบด้วย

6.2.2.1 ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่าเป็นการเอาใจใส่ รักและหวังดีด้วยความจริงใจ

6.2.2.2 ข้อมูลข่าวสารนั้นจะต้องทำให้ผู้รับรู้สึกว่ามีค่าเป็นที่ยอมรับของสังคม

6.2.2.3 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์แก่สังคม

6.2.3 ปัจจัยนำเข้า ในการสนับสนุนสังคม ปัจจัยนำเข้าอาจอยู่ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น ข้อมูล วัสดุสิ่งของ หรือการให้กำลังใจ

6.2.4 การสนับสนุนจะต้องเป็นการช่วยให้ผู้รับบรรลุจุดมุ่งหมายที่เขาต้องการ

### 6.3 ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

การศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม พบว่า สามารถแบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมไว้มากมาย ในที่นี้จะกล่าวเพียงบางส่วนของเท่านั้น ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ คือ

6.3.1 การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) คือ การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใย (House, 1981) ความผูกพัน ความอบอุ่นใจ และความรู้สึกเชื่อมั่นและไว้วางใจ (Schaefer, 1981) การให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับเห็นคุณค่าและการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Thoits, 1982)

6.3.2 การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) คือ การให้คำแนะนำ (Suggestion) การตักเตือน การให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสารรูปแบบต่างๆ (House, 1981) ในการแก้ปัญหาหรือการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและการกระทำของบุคคล (Schaefer, 1981)

6.3.3 การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrumental support) คือ เป็นการให้ความช่วยเหลือในสิ่งของเงินทอง หรือบริการ ระดับของการให้แรงสนับสนุนทางสังคม (Schaefer, 1981) การช่วยเหลือด้านแรงงาน อุปกรณ์ ที่จะทำให้บุคคลที่ได้รับนั้นสามารถดำรงบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบได้ตามปกติ (Thoits, 1982) รวมถึงเวลาที่ให้ผู้รับแรงสนับสนุน (House, 1981)

6.3.4 การสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล (Appraisal support) คือ การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feed Back) การเห็นพ้องหรือให้รับรอง (Affirmation) ผลการปฏิบัติ หรือการบอกให้ทราบผลถึงผลดี ที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น (House, 1981)

### 6.4 แหล่งสนับสนุนทางสังคม

แคปแลนและคณะ (Kaplan, et al., 1977) ได้กล่าวไว้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมนั้น ต้องพิจารณาถึงความสัมพันธ์ที่มีอยู่ของแหล่งที่ให้การสนับสนุน คือได้จากคนที่มีความสำคัญต่อคนคนนั้น และคนที่มีความสำคัญดังกล่าว เป็นคนที่อยู่ในเครือข่าย (Social network) ของแต่ละคน (Norbeck, 1982) และจากการศึกษาของแคปแลนและคณะ พบว่า คนที่ขาดการติดต่อกับคนในสังคม จะทำให้เกิดโรคสังคมแตกแยก (Social breakdown syndrome) คือ เป็นอาการที่ไม่เป็นตัวเอง ตัดสินใจไม่ได้ ขาดความเชื่อมั่นในตนเองและไม่สามารถดูแลตัวเองได้ และในทางตรงกันข้าม คนเราอยู่ในสังคม เมื่อประสบปัญหาหมักจะได้รับความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากบุคคลในเครือข่ายของบุคคลนั้น ๆ ซึ่งจะทำให้ความคาดหวังของแต่ละคนเป็นจริง แรงสนับสนุนทางสังคมจำเป็นอย่างยิ่งต่อการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะเมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือมีปัญหา เฮาส์ (House, 1981) ได้จำแนกบุคคลที่เป็นแหล่งแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ 2 กลุ่ม ตามลักษณะความสัมพันธ์ คือ

6.4.1 กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ หรือกลุ่มแรงสนับสนุนจากแหล่งปฐมภูมิ หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่น โดยมีความสัมพันธ์กันตามธรรมชาติ (Spontaneous or natural supportive system)

6.4.1.1 บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง (Kin) คือ ปู่ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ เครือญาติ คู่สมรส

6.4.1.2 บุคคลครอบครัวใกล้ชิด (Kinth) คือ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน คนรู้จัก คู่เคียง คนที่ทำงานเดียวกัน ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างยิ่งโดยเฉพาะแรงสนับสนุนทางอารมณ์

6.4.2 กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ หรือแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งทุติยภูมิ ถือว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ หมายถึง บุคคลที่ให้การช่วยเหลือบุคคลอื่นโดยเกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงาน หรือวิชาชีพ ซึ่งมีลักษณะการช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจงประเภทใดประเภทหนึ่งเป็นส่วนใหญ่

6.4.2.1 กลุ่มผู้ช่วยเหลือทางวิชาชีพ (Professional health care worker) หมายถึงบุคคลที่อยู่ในวงการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนโดยอาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ทีมสุขภาพ

6.4.2.2 องค์กรหรือสมาคมที่ให้การสนับสนุน (Organization support) หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มารวมตัวกันเป็นหน่วย ชมรม สมาคม ซึ่งไม่ใช่กลุ่มที่จัดโดยกลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพ คือ สมาคมผู้สูงอายุ เป็นต้น (ครู พระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสาร และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

#### 6.4.3 ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม

นักพฤติกรรมศาสตร์ชื่อ Gottlieb (1985) ได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็น 3 ระดับ

6.4.3.1 ระดับกว้าง (Macro level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วมหรือการมีส่วนร่วมในสังคมอาจวัดได้จากสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่าง ๆ และการดำเนินชีวิตในสังคม

6.4.3.2 ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo level) เป็นการมองโครงสร้างและหน้าเครือข่ายทางสังคมด้วยการวัดอย่างเฉพาะเจาะจงถึงกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธ์ภาพกันอย่างสม่ำเสมอ คือ กลุ่มเพื่อนชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับนี้คือ การให้คำแนะนำช่วยเหลือด้านวัตถุประสงค์ความเป็นมิตรและการสนับสนุนด้านอารมณ์

6.4.3.3 ระดับแคบหรือลึกลับ (Micro level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้เชื่อว่าคุณภาพของความสัมพันธ์ มีความสำคัญ

มากกว่าปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม คือ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีความใกล้ชิดทางด้านอารมณ์มากที่สุด

#### 6.4.4 ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพ

มีรายงานการศึกษาวิจัยที่บ่งบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพอนามัยพอสรุปได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

##### 6.4.4.1 ผลต่อสุขภาพกาย แบ่งออกเป็น

6.4.4.1.1 ผลโดยตรง จากรายงานผลการศึกษาของ เบอร์กแมน และไซม์ (Berkman and Syme, 1979) ซึ่งติดตามผลในวัยผู้ใหญ่จำนวน 700 คน ที่อาศัยอยู่ในเมือง อามิตา รัฐแคลิฟอร์เนีย เป็นเวลานาน 9 ปี โดยรวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับความเป็นอยู่ทั่วไปของสุขภาพอนามัย และสถิติชีพที่สำคัญ รวมทั้งแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย มีอัตราป่วยและตายมากกว่าผู้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากถึง 2.5 เท่า ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในทุกเพศ ทุกเชื้อชาติ และทุกระดับเศรษฐกิจการศึกษาของ คอบบ์และแคสเซล (Cobb, 1976 and Cassel, 1961) พบว่าผู้ป่วยเป็นวัณโรค ความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม หรือถูกตัดขาดจากเครือข่ายแรงสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้การศึกษาทางระบาดวิทยาสังคมยังพบว่า คนที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม จะเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะของการติดโรคได้ง่าย เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงระบบต่อมไร้ท่อ และมีผลทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดลงอีกด้วย

##### 6.4.4.1.2 ผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำใน

การรักษาพยาบาล (Compliance to regimens) มีรายงานผลการศึกษา เป็นจำนวนมาก ที่บ่งบอกถึงผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรม การปฏิบัติตามคำแนะนำของคนไข้ ซึ่งเบอร์เกอร์ (Burgler อ้างใน Pilisuk, 1985) พบว่าผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีครอบครัวคอยให้การสนับสนุนในการควบคุมพฤติกรรม และผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมากจะเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามคำแนะนำมากกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

##### 6.4.4.1.3 ผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค คอบบ์ (Cobb, 1976)

และแลงลี (Langlie, 1977) ได้รายงานผลการศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพร่างกายประจำ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร พบว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

##### 6.4.4.2 ผลต่อสุขภาพจิต ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพจิต

มีลักษณะเช่นเดียวกับสุขภาพกาย คือ พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตบุคคลช่วยลดความเจ็บป่วย อันเนื่องมาจากความเครียดและช่วยลดความเครียด ซึ่งจะมีผลต่อการเพิ่มความต้านทานโรคของบุคคลได้ และแคพแลป (Caplan, 1974) กล่าวว่า การสนับสนุนทางอารมณ์ เป็นสิ่งที่ช่วยลดผลของความเครียด ที่มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจในผู้ที่ทำงาน มีความเครียดมาก และผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำมีโอกาสเสี่ยง ต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจมากกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง

จากการศึกษาข้างต้นสรุปได้ว่า แนวคิดเกี่ยวแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การสนับสนุนและให้การช่วยเหลือเกื้อกูลจากบุคคล หน่วยงานหรือองค์กรต่างๆในสังคมในด้านต่างๆ เพื่อให้เกิดความสะดวกในการดำเนินการใดๆทางสังคมให้เป็นไปอย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ เช่น การติดต่อสื่อสารการให้ข้อมูลข่าวสารที่มีประโยชน์ต่อการดำเนินงานการช่วยเหลือที่เป็นวัตถุและแรงงานทำให้คนในสังคมรู้สึกที่ดีต่อกัน เข้าใจกันและทำให้เกิดความรัก ความห่วงใย ความเอาใจใส่ สนใจ มีความผูกพันซึ่งกันและกัน ให้การยอมรับในพฤติกรรมซึ่งกันและกัน สามารถมีพลังในการปฏิบัติต่อตนเองและสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ชนิดของการสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์หรือความรู้สึกที่ดีต่อกัน การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ และการให้การสนับสนุนด้านการประเมินผล ผลของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จะส่งผลต่อสุขภาพกายคือการปฏิบัติตนให้เป็นผู้มีสุขภาพกายที่ดี และผลต่อสุขภาพจิตคือการเกิดความมั่นคงทางอารมณ์และเชื่อมั่นในคุณค่าของตนเองของบุคคลนั้นๆ

## ตอนที่ 7 แนวคิดเกี่ยวกับทุนทางสังคม

### 7.1 ความหมายของทุนทางสังคม

นักวิชาการหลายท่านทั้งไทยและต่างประเทศ พยายามกำหนดความหมายให้เกิดความชัดเจนและครอบคลุมในแง่มุมต่าง ๆ ดังนี้ ทุนทางสังคมของคนไทย ไม่ใช่มีความหมายเพียงแค่คุณภาพของคนไทย สังคมที่อนาถยติ การศึกษาดี และมีสมรรถภาพในการผลิตเท่านั้น คนไทยยังมีทุนทางสังคมอีกมากมาย เพียงแต่ไม่มีโอกาสพัฒนาด้านความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นดังนี้ (นิธิ เอียวศรีวงศ์, 2541: 1)

7.1.1 ความสัมพันธ์ที่ดีของครอบครัว เครือญาติ กับผู้อื่นในชุมชน เช่น แรงงานคืนถิ่นต้องอาศัยครอบครัวและเครือญาติในการดำรงชีวิต

7.1.2 ความรู้ที่เกิดจากการเรียนรู้จากครอบครัวและชุมชนสามารถปรับและเป็นส่วนสนับสนุนในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมสมัยใหม่ได้

7.1.3 ความรู้พื้นบ้านเกี่ยวสุขภาพ เช่น สมุนไพร หมอพื้นบ้าน

7.1.4 การรวมกลุ่มเป็นองค์กรประชาชนในชุมชน

## 7.1.5 การมีความสุขจากความสงบและสันโดษ

## 7.1.6 การมีเศรษฐกิจที่หมุนเวียนอยู่ในชุมชน เช่น จ้างคนในชุมชน บริโภค

## ทรัพยากรในชุมชน

สำหรับทุนทางสังคม สิ่งที่ควรระมัดระวังเป็นพิเศษ คือ กระบวนการแปรเป็นสินค้า อันเป็นวิธีคิดแบบของระบบทุนนิยมที่มักจะพยายามแปรเปลี่ยนทุกอย่างแม้แต่ภูมิปัญญาและวัฒนธรรม ให้กลายเป็นสินค้าทางวัฒนธรรม เพื่อสามารถแลกเปลี่ยน ซื้อ-ขาย อย่าให้กลายเป็นว่าเราลงทุนด้วยทุนทางสังคม เพื่อเป็นสินค้าของการท่องเที่ยว และที่สำคัญเป็นสินค้าของโครงการพัฒนาที่บรรดาหน่วยงานพัฒนาต่าง ๆ หยิบฉวยมาเสริมสร้างสถานะ อำนาจหรือความชอบธรรมให้แก่ตนเอง ผ่านวาทกรรมชุดแล้วชุดเล่าหรือเล่นกับคำใหม่ ๆ มากกว่าจะคำนึงถึงผลลัพธ์ที่แท้จริงจะนำสู่ความเข้มแข็งให้แก่ชุมชนได้อย่างไร (อนเนก นาคะบุตร, 2541: 33-34) ซึ่งความเป็นกลุ่มก้อนของสังคม การมีการศึกษาดี การมีวัฒนธรรม การมีความซื่อสัตย์สุจริต การมีความรับผิดชอบ ต่อส่วนรวม การมีประสิทธิภาพในการทำงาน (ประเวศ วสี, 2542: 27) ทุนทางสังคมมิใช่เรื่องใหม่ที่เกิดขึ้นในประเทศไทยหากแต่เป็นคุณค่าเดิมที่สังคมไทย มีอยู่สังคมไทยมีคุณค่าที่เป็นทุนทางสังคมของตนเองมานานแล้วและมีอยู่อย่างมากมาย ได้แก่ 1) ระบบคุณค่า อุดมการณ์ ความเชื่อ ที่วางอยู่บนพื้นฐานของความเคารพอ่อนน้อมต่อธรรมชาติ หรือกำหนดตนเองเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ อันมีรากฐานมาจากพุทธศาสนา 2) ภูมิปัญญาท้องถิ่น และกระบวนการเรียนรู้ที่ชุมชนสรรค์สร้างและส่งสมมา เพื่อการดำรงชีพ เช่น ภูมิปัญญาด้านเกษตรกรรม การแพทย์พื้นบ้าน การอยู่อาศัย เป็นต้น ซึ่งเป็นความรู้ที่ไม่หยุดนิ่ง (Living Knowledge) และใช้ญาณวิทยา (Epistemology) ที่แตกต่างจากการแสวงหาความรู้แบบตะวันตก เป็นองค์ความรู้ที่กลั่นกรองจากประสบการณ์ที่ละเอียดลึกซึ้งและแนบแน่นกับธรรมชาติอย่างแยกไม่ออก 3) ระบบความสัมพันธ์ของคนในชุมชนที่มีลักษณะของระบบครอบครัวเครือญาติมีความเอื้อเพื่อเอื้อแก่กัน โครงสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมในแนวระนาบเอื้อให้เกิดการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ในยามตกทุกข์ได้ยาก เช่น ระบบการเอามือเอาแรงกันในทุกภาค 4) กฎ จารีต ประเพณี อันเป็นลักษณะเฉพาะของท้องถิ่น ที่หล่อหลอม จากประสบการณ์ของคนรุ่นหนึ่งสู่อีกรุ่นหนึ่ง เป็นสำนึกร่วมของคนในชุมชนที่มุ่งสร้างระบบขึ้นมาเพื่อควบคุมชุมชนให้ดำเนินชีวิตไปตามระบบคุณค่า 5) ระบบกรรมสิทธิ์และการจัดการร่วมกัน เช่น สิทธิชุมชนในการจัดการทรัพยากรอันเป็นสิทธิการใช้และดูแลรักษาสิ่งที่เป็นทรัพย์สินรวมของชุมชน และสาธารณะประโยชน์ 6) ความหลากหลายทางวัฒนธรรม อันเป็นที่มาของภูมิปัญญา วิธีคิดที่แตกต่างกันไปตามระบบนิเวศเงื่อนไขที่สำคัญทางเศรษฐกิจ และการเมือง 7) ผู้นำทางปัญญาของชุมชนหรือปราชญ์ชาวบ้านที่มีภูมิปัญญาในการดำรงชีพด้าน ต่าง ๆ อันได้แก่ ผู้อาวุโสพระ หมอพื้นบ้าน ผู้นำเกษตรกร เป็นต้น 8) กลุ่มองค์กรที่ดำเนินกิจกรรมสาธารณะในประชาสังคม เช่น องค์กรชาวบ้าน เครือข่ายประชาชน องค์กรพัฒนาเอกชน กลุ่มวิชาชีพ นักวิชาการที่ดำเนินกิจกรรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนใน



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

ประเด็นต่าง ๆ และเอี่ยม ทองดี กล่าวว่า ทูทางสังคมคือปัจจัยที่นำมาใช้เป็นพื้นฐานในกระบวนการสร้างสรรค์ลักษณะต่าง ๆ ของชุมชน ทั้งทางเศรษฐกิจสังคม วัฒนธรรม ทรัพยากร และสิ่งแวดล้อม (เอี่ยม ทองดี, 2542: 59-73)

ทูทางสังคมได้แก่ ธรรมชาติที่มนุษย์รู้จักและใช้อย่างเอื้ออาทร ความเชื่อ ความคิด ความอ่าน การประดิษฐ์คิดค้นสิ่งประดิษฐ์คิดค้น ทั้งที่เป็นวัตถุและนามธรรม ที่เอื้อให้มนุษย์กับธรรมชาติและมนุษย์กับมนุษย์อยู่ร่วมกันอย่างเอื้ออาทรต่อกัน (ทรรศิน สุขโต, 2543: 5) สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า ทูทางสังคม คือ ภูมิปัญญาและคุณค่าเดิมของสังคมไทย ไม่ว่าจะเป็น ความรู้ทางด้านเกษตร การรักษาพยาบาลความสัมพันธ์ในครอบครัว เครือญาติ และความผูกพันภายในชุมชน เป็นต้น (เทียน ทองแก้ว, 2550: 6-7 ) นอกจากนี้ยังมีนักวิชาการชาวต่างชาติได้ให้ความหมายของทูทางสังคมไว้ว่า ทูทางสังคมว่า เป็นส่วนที่เอื้อประโยชน์ต่อทางเศรษฐกิจ โดยเฉพาะในประเด็นความสัมพันธ์กันทางสังคมที่อยู่บนพื้นฐานของความไว้วางใจกันและกันที่ส่งผลให้เกิดความสะดวกต่อการดำเนินการทำงานด้านเศรษฐกิจ(R. Putnam, 1993: 9) ยังมีผู้อธิบายอีกว่า ทูทางสังคมว่า เป็นชุดของความสัมพันธ์ระหว่างคนเป็นความสัมพันธ์ที่มีผลมาจากความตั้งใจบนพื้นฐานของความคาดหวังในสิ่งที่จะต้องใช้ร่วมกันเป็นชุดของการมีค่านิยมร่วมกันและการมีสำนึกของความไว้วางใจระหว่างกัน สิ่งเหล่านี้ถือเป็นโครงสร้างของความสัมพันธ์ระหว่างคน สองคนหรือมากกว่าที่ได้แสดงออกมา และส่งผลต่อกิจกรรมที่ได้กระทำในมิติดังกล่าวทำให้เห็นได้ว่าทูทางสังคมนั้น เป็นโครงสร้างทางสังคมที่เกิดขึ้นกับปัจเจกบุคคลในองค์กร และทางตรงข้ามในที่ที่มีทูทางสังคมอ่อนแอก็จะปรากฏความขัดแย้งกันในค่านิยมและการขาด ซึ่งความไว้วางใจระหว่างกัน (J.S Coleman, 1998: 95 ) สอดคล้องกับอีกท่านที่ได้อธิบายว่า ทูทางสังคมเป็นชุดของค่านิยม ที่ไม่เป็นทางการหรือบรรทัดฐาน/จารีตที่จะจัดว่าเป็นทูทางสังคมได้นั้นต้องเป็นสิ่งที่สอดคล้องกับศีลธรรมความดีงาม ซึ่งประเด็นนี้ทำให้ความหมายของทูทางสังคมมีความชัดเจนยิ่งขึ้นว่าจะต้องเป็นเรื่องที่สอดคล้องกับศีลธรรมอันดีงามเท่านั้น ถึงแม้ว่าความสัมพันธ์ของสมาชิกจะมีความเอื้ออาทรต่อกันมีความไว้วางใจกัน มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีการมุ่งประโยชน์ร่วมกัน และเป็นความสัมพันธ์กันอย่างไม่เป็นทางการก็ตาม แต่ถ้าความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้ไม่สอดคล้องกับหลักศีลธรรมความดีงามก็ไม่ถือว่าเป็นเรื่องของทูทางสังคม (F. Fukuyama, 1999: 56) และมีผู้ได้อธิบายถึง “ทุน” ในมุมมองทางเศรษฐศาสตร์ที่กว้างขวางออกไป โดยแบ่งทุนออกเป็น 6 ประเภทด้วยกัน คือ ทุนทางสังคม (Social capital) เป็นความไว้วางใจ (Trust) ที่หาได้จากสมาชิกทั้งหมดของชุมชน เช่น ครอบครัว หรือกลุ่มลูกค้า ทุนทางการเงิน (Financial capital) เป็นทุนในรูปของตัวเงิน เช่นเงินสำหรับการค้าขาย และการเป็นเจ้าของสิ่งที่มีอยู่โดยถูกกฎหมาย ทุนทางธรรมชาติ (Natural capital) เป็นสิ่งที่มีอยู่ในนิเวศวิทยาอยู่แล้วและถูกปกป้องโดย ชุมชนเพื่อใช้ในการสนับสนุนค่าจุนการดำรงชีวิต ทุนบุคคล (Individual capital) เป็นสิ่งที่มีอยู่ในตัวบุคคลอยู่แล้ว ถูกปกป้องคุ้มครองโดยสังคม และเป็น



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7



แรงงานในภาคธุรกิจ การค้าขาย ทุนจากการจัดการความรู้ (Instructional capital) เป็นความรู้ของบุคคลและชุมชน รวมทั้งโปรแกรม (Software) ต่าง ๆ เพื่อประโยชน์ในการบริหารจัดการการคาดคะเนสร้างชิ้น หรือเพื่อหลีกเลี่ยงอนาคต และ ทุนโครงสร้างพื้นฐาน (Infrastructural capital) เป็นระบบช่วยเหลือ สนับสนุนที่ไม่ได้มาจากธรรมชาติ เช่น เสื้อผ้า ที่ปักพิง ถนน และไม่ใช่งานสั่งสอนแนะนำ ตลอดจนทรัพยากรธรรมชาติ (J. Hubley, 1994: 39 )

นอกจากนี้ธนาคารโลกยังมีมุมมองเรื่องทุนทางสังคมออกเป็นอีก 2 ลักษณะตามแนวทางของความสัมพันธ์ คือ ความสัมพันธ์ในแนวราบ ซึ่งจะมองในเชิงบวกเท่านั้น ในขณะที่ความสัมพันธ์ในแนวตั้งจะมองความสัมพันธ์เป็นเชิงลบ โดยลักษณะทุนทางสังคมสามารถปรากฏเป็นลักษณะหรือคุณสมบัติประจำที่ฝังอยู่ในความสัมพันธ์ความร่วมมือกันของคนในสังคมในขณะที่นักวิจัยทางสังคมวิทยามองว่าทุนทางสังคม คือ องค์ประกอบที่เชื่อมโยงบุคคลเข้ามาทำกิจกรรมที่มีผลประโยชน์สาธารณะร่วมกันและเรียกปรากฏการณ์นี้ว่าการเกิดกลุ่มประเภทหนึ่ง ซึ่งในทางทฤษฎีแล้วการเกิดกลุ่มประกอบด้วย 1) ต้องมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิก 2) มีโครงสร้างของความสัมพันธ์ 3) มีความเข้าใจในบรรทัดฐาน เป้าหมาย และระบบคุณค่าของกลุ่มร่วมกัน และ สมาชิกในกลุ่มมีใจร่วมปันกัน (Sense of Shared Identity) หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นสิ่งเริ่มแรกที่ทุนทางสังคมสามารถบ่งบอกได้ถึงความสำเร็จและโอกาสของบุคคลที่เป็นสมาชิก ซึ่งนักสังคมวิทยามองทุนทางสังคมออกเป็น 2 แนวทาง คือ 1) เป็นสิ่งที่แฝงอยู่ในการกระทำของบุคคลทั่วไป เพราะว่าความแข็งแกร่งทางด้านวัฒนธรรมและบรรทัดฐานของสังคมที่เป็นตัวกำหนดวิถีชีวิตและรูปแบบของชุมชนที่แสดงออกให้เห็นได้ง่ายทั่วไปเช่น การทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน และ 2) เป็นทรัพยากรที่บุคคลทั่วไปสร้างขึ้นมาได้ ยกตัวอย่างเช่น พฤติกรรมการแสดงออกของปัจเจกบุคคลอันเนื่องมาจากผลกระทบของทุนทางสังคมเพราะว่ามันคือระดับของการส่งเสริมหรือการถูกลงโทษทางสังคม ทุนทางสังคมจึงเป็นได้ทั้งดีและไม่ดี ทุนทางสังคมที่มีในระดับสูงสามารถสร้างความสำเร็จหรือการถูกลงโทษทางสังคมที่ได้รับมาจากบรรทัดฐานของสังคม นั่นเอง (A. Portes, 1998 : 1-24 )

การให้ความหมายจากนักวิชาการยังมีความหมายที่หลากหลาย กว้างขวางและแตกต่างกัน อยู่ตามมุมมองของแต่ละคน แต่ในหลักการตามแนวคิดพบว่ายังเน้นหนักในเรื่องของความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างกันของปัจเจกบุคคล ที่แสดงออกในรูปแบบของการรวมกลุ่มความไว้วางใจกัน การมีบรรทัดฐานทางสังคมเดียวกัน และรวมถึงการมีเครือข่ายทางสังคม นอกจากนี้ทุนทางสังคมยังถูกอธิบายด้วยสถานการณ์อีกหลายมิติทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่แสดงออกให้เห็นได้อย่างชัดเจนในรูปแบบของการดำเนินชีวิตประจำวัน เชื้อชาติ ศาสนา สถาบัน บรรทัดฐาน ประเพณี วัฒนธรรม ค่านิยม ความเชื่อ องค์ความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่น สิ่งเหล่านี้บ่งบอกได้ถึงความเป็นอยู่ของประชาชนที่อาศัยอยู่ร่วมกัน และส่งเสริมให้งานด้านต่าง ๆ ดีขึ้น เช่น เศรษฐกิจ การเมือง



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

การปกครอง การศึกษา สังคมและวัฒนธรรม รวมทั้งการรักษาสิ่งแวดล้อม จากแนวคิดและความหมายดังกล่าว เพื่อให้เกิดความชัดเจนและเหมาะสมกับสังคมไทย

ผู้วิจัยมีความเชื่อว่าทุนทางสังคมมิได้หมายถึงปัจเจกบุคคลโดด ๆ จำนวนกลุ่ม องค์กร หรือจำนวนของสถาบันรวมกัน แต่หมายถึงความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างกันของประชาชนที่แสดงออกในรูปแบบของกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน อันประกอบด้วย การรวมกลุ่ม การมีการศึกษา การมีวัฒนธรรม การมีความซื่อสัตย์สุจริต การมีความรับผิดชอบต่อส่วนรวม การมีประสิทธิภาพในการทำงานรวมทั้งการมีการบริหารและระบบราชการที่ดี (ประเวศ วสี, 2542: 27)

## 7.2 รูปแบบและองค์ประกอบของทุนทางสังคม

สำหรับรูปแบบทุนทางสังคมในประเทศไทยได้แบ่งทุนทางสังคมออกเป็น 5 รูปแบบ ได้แก่ ทุนทางสังคมนิเวศนิยม คือ จิตวิญญาณ ระบบคุณค่า สำนึกท้องถิ่นความภาคภูมิใจที่มีต่อถิ่นฐานบ้านเกิด รวมเรียกว่า Spirit Capital สิ่งนี้ในสังคมไทยมีมาตลอดในความรู้สึกของคนที่รักบ้านรักเมือง เสียสละ และการดูแลสืบต่อ ซึ่งจิตวิญญาณและระบบคุณค่าเหล่านี้เป็นสิ่งที่สังคมไทยมีปรากฏอยู่อย่างชัดเจน ทั้งที่เป็นเรื่องคุณค่า พิธีกรรม ความภาคภูมิใจที่อยู่ในจิตใจของผู้คนในแต่ละสังคมทุนทางสังคมนิเวศนิยมรูปแบบที่สอง คือ ทุนทางภูมิปัญญา ได้แก่ ความรู้ ภูมิปัญญาและวิถีชุมชนที่แสดงออกทางปัจจัยสี่ อาหาร เสื้อผ้า ยารักษาโรค ที่อยู่อาศัย รวมไปถึงเครื่องใช้ ของใช้ เครื่องไม้เครื่องมือ ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันให้เห็นความพอดีความพอเพียง การอยู่ร่วมกันของผู้คนอยู่ร่วมกับธรรมชาติโดยไม่เอาเปรียบกัน ไม่เอาเปรียบธรรมชาติ ทุนทางสังคมนิเวศนิยมรูปแบบที่สาม คือ ทุนทางมนุษยสัมพันธ์ เป็นทุนที่มีอยู่ในตัวมนุษย์ เช่น ความรักเพื่อน ความรักศักดิ์ศรี ความเป็นคนไทย หรือแม้กระทั่งผู้นำทางความคิด ผู้นำทางการเกษตร ผู้นำสตรี เยาวชน เหล่านี้ล้วนเป็นสินทรัพย์ที่ไม่มีวันหมดสิ้น ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความสามารถในระดับหนึ่งและมีความพร้อมที่จะปรับตัวเข้าสู่ความร่วมมือระหว่างองค์กรเครือข่ายกับเครือข่าย เช่น มีอาสาสมัครเข้ามาทำงานช่วยเหลือ แบ่งปัน ขยายเครือข่าย ขยายบทเรียน ยิ่งกว่านั้นยังมีทรัพยากรบุคคลที่อยู่ในภาคประชาสังคม ซึ่งหมายถึงชนชั้นกลางที่ได้รับการศึกษาสมัยใหม่ อยู่ในภาครัฐกิจ ภาคองค์กรพัฒนาเอกชน ภาคสื่อมวลชน คนเหล่านี้จึงมีความสำคัญในฐานะผู้เชื่อมวัฒนธรรมเมืองและท้องถิ่นเข้าด้วยกัน ทุนทางสังคมนิเวศนิยมรูปแบบที่สี่ คือ ทุนทางทรัพยากรธรรมชาติ ซึ่งได้แก่ ความหลากหลายทางชีวภาพที่มีอยู่มากมาย เพียงแต่เรามองข้ามหรือมองด้วยสายตาของเศรษฐกิจสังคมนิยมทำให้หญ้าเป็นเป็นวัชพืชไปหมดทั้ง ๆ ที่หญ้าต่าง ๆ ล้วนแต่เป็นยาอายุวัฒนะ ขับปัสสาวะลดความอ้วนรักษา นิ้ว อย่างหญ้า แห้วหนู หญ้าคา หญ้าแพรก หญ้าหนวดแมว และสมุนไพรอีกนับร้อยที่อยู่ หลังบ้านรอบบ้าน ในสวน ในป่า และพืชพรรณสิ่งมีชีวิตต่าง ๆ แร่ธาตุ และผลผลิตของธรรมชาติ ดิน น้ำ ป่า เขา ล้วนเป็นทุนที่สำคัญ หากชุมชนค้นพบคุณค่าของ สิ่งเหล่านี้มูลค่าก็ตามมาและไม่จกหมด เพราะใช้เป็น จัดการเป็นทุนในรูปแบบสุดท้าย ในทุกสังคมชนบทจะมีการจัดการกองทุนสาธารณะ ของ

ชุมชนที่เรียกว่า Social Fund หรือ ทุนโภคทรัพย์ คือทุนที่ชุมชนได้ร่วมกันสร้าง ร่วมกันผลิต สะสม มาจากบรรพบุรุษ เรือกสวนไร่นา สิ่งปลูกสร้าง เงินที่สะสม กิจกรรม โครงการ ต่าง ๆ ที่ทำร่วมกัน ล้วนเป็นทุนของชุมชนอยู่ตลอดมาไม่ว่าจะเป็น กองทุนฌาปนกิจ ธนาคารข้าว กลุ่มออมทรัพย์ ธนาคารกระป๋อง เป็นต้น การจัดการทุนทางเศรษฐกิจที่เป็นทั้งปัจจัยการผลิตและปัจจัยการดำรงชีวิตนี้ มีอยู่ในทุกชุมชน ทุกศาสนา ส่งผลให้เกิดกฎเกณฑ์ที่ร้อยรัดผู้คนให้อยู่ร่วมกันเป็นพี่เป็นน้องไว้ใจกัน ก่อให้เกิดกฎเกณฑ์ทางศีลธรรม ศาสนา จารีต ประเพณี ที่ทำให้คนร่วมใจ ร่วมคิด ร่วมทำเดินทางไป ทางเดียวกัน (เสกสรร คำมูลดี และคณะ, 2547: 12-14) กล่าวถึงนัยของทุนทางสังคมว่า “เป็นภาวะ ที่จิตได้รับการยกระดับให้สูงขึ้น จนเกิดการรับรู้และระบบคิดที่เอื้อต่อการเกิดระบบความสัมพันธ์ ทาง สังคมที่มุ่งช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เอื้ออาทรต่อกัน มีความเชื่อมั่นศรัทธาต่อกัน อันจะนำไปสู่ชีวิตที่ดีมี ความสุข ความเข้มแข็งมั่นคงของสังคม โดยกระบวนการดังกล่าว จะอยู่ภายใต้สภาพแวดล้อมและ เงื่อนไขที่เหมาะสม” องค์ประกอบของทุนทางสังคม คือ จิต (Mind and Spirit) กาย (Body, Behavior and Action) และสภาพแวดล้อมและเงื่อนไขที่เหมาะสม (Environment and Conditions) (วรวิฑูมิ โรมรัตน์พันธ์, 2547: 56)

รูปแบบทุนทางสังคมหรือการเข้ามามีส่วนร่วม แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ (วรวิฑูมิ โรมรัตน์พันธ์, 2547: 33-35) 1) รูปแบบเชิงโครงสร้าง (Structure) หมายถึง บทบาทของ เครือข่ายทางสังคมที่ส่งเสริม สนับสนุนโดยกฎ ระเบียบ และจารีตที่ขจัดปัญหา Collective Actions ในสังคมจากการให้แบ่งปันข้อมูลข่าวสาร ทุนทางสังคมในรูปแบบนี้จึงมีลักษณะที่เป็นวัตถุประสงค์ (Objective) และสามารถสังเกตการเกิดขึ้นหรือลดลงได้อย่างชัดเจน และ 2) รูปแบบเชิงวิธีการคิด (Cognitive) หมายถึงบรรทัดฐาน (Norms) คุณค่า (Value) ความไว้วางใจ (Trust) ทักษะคติ (Attitudes) และความเชื่อ (Belief) ซึ่งมักเป็นสิ่งที่จับต้องยากและไม่เป็นตัวตน (Non-Material) และมีลักษณะเป็นอัตตวิสัย (Subjective) ทำให้การสังเกตและวัดการมีอยู่หรือเสื่อมสลายได้ยาก นอกจากนี้ยังได้สรุปความหมายและองค์ประกอบของทุนทางสังคมให้สอดคล้องกับบริบทของ สังคมไทย ดังนี้ “ทุนทางสังคมเกิดจากการรวมตัว ร่วมคิด ร่วมทำบนฐานของความไว้น้ำใจเชื่อใจ สายใยผูกพันและวัฒนธรรมที่ติงามของสังคมไทย ผ่านระบบความสัมพันธ์ที่มีการสะสมในลักษณะ เครือข่ายขององค์ประกอบหลัก ได้แก่ คน สถาบัน วัฒนธรรม และองค์ความรู้ ซึ่งจะเกิดเป็นพลังใน ชุมชนและสังคม”

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2557: ออนไลน์) ได้ให้ องค์ประกอบ หลักของทุนทางสังคมไว้ 4 องค์ประกอบ คือ 1) คน มีบทบาทหลักในการพัฒนาประเทศ ที่ต้องได้รับการ พัฒนาในทุกมิติทั้งด้านสุขภาพที่มุ่งให้คนมีร่างกายแข็งแรงสามารถดูแลตนเองได้ ด้านจิตใจให้เป็น คนที่มีจิตใจดี มีน้ำใจ เอื้ออาทร เคารพกฎเกณฑ์ของสังคม มีวินัย ซื่อสัตย์ มีความเสียสละ มีจิตสำนึก สาธารณะ มีความรักชาติ ฯลฯ และด้านสติ ปัญญาเพื่อให้มีศักยภาพและความพร้อมที่จะปรับตัวให้



395274695

CT :Thesis 5684471727 dissertation / recv: 06082562 15:28:18 / seq: 7

เท่าทันการเปลี่ยนแปลง มีความรู้ และทักษะในการประกอบอาชีพที่สนับสนุนการเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ เมื่อมารวมตัวร่วมคิดร่วมทำในกิจกรรมต่าง ๆ นำความรู้ที่ตนเองมีอยู่มาแลกเปลี่ยน ก็จะก่อให้เกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิตและก่อให้เกิดประโยชน์ได้กว้างขวางยิ่งขึ้น 2) สถาบัน มีบทบาทในการสนับสนุนและผลักดันให้เกิดพลังร่วมของคนในชุมชนและสังคม ทำให้คนในสังคมอยู่ร่วมกันอย่างสันติสุข โดยมีสถาบันหลัก อาทิ สถาบันครอบครัว เป็นสถาบันพื้นฐานในสังคมที่หล่อหลอมคนตั้งแต่แรกเกิด เป็นแหล่งบ่มเพาะปลูกฝังคุณธรรม จริยธรรม ค่านิยมที่ดีงาม รวมทั้งจิตสำนึก รู้จักผิดชอบชั่วดี รู้จักทำประโยชน์เพื่อส่วนรวมสถาบันศาสนา เป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของคนในสังคมกลมเกลียวจิตใจให้ตั้งมั่นอยู่ในคุณงามความดี สถาบันศาสนาที่เข้มแข็งจะสร้างศรัทธาให้แก่คนในสังคมและเสริมสร้างการอยู่ร่วมกันอย่างสงบสุข สถาบันการเมืองการปกครอง ทำหน้าที่กำกับ ดูแลให้สังคมอยู่ในระบอบแบบแผนและให้คนในสังคม ปฏิบัติตามกฎหมายระเบียบที่กำหนดร่วมกัน สถาบันการศึกษาเป็นแหล่งสร้างความรู้ทางวิชาการ ควบคู่ กับคุณธรรม จริยธรรมให้แก่คนในสังคม โดยเฉพาะเด็กและเยาวชน สถาบันภาคธุรกิจเอกชน ซึ่งมีความพร้อมทางด้านการบริหารจัดการบุคลากรทรัพยากรและเครือข่าย เมื่อประกอบกับการใช้หลักบรรษัทภิบาลในการดำเนินธุรกิจหรือมีการดำเนินธุรกิจที่มีกิจกรรมที่สร้างสรรค์สังคมแล้วก็จะเงินทุนทางสังคมในการพัฒนาประเทศได้อย่างมหาศาล สถาบันสื่อ เป็นสถาบันที่สามารถชี้แนะ และมีอิทธิพลสูงต่อพฤติกรรมค่านิยมของคนในสังคมในวงกว้าง 3) วัฒนธรรม เป็นวิถีชีวิตที่สืบทอดกันมายาวนานและเป็นที่ยอมรับในสังคมนั้น ๆ ซึ่งมีความหลากหลายในแต่ละพื้นที่ เป็นในรูปของความเชื่อ ความศรัทธา จารีตประเพณีที่ดีงาม ค่านิยม ความเป็นไทยนอกจากนี้ยังมีวัฒนธรรมที่เป็นในรูปของแหล่งประวัติศาสตร์โบราณสถาน เป็นต้นวัฒนธรรมเป็นตัวยึดโยงคนในสังคมให้ตระหนักถึงรากเหง้าของตนเองเกิดความหวงแหนภูมิใจที่จะรักษา อนุรักษ์ และพัฒนาต่อยอดเพื่อประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชนและประเทศ และ 4) องค์ความรู้ ประกอบด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นและความรู้ที่เกิดขึ้นใหม่ โดยภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นศาสตร์และศิลป์ของการดำเนินชีวิตของชาวบ้านที่สืบทอดมาจากบรรพบุรุษเป็นฐานคิดและหลักเกณฑ์การกำหนดคุณค่าและจริยธรรมที่มีการสั่งสมสืบทอดกันมายาวนาน จากคนรุ่นหนึ่งสู่อีกรุ่นหนึ่ง จากอดีตถึงปัจจุบัน ทำให้เกิดความหลากหลายของความรู้ที่นำมาใช้ประโยชน์ได้ และสร้างสมดุลในการอยู่ร่วมกันของคนและธรรมชาติได้อย่างเกื้อกูลกัน ความรู้ที่เกิดขึ้นใหม่ที่นำมาใช้ในทางปฏิบัติได้มีความหลากหลายปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ทางเศรษฐกิจและสังคมเพื่อตอบสนองเป้าหมายหรือความต้องการของชุมชนได้ เช่น ความต้องการของตลาด และการนำเทคโนโลยีสมัยใหม่มาปรับใช้อย่างเหมาะสมเป็นต้น

องค์ประกอบของทุนทางสังคม โดยการมองในเชิงโครงสร้างและหน้าที่ซึ่งแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ระดับมหภาค ได้แก่ แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับกฎหมาย รูปแบบการปกครอง ระดับการปกครองระบบความเชื่อและความเชื่อที่สอดคล้องกับกฎหมาย ระดับการมีส่วนร่วมในกระบวนการกำหนด



395274695

CU-Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

นโยบายและระดับการกระจายอำนาจและ ระดับจุลภาค ได้แก่ สารหรือวิธีคิด ความเข้าใจและการเรียนรู้ ค่านิยม (ความไว้วางใจความสามัคคีและการต่างตอบแทน) บรรทัดฐานทางสังคม พฤติกรรม ทศนคติและความเชื่อและการมอบในเชิงบูรณาการหรือผลลัพธ์ ที่มองว่าทุนทางสังคม ประกอบด้วยหลักธรรมทางศาสนา สำนึกในท้องถิ่น ภูมิปัญญาท้องถิ่น ทรัพยากรบุคคล และเครือข่ายบุคคล ทุนทางทรัพยากรธรรมชาติ วิถีชีวิตทางวัฒนธรรม เอกลักษณ์ อัตลักษณ์ของชุมชน และความเอื้ออาทร

จากการให้นิยามของแนวคิดทุนทางสังคมทั้งในมุมมองของนักคิดร่วมสมัยซึ่งส่วนใหญ่เป็นชาวต่างประเทศ และในมุมมองของนักวิชาการและนักปฏิบัติในประเทศไทยนั้น ผู้ศึกษาได้พยายามสรุปองค์ประกอบของทุนทางสังคมจากคำสำคัญที่ทั้งสองกลุ่มได้ให้นิยามและข้อสรุปไว้ ซึ่งจากการสรุปจะเห็นได้ว่า คำสำคัญที่ทั้งสองกลุ่มต่างกล่าวถึงและค่อนข้างถี่มีอยู่ 3 คำ ได้แก่ เครือข่ายทางสังคม (Social Network) บรรทัดฐานทางสังคม (Norm) ความไว้วางใจ (Trust) ส่วนคำอื่น ๆ ที่กลุ่มนักคิดต่างประเทศมีกล่าวถึงบ้าง แต่นักวิชาการและนักปฏิบัติในประเทศไทยกล่าวถึงกันมากซึ่งมีความเป็นไปได้ว่าเกี่ยวข้องกับบริบทของสังคมไทยมากกว่า ได้แก่ ความเห็นอกเห็นใจ เอื้ออาทร การต่างตอบแทน ช่วยเหลือกัน ความรู้และภูมิปัญญา วัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อทางสังคม ศีลธรรมละจารียธรรม การเป็นพวกเดียวกัน รักพวกพ้องทรัพยากร การใช้ประโยชน์ร่วมกัน และสมรรถนะของคน ผู้นำ เป็นต้น

จากแนวคิดตั้งแต่ยุคปรัชญาโบราณ นักคิดร่วมสมัย มาจนถึงยุคของนักคิดและนักปฏิบัติในปัจจุบัน ผู้ศึกษาจึงได้พยายามค้นหาองค์ประกอบของทุนทางสังคมจากคำสำคัญและข้อสรุปทั้งหลายที่ได้ถูกกล่าวถึงเพื่อจะได้นำมาเป็นขอบเขตในการศึกษาถึงสถานะและการจัดการทุนทางสังคมอันเป็นทุนที่มีอยู่ในชุมชน รวมทั้งในฐานะที่เป็นเสมือนปัจจัยนำเข้า (Input) ในกระบวนการจัดการทุนทางสังคม ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาโดยได้นำเอาองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบที่ได้จากยุคปรัชญาโบราณมาใช้เป็นเกณฑ์ในการแบ่งหมวดองค์ประกอบ 12 องค์ประกอบที่ได้จากนักคิดร่วมสมัย มาจนถึงยุคของนักคิดและนักปฏิบัติในปัจจุบัน สามารถสรุปได้ 3 มิติ คือ 1) มิติของความรู้ประกอบไปด้วย ความรู้ ภูมิ ปัญญาหรือพินความรู้ความสามารถของบุคคลที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้า หรือประสบการณ์รวมไปถึงสมรรถนะของคนและผู้นำ ซึ่งแสดงถึงความรู้ความสามารถเชิงปฏิบัติและทักษะที่จำเป็นในการจัดการหรือดำเนินกิจกรรมของชุมชนและสังคม 2) มิติ ของความดี ประกอบไปด้วย บรรทัดฐานทางสังคม หมายถึงแบบแผนสำหรับยึดถือเป็นแนวทางปฏิบัติ หรือ แบบพฤติกรรมกฎเกณฑ์ หรือคตินิยมที่สังคมกำหนดไว้เป็น มาตรฐานในการประพฤติปฏิบัติที่สังคมยอมรับว่าดีและถูกต้อง สถาบันทางสังคม ราชบัณฑิตยสถาน(2542: 90-91) ได้ให้ความหมายไว้ 2 ความหมายดังนี้ ความหมายแรก หมายถึง แบบอย่างพฤติกรรมที่ตั้งขึ้นและปฏิบัติสืบต่อกันมา และเป็นที่ยอมรับกันในสังคม เช่น ประเพณีต่าง ๆ ก็ถือว่ามีลักษณะเป็นสถาบัน



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

ในวิชาสังคมวิทยา จัดสถาบันต่าง ๆ เป็นประเภทใหญ่ ๆ เช่น สถาบันครอบครัวสถาบันการปกครอง สถาบันเศรษฐกิจ สถาบันการศึกษา สถาบันศาสนา สถาบันนันทนาการ และสถาบันสื่อมวลชน ส่วนความหมายที่สองหมายถึง องค์การสาธารณะหรือกึ่งสาธารณะที่ตั้งขึ้นหรือได้รับมอบอำนาจให้ทำงานตามวัตถุประสงค์ที่เป็นที่ยอมรับกันในสังคม เช่น วิทยาลัยและมหาวิทยาลัย สถานที่เลี้ยงเด็ก กำฟ้าโรงพยาบาล และโรงงาน ฯลฯ ความเห็นอกเห็นใจ การต่างตอบแทน เอื้ออาทร ช่วยเหลือกัน ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของทุนทางสังคมที่ขาดไม่ได้ วัฒนธรรม และประเพณี โดย วัฒนธรรมหมายถึง สิ่งที่ทำให้ความเจริญงอกงามให้แก่หมู่คณะ ส่วนคำว่า ประเพณีหมายถึง สิ่งที่ยึดถือปฏิบัติสืบ ๆ กันมาจนเป็นแบบแผนขนบธรรมเนียม หรือจารีตประเพณีซึ่งขนบธรรมเนียม ประเพณีมี 3 อย่าง คือ จารีตประเพณี ขนบประเพณี และธรรมเนียมประเพณีซึ่งจารีตประเพณีเป็นประเพณีเกี่ยวกับศีลธรรมและสวัสดิภาพของสังคมส่วนรวมมีการบังคับให้กระทำถ้าไม่ทำก็ถือว่าผิดหรือชั่วต้องมีการลงโทษ ศีลธรรม จริยธรรม หมายถึง ความประพฤติที่ดีที่ชอบและธรรมที่เป็นข้อประพฤติปฏิบัติ ความเชื่อทางสังคม ซึ่งหมายถึง ความเชื่อ ความเลื่อมใส โดยความเชื่อก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดศาสนา ความเชื่อทางศาสนาคือ แนวทางการประพฤติปฏิบัติตามหลักการและคำสั่งสอนของศาสนา นั้น ๆ เพื่อหวังความสุขแก่ตน ความเชื่อเป็นพื้นฐานให้เกิดการกระทำต่าง ๆ ทั้งด้านดีและด้านร้าย ส่วน ทรัพยากรและการใช้ประโยชน์ร่วมกัน ที่เป็นได้ทั้งต้นทุนและทุนทางสังคมในที่นี้หมายถึง การใช้ทรัพยากรร่วมกันของชุมชนที่มีความเป็นธรรมและสังคมยอมรับ และ 3) มิติของความรัก ประกอบไปด้วย เครือข่ายทางสังคม หมายถึง ชุดของความ เกี่ยวพัน (Knot) และผูกพัน (Ties) ระหว่างกันของบุคคล ซึ่งประกอบกันขึ้นเป็น ครอบครัวเพื่อน และคนรู้จักกัน การเกี่ยวพันระหว่างกันของคนในสังคม บุคคลที่มีคนรู้จักมากหรือมีความสัมพันธ์กับคนจำนวนมากแสดงว่าบุคคลนั้นมี เครือข่ายของความเกี่ยวพันมาก (Density Knot) ซึ่งตรงกันข้ามกับบุคคลที่รู้จักกับคนอื่น ๆ น้อย แสดงว่าบุคคลนั้นมีเครือข่ายของความเกี่ยวพันน้อย (Loosely Knot) ในความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลนั้นบางครั้งคนที่มีเพื่อนมากอาจมีความผูกพันกับเพื่อน ๆ อย่างผิวเผิน (Weak Ties) แต่บางคนอาจจะมีเพื่อนน้อยแต่มีความผูกพันกับเพื่อนอย่างมั่นคง (Strong Ties) ก็เป็นไปได้ ความไว้วางใจ ใน NECTEC's Lexitr on Dictionary ได้แปลคำ นี้ว่า ความเชื่อใจ ความไว้น้ำใจเชื่อใจ ความไว้วางใจ ซึ่งคำ “ความไว้วางใจ” นี้ ตรงข้ามกับคำว่า ความระแวง หรือความแคลงใจ หรือความระแวงสงสัยโดยความไว้วางใจนั้น เป็นพื้นฐานของความสัมพันธ์ระหว่างคน คนนั้น กับบุคคลอื่น ๆ ให้ออกมาในรูปของสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน การเป็นพวกเดียวกัน รักพวกพ้องเป็นรูปแบบหนึ่งของความรักที่ทำให้คนอยู่เป็นกลุ่มหมู่ญาติ เพื่อนฝูง เพื่อช่วยเหลือกัน ก่อให้เกิดพลังและความสามัคคี

### 7.3 ประโยชน์และภาวะเสี่ยงของการมีทุน ทางสังคม

ประโยชน์ของทุนทางสังคมได้มีนักวิชาการชาวไทยและชาวต่างชาติได้กล่าวถึงและให้ความหมายไว้อย่างหลากหลาย ดังนี้



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

ประโยชน์ของทุนทางสังคมมี 3 ประการ ประกอบด้วย ประการแรกการที่ตัวแสดงมีทุนทางสังคมย่อมจะเอื้อประโยชน์ต่อการเข้าถึงทรัพยากรและสารสนเทศที่กว้างขวางโดยใช้ทุนต่ำ ประการที่สอง อำนาจเป็นอิทธิพลที่เกิดจากการมีทุนทางสังคม ดังเรื่องกลุ่มอาวุโสที่บางคนยอมมีอำนาจเหนือกว่าคนอื่น เนื่องจากพวกเขาได้สร้างบุญคุณแก่คนอื่น ดังนั้นผู้อาวุโสจึงสามารถใช้ความเชื่อศรัทธาที่มีอยู่ออกแนวทางปฏิบัติ ประโยชน์ของอำนาจทำให้มีการร่วมมือที่กว้างจากภายนอกและอำนาจก็เอื้ออำนวยต่อความสำเร็จของงานด้วย และประการสุดท้าย คือ ความเป็นปึกแผ่น การมีบรรทัดฐานทางสังคมและความศรัทธาที่เข้มแข็ง จะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมระดับสูงส่งเสริมและสนับสนุนอย่างดีต่อกฎที่องถึนและขนบธรรมเนียม และยังลดการควบคุมแบบเป็นทางการได้ (S. Adler, 2002: 17-40)

เมื่อวิเคราะห์ประโยชน์ของส่วนรวมกับสิ่งภายนอก การเข้าร่วมกันจะบ่งเพาะให้สมาชิกมีอุปนิสัยเรื่องความร่วมมือร่วมใจ ความเป็นน้ำหนึ่งอันเดียวกัน และมีจิตใจเป็นสาธารณะการมีนิสัยลักษณะนี้ยังส่งผลให้สมาชิกเข้ามาเกี่ยวข้องกับความร่วมมืออื่น ๆ มีจิตเป็นสาธารณะการมีนิสัยลักษณะนี้ยังส่งผลให้สมาชิกเข้ามาเกี่ยวข้องกับความร่วมมืออื่น ๆ และมีระดับความไว้วางใจสูงในองค์กรธุรกิจ สิ่งภายนอกจะนำพาให้บุคคลทำงานอย่างสามัคคีกลมเกลียวสูงเป็นการแสดงว่ามีพันธะสัญญาต่อเป้าประสงค์ขององค์กร (J. Coleman, 1988: 95-120)

อย่างไรก็ตามพบว่า การตั้งข้อสังเกตเกี่ยวกับภาวะเสี่ยงของการมีทุนทางสังคม สรุปได้ว่า อย่างน่าสนใจว่า ในระดับบุคคล ประการแรกการสร้างทุนทางสังคมสมควรพิจารณาเรื่องการลงทุนเพื่อก่อให้เกิดและคงสัมพันธภาพให้อยู่สืบไป ซึ่งอาจเป็นการลงทุนที่แพง และการลงทุนสำหรับเรื่องนี้อาจจะไม่สามารถประมาณค่าต้นทุนประสิทธิภาพในช่วงเวลาที่แน่นอน ประการถัดมา ประโยชน์เรื่องสารสนเทศสำหรับทุนทางสังคมอาจจะหักล้างกับประโยชน์เรื่องอำนาจ ประการที่สาม ประโยชน์ของความเป็นปึกแผ่นอาจเกิดผลเสียหายหลายประการอีก เช่น หากกลุ่มมีความเป็นปึกแผ่นมากเกินไป อาจจะทำให้ลดการเกิดแนวคิดใหม่ภายในกลุ่ม เนื่องจากมักเกิดความคิดเห็นคล้ายตามกลุ่ม (N. Kwon, 2008: 45) ตามคำกล่าวของนักวิชาการที่ให้ความหมายว่าการที่บุคคลมีสายสัมพันธ์ ซึ่งผูกพันกันอาจจะทำให้บุคคลนั้นตาบอดทางความคิดได้คิดได้ (W.W. Powell and L. Smith-Doerr, 1994: 368-402)

นอกจากนี้ยังมีผู้กล่าวถึงประโยชน์ของทุนทางสังคมอีกว่าทำให้เกิดเครือข่ายทางสังคมขึ้น ช่วยให้งานมีประสิทธิภาพรวดเร็วมากขึ้น และลดต้นทุนลง เพื่อให้เกิดจารีตประเพณีที่ช่วยหนุนเสริมให้ชุมชนมีพลังและเข้มแข็ง สามารถแก้ไขปัญหาได้ง่ายขึ้น (วรวิทย์ โรมรัตน์พันธ์, 2547: 97) และยังชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการยอมรับเรื่องทุนทางสังคมต่อการจัดการความรู้ที่ว่าประโยชน์ของความรู้ที่ได้รับมาจากการมีทุนทางสังคมระดับสูงและมีการมีทุนทางสังคมยังเป็นการสร้างช่องทางสารสนเทศที่ทำให้ใช้ระยะเวลาลดน้อยลงและเป็นการลงทุนเพื่อจะทำให้เกิดสารสนเทศ

ร่วมกัน (J. Nahapiet, and S. Ghoshal, 1998: 242-266) การวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมกับการแบ่งปันความรู้ได้เปลี่ยนความสนใจจากบุคคลได้แบ่งปันความรู้มาเป็นชุมชน ในฐานะที่เป็นการแบ่งปันความรู้ที่มีอยู่จริง ชุมชนและเครือข่ายทางสังคมได้รับการยอมรับว่าเป็นแหล่งสำคัญที่ทำให้เกิดความรู้สึกในการเป็นสมาชิกและการมีพันธะสัญญาาร่วม ทั้งยังเป็นแหล่ง ความร่วมมือและ ความไว้วางใจ และยังเป็นสถานที่ในองค์การที่สมาชิกรู้สึกเป็นบ้านมากที่สุด (E. Wenger, 1988: 9) ในการลงทุนเรื่องทุนทางสังคมแสดงนัยสำคัญว่าเป็นบทบาทสำคัญสำหรับชุมชนต่าง ๆ ภายในชุมชน บุคคลต่าง ๆ ไม่เพียงแต่ลงทุนในการเรียนรู้เกี่ยวกับตนเองเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการเรียนรู้เกี่ยวกับผู้อื่นด้วย ฉะนั้นในการแบ่งปันทักษะหรือการปฏิบัติงาน แรงขับเคลื่อนในชุมชนและเงื่อนไขสำคัญจะช่วยให้ชุมชนที่มีความกระตือรือร้นเกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกันซึ่งก็คือการมีระดับทุนทางสังคมที่สูงนั่นเอง

## ตอนที่ 8 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

### 8.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

คำว่า “ผู้สูงอายุ” (elderly) ถูกบัญญัติขึ้นครั้งแรกในประเทศไทย โดย พล.ต.ต. อรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร ในการประชุมระหว่างแพทย์อาวุโส และผู้สูงอายุจากวงการต่าง ๆ เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2505 จนเป็นที่เข้าใจ ยอมรับ และใช้กันแพร่หลายมาจนกระทั่งปัจจุบันนี้ (ผกามาศ กมลพรวิจิตร และคณะ, 2549: 31) ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่อยู่ในวัยสุดท้ายของวงจรชีวิต ซึ่งวงจรชีวิตเริ่มตั้งแต่วัยทารก วัยเด็ก วัยหนุ่มสาว วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา การกำหนดเกณฑ์ว่าเมื่อใดจึงจะเรียกว่าผู้สูงอายุนั้น ในสังคมดั้งเดิมได้กำหนดการเป็นผู้สูงอายุโดยใช้บทบาทที่บุคคลนั้น ๆ ทำอยู่ในสังคมเป็นเกณฑ์ ซึ่งบทบาทเหล่านี้มักจะเป็นบทบาทที่แสดงถึงความเป็นผู้นำความรับผิดชอบสูงในสังคม ส่วนในปัจจุบันมักจะใช้อายุเป็นเกณฑ์ในการกำหนดความหมายของการเป็นผู้สูงอายุ การใช้อายุเป็นเกณฑ์นี้มักจะไม่แตกต่างกันไปในสังคมของแต่ละประเทศ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศในทวีปยุโรปบางประเทศกำหนดอายุ 65 ปี เป็นวัยผู้สูงอายุ (จุฬารณณ์ โสตะ, 2549: 8) ประเทศอินโดนีเซีย และมาเลเซียกำหนดอายุ 55 ปี เป็นวัยผู้สูงอายุ และประเทศนอร์เวย์กำหนดอายุ 70 ปี เป็นวัยผู้สูงอายุ (ปีนเรศ กาดอุดม และคณะ, 2550: 9) ประเทศเซเนกัลกำหนดอายุ 60 ปี เป็นวัยผู้สูงอายุ (United Nations, 2008: 4) และจากการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ (The world assembly on aging) เมื่อ พ.ศ. 2525 ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย ได้กำหนดให้ผู้สูงอายุ คือ ทั้งเพศชาย และหญิงอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ (elderly) และให้ใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก (United nations, 2008: 3; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550: 3) สำหรับประเทศไทย พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 3 ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ (กระทรวงพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์, 2553: 1) ซึ่งสอดคล้องกับ



ข้อกำหนดของที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ (ผกามาต กมลพรวิจิตร และคณะ, 2549: 31; จุฬารัตน์ โสตะ, 2549: 8; ปิ่นนเรศ กาดอุดม และคณะ, 2550: 9) และใช้อายุ 60 ปี เป็นเกณฑ์ของการปลดเกษียณอายุราชการของข้าราชการด้วย (ผกามาต กมลพรวิจิตร และคณะ, 2549: 31)

จากการศึกษาความหมายของผู้สูงอายุ สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่อยู่ในวัยสุดท้ายของชีวิต การสูงอายุจะแบ่งออกได้เป็นหลายประเภท ซึ่งแต่ละประเทศได้ใช้เกณฑ์ในการกำหนดการเป็นผู้สูงอายุแตกต่างกัน แต่ส่วนใหญ่ในทางปฏิบัติมักใช้อายุเป็นเกณฑ์ในการตัดสินการเป็นผู้สูงอายุโดยการนับตามปีปฏิทิน และสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์อายุ คือ อายุ 60 ปี ขึ้นไป เป็นเกณฑ์กำหนดการเป็นผู้สูงอายุ

## ตอนที่ 9 แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long-term care)

### 9.1 ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

การดูแลระยะยาว (Long-term care) หมายถึง การจัดบริการสุขภาพและสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการได้รับความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ชราภาพไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยมีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการ (ดูแลโดยบุคลากรด้านสุขภาพและสังคม) และไม่เป็นทางการ (ดูแลโดยครอบครัวเพื่อนบ้าน) ซึ่งบริการทดแทนดังกล่าวมักเป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มคนเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2552) องค์การอนามัยโลก (องค์การอนามัยโลก, 1999 อ้างถึงใน สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2553) ได้ให้ความหมาย การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว หมายถึง เป็นความสำคัญที่ขาดไม่ได้ของระบบสุขภาพและระบบสวัสดิการสังคม ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ที่ดูแลนอกกรอบทั้งครอบครัว เพื่อน และเพื่อนบ้าน ผู้ที่ต้องการการดูแล รวมถึงผู้ดูแลในระบบที่หมายถึงทั้งบุคลากรทางด้านสุขภาพและสวัสดิการสังคม ในสายวิชาชีพและผู้ช่วย ตลอดจนผู้ดูแลดั้งเดิมและอาสาสมัครปฏิบัติต่อผู้สูงอายุที่ต้องการ ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จึงเป็นการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งในครอบครัว สังคม ภาครัฐบาล (ทีมงานสุขภาพ สวัสดิการสังคม และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น)

เป้าประสงค์การพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่ คือ “บุคคลครอบครัวและชุมชนได้รับการสนับสนุนให้มีขีดความสามารถในการดูแลสูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีในครอบครัวและชุมชน และได้รับการทั้งด้านสาธารณสุขและบริการด้านสังคมที่เชื่อมโยงกันอย่างมีประสิทธิภาพ” ดังนั้น เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

จำเป็นต้องมีการคัดกรองระดับภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุซึ่งมีความจำเป็นสำหรับ “การวางแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะรายอย่างเหมาะสม” ซึ่งสามารถจำแนกผู้สูงอายุได้เป็นสามกลุ่มคือ 1) ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ (กลุ่มติดสังคม) ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ มีคะแนนรวมความสามารถทางร่างกายเท่ากับหรือมากกว่า 12/20 คะแนน และมีคะแนนรวมความสามารถทางความคิดความเข้าใจเท่ากับหรือมากกว่า 5/8 คะแนน 2) ผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีคะแนนรวมความสามารถทางร่างกายอยู่ในช่วง 5-11/20 คะแนน และมีคะแนนรวมความสามารถทางความคิดความเข้าใจน้อยกว่า 5/8 คะแนน และ 3) ผู้สูงอายุกลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีคะแนนรวมความสามารถทางร่างกายอยู่ในช่วง 0-4/20 คะแนน และมีคะแนนรวมความสามารถทางความคิด ความเข้าใจน้อยกว่า 5/8 คะแนน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, มปป.) โดยยังมีการจำแนกกลุ่มประเภทการให้บริการทางการแพทย์ตามชุดสิทธิประโยชน์ (ณัฐพร วงษ์ศุทธิภากร, มปป.) ดังนี้

กลุ่มติดบ้าน (ADL 5-11 คะแนน) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้างมีปัญหาการกิน การขับถ่าย ไม่มีภาวะสับสน 2) กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสน สมองเสื่อม

กลุ่มติดเตียง (ADL 0-4 คะแนน) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) เคลื่อนไหวไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกิน หรือเจ็บป่วยรุนแรง 2) เคลื่อนไหวไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต

การศึกษาทบทวนโดยศศิพัฒน์ ยอดเพชร ที่ทบทวนกระบวนการปฏิบัติงานของต่างประเทศ ได้ค้นพบเทคนิคในการปฏิบัติงานแบบบูรณาการหลากหลายวิธี ได้แก่ การสร้างระบบการเชื่อมประสานบริการ การดูแลแบบ Intermediate Care และการทำงานร่วมกัน การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน การสร้างแบบแผนการดูแลเฉพาะราย การสร้างเครือข่ายการดำเนินงานด้านสุขภาพและสังคม การประเมินสถานะแวดล้อมในชุมชน และหน่วยบำบัดฟื้นฟูที่บ้าน โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1) สร้างระบบการเชื่อมประสานบริการที่เกี่ยวข้อง ทั้งในด้านทรัพยากร การประสานการปฏิบัติงาน และการสนับสนุนการดูแลจากครอบครัวและชุมชน ระหว่างองค์กรหรือสถาบันหลัก และหน่วยงานในชุมชน รวมไปถึงอาสาสมัคร เพื่อให้สามารถจัดบริการแก่ผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม เชื่อมโยง และทั่วถึงมากยิ่งขึ้น ทั้งการประสานเพื่อให้ได้รับบริการระยะสั้นจากโรงพยาบาลสู่การดูแลระยะยาวที่บ้านของผู้สูงอายุ 2) การจัดระบบบริการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) และการทำงานร่วมกัน ถือเป็นกลไกสำคัญอีกประการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพและสังคมและตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่เพิ่งพ้นจากระยะการเจ็บป่วยเฉียบพลัน โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระมากที่สุด ในชุมชน ขณะเดียวกันก็เป็นการเตรียมครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ทั้งนี้บริการดังกล่าวเป็นตัวเชื่อมระหว่างบริการระยะเฉียบพลันและบริการระยะยาว ขณะเดียวกันก็เป็นการลดหรือป้องกัน



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

ภาวะพึ่งพิงถาวรที่อาจเกิดขึ้นหากไม่ได้รับการดูแลที่ดี 3) การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน เนื่องจากผู้ มีภาวะพึ่งพิงจำเป็นต้องได้รับบริการหลากหลายทั้งในด้านบริการสุขภาพและบริการสังคม ดังนั้น จำเป็นต้องมีการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดบริการ ดังนั้น จำเป็นต้องมีมาตรการเก็บรักษาความลับของข้อมูลของผู้รับบริการ และปกป้องให้ปลอดภัยจากการ นำไปใช้ประโยชน์ในทางมิชอบ ทั้งนี้ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นแกนหลักต้องตกลงเรื่องแบบฟอร์มของข้อมูล และกำหนดเงื่อนไข และบุคคลที่จะเข้าใช้ข้อมูลให้ชัดเจน นอกจากนี้ ควรมอบข้อมูลให้ผู้รับบริการ ทราบด้วย 4) การสร้างแบบแผนการดูแลเฉพาะราย รวมถึงการสร้างความมั่นใจแก่ญาติและผู้ดูแลว่า ผู้สูงอายุจะได้รับบริการอย่างทันทั่วทั้งในกรณีที่เกิดการเจ็บป่วยกะทันหัน หรือต้องการความ ช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนและผู้พึ่งพิงถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาลและอยู่ในแผนการติดตามหลังจำหน่าย จะมีการบริการดูแลฉุกเฉินเฉพาะให้ 5) การสร้างเครือข่ายการดำเนินงาน เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่จะช่วย ให้การบริการด้านสุขภาพและสังคม สามารถบูรณาการการดำเนินงานและการปฏิบัติงานได้มากยิ่งขึ้น การสร้างเครือข่ายจะเป็นประโยชน์ทั้งในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร การแลกเปลี่ยนแนวคิด ทักษะการปฏิบัติงาน การสนับสนุนทรัพยากรซึ่งกันและกัน รวมไปถึงการทำงานร่วมกันในลักษณะ การบูรณาการระหว่างเครือข่ายด้วย 6) การประเมินสถานะแวดล้อมในชุมชน เป็นอีกเทคนิคหนึ่งที่เป็น การบูรณาการการดูแลระยะยาวที่บ้าน สำหรับผู้สูงอายุที่มีความต้องการการดูแลภายหลังจาก กลับไปอยู่ที่บ้าน โดยมีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสมและเอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง และ 7) การจัดการบริการการบำบัดฟื้นฟูที่บ้าน เป็นการจัดการบริการเชิงรุกเพื่ออำนวยความสะดวก เข้าถึงบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เนื่องจากคนกลุ่มนี้มีความยากลำบากในการเคลื่อนย้าย และเดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาล ทั้งนี้ในการจัดการบริการมุ่งเน้นไปที่การฝึกอบรมญาติและผู้ดูแล ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในการฟื้นฟูสมรรถภาพของตนเอง เนื่องจากมีเวลาส่วนใหญ่ อยู่กับผู้สูงอายุ นอกจากนั้นจำเป็นต้องดัดแปลงอุปกรณ์ที่จะใช้ในการฟื้นฟูให้เหมาะสมกับบริบทของ การใช้งานด้วย (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2553)

## 9.2 ข้อเสนอเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (long term care) และการดูแลระยะกลาง (intermediate care)

จากการสังเคราะห์ระบบการดูแลระยะยาว(long term care) และการดูแลระยะกลาง (intermediate care) ของ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ (2553) ได้นำเสนอผลการสังเคราะห์ ดังนี้

### 9.2.1 บริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่พึ่งประสงค์

ระบบบริการการดูแลระยะยาว เป็นระบบบริการที่มีความจำเพาะสำหรับผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงซึ่งต้องการการดูแลระยะยาว ทั้งในสถาบัน ที่บ้าน และในชุมชน โดยที่บุคลากรผู้ให้การ ดูแลผู้สูงอายุระดับต่างๆ ทั้งในสถาบัน ที่บ้านและในชุมชน จำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมในหลักสูตร

การดูแลผู้สูงอายุที่ได้มาตรฐาน และมีการรับรองโดยองค์กรวิชาชีพ หรือองค์กรด้านผู้สูงอายุที่มีการรับรองคุณภาพและมาตรฐาน

การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวที่พึงประสงค์ ต้องมีความเหมาะสม และสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ โดยพิจารณาได้จากระดับการพึ่งพิงเป็นหลัก เมื่อพิจารณาความจำเป็นของผู้สูงอายุที่ควรได้รับการดูแลจากภาวะพึ่งพิงในระดับต่างๆ บริการดูแลที่ควรมีจะเป็นบริการ ทั้งด้านสุขภาพและสังคม ซึ่งมีความเข้มข้นแตกต่างกันไป

#### 9.2.1.1 ปรัชญาแนวคิดในการพัฒนา

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพึ่ง ได้รับการดูแลให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของตนได้อย่างมีคุณภาพและมีศักดิ์ศรี และหากไม่สามารถอยู่ในชุมชนต่อไปได้ด้วยข้อจำกัดด้านผู้ดูแล หรือมีภาวะพึ่งพิงหรือทุพพลภาพรุนแรง จะมีระบบการดูแลในสถานบันเข้ามารองรับ โดยต้องสนับสนุนการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวให้มีความครอบคลุม ต่อเนื่อง และเป็นธรรมชาติ แนวคิดหลักในการพัฒนา ได้แก่ 1) พัฒนาต่อยอดจากระบบที่มีอยู่ 2) เน้นสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้อาศัยอยู่กับครอบครัวในชุมชน โดยขยายบทบาทการให้บริการสุขภาพและบริการสังคม ที่บ้านและในชุมชน 3) คำนึงม กตัญญู กตเวที ฝังรากอยู่ในระบบการดูแลผู้สูงอายุในสังคมไทยถือเป็นมรดกทางวัฒนธรรมที่ควรรักษาไว้ โดยต้องมีระบบสนับสนุนจากชุมชน ท้องถิ่น และภาครัฐ อย่างเหมาะสม เพื่อให้ครอบครัวสามารถดำรงบทบาทหลักในการดูแลผู้สูงอายุ 4) มีระบบบริการในสถาบันที่ได้มาตรฐานและเข้าถึงได้รองรับ สำหรับรายที่เกินขีดความสามารถของครอบครัวในการดูแล

#### 9.2.1.2 หลักการสำคัญในการพัฒนา

ระบบการดูแลระยะยาวควรพัฒนาบนพื้นฐานหลักการที่สำคัญ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ การบริการแบบบูรณาการ มีการเชื่อมโยงระหว่างบริการต่างๆ มีความครอบคลุม ต่อเนื่อง ตอบสนองกับวิถีชีวิตและบริบทของพื้นที่ และเป็นระบบบริการที่เป็นธรรมชาติ

9.2.1.2.1 การมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ทั้งครอบครัว ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาครัฐ โดยเน้นการสนับสนุนให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนสามารถดูแลจัดการเพื่อตนเองและช่วยเหลือภายในกลุ่มให้ได้มากที่สุด (Self care, self reliance) นั่นคือต้องยึดหลักการสำคัญของการไม่เข้าไปแย่งความรับผิดชอบของบุคคล ครอบครัวและชุมชนเกินความจำเป็น แต่มุ่งส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคล ครอบครัวและชุมชนสามารถดูแลตนเอง สามารถมีวิถีชีวิตที่เหมาะสม และสามารถตัดสินใจเข้าใช้ระบบที่เป็นทางการได้อย่างเหมาะสม และต้องพร้อมที่จะเข้าถึงเพื่อการช่วยเหลือและปกป้องบุคคลหรือครอบครัวที่ล้มเหลวในการดูแลตนเอง ไม่สามารถมีวิถีชีวิตที่เหมาะสม หรือไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการที่เป็นทางการเมื่อมีความจำเป็น

9.2.1.2.2 ความครอบคลุม มีความครอบคลุมทั้งบริการด้านสุขภาพและสังคม โดยในด้านสุขภาพยังบูรณาการทั้งสี่มิติ คือ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและปัญหาทาง

สุขภาพ (พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม สิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย สภาพการทำงานที่ไม่ดี โรคต่างๆ ความพิการ และปัญหาความรุนแรงในครอบครัว) การจัดการดูแลในระดับต้นสำหรับโรคและปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นการจัดการให้มีความต่อเนื่องการรักษา (Adherence to management) ของกลุ่มโรคเรื้อรัง และการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้สามารถกลับมามีสถานะสุขภาพหรือสมรรถภาพที่เหมาะสมอีกครั้ง นอกจากนี้จะต้องครอบคลุมประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ

9.2.1.2.3 เนื่องจากความจำเป็นด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุนั้นมีมากกว่าหนึ่งมิติ จึงมีความจำเป็นในการเชื่อมโยงกิจกรรมในการบริการ (Linkage of activities) และดำเนินการให้เกิดความเป็นสหสาขา จัดการให้เกิดการบริการที่ต่อเนื่องและดำเนินการติดตามประเมิน และกำกับระบบการบริการ ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ทั้งนี้รูปแบบความเชื่อมโยงต้องชัดเจน และบุคลากรทุกระดับต้องทราบภารกิจและบทบาทที่แน่นอนของตน การเชื่อมโยงกิจกรรมที่ดีจะนำไปสู่คุณภาพบริการ ความต่อเนื่องในการให้บริการและความร่วมมือระหว่างวิชาชีพ นอกจากนี้ในกรณีที่มีการจัดระบบข้อมูลและสารสนเทศ เพื่อสนับสนุนความเชื่อมโยงดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อการบริหารจัดการระบบการบริการ

9.2.1.2.4 ตอบสนองกับวิถีชีวิตและบริบทของพื้นที่ การจัดบริการมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมชุมชนทั้งระดับท้องถิ่นและระดับประเทศ ส่งเสริมการประยุกต์และพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพในการจัดบริการ

9.2.1.2.5 เป็นระบบบริการที่เป็นธรรม ทั้งในด้านการเข้าถึงบริการ และการใช้ระบบการเงินการคลังที่มีความเป็นธรรมในการจ่ายสมทบ โดยที่ผู้รับบริการได้รับบริการที่สอดคล้องกับความจำเป็น โดยไม่ถูกจำกัดด้วยความสามารถในการจ่าย

### 9.2.1.3 ขอบเขตบริการ

บริการดูแลระยะยาวที่ดี ต้องอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จำเป็นได้อย่างเหมาะสม บริการที่ควรมีการจำแนกได้ตามระดับภาวะพึ่งพิง ลักษณะการดูแลรักษา และการพักอาศัย ตามตารางที่ 10 ทั้งนี้ได้หมายความว่าผู้ที่ไม่มีความพึ่งพิงจะไม่สามารถพักอาศัยในสถาบันได้ (เช่น กรณีบ้านสงเคราะห์คนชรา) ในทางกลับกันก็ได้หมายความว่าผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูง จะต้องพักในสถานบริบาลทั้งหมด แต่การแยกระดับการพึ่งพิงกับลักษณะอาศัยบอกเพียงระดับความจำเป็นและโอกาสในการพักอาศัยในสถาบันที่เพิ่มขึ้นเมื่อมีระดับความรุนแรงของการพึ่งพิง ผู้สูงอายุที่มีความต้องการการดูแลหลังจากภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันในระยะที่ต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือยังมีภาวะที่จำเป็นต้องได้รับการพยาบาลจากบุคลากรวิชาชีพ เป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลระยะกลาง ขณะเดียวกันการดูแลระยะยาวจะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลในกิจวัตรประจำวัน โดยอาจจะพักอาศัยในสถานบริการหรือในบ้านของตนเอง ซึ่งผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับบริการทั้งด้านสุขภาพและสังคมไปอย่างเป็นองค์รวม



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

แม้ว่าในผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสูงจะจำเป็นต้องได้รับการดูแลที่เน้นหนักทางด้านสุขภาพ หรือการดูแลส่วนบุคคล (Personal care) มากกว่าการนันทนาการ และต้องระวังในเรื่องการกลืนหรือ การขับถ่ายที่อาจส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพ เช่น การสำลักหรือแผลกดทับตามมา

**ตารางที่ 2.1** ประเภทและชนิดบริการ/กิจกรรมที่ควรมีตามระดับภาวะพึ่งพิง

ภาวะพึ่งพิง	ต่ำสุด <span style="float: right;">→</span> สูงสุด		
สถานที่พักอาศัย	บ้าน/ชุมชน <span style="float: right;">-----&gt;-----</span> สถาบัน		
บริการด้านสังคม	กิจกรรมด้านเศรษฐกิจ สังคม ภูมิปัญญา วัฒนธรรม	ส่งเสริมสนับสนุน ครอบครัวในการดูแล ผู้สูงอายุ	การดูแลในกิจวัตร ประจำวัน
บริการด้านสุขภาพ บริการ/กิจกรรมที่ควรมี	การส่งเสริมสุขภาพ การดูแลโรคเรื้อรัง - ป้องกันภาวะพึ่งพิง - ร่วมจัด ร่วมกิจกรรมด้าน นันทนาการ ศาสนา ศิลปะ วัฒนธรรม - จิตอาสา - สร้างเสริมสุขภาพ - อำนวยความสะดวกด้าน อาคาร สถานที่ การ เดินทาง - การส่งเสริมอาชีพ รายได้ เบี้ยยังชีพ	การฟื้นฟูสมรรถภาพใน ชุมชน - เพื่อนช่วยเพื่อน - เพื่อนบ้าน/อผส. - ศูนย์ดูแลกลางวัน - ศูนย์ดูแลชั่วคราว - ผู้ช่วยงานบ้าน - การฟื้นฟูสุขภาพที่บ้าน - คลังอุปกรณ์ - แบ่งปันอาหาร - บริการเยี่ยมบ้าน - บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในชุมชน/สถานพยาบาล	การพยาบาลฟื้นฟู สมรรถภาพ - เวรเพื่อนบ้าน/อผส. - ผู้ช่วยดูแลที่บ้าน - ครอบครัวอุปถัมภ์ - บริการพยาบาลที่บ้าน (ทำแผล เปลี่ยนสาย) - การฟื้นฟูสุขภาพที่บ้าน - ทีมเยี่ยมบ้าน การฟื้นฟู สมรรถภาพที่บ้าน - คลังอุปกรณ์ - แบ่งปันอาหาร - ศูนย์ดูแลกลางวัน/
ผู้ให้บริการ	- ครอบครัว - ศูนย์เอนกประสงค์ - ชมรมผู้สูงอายุ - สถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ - องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น	- เบี้ยยังชีพ - ครอบครัว - ชมรมผู้สูงอายุ - ชมรมอาสาสมัคร - สถานพยาบาลในพื้นที่ - ศูนย์เอนกประสงค์ - สถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ - องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น	ชั่วคราว - การอาศัยในสถานดูแล ระยะยาวแบบถาวร - เบี้ยยังชีพ/เบี้ยผู้พิการ - ครอบครัว - อาสาสมัคร - ผู้ช่วยผู้ดูแล - สถานพยาบาลในพื้นที่ - ศูนย์เอนกประสงค์ - สถานบริการระยะยาว - องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น

ที่มา: สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ ,2553

9.2.2 ก้าวต่อไปของระบบการดูแลระยะยาว (long term care) ระบบการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และการสนับสนุนงบประมาณปี 2559

#### 9.2.2.1 ที่มา: ความสำคัญ

รัฐบาลให้ความสำคัญกับการที่ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และมี นโยบาย ด้านการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ สูงอายุทุกกลุ่มมาอย่างต่อเนื่อง ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยผู้สูงอายุทุ กรายซึ่งมีจำนวนประมาณ 10 ล้านคนทั่วประเทศ คาดว่าจะเป็นผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง 1 ล้านคน มีสิทธิได้รับการดูแลสุขภาพโดยเฉพาะ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ตามชุดสิทธิประโยชน์ ซึ่งเป็นบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่ผ่านมาระบบบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมอยู่ใน ลักษณะตั้งรับ สามารถให้บริการหลักแก่กลุ่มที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง สำหรับกลุ่มผู้มีภาวะพึ่งพิง บริการมี จำกัด และมักเป็นในรูปการสงเคราะห์เป็นครั้งคราวไม่ต่อเนื่อง ขณะเดียวกันศักยภาพของครอบครัว ในการดูแลผู้สูงอายุถดถอยลง จากขนาดครอบครัวที่เล็กลง การเคลื่อนย้ายแรงงานจากชนบทสู่เมือง การทำงานนอกบ้านของสตรี โดยคาดการณ์ค่าใช้จ่ายสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นจาก 60,000 ล้านบาทในปี 2553 เป็น 220,000 บาท ในปี 2565 หรือคิดเป็น 2.8% ของ GDP ในปี 2565

#### 9.2.2.2 กรณีผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง

นโยบายสำคัญคือ การทำอย่างไรไม่ ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงเจ็บป่วยจนต้องอยู่ ในภาวะพึ่งพิง และทำอย่างไรให้ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมไม่ เป็นภาระ แก่ครอบครัวมากเกินไป ในปี งบประมาณ 2559 รัฐบาลมุ่งเน้นในการดูแลผู้สู อายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง โดยสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากงบเหมาจ่ายรายหัวปกติใน ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 600 ล้านบาทให้แก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ (สปสช.) เพื่อบริหารจัดการให้ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวนประมาณ 100,000 ราย ครอบคลุมร้อยละ 10 ของกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ และจะขยายงบประมาณให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ให้เต็มพื้นที่ภายใน 3 ปี

โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุที่อยู่ ในภาวะพึ่งพิงจะได้รับดูแลจาก ทีมสหสาขาวิชาชีพของหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ให้บริการดูแลด้านสาธารณสุขถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ตามปัญหาสุขภาพและชุดสิทธิ ประโยชน์ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่นให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคม อย่างมีศักดิ์ศรี

#### 9.2.2.3 หลักสำคัญในการออกแบบระบบ



395274695

CU-Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

8.2.2.3.1 เน้นบูรณาการด้านบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมในระดับพื้นที่ (ตำบล/หมู่บ้าน/ครอบครัว)

9.2.2.3.2 คำนึงถึงความยั่งยืนและเป็นไปได้ของงบประมาณระยะยาวในอนาคต

9.2.2.2.3 สนับสนุนการมีส่วนร่วมโดยให้ อปท. (เทศบาล/อบต.) เป็นเจ้าภาพหลักในการบริหารระบบภายใต้ การสนับสนุนของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ในพื้นที่

9.2.2.2.4 พัฒนาและขยายระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care-LTC) โดยมีผู้จัดการดูแล (Care Manager) พยาบาล หรือนักกายภาพบำบัดหรือนักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ที่ผ่านการฝึกอบรม และขึ้นทะเบียนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเชิงรุกในพื้นที่ 1 : 10 คน โดยได้รับค่าตอบแทนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่ที่ดำเนินงานอยู่แล้ว ภายใต้การบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

9.2.2.4 ชุดสิทธิประโยชน์บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านหรือในชุมชน ประกอบด้วย

9.2.2.4.1 บริการด้านสาธารณสุข เช่น

- 1) บริการการตรวจคัดกรองประเมินความต้องการดูแล
- 2) บริการดูแลที่บ้าน บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- 3) บริการกายภาพบำบัด บริการกิจกรรมบำบัด บริการด้านการพยาบาล และอุปกรณ์เครื่องช่วยทางการแพทย์ตามที่คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือ สปสช. กำหนด

9.2.2.4.2 บริการด้านสังคม เช่น

บริการช่วยเหลืองานบ้าน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บริการอุปกรณ์ช่วยเหลือทางสังคม กิจกรรมนอกบ้าน และอื่นๆ ทางสังคม กิจกรรมนอก บ้าน และอื่นๆ

9.2.2.5 การจัดสรรงบประมาณของปี 2559

กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมกันออกแบบการจัดสรรงบประมาณภายใต้การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยบริการปฐมภูมิ ในพื้นที่ วงเงินจัดสรรงบประมาณ จำนวน 600 ล้านบาท โดยจัดสรรดังนี้

**ส่วนที่ 1** จำนวน 500 ล้านบาทจัดสรรไปยังกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่จำนวนประมาณ 1,000 แห่ง ที่มีความพร้อมเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ จำนวนประมาณ 100,000 คน วงเงินเฉลี่ยประมาณ 5,000 บาทต่อคน ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ บริหารจัดการโดยคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ตาม



ประกาศกองทุนที่กำหนดเพิ่มเติมเพื่อจัดให้มีบริการด้านการแพทย์ และสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านและในชุมชน โดยมีศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หรือศูนย์ที่เรียกชื่ออื่นเป็นศูนย์บริหารจัดการและให้บริการอย่างต่อเนื่อง

**ส่วนที่ 2** จำนวน 100 ล้านบาท จัดสรรไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ประมาณ 1,000 แห่ง ๆ ละ ประมาณ 100,000 บาท เพื่อสนับสนุนการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อเนื่องในพื้นที่ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ดำเนินการดังกล่าว รวมทั้งส่งต่อในกรณีต้องให้บริการในหน่วยบริการ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, มปป.)

9.2.2.6 ศูนย์บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีบทบาทหน้าที่

9.2.2.6.1 จัดให้มีผู้จัดการดูแลประจำศูนย์ (Care Manager) ที่อาจเป็นพยาบาล นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง (Trained Care giver) ที่ผ่านหลักสูตรฝึกอบรมตามมาตรฐานที่กำหนด

9.2.2.6.2 จัดทำข้อมูลและแผนดูแลกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่เป็นรายคน ขึ้นทะเบียนและจัดให้มีการฝึกอบรมผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (In service training) และบริหารจัดการผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Trained Care giver) ให้บริการเชิงรุกที่บ้าน รวมทั้งให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ กายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัดที่ศูนย์ (Day care)

9.2.2.7 พื้นที่เป้าหมายการดำเนินงานและหลักเกณฑ์การคัดเลือกพื้นที่เป้าหมาย ครอบคลุมทุกจังหวัดรวมกรุงเทพมหานครและทุกอำเภอทั่วประเทศ อำเภอละ 1-2 ตำบล ประมาณ 1,000 แห่ง ได้แก่ เทศบาลนคร เทศบาลเมืองและ อบต.ขนาดใหญ่ที่มีความพร้อมเข้าร่วมดำเนินงาน มีความเข้มแข็งและเป็นพื้นที่ที่มีการนำร่องดำเนินงานระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของหน่วยงานต่างๆ ในปัจจุบันและดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ที่มีการบริหารจัดการที่ดีสำหรับพื้นที่กรุงเทพมหานคร ดำเนินการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข

9.2.2.8 กลไกการดำเนินการและการบริหารจัดการ

มีกลไกการดำเนินงานที่มีส่วนร่วมของหน่วยงานและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) คณะกรรมการนโยบายและกำกับทิศทางในส่วนกลาง มีหน้าที่กำหนดทิศทางการพัฒนาจัดทำแนวทางการดำเนินงาน และการประเมินผล 2) คณะกรรมการสนับสนุนระดับจังหวัด มีหน้าที่คัดเลือกพื้นที่เป้าหมายการดำเนินงาน ประสานงานด้านงบประมาณสนับสนุนวิชาการ ควบคุมกำกับประเมินผลและรายงานส่วนกลาง 3) คณะกรรมการประสานงานระดับอำเภอมีหน้าที่บูรณาการการดำเนินงานระดับพื้นที่ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ 4) คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกัน

สุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่มีหน้าที่บริหารเงินกองทุนและดำเนินการให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์

#### 9.2.2.9 เป้าหมายการดำเนินงานใน 3 ปี (ทั่วประเทศ )

ช่วงเวลา	เป้าหมาย
ปีที่ 1 (2559)	ครอบคลุมพื้นที่และผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง 10% ประมาณ 1,000 ตำบล และ 100,000 ราย
ปีที่ 2 (2560)	ครอบคลุมพื้นที่และผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง 50% ประมาณ 5,000 ตำบล และ 500,000 ราย
ปีที่ 3 (2561)	ครอบคลุมพื้นที่และผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง 100% หรือ ทุกตำบล ประมาณ 1,000,000 ราย

#### 9.2.2.10 ตัวชี้วัด (KPI) ของงบค่าบริการ LTC ปี 2559

9.2.2.10.1 KPI หรือบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิ

9.2.2.10.2 มีระบบบริการ LTC ภายในหน่วยบริการ

9.2.2.10.3 มีทีมหมอครอบครัวให้บริการ LTC เชิงรุกในพื้นที่รับผิดชอบ

9.2.2.10.4 มีการให้การสนับสนุนและติดตามประเมินการบริการ LTC

ของ อปท.

#### 9.2.2.10 KPI หรือบทบาทของ อปท.ในการจัดบริการ LTC

9.2.2.10.1 มี การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อปท.

ในระดับได้อย่างต่อเนื่อง

9.2.2.10.2 มีการจัดตั้งและจัดบริการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต

ผู้สูงอายุในชุมชน

9.2.2.10.3 มีการทำงานและพัฒนาระบบบริการร่วมกับหน่วย

บริการปฐมภูมิในพื้นที่

9.2.2.10.4 มีข้อมูล มีแผนการบริการ LTC ของกลุ่มเป้าหมายเป็น

รายบุคคล และมีการจัดบริการเชิงรุกตามชุดสิทธิประโยชน์

#### 9.2.2.11 ตัวชี้วัด (KPI) ด้านผลผลิตในภาพรวม

9.2.2.11.1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่เข้าถึงระบบบริการสุขภาพ

9.2.2.11.2 สัดส่วนผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุเมื่อเทียบกับจำนวนผู้สูงอายุ

กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด

9.2.2.11.3 จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan) ที่มีระดับคะแนน ADL ต่ำขึ้นจากกลุ่มติดเตียงเป็นติดบ้านและกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคม (ตัวชี้วัดระดับพื้นที่)

#### 9.2.2.12 การควบคุมกำกับ ติดตามประเมินผล

มีการควบคุมกำกับ ติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอทั้งด้านการบริหาร การจัดการ การดำเนินงาน การใช้จ่ายงบประมาณระดับผลสัมฤทธิ์ของงานให้เป็นไปตามแผนเพื่อปรับปรุงให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตามเป้าหมาย โดยมีคณะกรรมการร่วมดังนี้

9.2.2.12.1 คณะกรรมการร่วมระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. ทั้งในส่วนกลางและในระดับพื้นที่เป็นการติดตามประเมินผลในระบบปกติ ผ่านระบบการตรวจราชการซึ่งเป็นการติดตามการดำเนินงานรายไตรมาสโดยกำหนดเป็นตัวชี้วัด และให้รายงานตามระบบรายงาน

9.2.2.12.2 การกำกับติดตามและประเมินผลโดยหน่วยงานภายนอก ทั้งด้านตรวจสอบการเบิกจ่ายงบประมาณให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์แนวทางที่กำหนด และด้านประสิทธิภาพประสิทธิผลการดำเนินงาน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, มปป.)

### 9.3 สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและปัจจัยแวดล้อม

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ( มปป.) ได้ศึกษาวิเคราะห์และรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ไว้ดังนี้

#### 9.3.1 สถานการณ์ผู้สูงอายุและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

9.3.1.1 แนวโน้มภาวะพึ่งพิงและความต้องการบริการด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น

ภาวะถดถอยด้านสุขภาพอันเนื่องมาจากการทำงานของอวัยวะต่างๆในร่างกายที่เสื่อมลงตามอายุ เป็นปัญหาที่ตามมาสำหรับการเข้าสู่สังคมวัยชราภาพ ซึ่งก็มีผลให้มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้พิการ และผู้มีภาวะทุพพลภาพอันเนื่องจากการเจ็บป่วยหรือการได้รับบาดเจ็บเพิ่มมากขึ้น เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ผู้ป่วยจิตเวชภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความยากลำบากในการเข้ารับบริการสาธารณสุข ขณะเดียวกันก็ได้รับผลกระทบด้านเศรษฐกิจและ การดำรงชีวิตเป็นอย่างมาก คนกลุ่มนี้จึงต้องการมากกว่าบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เช่น ต้องการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่พักอาศัยให้เหมาะกับการดูแลหรืออำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิตอย่าง อิสระของผู้ป่วย ต้องการการสนับสนุนด้านเศรษฐกิจ การสร้างอาชีพและรายได้ รวมไปถึงการช่วยเหลือด้านการดูแลแก่ครอบครัว เป็นต้น และจากรายงานการสำรวจภาวะสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 พบว่า มีผู้สูงอายุที่ต้องการ



395274695

พึ่งพาบางกิจกรรม ร้อยละ 13.8 และต้องการพึ่งพาทั้งหมดร้อยละ 0.9 โดยเพศหญิงมีส่วนมากกว่าเพศชายและเพิ่มขึ้นตามช่วงวัย (วิชัย เอกพลากร, 2554) ทั้งนี้ได้มีการคาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับต่างๆและพบว่า โดยในปี ๒๕๕๒ มีผู้สูงอายุชายและหญิงประมาณ 60,000 และ 80,000 คนที่มีภาวะพึ่งพิงระดับรุนแรง ซึ่งต้องการผู้อื่นในการช่วยเหลือดูแล และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 100,000 และ 140,000 คน ใน 10 ปีข้างหน้า (ปี 2562) (Srithamrongsawat, S., Bundhamcharoen, K., Sasat, S. et al., 2009) รายละเอียด ดังตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 คาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุตามระดับภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2547 – 2567 (จำนวนล้านคน)

ความจำกัดใน การทำกิจวัตร ประจำวัน	ชาย					หญิง				
	2547	2552	2557	2562	2567	2547	2552	2557	2562	2567
ไม่มี	2.36	2.87	3.55	4.42	5.35	2.51	3.46	4.49	5.67	6.91
เล็กน้อย	0.33	0.37	0.44	0.53	0.64	0.68	0.69	0.75	0.88	1.03
ปานกลาง	0.20	0.21	0.24	0.29	0.35	0.37	0.32	0.35	0.41	0.48
รุนแรง	0.03	0.04	0.05	0.06	0.07	0.04	0.05	0.06	0.08	0.10
รุนแรงมาก	0.01	0.02	0.03	0.04	0.04	0.02	0.03	0.04	0.05	0.07
ประชากร สูงอายุ	2.93	3.51	4.31	5.34	6.45	3.62	4.56	5.70	7.09	8.59

ที่มา: Srithamrongsawat, S., Bundhamcharoen, K., Sasat, S. et al., 2009 อ้างถึงในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ , มปป.

### 9.3.1.3 การลดลงของขีดความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว

การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคม และการพัฒนาระบบสาธารณสุขที่ผ่าน มาส่งผลต่อ ขนาด โครงสร้าง ความสัมพันธ์ และระบบการเกื้อหนุนกันในครัวเรือนและชุมชน โดยครอบครัวมีขนาดเล็กลง จำนวนครอบครัวเดี่ยวเพิ่มขึ้น มีการเคลื่อนย้ายแรงงานจากชนบทสู่เมืองเพิ่มขึ้น สตรีมีโอกาสในการศึกษาและบทบาททางเศรษฐกิจมากขึ้น ชุมชนเป็นเมืองมากขึ้น แนวโน้ม สัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวตามลำพังในครัวเรือนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.6 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 8.6 ในปี 2554 ในขณะที่แนวโน้มสัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่กับบุตรลดลงจากร้อยละ 76.9 ในปี 2529 เป็นร้อยละ 56.7 ในปี 2554 แนวโน้มการสมรส หรืออัตราการครองตัวเป็นโสดเพิ่มมากขึ้น ผลโดยรวมทำให้ ความสามารถของครอบครัวและชุมชนในการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในครอบครัว

ลดลง (ชาย โปธิสิตา และสุชาดา ทวีสิทธิ์, 2552) และมีผู้สูงอายุที่ถูกกละเลยขาดการดูแลเอาใจใส่เพิ่มมากขึ้น รายละเอียดดังตารางที่ 2.3

**ตารางที่ 2.3** สัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่กับบุตร อยู่คนเดียว และอยู่ลำพังกับคู่สมรส

ปีงบประมาณ	% อยู่กับบุตร (รวมบุตรเขย/สะใภ้)	% อยู่คนเดียว	% อยู่ลำพังกับ คู่สมรส	% อยู่คนเดียวหรือ อยู่ลำพังกับคู่สมรส
2529	76.9	4.3	6.7	11.1
2537	72.8	3.6	11.6	15.2
2545	65.7	6.5	14.0	20.6
2550	59.4	7.6	16.3	23.9
2554	56.7	8.6	17.6	26.2

**ที่มา:** วิทยาลัยประชากรศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2553 อ้างถึงในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, มปป.

#### 9.3.1.4 ความจำกัดของบริการชุมชนในการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ

พึ่งพิง

การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมที่ผ่านมา มุ่งให้บริการหลักแก่ประชาชนส่วนใหญ่ที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง ไม่ว่าจะเป็นบริการในชุมชนหรือในสถานบริการบริการในชุมชนสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงจำกัดมาก ไม่ว่าจะเป็นบริการสาธารณสุขหรือบริการด้านสังคม (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2549) นอกจากนั้นลักษณะการช่วยเหลือด้านสังคมมักเป็นการสงเคราะห์เป็นครั้งคราวเฉพาะหน้า มิใช่การดูแลอย่างต่อเนื่อง ภาวะหลักในการดูแลผู้สูงอายุยังเป็นเรื่องของครอบครัว ในขณะที่สถานบริบาลระยะยาวและระยะกลางในสังคมไทยยังไม่ได้รับการพัฒนาค่าที่ควร (ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ, 2552) อีกทั้งค่าใช้จ่ายในการรับบริการดูแลในสถานบริบาลโดยเฉลี่ยค่อนข้างสูงประมาณ 15,000 - 52,500 บาทต่อเดือน ขณะที่ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผู้อื่นปานกลางถึงพึ่งพิงทั้งหมดของครัวเรือนที่มีรายได้ปานกลางขึ้นไปอยู่ที่ 81,537 บาทต่อปี (วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ, 2553) ขณะที่รายได้เฉลี่ยของประชากรไทยอยู่ที่ประมาณ 187,000 บาทต่อปี (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) นอกจากนี้ข้อมูลจากการประเมินการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลในสามจังหวัด คือ กาฬสินธุ์ เลย และนครศรีธรรมราช (จเร วิชาไทย และคณะ, 2553) พบว่า ในพื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลจังหวัด ซึ่งมีนักกายภาพบำบัดให้บริการมานานแล้ว แต่กลับมีผู้ป่วยที่รายงานว่าไม่ได้รับการทำกายภาพบำบัดเลยภายหลังจำหน่ายร้อยละ

60, 20, และ 75 ในแต่ละจังหวัด ตามลำดับ ส่วนในเขตพื้นที่โรงพยาบาลชุมชนที่มีนักกายภาพบำบัดให้บริการเชิงรุกในชุมชน มีผู้รายงานว่าไม่ได้รับบริการร้อยละ 20, 5, และ 28 ตามลำดับ

### 9.3.1.5 ข้อจำกัดของการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ

ประเทศไทยมีบุคลากรสาธารณสุขต่ำกว่าที่คาดการณ์ตามระดับรายได้ต่อหัว และต่ำกว่าประเทศเพื่อนบ้านไม่ว่าจะเป็นสิงคโปร์ บรูไน ฟิลิปปินส์ รวมถึงต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของโลก โดยจำนวนแพทย์และพยาบาลของไทยที่ผลิตได้ต่อปีเมื่อเทียบกับแสนประชากรต่ำกว่าหลายๆ ประเทศในอาเซียน นอกจากนี้ยังมีปัญหาด้านการกระจายแต่มีแนวโน้มดีขึ้น โดยกลุ่มพยาบาลมีแนวโน้มที่ดีกว่ากลุ่มแพทย์ (Kanchanachitra, C., Lindelow, M., Johnston, T., Hanvoravongchai, P. and et al., 2011) ซึ่งในสถานการณ์ที่ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและมีภาระโรคที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้น สถานการณ์ดังกล่าวจะทำให้การขาดแคลนมีความรุนแรงมากขึ้น หากไม่มีการวางแผนรองรับ

ระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลยังอิงกับการจัดบริการรักษาพยาบาลเฉียบพลันเป็นหลัก (Acute care oriented) ยังมีการปรับตัวเพื่อรองรับการรักษาพยาบาลการเจ็บป่วยแบบเรื้อรังค่อนข้างจำกัด รวมถึงขาดระบบบริการผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลันหรือการดูแลระยะกลาง (Intermediate care) (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2553) รวมถึงยังขาดแคลนบุคลากรในการให้บริการระยะกลางและระยะยาวโดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชน

สำหรับการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในสถานบริบาลนั้น ในปัจจุบันมีเพียงในสถานบริบาลภาคเอกชนเป็นหลัก ขาดสถานบริบาลของภาครัฐโดยภาครัฐ มีเพียงการจัดบ้านพักอาศัย (Residential home) เช่น บ้านบางแค และรับเฉพาะผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้เท่านั้น อย่างไรก็ตาม เมื่อเวลาผ่านไปกลุ่มผู้สูงอายุเหล่านี้ส่วนหนึ่งก็มีภาวะพึ่งพิงและต้องดูแลกันไปตามศักยภาพที่มีอยู่

สำหรับสถานบริบาลเอกชนนั้น จากสำรวจแหล่งประโยชน์เกี่ยวกับงานบริการผู้สูงอายุของนิสิตปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อ ปี พ.ศ. 2549 พบว่า เป็นสถานบริบาลผู้สูงอายุ 19 แห่ง (แต่มีเพียง 8 แห่งที่จัดทะเบียนเป็นสถานพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังที่มีลักษณะการให้บริการผู้ป่วยเรื้อรัง ประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนกับกองประกอบโรคศิลปะ) สถานรับดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล 5 แห่ง สถานรับดูแลและบริการจัดส่งผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ 11 แห่ง (ขึ้นทะเบียนกับกระทรวงพาณิชย์ 8 แห่ง กระทรวงแรงงาน 8 แห่งและไม่ขึ้นทะเบียน 1 แห่ง) ทั้งนี้ ผู้รับบริการต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง และยังขาดมาตรฐานสถานบริบาลและขาดกลไกภาครัฐในการกำกับสถานบริบาลเหล่านี้ (ศิริพันธุ์ สาสิตย์ และคณะ, 2552) กำลังคนด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงยังขาดแคลนเป็นอย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นผู้ดูแล



395274695

CU Thesais 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

ที่ผ่านการอบรม พยาบาล และนักกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด รวมถึงนักจิตวิทยาหรือสังคมสงเคราะห์ รายละเอียดดังตารางที่ 2.4

**ตารางที่ 2.4** ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปี พ.ศ.2553 และปี พ.ศ. 2556

กำลังคน	พ.ศ. 2553	พ.ศ. 2563
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	71,410	105,967
พยาบาล (ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง)	2,499	3,708
พยาบาล (จำนวนต้องการทั้งหมด)	23,888	33,880
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	2,499	3,708
กายภาพบำบัด	2,499	3,708
นักจิตวิทยา/นักสังคมสงเคราะห์	1,528	2,155

**ที่มา:** นงลักษณ์ พะโกยะ, 2552 อ้างถึงในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ , มปป.

#### 9.3.1.6 ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การศึกษาค่าใช้จ่ายในการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในสถานบริบาลเอกชนและในชุมชนมีประปรายในช่วงที่ผ่านมา การศึกษาชิ้นแรกเป็นการศึกษาของสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ (2553) พบว่า ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริบาลเอกชนจำแนกได้สองประเภทหลัก คือ 1) ค่าใช้จ่ายประจำพื้นฐาน ได้แก่ ค่าห้อง ค่าอาหารสามัญ และค่าดูแลทั่วไป และ 2) ค่าบริการเพิ่มเติม เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆที่สถานบริบาลจัดให้ การฟื้นฟูสมรรถภาพ กิจกรรมบำบัด ทั้งนี้ยังไม่รวมค่าวัสดุสิ้นเปลืองทั้งหลายที่ต้องใช้กับผู้สูงอายุและค่ารักษาพยาบาล โดยค่าใช้จ่ายประจำอยู่ระหว่าง 15,000 – 26,000 บาท/เดือน แปรตามสถานบริบาล และประเภทของห้องพัก เช่น ห้องเตียงเดี่ยวหรือเตียงรวม ห้องพัคลมหรือห้องปรับอากาศ เป็นต้น ส่วนค่าบริการเพิ่มเติมค่อนข้างแปรตามระดับภาวะพึ่งพิงและจำนวนชั่วโมงที่ต้องการการดูแล จำนวนชั่วโมงที่ต้องใช้สำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละรายอยู่ระหว่าง 2 – 4 ชั่วโมง/วัน ขึ้นกับระดับภาวะพึ่งพิง และมีค่าใช้จ่ายระหว่าง 1,129 – 4,391 บาท/เดือน อย่างไรก็ตามพบว่าจำนวนชั่วโมงของการดูแลไม่เป็นไปตามหลักมาตรฐานของจำนวนชั่วโมงที่ต้องใช้ตามระดับภาวะพึ่งพิง มีเพียงกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดเท่านั้นที่เป็นไปตามเกณฑ์ ส่วนระดับอื่นๆ มีทั้งที่ต่ำกว่าและสูงกว่าความต้องการ รายละเอียดดังตารางที่ 2.5 และเมื่อคำนวณค่าใช้จ่ายต่อชั่วโมงการให้บริการพบว่า ค่าใช้จ่ายส่วนนี้อยู่ที่ 35 บาท/ชั่วโมง

**ตารางที่ 2.5** เปรียบเทียบจำนวนชั่วโมงต่อสัปดาห์ที่ต้องการและที่ใช้บริการจริงในสถานบริการเอกชน

คะแนน Barthel Index	ระดับการพึ่งพิง	จำนวนชั่วโมงการดูแล/สัปดาห์	
		ความต้องการที่ควรเป็น	จำนวนชั่วโมงที่ใช้จริงใน สถานบริการเอกชน ๕ แห่ง
0-24	พึ่งพิงทั้งหมด	27.0	27.46
25-49	มีภาวะพึ่งพิงมาก	23.5	15.68
50-74	มีภาวะพึ่งพิงปาน กลาง	20.0	14.70
75-90	มีภาวะพึ่งพิงเล็กน้อย	13.0	13.65
91-100	ไม่มีภาวะพึ่งพิงเลย	< 10.0	14.14

**ที่มา:** Srithamrongsawat, S., Bundhamcharoen, K., Sasat, S. et al., 2009 อ้างถึงในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ , มปป.

การศึกษาของ วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ (2553) พบว่าค่าใช้จ่ายประจำในการเข้ารับบริการของผู้สูงอายุในสถานบริการผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครมีตั้งแต่เดือนละ 4,500 บาท จนถึง 33,000 บาทต่อเดือน ซึ่งแปรตามแต่ละสถานบริการและประเภทห้อง ส่วนของต่างจังหวัดก็อยู่ที่ 12,000 – 25,000 บาท/เดือน ทั้งนี้ไม่ได้มีการเก็บข้อมูลค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมที่แปรตามระดับภาวะพึ่งพิงและค่าใช้จ่ายในการส่งผู้ดูแลไปดูแลผู้สูงอายุประจำที่บ้านในเขตกรุงเทพมหานครเฉลี่ยอยู่ที่ 8,000 – 10,000 บาท/เดือน ส่วนของต่างจังหวัดอยู่ที่ 7,000 – 12,000 บาท/เดือน แตกต่างกันตามจังหวัด คุณลักษณะของผู้ดูแล (มี/ไม่มีประกาศนียบัตร มี/ไม่มีประสบการณ์) และระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ นอกจากนั้นยังมีบริการส่งผู้ดูแลไปดูแลผู้สูงอายุที่บ้านแบบแต่ไม่ค้างคืน มีอัตราค่าบริการอยู่ที่ 350/ 500 บาทต่อ 8/12 ชั่วโมง (ประมาณ 40 บาท/ชม.)

#### 9.4 การขับเคลื่อนทางนโยบาย และทางสังคมเกี่ยวกับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

จากข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า มีการขับเคลื่อนด้านนโยบายและด้านสังคม ดังนี้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, มปป.)

9.4.1 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 และฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 กำหนดปรัชญาหลักไว้ 3 ด้าน คือ 1) ผู้สูงอายุมีใช้บุคคลด้อยโอกาส ควรได้รับการส่งเสริมและเกื้อกูลจากครอบครัว ชุมชน



และรัฐ ให้ดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี 2) ผู้สูงอายุที่ประสบความทุกข์ยากได้รับการเกื้อกูลจากครอบครัว ชุมชน สังคม และรัฐอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม และ 3) สร้างหลักประกันในวัยสูงอายุโดยการมีส่วนร่วม จากทุกภาคส่วน

ทั้งนี้มีการกำหนดยุทธศาสตร์หลักไว้ 5 ด้านด้วยกัน ประกอบด้วย 1) การเตรียมความพร้อมของประชากร 2) การส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ 3) ระบบคุ้มครองทางสังคม 4) การบริหารจัดการ เพื่อการพัฒนางานและการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ และ 5) การประมวล พัฒนา และเผยแพร่องค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ โดยยุทธศาสตร์ที่ 3 เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ แต่มุ่งเน้นไปที่การจัดบริการ ในชุมชนเป็นหลัก (ไม่มีมาตรการในด้านระบบบริการในสถานบริบาลผู้สูงอายุ) โดยมีมาตรการหลักที่เกี่ยวข้อง 2 มาตรการ และมาตรการย่อย 4 มาตรการ ดังแสดงในตารางที่ 2.6

**ตารางที่ 2.6** มาตรการหลักและมาตรการย่อยของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ในการจัดบริการ ด้านสุขภาพและด้านสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

มาตรการหลัก	มาตรการย่อย
3.2 หลักประกันด้านสุขภาพ	3.2.1 พัฒนาและส่งเสริมระบบประกันสุขภาพที่มีคุณภาพสำหรับผู้สูงอายุทุกคน 3.2.2 ส่งเสริมการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ และการตรวจสุขภาพประจำปี อย่างทั่วถึง
3.4 ระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน	3.4.1 ปรับปรุงบริการสาธารณสุขระบบให้สามารถอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตและติดต่อสัมพันธ์กับสังคม กลุ่มและบุคคล 3.4.2 จัดตั้งและพัฒนาบริการทางสุขภาพและทางสังคมรวมทั้งระบบ การดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวในชุมชนที่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุมากที่สุด

**ที่มา:** แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552

ทั้งนี้การติดตามประเมินแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) ระยะที่ 2 (พ.ศ.2550 - 2554) (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ, 2556) พบว่า ในบรรดา 5 ยุทธศาสตร์ของแผนหลัก มียุทธศาสตร์ 3 ด้านที่ผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัดเกินกว่าครึ่ง คือ ยุทธศาสตร์ที่ 2, 4, และ 5 ส่วนยุทธศาสตร์ที่ 1 และ 3 ผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัดไม่ถึงครึ่ง โดยเฉพาะมาตรการเรื่องส่งเสริมการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ และการตรวจสุขภาพ ประจำปีอย่างทั่วถึง ดัชนีร้อยละผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพซึ่งมีภาวะพึ่งพิง ได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง มีเพียงแค่ร้อยละ 38.7 ซึ่งแสดงว่าผู้สูงอายุ

ที่มีภาวะพึ่งพิงยังเข้าไม่ถึงบริการอยู่มาก และมีข้อเสนอให้เร่งขยายระบบดูแลระยะยาวให้ครอบคลุมมากขึ้น และ ควรเร่งกำหนดมาตรฐาน กำกับบริการต่างๆที่ให้แก่ผู้สูงอายุ

9.4.2 แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557 – 2561(สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ม.ป.ป.)

9.4.2.1 หลักการสำคัญของแผนยุทธศาสตร์ฯ

9.4.2.1.1 เป้าประสงค์

บุคคล ครอบครัวและชุมชน ได้รับการสนับสนุนให้มีขีดความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีในครอบครัวและชุมชน โดยเชื่อมโยงกับระบบบริการ สุขภาพและบริการทางสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ

9.4.2.1.2 เป้าหมายเฉพาะ

9.4.2.1.2.1 ผู้สูงอายุทุกคน ได้รับการคัดกรอง และมีระบบ ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟูและการดูแล ตามระดับความจำเป็นในการดูแลระยะยาว ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี

9.4.2.1.2.2 ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริม สนับสนุน เพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง

9.4.2.1.2.3 มีระบบการเงินการคลังที่ยั่งยืน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างครบวงจร

9.4.2.1.2.4 ทุกชุมชน มีระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้อยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุข เช่น มี respite care / community nursing home

9.4.2.1.2.5 สถานพยาบาลทุกแห่งมีระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนและครอบครัว

9.4.2.1.2 หลักการสำคัญ

9.4.2.1.2.1 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะพึ่งพิง มีสิทธิและสามารถเข้าถึงบริการ ที่พึ่งได้รับโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน (Targeted Universalism)

9.4.2.1.2.2 ทุกพื้นที่ที่มีการจัดบริการดูแลระยะยาวในการสนับสนุนครอบครัวในการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่สามารถเข้าถึงได้อย่างทั่วถึงสำหรับผู้สูงอายุทุกสิทธิ รวมถึงมีการเชื่อมต่อระหว่างบ้าน ชุมชน และสถานบริบาลอย่างเป็นระบบ

9.4.2.1.2.3 ท้องถิ่นมีหน้าที่ในการบริหารจัดการการ

จัดระบบ



395274695

CU Thesais 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

บริการดูแลระยะยาว และมีระบบข้อมูลเพื่อให้เกิดการ บูรณาการการจัดบริการดูแลระยะยาวในครอบครัว ชุมชน และในสถานบริการ

#### 9.4.2.1.2.4 ภาครัฐมีนโยบายสนับสนุนการดำเนินงาน

ของท้องถิ่นในการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

#### 9.4.2.1.2.5 มีกองทุนในระดับท้องถิ่นในการการ

ดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาว โดยมีการบูรณาการแหล่งเงินต่างๆที่ลงไปชุมชน

แนวคิดหลักในการพัฒนา คือ พัฒนาจากต้นทุนทางสังคมและทรัพยากรที่มีอยู่โดยในขณะนี้ เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นกลไกหลักในการบูรณาการการจัดบริการต่างๆที่ลงไปสู่ชุมชน ขณะเดียวกันในปัจจุบัน กองทุนสุขภาพตำบลซึ่งเกิดจากความร่วมมือระหว่าง สปสช. และ อปท. เป็นกลไกหลักในการสนับสนุนการดำเนินงานต่างๆในชุมชน ขณะเดียวกันเรามีทรัพยากรบุคคลที่มีอยู่ในชุมชนที่สามารถ สนับสนุนการดำเนินงานเรื่องนี้ได้ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) อผก. รวมถึงชมรมผู้สูงอายุที่มีการจัดตั้งในทุกพื้นที่ ขณะเดียวกันภาครัฐก็มีการจัดสรรงบประมาณอุดหนุนการดำเนินงานของอาสาสมัครบางกลุ่ม อย่างไรก็ตามเพื่อให้เกิดการจัดการอย่างเป็นระบบจำเป็นต้องมีฐานข้อมูลผู้สูงอายุ ซึ่งมีการจำแนกตามระดับความจำเป็นในการดูแลระยะยาว เน้นให้ผู้สูงอายุสามารถอาศัยอยู่ในชุมชนได้อย่างมีศักดิ์ศรี ต้องมีผู้จัดการระบบในการอำนวยความสะดวกเข้าถึงบริการที่จำเป็น ครอบคลุมบริการทั้งในด้านการดูแลกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง และการป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีพได้อย่างอิสระได้นานที่สุดและลดภาระในการดูแลในระยะยาว ตลอดจนระบบสนับสนุนต่างๆ จากสถานพยาบาล (รพ.สต. และโรงพยาบาล) และหน่วยงานสนับสนุนในระดับจังหวัด และส่วนกลาง ทั้งนี้แม้ว่า จะมีความจำเป็นในการต้องมีระบบการดูแลในสถานบริบาลในกรณีที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่สามารถดูแลในชุมชนได้ แต่อย่างไรก็ดีในช่วงห้าปีแรกของการพัฒนาจะเน้นเรื่องการจัดบริการในชุมชนเป็นหลัก ซึ่งสามารถสรุปสิทธิประโยชน์ในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุควรจำแนกตามระดับการพึ่งพิงดังตารางที่ 2.7

ตารางที่ 2.7 สิทธิประโยชน์ในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่ควรจำแนกตามระดับการพึ่งพิง

กลุ่มผู้สูงอายุ	เป้าหมาย	สิทธิประโยชน์	หน่วยงานรับผิดชอบ
กลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงรุนแรงและทั้งหมด ร้อยละ 2 (Barthel index 0 - 49)	เพื่อส่งเสริมสนับสนุนช่วยเหลือครอบครัวและชุมชนให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้	<input type="checkbox"/> บริการดูแลระยะยาว <input type="checkbox"/> บริการสุขภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพ	<input type="checkbox"/> อปท./ สปสช. <input type="checkbox"/> สปสช./ สธ.
กลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงบางส่วน ร้อยละ 16 (Barthel index 50 - 90)	เพื่อให้สามารถกลับมาช่วยเหลือตัวเองได้ และไม่เข้าสู่ภาวะพึ่งพิง	<input type="checkbox"/> การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ <input type="checkbox"/> บริการส่งเสริมป้องกันและฟื้นฟูตามความจำเป็นของผู้สูงอายุ	<input type="checkbox"/> อปท./ พม. <input type="checkbox"/> สปสช./ สธ.
กลุ่มที่ไม่มีภาวะพึ่งพิงร้อยละ 80 (Barthel index 91-100)	เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและคงศักยภาพในการดูแลตนเองและป้องกันไม่ให้เข้าสู่ภาวะพึ่งพิง	<input type="checkbox"/> การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ <input type="checkbox"/> บริการส่งเสริมป้องกันทั่วไป	<input type="checkbox"/> อปท./ พม. <input type="checkbox"/> สปสช./ สธ.

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ม.ป.ป.

#### 9.4.2.2 การขับเคลื่อนผ่านสมาชิกผู้สูงอายุระดับชาติ

สำนักส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์ เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้จัดเวทีสมาชิกผู้สูงอายุระดับชาติมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 – 2553 เพื่อให้ผู้สูงอายุ นักวิชาการ ผู้ปฏิบัติงานจากหน่วยงานส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค ส่วนท้องถิ่นและองค์กรเครือข่ายผู้สูงอายุได้ระดมความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อประโยชน์ต่อการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ทั้งนี้ สำหรับ ปี พ.ศ. 2554–2555 ไม่มีการจัดเวทีสมาชิก เพราะเป็นช่วงระยะเวลาพัฒนารูปแบบการจัดสมาชิกผู้สูงอายุให้เป็นระบบและได้มาตรฐาน และคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติได้แต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมาชิกผู้สูงอายุระดับชาติ เพื่อบริหาร การประชุมสมาชิกผู้สูงอายุระดับชาติให้มีประสิทธิภาพ โดยมีนายกสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีเป็นประธาน และสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ (สท.) กระทรวงการพัฒนาสังคมฯ เป็น อนุกรรมการ และเลขานุการ ซึ่งคณะกรรมการฯ จะพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอนโยบายจากภาคี เครือข่ายผู้สูงอายุในพื้นที่ ทั้งนี้ ประเด็นหัวข้อและสาระสำคัญของมติสมาชิกผู้สูงอายุระดับชาติ สรุปได้ดัง ตารางที่ 2.8



395274695

ตารางที่ 2.8 หัวข้อและสรุปสาระสำคัญของมติสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติ ครั้งที่ 1 – 4

ครั้งที่	หัวข้อ	สาระสำคัญที่เกี่ยวข้อง
ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2551	การเพิ่มรายได้ การส่งเสริมการออม และระบบบำนาญผู้สูงอายุไทย	1. เพิ่มโอกาสในการทำงานของผู้สูงอายุ 2. ส่งเสริมการออม 3. ระบบบำนาญผู้สูงอายุไทย
ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2552	การดูแลผู้สูงอายุ	1. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการช่วยเหลือตัวเองให้มากที่สุดและนานที่สุด 2. ส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน สร้างเสริมศักยภาพครอบครัวและผู้ดูแล ให้มีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ 3. ส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน กรณีครอบครัวไม่สามารถดูแลได้ 4. การดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ ควรกำหนดหน่วยงานรับผิดชอบดูแลการขึ้นทะเบียน กำกับควบคุมให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน 5. จัดทำแผนการผลิต ฝึกอบรมกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการให้มีจำนวนเพียงพอ และมีคุณภาพ
ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2553	การบริหารจัดการงานผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่น	1. หน่วยงานส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ที่เกี่ยวข้อง จะต้องมียุทธศาสตร์ แผนงาน และโครงการที่ชัดเจนในการส่งเสริมและสนับสนุนการบริหารจัดการงานผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่นอย่างบูรณาการ 2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งต้องมีนโยบายและแผนงานที่ชัดเจนในการบริหารจัดการงานผู้สูงอายุในท้องถิ่นตนเอง
ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2556	การสร้างเสริมสังคมผู้สูงอายุให้มีคุณภาพ (ด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และด้านการศึกษา)	1. ด้านสุขภาพ: การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ข้อ 2 ขอให้กระทรวง สธ. มท. พม. ศธ. และกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นรูปธรรม รวมทั้งพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริบาลและศูนย์บำบัดฟื้นฟูในชุมชนอย่างครบวงจร

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ม.ป.ป.



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / recv: 06082562 15:28:18 / seq: 7

ในการขับเคลื่อนข้อเสนอต่างๆ นั้น คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติได้ตั้ง คณะอนุกรรมการเพื่อผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และมีการพัฒนา แผนปฏิบัติการผลักดันและขับเคลื่อนประเด็น การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ระยะเวลา 3 ปี (พ.ศ. 2554 - 2556) โดยมียุทธศาสตร์สามด้านหลัก คือ 1) ส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลระยะยาวใน ระดับท้องถิ่น 2) การดูแลระยะยาวที่ดำเนินการโดยหน่วยงานรัฐส่วนกลาง และ 3) การดำเนินการ เพื่อสนับสนุน ทางการเงิน/การคลัง ทั้งนี้ได้มีการรายงานผลการดำเนินงาน ต่อคณะกรรมการผู้สูงอายุ แห่งชาติไปแล้ว 2 ครั้ง (ปี 2554 และ 2555) และล่าสุดเมื่อวันที่ 17 มกราคม 2556 พอสรุปได้ดังนี้ (ลัดดา ดำริการเลิศ, 2556)

#### 9.4.2.3 สนับสนุนการดูแลระยะยาวในระดับท้องถิ่น

9.4.2.3.1 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และนำไปอบรมให้แก่ อปท. จำนวน 389 แห่ง (ร้อยละ 5 ของ อปท.)

9.4.2.3.2 กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาตำบลนำร่องในการ จัดบริการระยะยาวแก่ผู้สูงอายุ โดยเป็นการบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายและภาคส่วนต่างๆ ผล การดำเนินงานปี พ.ศ. 2555 มีตำบลเข้าร่วม กระบวนการ 861 ตำบล ผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน 701 ตำบล (ร้อยละ 10 ของ อปท.)

9.4.2.3.3 กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำหลักสูตรผู้ดูแล 420 ชั่วโมง และ 70 ชั่วโมง และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ดำเนินการฝึกอบรมผู้ดูแล ทั้งจาก ครอบครัว อาสาสมัคร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรวม 9,408 คน

9.4.2.3.4 ประกาศเกียรติคุณแก่ผู้มีจิตอาสาดูแลผู้สูงอายุระดับดีเด่น จังหวัดละ 1 คน ระดับดีมาก จังหวัดละ 2 คน รวม 228 คน (ปี 2555) แต่ขาดการสื่อสารต่อสังคมให้ เกิดกระแสการขยายตัวของจิตอาสา

#### 9.4.2.4 การดูแลระยะยาวที่ดำเนินการโดยหน่วยงานรัฐส่วนกลาง

9.4.2.4.1 กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่ายพัฒนานิยาม เกณฑ์ และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สุขภาพจิต และสมองแล้วเสร็จในปี 2555 และนำไปอบรมให้แก่ อปท.

9.4.2.4.2 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้จัดทำ มาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุแล้วเสร็จในปี 2555 ส่วนมาตรฐานสถานบริบาลยังไม่ปรากฏ แต่กระทรวง สาธารณสุขได้จัดทำประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (ฉบับที่ 6) “การประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน” มาตั้งแต่ปีก่อนหน้านี้ หากแต่ยังไม่พบการ ประกาศใช้ภายใต้ข้อบัญญัติท้องถิ่นแม้แต่แห่งเดียว

9.4.2.4.3 มีการจัดตั้งบริการดูแลกลางวันและการดูแลชั่วคราวในสถานบริการภาครัฐใน รพ.สต. 4 ภาค 4 แห่ง คือ รพ.สต.บ้านโคก จ.อุดรดิตถ์ ,รพ.สต.ทะเลทรัพย์ จ.ชุมพร ,รพ.สต.บุกระสัง จ.บุรีรัมย์ และรพ.สต. แหลมบัว จ.นครปฐม (ปี 2555) ส่วนกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จัดบริการดูแลกลางวัน และการดูแลชั่วคราวในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ 12 แห่งที่สังกัดกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ

9.4.2.4.4 สธ.มีผลงานวิจัยที่แล้วเสร็จเรื่อง”พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะยาวในสถานบริการสู่ ชุมชน” มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) มีผลงานวิจัยเรื่อง “การศึกษาความพร้อมและความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข: การสำรวจแบบวันเดียว” อย่างไรก็ตามการวิจัยและพัฒนาเพื่อให้ได้ชุดบริการการพยาบาลที่บ้านทั้งด้านสุขภาพและสังคม (service packages and guideline) ที่จะนำไปสู่การกำหนดชุดสิทธิประโยชน์บริการระยะยาว, รูปแบบบริการกลางวันรวมถึงระบบการจัดการและต้นทุน ยังไม่มีการศึกษาวิจัย

9.4.2.5 การดำเนินการเพื่อสนับสนุนทางการเงิน/การคลัง กระทรวง พม.สนับสนุนเงินซ่อมแซม ปรับปรุงที่พักอาศัยผู้สูงอายุ 2,000 หลัง (ปี 2555) ส่วนกระทรวงมหาดไทยสนับสนุนโครงการบ้านท้องถิ่นไทยเทิดไท้องค์ราชันย์ (ปี 2554) เพื่อปรับปรุงที่พักอาศัยของ“ผู้ต้องได้รับการดูแลระยะยาว” สำหรับมาตรการทางการเงิน/ภาษีในการสนับสนุน ภาคเอกชน/กลุ่ม ไม่หวังผลกำไรที่ให้บริการ “สถานบริบาล” และสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวยังอยู่ระหว่างการหารือ

#### 9.4.3 การขับเคลื่อนโดยกลไกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ประเด็นเรื่องผู้สูงอายุและผู้พิการถูกหยิบยกเป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในครั้งที่ 1 – 3 และ 5 ที่ผ่านมา โดยสาระสำคัญสรุปได้ดังตารางที่ 2.9



ตารางที่ 2.9 สรุปสาระสำคัญของมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวกับการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

ครั้งที่	มติที่	สาระสำคัญที่เกี่ยวข้อง
ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2551	1.8 ความเสมอภาคในการเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น	1.2 ส่งเสริมบทบาทการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาสังคม ในการจัดบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน รวมถึงพัฒนาศักยภาพและกลไกในชุมชน เพื่อให้สามารถร่วมสร้างสุขภาวะ และเป็นกลไกในการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน
ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2552	11. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงการดูแลผู้สูงอายุ	<p>1. เห็นชอบว่า รัฐมีหน้าที่จัดการดูแล ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง</p> <p>2. ขอให้ อปท. เป็นเจ้าภาพในการประสานหน่วยงานในท้องถิ่น .จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุ....สนับสนุนเครื่องอุปโภคบริโภค ..ปรับปรุงที่อยู่อาศัย...ส่งเสริมอาชีพ...จัดให้มีศูนย์ดูแลกลางวัน ศูนย์พักพิงฟื้นฟูในชุมชน....สนับสนุน อส....จัดให้ภาคประชาสังคมมีส่วนร่วม...</p> <p>3. ให้กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ร่วมกับ..(หน่วยงานต่างๆ) ....ปรับปรุงเบี้ยยังชีพ..พัฒนาศักยภาพ อปท....สถานบริบาลเอกชนขึ้นทะเบียน .....อบรมให้ความรู้...จัดให้มี care manager....สนับสนุนให้หน่วยบริการปฐมภูมิ มีศักยภาพในการดูแลด้านต่างๆ...พัฒนาศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุให้จัดบริการการดูแลระยะยาว</p> <p>4. ขอให้กระทรวงศึกษาธิการ ร่วมกับ สธ. และ อปท.ผลิตและธำรงรักษาบุคลากรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง</p> <p>6. ขอให้ กระทรวง สธ.สภาการพยาบาล พม. และมหาดไทย ร่วมกันจัดทำมาตรฐานและกลไกระดับชาติในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง</p>
ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2553	2. ความเป็นธรรมในการเข้าถึง	1. ให้...(สามกองทุน และ สธ.)...พัฒนาระบบการคลังเพื่อการดูแลสุขภาพคนพิการให้มีความเสมอภาค....สิทธิ



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

ครั้งที่	มติที่	สาระสำคัญที่เกี่ยวข้อง
	บริการสุขภาพของคนพิการ	ประโยชน์/ กฎ ระเบียบ/ กองทุนดูแลผู้พิการในพื้นที่.... 4. ขอให้กระทรวงสาธารณสุข จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการแพทย์เพื่อพัฒนาศักยภาพของสถานบริการในทุกสังกัด เร่งผลิตและกระจายกำลังคนให้เหมาะสม
ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2555	10. เร่งรัดการสร้างเสริม ความ เป็นธรรมในการเข้าถึง บริการ สุขภาพของคนพิการ	1. ขอให้...(สามกองทุน)...เร่งรัดการดำเนินการ...(ตามมติในข้อ 1 ของสมัชชาครั้งที่ 3) ระหว่างรอขอให้ สปสช. สนับสนุน..ในรูปโครงการไปก่อน 2. ขอให้ศูนย์สิรินธร.. เร่งประกาศใช้ “แนวทางการดำเนินงานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์ และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๒” เพื่อส่งเสริมการพัฒนาบริการ....

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ม.ป.ป.

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้แต่งตั้งคณะกรรมการสุขภาพคนพิการแห่งชาติ โดยกำหนดทิศทางการขับเคลื่อนของคณะกรรมการไว้ 3 ประการ คือ (1) สนับสนุนและผลักดันให้เกิดการดำเนินการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้บรรลุเป้าหมายตามมติที่กำหนด รวมทั้งขับเคลื่อนให้มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องประเด็นคนพิการในมติอื่นๆ ให้บรรลุด้วย (2) การขับเคลื่อนจะเน้นการพัฒนากระบวนการเข้าถึงบริการที่เป็นสิทธิประโยชน์ และลดความเหลื่อมล้ำใน 3 กองทุน โดยเฉพาะประเด็นบริการรายการ อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการให้มีมาตรฐานเดียวกัน และ(3) สนับสนุนการพัฒนากลไกในระดับท้องถิ่น เช่น สมัชชาสุขภาพระดับจังหวัด ให้เกิดการขับเคลื่อนเชิงปฏิบัติการในชุมชนเพื่อให้เกิดผลต่อคนพิการโดยตรง

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ขับเคลื่อนงานตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนา ระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ด้านการทำความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว (Orientation and Mobility Training, OandM training : OandM) สำหรับคนตาบอดระยะ 6 ปี (พ.ศ. 2555 – 2558) ซึ่งมีคนตาบอดและสายตาเลือนรางที่ได้รับบริการ OandM ที่สามารถทำกิจกรรมพื้นฐานในการดำรงชีวิตได้ดีขึ้นจำนวน 4,212 คน และ จำนวน 2,267 คน ในปี

2554 และ 2555 ตามลำดับ นอกจากนั้นได้มีการจัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด ซึ่งในปี 2556 มี อบจ. เข้าร่วมดำเนินการจัดตั้งกองทุนทั้งสิ้น 32 จังหวัด โดยมีจังหวัดที่ร่วมสมทบงบประมาณแล้ว 23 จังหวัด

สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.) ได้จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการฉบับที่ 4 พ.ศ. 2555 - /2559 ภายใต้พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 โดยเน้นผลลัพธ์เพื่อให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และได้ร่วมกับสถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ (สสพ.) และสภาคนพิการทุกประเภทแห่งประเทศไทย สนับสนุนให้มีการจัดตั้งมูลนิธิสถาบันวิจัยแห่งประเทศไทยเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เพื่อทำหน้าที่ในการศึกษาวิจัยร่วมกับสถาบันอื่น รวมถึงศึกษารวบรวมความรู้เกี่ยวกับคนพิการ สำหรับใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ การส่งเสริมและสนับสนุนการศึกษาวิจัยและพัฒนางานอันเกี่ยวกับคนพิการทุกประเภท และสนับสนุนพัฒนาศักยภาพของสถาบันและ/หรือบุคคล ด้านการวิจัยเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ มีการสนับสนุนการเผยแพร่องค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และเป็นศูนย์กลางในการประสานงานของหน่วยงาน องค์กร และ/หรือสถาบันต่างๆ ที่ดำเนินการวิจัยเกี่ยวกับคนพิการทุกประเภท

#### 9.4.4 หน่วยงานต่างๆ ที่มีการดำเนินงานดูแลระยะยาวผู้สูงอายุ

##### ตารางที่ 2.10 หน่วยงานต่างๆ ที่มีการดำเนินงานดูแลระยะยาวผู้สูงอายุ

หน่วยงาน	นโยบาย/การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ
1. กระทรวงสาธารณสุข	พัฒนารูปแบบบริการระยะยาวของผู้สูงอายุ ( LTOP) และนำร่องตำบลต้นแบบการจัดบริการดูแลระยะยาว และจัดทำมาตรฐานการดูแลระยะยาวและแบบประเมิน
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	จัดสรรงบประมาณ เพื่อให้เกิดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค รักษาพยาบาล ฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน และอุดหนุนงบประมาณกองทุนสุขภาพตำบลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน
3. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	3.1 สนับสนุนกลไกคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ และอนุกรรมการเพื่อผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 3.2 จัดทำมาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุ , อบรมผส.,การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุกลางวันและชั่วคราวในสถานสงเคราะห์คนชรา ,



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / recv: 06082562 15:28:18 / seq: 7

หน่วยงาน	นโยบาย/การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ
	ส่งเสริม อปท. เน้นดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในรูปแบบศูนย์ดูแลในชุมชน , เชิดชูเกียรติผู้สูงอายุดีเด่น , สนับสนุนงบประมาณเพื่อซ่อมแซมบ้านผู้สูงอายุ , จัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ
4. กระทรวงมหาดไทย (กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น)	<p>4.1 จัดเบี้ยยังชีพรายเดือนแบบขั้นบันไดสำหรับผู้สูงอายุ, คุณภาพชีวิต</p> <p>4.2 อุดหนุนการดำเนินงานของ อสม. อผส. อสพ.</p> <p>4.3 ผู้ระหว่างศึกษารายละเอียดดำเนินงานประเด็น การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามข้อเสนอสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ</p>
5. กระทรวงแรงงาน	<p>มีการกำหนดมาตรการต่างๆ ดังนี้</p> <p>5.1 มาตรการหลักประกันรายได้เพื่อวัยสูงอายุ ได้แก่ ความคุ้มครองกรณีชราภาพ ม.33 ม.39 และการคุ้มครองตาม ม. 40 แก่แรงงานนอกระบบ</p> <p>5.2 มาตรการส่งเสริมการทำงานและหารายได้ผู้สูงอายุ</p> <p>5.3 มาตรการสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ส่งเสริมให้เป็นวิทยากร</p> <p>5.4 มาตรการด้านครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง ส่งเสริมให้ความรู้แก่แรงงานเพื่อเตรียมเข้าสู่สังคมสูงวัย</p>
6. กระทรวงศึกษาธิการ	<p>6.1 มีการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยสำหรับผู้สูงอายุ</p> <p>6.2 ดำเนินนโยบายการสนับสนุนโครงการพิเศษ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ส่งเสริมการเรียนรู้ ผ่านการเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ให้แก่ผู้สูงอายุ</li> <li>- จัดการศึกษาในหลักสูตรการศึกษานอกระบบการศึกษาขั้นพื้นฐาน</li> <li>- จัดการศึกษาต่อเนื่อง หลักสูตรระยะสั้นเพื่อพัฒนาอาชีพ ทักษะชีวิตคุณภาพชีวิตแก่ผู้สูงอายุ</li> </ul>

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ม.ป.ป.

## ตอนที่ 10 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน เพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

### 10.1 งานวิจัยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

นันทน์ภัส วงษ์พาณิชย์อักษร (2556) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการสิ่งแวดล้อม ชุมชนเพชรปทุม อ.เมือง จ.ปทุมธานี ผลการวิจัยสรุปได้ว่า 1)ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชนเพชรปทุม อ.เมือง จ.ปทุมธานี ทั้งการวางแผน การตัดสินใจ การดำเนินงาน การได้รับผลประโยชน์ การติดตามและการประเมินพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง 2) ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชนเพชรปทุม อ.เมือง จ.ปทุมธานี มีปัจจัยดังต่อไปนี้ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพและระดับรายได้ มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนเพชรปทุม โดยปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ และอายุ ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนเพชรปทุม สำหรับปัจจัยด้านการสนับสนุน ประกอบด้วย ความร่วมมือ ภาคประชาชน ความร่วมมือภาครัฐบาล และความร่วมมือภาคเอกชนมีผลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนเพชรปทุม 3) การกำหนดนโยบายขององค์การบริหารส่วนจังหวัดถูกกำหนดจากชนชั้นนำในองค์การบริหารส่วนจังหวัด กล่าวคือ ฝ่ายบริหาร และฝ่ายนิติบัญญัติขององค์การบริหารส่วนจังหวัด 4) การกำหนดนโยบายขององค์การบริหารส่วนจังหวัด คือ การกำหนดนโยบายเพื่อการกระจาย และจัดสรรผลประโยชน์แก่สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนจังหวัดอย่างลงตัวจนเป็นที่พอใจกับทุกกลุ่ม และ 5) นักการเมืองระดับชาติได้เข้ามามีบทบาทต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัดเนื่องจากฐานคะแนนเสียง และผลประโยชน์ต่างๆ ของนักการเมืองระดับชาติและนักการเมืองท้องถิ่นมีความทับซ้อนและเกี่ยวพันกัน

ฐานิตา เฉลิมช่วง (2559) ปัจจัยการมีส่วนร่วมทางการเมืองของประชาชนในระดับเทศบาล จังหวัดฉะเชิงเทรา ผลการวิจัยพบว่า 1) ปัจจัยการมีส่วนร่วมทางการเมืองของประชาชนโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 4.22 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ปัจจัยด้าน การพัฒนาความสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 4.48 รองลงมา คือ ปัจจัยด้าน สิ่งแวดล้อมทางการเมือง มีค่าเฉลี่ย 4.39 ปัจจัยด้านบุคคล มีค่าเฉลี่ย 4.03 และปัจจัยด้านสิ่งรื้อทางการเมืองอยู่ในระดับน้อยที่สุด มีค่าเฉลี่ย 3.99 ตามลำดับ 2) การมีส่วนร่วมทางการเมืองของประชาชนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.31 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การใช้สิทธิเลือกตั้งอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 4.36 รองลงมา คือ ด้านการติดต่อเป็นการเฉพาะ มีค่าเฉลี่ย 3.89 ด้านการร่วมกิจกรรมของชุมชน มีค่าเฉลี่ย 2.81 และด้านการรณรงค์หาเสียงเลือกตั้งอยู่ในระดับน้อย



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

ที่สุด มีค่าเฉลี่ย 2.16 ตามลำดับ 3) ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมทางการเมืองของประชาชนในระดับเทศบาลจังหวัดฉะเชิงเทรามากที่สุด คือ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางการเมือง พบว่า การไปใช้สิทธิเลือกตั้งของประชาชนเป็นหน้าที่ ตามกฎหมายอยู่ในระดับมากที่สุดรองลงมา คือ ปัจจัยด้านสิ่งรื้อทางการเมือง พบว่า ข้อมูลข่าวสารจากเทศบาลและผู้นำท้องถิ่นส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมา คือ ปัจจัยด้านการพัฒนาความสัมพันธ์ทางสังคม พบว่า ค่านิยมเก่าเรื่องทำตามคำสั่ง ยึดระเบียบ เคารพอาวุโส มีความจงรักภักดี ถูกต้องอยู่แล้วไม่ควรเปลี่ยนแปลงอยู่ในระดับมากที่สุด และปัจจัยสุดท้าย คือ ปัจจัยด้านบุคคล พบว่า บุคคลรอบข้างมีอิทธิพลต่อความสนใจเกี่ยวกับการเมืองท้องถิ่นของผู้ตอบแบบสอบถามอยู่ในระดับมากที่สุด

กมล เข็มนาจิตร์. (2557). ได้ศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการปกครองส่วนท้องถิ่นขององค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์ ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการปกครองส่วนท้องถิ่นขององค์การบริหาร ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.77 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ สามารถเรียงลำดับค่า เฉลี่ยจากมากไปหาน้อย อันดับแรก คือ ความสามัคคี ความรู้ความเข้าใจเรื่องการปกครองส่วนท้องถิ่น ความโปร่งใส การรับรู้ข่าวสาร ความผูกพัน ภาวะผู้นำ ความมั่นคง การเป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคม ความรู้สึกถึงการเป็นเจ้าของ การวิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) สามารถ ทนายปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการปกครองส่วนท้องถิ่นขององค์การบริหารส่วนตำบลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01

ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์ และ ยวดี รอดจากภัย (2557) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง ส่วนใหญ่รู้สึกว่ามีสุขภาพดี ร้อยละ 46.7 และรู้สึกว่าสุขภาพไม่ดีร้อยละ 18.6 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายด้านได้ดังนี้ พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือการสุขภาพที่อยู่อาศัย ค่าเฉลี่ย 3.64 รองลงมาคือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย ค่าเฉลี่ย 3.40 และพฤติกรรมที่ปฏิบัติต่ำที่สุดคือ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ค่าเฉลี่ย 3.03 ระดับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีและดีมากการศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนประกอบด้วย 1) การจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการวางแผนดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมและกำหนดประเด็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน ผู้สูงอายุ และประชาชนในชุมชน เข้าใจแนวคิดและกระบวนการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น โดยประยุกต์แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ และแนวคิดการทำงานโดยอาศัยภาคีเครือข่าย ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญในการส่งเสริมความเข้มแข็งให้



395274695

CU Thesais 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

ชุมชนพัฒนาศักยภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง และเกิดการปฏิบัติด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม

ฤทธิชัย แกมมณาค (2559) ได้ศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย ผลการวิจัยพบว่า 1) ในการค้นหาสภาพปัญหา ความต้องการ และการรับรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุจัดลำดับความสำคัญของสภาพปัญหา ดังนี้ 1) ปัญหาด้านสุขภาพของสูงอายุ มีดังนี้ มีโรคประจำตัว สุขภาพไม่แข็งแรง 2) ปัญหาด้านจิตใจของสูงอายุ มีดังนี้ เหงา และเครียด 3) ปัญหาด้านการประกอบอาชีพของสูงอายุ มี ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุต้องการมีสุขภาพที่ดี สุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ มีสถานที่ออกกำลังกายและทำกิจกรรมร่วมกัน 2) ผู้สูงอายุต้องการความเอาใจใส่จากครอบครัวและคนใกล้ชิด รวมถึงหน่วยงานที่ดูแลเรื่องสุขภาพ 3) ผู้สูงอายุต้องการมีรายได้เสริม มีอาชีพ และมีตลาดรองรับผลผลิต ปัญหาสุขภาพของสูงอายุ มีดังนี้ 1) ผู้สูงอายุรับรู้ว่าการออกกำลังกายจะช่วยให้ร่างกายแข็งแรง การตรวจสุขภาพประจำปี จะช่วยให้ ทราบถึงปัญหาสุขภาพ และแนวทางป้องกันโรคภัยไข้เจ็บ 2) ผู้สูงอายุรับรู้ว่าการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว ผู้ใกล้ชิด การมีกิจกรรมร่วมกันกับชุมชน ช่วยให้สุขภาพจิตดีขึ้น 3) ผู้สูงอายุรับรู้ว่าการมีรายได้เสริมจากอาชีพที่ สุจริต อาชีพที่ ผู้สูงอายุสามารถทำได้ ช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น 2) ได้โครงการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งหมด 6 กิจกรรม คือ กิจกรรมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กิจกรรมธรรมบ่าบัด กิจกรรมช่วงฝน กิจกรรมออกกำลังกาย กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และกิจกรรมอาชีพเสริมสำหรับผู้สูงอายุ เสริมรายได้ผู้สูงอายุบ้านหัวฝาย และได้จัดทำโครงการส่งเสริมและยกระดับศักยภาพการศึกษาของผู้สูงวัยด้วยภูมิปัญญาไทยพื้นบ้าน แห่งล้านนา ของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย มี 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมการออกกำลังกายและกีฬาผู้สูงอายุ กิจกรรมการประกอบอาชีพเสริมรายได้ ซึ่งการดำเนินงานในกิจกรรมตามโครงการ พบว่าได้รับความร่วมมือจากกลุ่มเป้าหมายสามารถดำเนินงานได้บรรลุเป้าหมายทุกกิจกรรม

## 10.2 งานวิจัยเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

เฟื่องฟ้า ภูธรรักษ์ และ คณะ (2549) ได้ศึกษากลยุทธ์การเสริมสร้างพลังอำนาจของหัวหน้าหอผู้ป่วยแก่บุคลากร:เปรียบเทียบโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพและโรงพยาบาลที่รอการรับรองคุณภาพในภาคใต้ ผลการวิจัยพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของหัวหน้าหอผู้ป่วยในการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่บุคลากรโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพและโรงพยาบาลที่รอการรับรองคุณภาพในภาคใต้อยู่ในระดับมาก ( $M=3.28$ ,  $SD=.38$  และ  $M=3.33$ ,  $SD=.37$ , โดยเกณฑ์ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-4) ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของหัวหน้าหอผู้ป่วย 2 กลุ่มนี้ พบว่าไม่แตกต่างกัน  $t=.58$ ,  $p>.05$  สรุปว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจของหัวหน้าหอผู้ป่วยแก่บุคลากรทั้งในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพและโรงพยาบาลที่รอการรับรองคุณภาพนั้นไม่แตกต่างกัน แต่ปฏิบัติในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน และการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจะส่งผลต่อการบริการที่มีคุณภาพและยั่งยืนได้



395274695

CD iThesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

สมคิด ปุณศิริ (2552) ได้ศึกษาผลของการใช้ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองด้านร่างกายทั้งโดยรวมและรายด้าน และความสามารถในการดูแลด้านจิตสังคม หลังการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้ ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกายและการดูแลด้านจิตสังคมเพิ่มขึ้น จึงควรนำรูปแบบโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมาพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย เพื่อเพิ่มขีดความสามารถของผู้ดูแลโดยเน้นที่ การรับรู้ ความสามารถ การตระหนักในคุณค่าของตนเอง ทำให้เกิดศักยภาพและความมุ่งมั่นในการดูแลที่มีประสิทธิภาพต่อไป

อรรครา ธรรมาธิกุล (2558) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาชุมชน ผลการวิจัยพบว่า 1) สภาพปัจจุบันของชมรมผู้สูงอายุมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณโดยชมรมผู้สูงอายุมีความต้องการจำเป็นในการเสริมสร้างพลังอำนาจในด้านสภาพแวดล้อมชมรมและด้านการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพสมาชิกผู้สูงอายุเป็นลำดับความสำคัญของความต้องการขั้นสูงสุดซึ่งอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน ส่วนด้านการสร้างพลังและแรงขับพลังอำนาจผู้สูงอายุมี ปัญหามากที่สุดและปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ตัวบุคคล การเสริมพลังสุขภาพ โอกาสของการเรียนรู้ การจัดการความรู้ และ ประสพการณ์ อุดมคติ ทรัพยากร (งบประมาณ บุคคล อุปกรณ์ อื่นๆ) และการบูรณาการ 2) คุณค่าของชมรมผู้สูงอายุ จำแนกออกเป็น 2 ด้านหลัก คือ ด้านการพัฒนาบุคคลและด้านการพัฒนาสังคม ส่วนแนวทางในการพัฒนาชมรม จำเป็นต้องเสริมสร้างและพัฒนา กลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ภาครัฐ และเอกชน ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้อง 3) การพัฒนาารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาชุมชน ประกอบด้วยหลักการ วัตถุประสงค์ องค์กรประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้สูงอายุ และองค์ประกอบร่วม โดยองค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้สูงอายุ “PHOMKIRI Model” มี องค์ประกอบย่อย 8 ประการ คือ (1) ตัวบุคคล (2) การเสริมพลังสุขภาพ (3) โอกาสของการเรียนรู้ (4) การจัดการ (5) ความรู้และประสพการณ์ (6) อุดมคติ (7) ทรัพยากร (งบประมาณ บุคคล อุปกรณ์ อื่นๆ) และ (8) บูรณาการ 4) การประเมินและปรับปรุงรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้สูงอายุ ผ่านการตรวจสอบและรับรองโดยผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ และการนำไปใช้ประโยชน์ได้จริงในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

คาร์เลส (Carless, อ้างถึงใน ภควรรณ ปิ่นแก้ว, 2558) ได้ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานกับความผูกพันต่อองค์กร และ พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจในงานให้แก่บุคลากร ก็คือการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่องค์กร ดังนั้นผู้นำหรือผู้บริหารจึงควรเน้นที่จะทำให้พนักงานรู้สึกมี



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / recv: 06082562 15:28:18 / seq: 7



อิสระ ได้รับการชื่นชม ได้รับแรงจูงใจ รวมถึงได้รับอำนาจ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นการเพิ่มประสิทธิ ภาพ และประสิทธิผล เพิ่มความ พึงพอใจในงาน และเพิ่มความผูกพันต่อองค์กรในที่สุด

แรนดอล์ฟ และ เคเมอร์ (Randolph and Kemery, อ้างถึงใน ภควรรณ ปิ่นแก้ว, 2558) ได้ศึกษา เรื่องการบริหารจัดการโดยใช้ อำนาจ ภายใต้บริบทของการฝึกเสริมสร้างอำนาจใน งานทั้งในฝั่งของผู้บริหารและพนักงาน พบว่าความรู้สึกผูกพันองค์กรเป็นผลมาจากการได้รับการ เสริมสร้างพลังอำนาจในงาน

เอลลอยด์ (Elloy, อ้างถึงใน ภควรรณ ปิ่นแก้ว, 2558) ศึกษาความรู้สึกผูกพัน องค์กรของพนักงานที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน ผลการศึกษาพบว่า พนักงานที่ได้รับการ เสริมสร้างพลังอำนาจในงานในเชิงจิตวิทยา จะมีความเต็มใจที่จะทำงานอยู่ กับองค์กรเพิ่มขึ้นโดย ได้รับข้อมูลสนับสนุนจากทฤษฎี การแลกเปลี่ยนทางสังคม

### 10.3 งานวิจัยเกี่ยวกับทุนทางสังคมและแรงสนับสนุนทางสังคม

สุปราณี จันทร์ส่ง และ คณะ (2558) ได้ศึกษาการพัฒนาทุนทางสังคมเพื่อการสร้างชุมชนที่ เข้มแข็ง ผลการศึกษาพบว่า 1) สภาพทั่วไปการพัฒนาทุนทางสังคมเพื่อสร้างชุมชนเข้มแข็ง พบว่า โดยรวมอยู่ ระดับมาก โดยที่ด้านภูมิคุ้มกันให้ชุมชนของการพัฒนาทุนทางสังคมที่อยู่ในระดับสูงที่สุดนั้น เนื่องจาก ผู้นำทาง สังคมมีบทบาทสำคัญที่สุดในการดำเนินการทุนทางสังคมทุกกิจกรรมทาง สาธารณะและกระตุ้นให้ประชาชนใน ชุมชนมีจิตสำนึกในการพึ่งพาตนเองร่วมคิดร่วมตัดสินใจร่วมทำ และร่วมรับผิดชอบในชุมชนของตนเอง ส่วนด้าน ระบบการเรียนรู้ของชุมชนที่อยู่ในระดับต่ำสุดนั้น เนื่องจากเจ้าหน้าที่ทำหน้าที่ในศูนย์การเรียนรู้ชุมชนยังขาด ความรู้ที่จะอบรมสร้างเสริมความรู้ความ เข้าใจให้ประชาชนได้อย่างเหมาะสม 2) ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาทุน ทางสังคมที่สร้างชุมชนเข้มแข็ง ภาพรวมตัวแปรส่วนใหญ่อยู่ระดับมาก 3) แนวทางการปรับปรุงปัจจัยที่มีผลต่อ การพัฒนาทุนทาง สังคมเพื่อสร้างชุมชนเข้มแข็ง ซึ่งสรุปจากข้อค้นพบประกอบด้วยปัจจัย 6 ประการที่สำคัญคือ (1) การ ดำเนินงานต้องเป็นไปในลักษณะแบบองค์รวมโดยมีเป้าหมายหลักคือการเน้นการพัฒนาอย่างยั่งยืนให้ ชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ (2) การดำเนินงานมีลักษณะการสร้างเครือข่ายต้องสร้างและพัฒนา เครือข่ายของ สมาชิกให้เกิดขึ้นภายในชุมชน (3) ทุกกระบวนการควรมีการมีส่วนร่วมของชุมชน ใน การดำเนินการพัฒนาชุมชน ในทุกขั้นตอน (4) กระบวนการสร้างการเรียนรู้ควรมีการศึกษาดูงาน ชุมชนที่เป็นต้นแบบและมีการพัฒนาแบบ พึ่งพาตนเองอย่างเข้มแข็ง (5) การพัฒนาชุมชนควรมี คณะกรรมการบริหารหรือผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง มีวิสัยทัศน์ในการมุ่งพัฒนาชุมชนอย่างบูรณาการ และ (6) ชุมชนควรได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอกที่มีส่วนช่วย ตั้งแต่ขั้นก่อตั้ง และการพัฒนา ความเข้มแข็งของชุมชนอย่างยั่งยืน

ประพันธ์ นีกระโทก (2557) ทุนทางสังคมกับการจัดการความรู้สูงองค์กร กรชุมชนพึ่งพา ตนเองอย่างยั่งยืนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง ผลการวิจัยพบว่า 1) สภาพทุนทางสังคมกับ

การจัดการความรู้ขององค์กรชุมชนพึ่งพาตนเองอย่างยั่งยืนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง พบว่าด้านความไว้วางใจเป็นการขอคำปรึกษาจากสมาชิกภายในชุมชน การขอคำปรึกษาจากพระสงฆ์ด้านการเงินโดยอาศัยความร่วมมือจากภาครัฐและเอกชนนำเอาความเชี่ยวชาญด้านการบริหารธุรกิจ เช่น การผลิต การตลาด การเงินมาส่งเสริมเสริมกิจกรรมเศรษฐกิจชุมชนในหมู่บ้านเมืองคกรที่สามารถให้ ความช่วยเหลือเหลือด้านการเงินยามฉุกเฉินได้ ด้านธรรมชาติมี การนำป่าไม้ในชุมชนมีแหล่งอาหารให้ชาวบ้านดำรงชีวิต มีแหล่งน้ำตามธรรมชาติที่ใช้พอเพียงสำหรับใช้ทำการเกษตรด้านบุคคลเป็นการยกย่องความรู้ของบุคคลที่ได้จากการศึกษาขั้นพื้นฐานอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ ประกอบสัมมาอาชีพหาเลี้ยงตนเองและครอบครัวคนในชุมชนได้รับการดูแลสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจอย่างทั่วถึง ด้านการให้ความรู้มีการพัฒนาการเรียนรู้ทั้งในและนอกระบบการศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิตการสร้างความสุขและความพอดี ในการพัฒนาด้านเศรษฐกิจสังคม ทรัพยากรธรรมชาติและ สิ่งแวดล้อม การเพิ่มโอกาสในการประกอบอาชีพ และการดำรงชีวิตที่หลากหลาย ด้านโครงสร้างพื้นฐาน มีการนำโครงสร้างพื้นฐานมาประยุกต์ใช้ในกิจกรรม ชุมชนต้องการได้แก่ การกำจัดขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล มีไฟฟ้าครอบคลุมทั้งหมู่บ้าน โทรศัพท์สาธารณะมีความสมบูรณ์พร้อมใช้งาน 2) ศึกษากระบวนการจัดการความรู้ของชุมชนพึ่งพาตนเองอย่างยั่งยืน และความรูของชุมชนที่เกิดขึ้นหลังจากมีการจัดการความรู้ชุมชนพึ่งพาตนเองอย่างยั่งยืน พบว่าการจัดการความรู้ขององค์กรชุมชน โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือด้านการประยุกต์ใช้ความรู้ รองลงมา คือ ด้านการแบ่งปันความรู้ น้อยที่สุด คือ ด้านการจัดเก็บความรู้ 3) รูปแบบบูรณาการทุนทางสังคมกับการจัดการความรู้ขององค์กรชุมชนในการพึ่งพาตนเองอย่างยั่งยืน ป่าทามชุมชนบ้านอาลอ-โดนแบน รูปแบบการบูรณาการจัดการความรู้ของชุมชนพึ่งพาตนเองอย่างยั่งยืน มีลักษณะการนำทุนทางสังคมมาใช้ควบคู่กับการจัดการความรู้ชุมชนมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไปโดยทุนทางสังคมที่ ถูกนำมาใช้ ได้แก่ ความไว้วางใจระหว่างบุคคลผู้เป็นต้นคิดการอนุรักษ์ฟื้นฟูป่าทาม ซึ่งคิดว่าผู้คิดริเริ่มไม่ได้คิดครอบครองป่าทามแต่เพียงผู้เดียว ก่อให้เกิดการใช้ทุนทางบุคคลในชุมชนก่อตั้งเป็นองค์กรเล็กๆในชุมชนมีวัตถุประสงค์หลักคือการอนุรักษ์ฟื้นฟูป่าทามโดยรอบชุมชน บ้านอาลอ-โดนแบนและใช้ทุนความรู้ที่มีอยู่ในชุมชนมาทบทวนสร้างกิจกรรมอนุรักษ์ฟื้นฟูป่าทาม พร้อมกับการใช้ทุนทางการเงิน ซึ่งภายหลังการอนุรักษ์ฟื้นฟูป่าทามเกิดการสร้างเงินสร้างรายได้กลับเข้าสู่ชุมชน

สุพัตรา คงขำ (2561) ได้ศึกษาทุนทางสังคมกับการบริหารจัดการชุมชนอย่างยั่งยืนกรณีศึกษา: ชุมชนบ้านบ่อน้ำซับ หมู่ที่ 1 ตำบลขุนทะเล อำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการวิจัยพบว่า 1) สภาพทุนทางสังคมของชุมชนบ้านบ่อน้ำซับในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งด้านทุนมนุษย์มีอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีผู้นำชุมชนที่เสียสละเห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวม ด้านทุนวัฒนธรรมและ ภูมิปัญญา มีวัฒนธรรมประเพณีท้องถิ่น ความเชื่อ และภูมิปัญญาท้องถิ่นที่



395274695

CU Thesais 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

หลากหลาย ด้านทุนสถาบัน ประกอบด้วย สถาบันครอบครัว การศึกษา ศาสนา การเมืองการปกครอง เศรษฐกิจ นันทนาการ และสถาบัน อื่น ๆ ด้านทุนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม มีดิน น้ำ สภาพภูมิอากาศ แร่ธาตุ ที่มีความอุดมสมบูรณ์ 2) วิธีการนำ ทุนทางสังคมไปบริหารจัดการชุมชน อย่างยั่งยืน โดยการสร้างและพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน สร้างการมีส่วนร่วม จัดเวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้ การค้นหาทุนในชุมชน การทดลองนำมาปฏิบัติการขยายผลต่อ ยอด การสร้างศูนย์การเรียนรู้ 3) ปัญหาและอุปสรรคในการนำ ทุนทางสังคมไปบริหารจัดการชุมชนอย่างยั่งยืน คือ ประชาชนไม่ให้ความร่วมมือ การสร้างผู้นำรุ่นใหม่ทำได้ยากขึ้น ขาดการรวบรวมองค์ความรู้ภูมิปัญญา ท้องถิ่น เด็กยุคใหม่ขาดภูมิคุ้มกัน กลุ่มองค์กรต่างๆ เริ่มปิดตัว

กัญญ์สิริ จันทร์เจริญ (2559) ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับทักษะชีวิต ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ผลการศึกษา พบว่า 1. นักศึกษาหลักสูตรพยาบาล ศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 ได้รับการสนับสนุนทาง สังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $M=3.77$ ,  $SD=0.31$ ) 2. นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 มีทักษะชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $M=3.91$ ,  $SD=.36$ ) 3. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทักษะชีวิตของนักศึกษา ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $r=.470$ )

#### 10.4 งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

สมิตรา วิชาและคณะ (2561) ได้ศึกษารูปแบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฮ่องห้า อำเภอมะหะจังหวัดลำปาง ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติด บ้านและกลุ่มติดเตียงในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฮ่องห้า อำเภอมะหะ จังหวัดลำปาง ประกอบด้วย 5 องค์ ประกอบ ได้แก่ 1) การประเมินสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และศักยภาพของญาติ ผู้ดูแล 2) การดูแลช่วยเหลือโดยกลุ่มคนในชุมชน 3) การจัดระบบบริการ สุขภาพ ระบบการดูแลต่อเนื่อง และระบบสารสนเทศและเทคโนโลยีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลฮ่องห้า โรงพยาบาลแม่ทะ และ โรงพยาบาลลำปาง 4) การกำหนดนโยบาย แผนงาน โครงการ และงบประมาณจากเทศบาลตำบลน้ำใจและ 5) การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุจากหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ข้อเสนอแนะคือ กลุ่มเครือข่ายในชุมชน ควรมีส่วนร่วมดูแลผู้ สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดย คำนึงถึงความต้องการและความแตกต่างของแต่ละบุคคล และหน่วยงานภาครัฐควรทบทวนบทบาท หน้าที่ที่ซ้ำซ้อนกันในการดำเนินงานดูแลผู้ สูงอายุระยะยาวในชุมชน

ถนอมรัตน์ ประสิทธิ์เมตต์ และเพชรรา ชวนะพันธุ์ (2559) ได้ศึกษาประสิทธิผลของผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่ มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตสุขภาพที่ 4 ผลการวิจัยพบว่า มิติ ด้านกาย สังคมและสิ่งแวดล้อมมีคะแนนอยู่ในระดับดีต่ำกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ80)ที่กำหนดเฉพาะ มิติด้านจิตใจที่มีคะแนนอยู่ในเกณฑ์ ระดับดีตามที่กำหนด พบอายุ และการศึกษามีความสัมพันธ์กับ

ความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านความพึงพอใจ พบว่าตัวผู้สูงอายุเองมีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 50.2) มิติด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมมีความพึงพอใจระดับดี (ร้อยละ 82.3) สูงกว่ามิติอื่นๆ ข้อเสนอแนะควรปรับปรุงการอบรมพัฒนาเพิ่มเติมให้เหมาะสมกับลักษณะส่วนบุคคลตามสภาพจริงของผู้ดูแลและชุมชน เช่นกรณี ผู้ดูแลมี อายุ  $\geq 50$  ปี มีการศึกษาน้อย หรือเป็นเพศชาย เป็นต้น เพื่อให้ทุกกลุ่มของผู้ดูแลได้เกิดความรู้และทักษะสูงสุด นอกจากนี้ควรมีระบบการสนับสนุนให้แก่ผู้ดูแล อาจเป็นด้านค่าใช้จ่าย และการดูแลด้านสุขภาพของตัวผู้ดูแลเอง เพื่อให้ทำงานได้ ต่อไปในระยะยาว

วิภาวี ชูแก้ว และคณะ (2560) ได้ศึกษากระบวนการสร้างหุ้นส่วนสุขภาพเพื่อการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมชุมชนพิทักษ์ธรรมตำบลสำโรงใต้ อำเภอพระประแดงจังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ภาพการณ์ที่ สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลผู้ สูงอายุข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านผู้สูงอายุ คือ อายุอาการปวดเข่าและประสิทธิภาพการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้านผู้ดูแลคือ ความเพียงพอของรายได้ และการรับรู้ความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อมที่เกิดกับผู้สูงอายุ บทบาทของผู้เกี่ยวข้องที่อาจส่งผลต่อข้อเข่าเสื่อมแยกได้ 3 ประเด็น คือ 1) บุคลากรสุขภาพส่วนใหญ่รักษาตามอาการและให้คำแนะนำแบบทั่วไปและสนับสนุนงบประมาณยังไม่ครอบคลุม 2) บุคลากรชุมชนทราบปัญหาไม่ครบถ้วน ไม่มีโครงการหรือกิจกรรม ดูแลข้อเข่าเสื่อม และ อสม. ไม่มั่นใจให้ คำแนะนำและจัดกิจกรรมในชุมชน 3) ผู้ดูแลเน้นจัดยาให้รับประทานอาหาร พาไปพบแพทย์เท่าที่มีเวลาและกระตุ้น ผู้สูงอายุให้ดูแลตนเองไม่มาก กระบวนการสร้างหุ้นส่วนสุขภาพเพื่อการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม มี 4 ระยะ คือ 1) สร้างความเป็นหุ้นส่วนด้วยการประสานผู้เกี่ยวข้องกำหนดแผนงานและกิจกรรม 2) สร้างระบบรองรับการทำงาน 3) ประเมินคุณภาพกิจกรรมเป็นระยะจนได้ข้อตกลงร่วมกัน 4) พัฒนาความต่อเนื่องของหุ้นส่วนด้วยการร่วมประเมินการทำงานกิจกรรมที่เกิดขึ้น คือ บริหารข้อเข่าทำสมุนไพรพอกเข่า ให้ความรู้และเยี่ยมบ้านด้วยคู่มือดูแลข้อเข่าเสื่อม ผลของกระบวนการสร้างหุ้นส่วนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม พบว่า ผู้สูง อายุ รู้รู้เรื่องโรค และความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อมเพิ่มขึ้น ( $p < 0.05$ ) พฤติกรรมดูแลข้อเข่าเสื่อมเพิ่มขึ้น ( $p < 0.05$ ) น้ำหนักตัวลดลง ( $p < 0.05$ ) อาการปวดและความยากลำบากในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ( $p < 0.05$ ) ด้านผู้ดูแลรับรู้ความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อมเพิ่มขึ้น ( $p < 0.05$ ) พฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมเพิ่มขึ้น ( $p < 0.05$ )

ศิริพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2552) ศึกษาตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีในชุมชนชนบทไทย ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่ศึกษาทั้งหมดเป็นผู้ที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังและพึ่งพาตนเองได้ในระดับน้อย จนถึงพึ่งพาตนเองไม่ได้เลย มีบุตรสาวเป็นผู้ดูแลหลัก วิธีการและเทคนิคการดูแลที่ดีประกอบด้วยตัวชี้วัด 9 ประการ ได้แก่ การดูแลสุขภาพส่วนบุคคล การจัดการเรื่องยา การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว การดูแลแผลกดทับ การจัดการอาหารที่เหมาะสม การป้อนอาหาร การดูแลในการ



395274695

CU Thesais 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

ซับซ้อน การสร้างความมั่นคงทางอารมณ์ และการดูแลด้านจิตวิญญาณ ส่วนชุมชนที่มีการจัดการที่ดี ประกอบด้วยตัวชี้วัด 6 ประการ ได้แก่ การมีระบบการดูแลอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ การมีทีมงานที่เข้มแข็ง การใช้ทุนทางสังคมให้เป็นประโยชน์ การแก้ไขปัญหาที่เป็นการสร้างความตระหนักรู้แก่ชุมชน การมีฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่สมบูรณ์ และการมีระบบประเมินการบริการ

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากลูกหลานและเครือญาติตามสภาพ และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเรื้อรังหลายๆโรค เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ เข้าเสื่อม และตาฟ้ามัว เป็นต้น รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุนั้นจะดำเนินการโดยใช้ภาคีเครือข่ายหรือการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการ และมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลอำเภอเป็นหน่วยงานที่ออกพื้นที่ในการให้การดูแลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ มีการจัดให้มีกิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุได้พบปะกันและช่วยเหลือด้านสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ การส่งเสริมอาชีพให้แก่ผู้สูงอายุ การตรวจและคัดกรองเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กิจกรรมฌาปนกิจสงเคราะห์ ปัญหาส่วนใหญ่ในการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุคือความไม่ต่อเนื่องของกิจกรรมเนื่องจากขาดงบประมาณในการดำเนินการ กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่สำคัญและควรจัดให้มีอย่างต่อเนื่อง คือ การดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคล การจัดการเรื่องยา การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวก การดูแลแผลกดทับ การจัดการอาหารที่เหมาะสม การป้องกันอาหาร การดูแลในการซับซ้อน การสร้างความมั่นคงทางอารมณ์ และการดูแลด้านจิตวิญญาณ เป็นต้น



395274695

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) มีวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้ 1) เพื่อศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ 2) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยและเงื่อนไขของการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ 3) เพื่อนำเสนอรูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง วิธีดำเนินการวิจัย จำแนกตามวัตถุประสงค์ ซึ่งกำหนดขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** ดำเนินการโดยยึดวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 และ 2 เพื่อศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) และวิเคราะห์ปัจจัยและเงื่อนไขของการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ

**ขั้นตอนที่ 2** ดำเนินการโดยยึดวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อนำเสนอรูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

**ตอนที่ 1** ศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) และวิเคราะห์ปัจจัยและเงื่อนไขของการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ

#### 1. การศึกษาเอกสาร

1.1 ศึกษาเอกสารแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย แนวคิดเกี่ยวกับเครือข่ายทางสังคมแนวคิดเกี่ยวกับเครือข่ายสุขภาพ แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม แนวคิดระบบสุขภาพ

ระดับอำเภอแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมแนวคิดเกี่ยวกับทุนทางสังคม แนวคิดเกี่ยวกับการสูงอายุ แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเด็นต่างๆ ดังกล่าว

1.2 การวิเคราะห์ข้อมูล นำสารสนเทศทั้งหมดมาสังเคราะห์เนื้อหา (Content synthesis) นำมาสรุปและพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยรูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

1.3 พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยได้รับการตรวจสอบความครอบคลุมและความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาโดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รายละเอียดดังนี้ (เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยปรากฏอยู่ในภาคผนวก ก)

แบบสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 4 ชุด ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์สมาชิกเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์สมาชิกในครอบครัวหรือญาติซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

## 2. การเลือกกรณีศึกษา

### 2.1 เกณฑ์การเลือกกรณีศึกษา

เลือกกรณีศึกษา โดยพิจารณาว่าเป็นเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนที่มีวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยได้รับรางวัลระดับเขตสุขภาพ หรือได้รับรางวัลระดับประเทศ หรือ เป็นที่ยอมรับในระดับประเทศ และยังมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling) ได้กรณีศึกษาดังนี้ 1) เครือข่ายสุขภาพอำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา เพราะเป็นเครือข่ายที่ได้เกียรติบัตรจากกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ในปีพ.ศ. 2559 และเป็นเครือข่ายที่ให้ความร่วมมือในการศึกษา 2) เครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลลำสนธิ จังหวัดลพบุรี ซึ่งมีผลงานเป็นที่ยอมรับในระดับประเทศ (เนื่องจากเป็นจังหวัดที่ประกาศว่าจะขยายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้เครือข่ายสุขภาพเต็มพื้นที่)

### 2.2 การรวบรวมข้อมูล ใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและการสังเกต

2.3 ผู้ให้ข้อมูลหลัก 1) ในระดับบริหารและปฏิบัติการ ใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling) ประกอบด้วย ประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (นายอำเภอ) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ และขอให้สาธารณสุขอำเภอเสนอชื่อเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนจำนวนพื้นที่ละ 1 เครือข่าย ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลักระดับ

เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน ประกอบด้วยผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 1 คน กำนัน 1 คน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขระดับตำบล 1 คนและขอให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เสนอรายชื่อผู้ใหญ่บ้าน 1 คน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 1 คน อาสาสมัคร(จิตอาสา) 1 คน ซึ่งเป็นสมาชิกเครือข่ายสุขภาพชุมชนในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่เป็น best practice รวมผู้ให้ข้อมูลหลักในระดับบริหารและปฏิบัติการทั้งหมดจำนวน 11 คน/เครือข่ายสุขภาพ จำนวน 2 เครือข่าย รวมทั้งสิ้น 22 คน 2) ผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบสโนว์บอล (Snowball Sampling) เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยอาศัยการแนะนำของผู้ให้ข้อมูลที่ได้เก็บข้อมูลไปแล้วต่อไป จนกระทั่งได้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักตามที่ต้องการหรือกระทั่งได้ข้อมูลที่สนใจศึกษา ประกอบด้วยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งสามารถตอบคำถามได้จำนวน 5 คน/เครือข่าย รวม 10 คน และผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวนอย่างละ 5 คน/เครือข่าย รวม 10 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 42 คน

2.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ในประเด็นรูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ และปัจจัยและเงื่อนไขของการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ ใช้แนวทางการสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย

2.4.1 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) สำหรับผู้ให้ข้อมูลหลักในระดับบริหารและระดับปฏิบัติการ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก รูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ และปัจจัยและเงื่อนไขของการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ ดังรายละเอียดในภาคผนวก ก

2.4.2 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับผู้ให้ข้อมูลหลักซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก การได้รับการดูแลจากเครือข่ายสุขภาพและความพึงพอใจในการรับการดูแล รายละเอียดในภาคผนวก ก

2.5 การตรวจสอบเครื่องมือ ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) ที่สร้างขึ้น เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมและความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษา



395274695

CU Thesais 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7



## 2.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

2.6.1 ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพพระดํบชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดําเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ และปัจจัยและเงื่อนไขของการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพพระดํบชุมชน เพื่อพัฒนาศักยภาพการดําเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ และการได้รับการดูแลจากเครือข่ายสุขภาพและความพึงพอใจในการได้รับการดูแล ใช้การวิเคราะห์โดยการจัดหมวดหมู่ การเปรียบเทียบ และการสรุปแบบอุปนัย

2.7 การตรวจสอบข้อมูล ใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ด้านข้อมูล และด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในเชิงพรรณนาความ (Descriptive analysis) ให้สอดคล้องกับประเด็นต่าง ๆ ในบริบทที่เกี่ยวข้องกันในแต่ละด้าน

## ตอนที่ 2 การนำเสนอรูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพพระดํบชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดําเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

1. จัดทำร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพพระดํบชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดําเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยดําเนินการดังนี้

1.1 นำผลการศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพพระดํบชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดําเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ และผลการศึกษาปัจจัยและเงื่อนไขของการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพพระดํบชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพ การดําเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ และการได้รับการดูแลจากเครือข่ายสุขภาพและความพึงพอใจในการได้รับการดูแลมาใช้ในการออกแบบและจัดทำ “ร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพพระดํบชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดําเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง”

1.2 ส่ง “ร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพพระดํบชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดําเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” ให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม แล้วปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

1.3 จัดเวทิตินข้อมูลสู่ชุมชน ซึ่งประกอบด้วย 1) อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมาและพื้นที่ใกล้เคียง ได้แก่ อำเภอลำทะเมนชัยและอำเภอนนทบุรี โดยใช้สถานที่คือห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหัวฟาน อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 60 คน ประกอบด้วย สาธารณสุขอำเภอ ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ



395274695

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้แทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 2) อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรีและพื้นที่ใกล้เคียง ได้แก่ อำเภอชัยบาดาล โดยใช้สถานที่คือห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดตาเพชร อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 50 คน ประกอบด้วย ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้แทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการจัดเวทีชาวบ้านในพื้นที่ชุมชนวิจัยและชุมชนใกล้เคียง ทำให้ประชาชนในพื้นที่วิจัยได้รับรู้ข้อมูลและผลการวิจัย เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างนักวิจัยกับชุมชน และระหว่างคนในชุมชนด้วยกัน เกิดการนำความรู้ที่ได้รับจากการวิจัยไปปรับใช้กับชุมชนของตนเอง ในขณะที่ชุมชนใกล้เคียงก็สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้และดำเนินกิจกรรมในลักษณะที่ใกล้เคียงกันได้ กระบวนการจัดเวทีคืนข้อมูลสู่ชุมชนมีขั้นตอนดังนี้

- 1.3.1 เขียนร่างรายงานผลการวิจัยเพื่อคืนข้อมูลสู่ชุมชน
- 1.3.2 นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อขอคำปรึกษาและคำแนะนำ
- 1.3.3 ปรับแก้รายงานผลการวิจัยตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา
- 1.3.4 ติดต่อพื้นที่วิจัยเพื่อจัดเวทีชาวบ้านสำหรับคืนข้อมูลสู่ชุมชน โดยการเชิญผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่วิจัยและชุมชนใกล้เคียง
- 1.3.5 จัดทำเอกสารสรุปและรายงานผลการวิจัยเพื่อคืนข้อมูลสู่ชุมชน โดยการปรับภาษาที่เข้าใจง่ายในลักษณะของการเล่าเรื่องราว ผู้เล่าเรื่องไปทำอะไรมา พบอะไรบ้าง และให้ชุมชนช่วยพิจารณาว่าจะนำผลที่ได้รับไปใช้อย่างไรบ้าง สิ่งสำคัญที่เน้นย้ำคือ บอกวัตถุประสงค์ของการจัดเวทีชาวบ้านที่เป็นไปเพื่อร่วมรับรู้ การแบ่งปันและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ร่วมกัน
- 1.3.6 ส่งรายงานผลการวิจัยไปให้ชุมชนก่อนการจัดเวทีชาวบ้าน เพื่อให้ชุมชนให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) และให้ชุมชนช่วยตรวจสอบผลการวิจัย
- 1.3.7 จัดเวทีคืนข้อมูลสู่ชุมชน เน้นที่กระบวนการตรวจสอบข้อมูล การทำให้ชาวบ้านเห็นข้อมูลชุมชนของตนเอง และสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของการนำผลการวิจัยไปใช้กับชุมชน

2. การสร้างรูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยตรวจสอบร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร่วมกับข้อมูลที่ได้

จากการจัดเวทีคืนข้อมูลสู่ชุมชน และส่งให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม แล้วปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

3. ตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งใช้แบบตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของร่างรูปแบบ ฯ ดังรายละเอียดในภาคผนวก ก โดยส่งร่างรูปแบบดังกล่าวที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อขอรับข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

การคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้เชี่ยวชาญแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์การเลือกผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้เชี่ยวชาญ ดังนี้

3.1 ผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายระบบสุขภาพอำเภอและ/หรือการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับประเทศ จำนวน 2 คน

3.2 ผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายระบบสุขภาพอำเภอและ/หรือการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับเขตสุขภาพ จำนวน 2 คน

3.3 ผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายระบบสุขภาพอำเภอและ/หรือการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสู่การปฏิบัติในระดับจังหวัด จำนวน 2 คน

ผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้เชี่ยวชาญ มีจำนวน 6 คน ประกอบด้วย

- 1) ดร.นายแพทย์อิทธิพล สูงแข็ง ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
- 2) นายแพทย์ยงยศ ธรรมวุฒิ ที่ปรึกษาระดับกระทรวง นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
- 3) แพทย์หญิงอัจฉรา นิธิอภิญญาสกุล ตำแหน่ง สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ 9 กระทรวงสาธารณสุข
- 4) นายแพทย์สุพล ตติยนันทพร นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) รองนายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา
- 5) นายแพทย์ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแก่งคอย รักษาราชการในตำแหน่งนายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระบุรี
- 6) นายแพทย์สันติ ลากเบญจกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าม่วง จังหวัดลพบุรี

4. นำเสนอรูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

ผู้วิจัยได้เสนอร่างรูปแบบฯ ต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อพิจารณาให้  
ข้อเสนอแนะ จากนั้นปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่าย  
สุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ  
พึ่งพิงให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นต่อไป



395274695

CU Thesjis 5684471727 dissertation / recv: 06082562 15:28:18 / seq: 7

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการศึกษา รูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้วิจัยได้ดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีความเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในเขตอำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี และอำเภอสามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ ประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (นายอำเภอ) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขระดับตำบล ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager: CM) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) อาสาสมัคร (จิตอาสา) ที่เป็นสมาชิกเครือข่ายสุขภาพชุมชนในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ตัวแทนเครือข่ายสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งสามารถตอบคำถามได้และตัวแทนสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ รวมทั้งสิ้น 42 คน ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัย ๓ ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 การมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ

ตอนที่ 2 ปัจจัยและเงื่อนไขของการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ

ตอนที่ 3 รูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

**ตอนที่ 1 การมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลกุดตาเพชร อำเภอลำสนธิ**

**จังหวัดลพบุรี**

การมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ มีการดำเนินการ ดังนี้



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / recv: 06082562 15:28:18 / seq: 7

## 1.1 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชนระดับชุมชน ตำบลกุดตาเพชร อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี

### 1.1.1 ข้อมูลทั่วไปของพื้นที่

ตำบลกุดตาเพชร ตั้งอยู่ทางทิศเหนือของอำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี ห่างจากอำเภอลำสนธิประมาณ 38 กิโลเมตร

#### ลักษณะที่ตั้งและอาณาเขต

ทิศเหนือ	ติดต่อกับ	อำเภอกำแพงแสน จังหวัดชัยภูมิ
ทิศใต้	ติดต่อกับ	ตำบลเขารวกและตำบลลำสนธิ อำเภอลำสนธิ
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับ	เทือกเขาพังเหย อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดชัยภูมิ
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับ	ตำบลเขารวก อำเภอลำสนธิ, อำเภอศรีเทพ, อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์

เนื้อที่ (แสดงเนื้อที่โดยประมาณเป็นตารางกิโลเมตร และไร่)

พื้นที่ทั้งหมดประมาณ 118,750 ไร่ หรือพื้นที่ประมาณ 190 ตารางกิโลเมตร

#### ภูมิประเทศ

พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่มสลับเนินเขา มีแหล่งต้นน้ำเหมาะแก่การเกษตรกรรม จากเขตป่าซับลังกา มีลำคลองตัดผ่าน มีอ่างเก็บน้ำกุดตาเพชร แต่ไม่สามารถนำน้ำมาใช้ในการเกษตรได้ในฤดูแล้ง

จำนวนหมู่บ้าน 12 หมู่บ้าน ประกอบด้วย

หมู่ที่ 1	บ้านหนองปล้อง	หมู่ที่ 2	บ้านยุบเสลี่ยง
หมู่ที่ 3	บ้านกุดตาเพชร	หมู่ที่ 4	บ้านสำราญ
หมู่ที่ 5	บ้านทุ่งสักแปะ	หมู่ที่ 6	บ้านหนองโก
หมู่ที่ 7	บ้านวังเชื่อม	หมู่ที่ 8	บ้านหินลาว
หมู่ที่ 9	บ้านหนองประตูต่อ	หมู่ที่ 10	บ้านหนองโกน้อย
หมู่ที่ 11	บ้านคลองหิน	หมู่ที่ 12	บ้านแสน

#### สถาบันและองค์กรศาสนา

ในเขตพื้นที่ตำบลกุดตาเพชร มีวัด จำนวน 11 แห่ง สำนักสงฆ์ 1 แห่ง

#### สาธารณสุข

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดตาเพชร และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหินลาว

#### ประชากร

จำนวน 1,752 ครัวเรือน ประชาชนทั้งสิ้น 6,296 คน แยกเป็นชาย 3,160 คน หญิง 3,136 คน มีความหนาแน่นเฉลี่ย 32 คน/ตารางกิโลเมตร

ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวนครัวเรือนและจำนวนประชากรในแต่ละหมู่บ้าน

ชื่อบ้าน	หมู่ที่	จำนวนครัวเรือน	ประชากร		รวม
			ชาย	หญิง	
บ้านหนองปล้อง	1	245	384	384	768
บ้านหนองพรม	2	138	220	239	459
บ้านกุดตาเพชร	3	284	445	445	890
บ้านสำราญ	4	148	319	309	628
บ้านทุ่งสักแปะ	5	130	239	233	472
บ้านหนองโกใหญ่	6	96	175	160	335
บ้านวังเชื่อม	7	183	121	105	226
บ้านหินลาว	8	225	340	347	687
บ้านหนองประดู่ต่อ	9	110	196	195	391
บ้านหนองโกน้อย	10	95	146	145	291
บ้านคลองหิน	11	151	324	323	647
บ้านแสนสุข	12	123	251	251	502
<b>รวมทั้งสิ้น</b>		<b>1,928</b>	<b>3,160</b>	<b>3,136</b>	<b>6,296</b>

#### สภาพทางเศรษฐกิจ

ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทางการเกษตรกรรม เช่น ทำไร่ ปลูกพืช ข้าวโพด ทำนา มันสำปะหลัง โดยมีการจัดตั้งกลุ่มต่างๆ ขึ้นในหมู่บ้าน ตำบล เพื่อพัฒนาและแก้ไขสภาพทางเศรษฐกิจ

#### สภาพทางสังคม

##### การศึกษา

โรงเรียนประถมศึกษา	จำนวน 3 แห่ง
โรงเรียนมัธยมศึกษา	จำนวน 2 แห่ง
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	จำนวน 3 แห่ง
ที่อ่านหนังสือพิมพ์ประจำหมู่บ้าน	จำนวน 11 แห่ง

#### การบริการพื้นฐาน

การคมนาคม การเดินทางระหว่างอำเภอและจังหวัดจะต้องโดยสารรถประจำทางขนาดเล็กออกจากตำบลกุดตาเพชร เดินทาง 38 กิโลเมตร ถึงอำเภอลำสนธิ มีบริการวันละ 5 เที่ยว เพื่อต่อรถโดยสารประจำทางปรับอากาศไปจังหวัดชัยภูมิ จังหวัดนครราชสีมาและจังหวัดลพบุรี

การไฟฟ้า มีไฟฟ้าใช้ทุกหมู่บ้าน จำนวน 1,562 คริวเรือน มีสายไฟฟ้าหลักเข้าไปถึงทุกหมู่บ้านตามถนนสายหลัก แต่การเดินสายไฟฟ้าเข้าไปยังบ้านเรือนยังไม่ทั่วถึง

ทรัพยากรธรรมชาติในพื้นที่ ป่าไม้ที่อุดมสมบูรณ์ที่สุดในจังหวัด คือ ป่าซับลังกา ประกอบด้วย แหล่งท่องเที่ยวที่มีความเป็นธรรมชาติมาก ซึ่งรอให้นักท่องเที่ยวได้เข้าไปสัมผัส ได้แก่ ถ้ำขนาดกลางและเล็กจำนวนมาก รวมทั้งน้ำตกหลายแห่ง

1.1.2 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน ตำบลกุดตาเพชร อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี ในการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

#### 1.1.2.1 การก่อเกิดของเครือข่าย

การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุของตำบลกุดตาเพชรเกิดขึ้นมานานแล้ว สาเหตุเกิดจากความจำเป็นของพื้นที่ที่มีผู้สูงอายุและผู้ป่วยติดเตียงมากขึ้น เริ่มจากการส่งเสริมการดูแลกันเองในครอบครัว โดยให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้อบรมให้ความรู้แก่ญาติเพื่อให้สามารถดูแลคนในครอบครัวตนเองได้ ทำงานมาระยะหนึ่ง พบว่า การที่ญาติต้องดูแลผู้ป่วยติดเตียงทำให้ไม่มีเวลาที่จะออกไปประกอบอาชีพหารายได้เลี้ยงครอบครัว ทำให้ได้รับความทุกข์และเดือนร้อนมากกว่าครอบครัวอื่น จึงคิดว่าควรมีคนเข้าไปแบ่งเบาภาระบ้าง ต่อมาปี 2558 ได้มีการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ขึ้น ทำงานในรูปแบบของจิตอาสา เข้ามาช่วยดูแลผู้ป่วยติดเตียง จากการที่ได้ทำงานอย่างใกล้ชิดกับชุมชนทำให้เห็นปัญหาที่ซับซ้อนมากขึ้น ไม่ใช่มีเฉพาะปัญหาเรื่องสุขภาพเท่านั้น ยังมีปัญหาอื่นๆ อีกมาก เช่น เรื่องที่อยู่อาศัย เรื่องเงินทอง เรื่องคุณภาพชีวิต เรื่องการกินการอยู่ เป็นต้น ดังนั้น การทำงานแค่จิตอาสา คงไม่พอ จึงต้องชักชวนผู้นำชุมชนเข้ามาช่วยหาอุปกรณ์ วัสดุ ทรัพยากร หาแรงงานช่างฝีมือ หางบประมาณ ซึ่งจะมีกองทุนเงินล้านในหมู่บ้านคอยสนับสนุน จากการที่ดึงคนหลายๆ ฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วมสนับสนุนทำให้เกิดเป็นเครือข่ายที่เข้มแข็ง ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...รูปแบบการดำเนินงานเกิดขึ้นมานานมาก สาเหตุน่าจะเป็นเรื่องความจำเป็นของพื้นที่ การมีผู้สูงอายุ และผู้ป่วยติดเตียงมากขึ้น เริ่มจากครอบครัวเลย โดยให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพราะญาติเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด โดยทำการอบรมให้ความรู้แก่ญาติ...



...ทำงานมาระยะหนึ่ง พบว่า การที่ญาติดูแลผู้ป่วยติดเตียงจะไม่มีเวลาไปไหนเลย เป็นทุกข์มากกว่าบ้านอื่น จึงคิดว่าควรมีคนเข้าไปแบ่งเบาภาระเขาบ้าง จึงมองหาจิตอาสาเข้ามาช่วย ปี 2558 มีการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ขึ้น ทำงานในรูปแบบของจิตอาสา จากการทำงานอย่างใกล้ชิดกับชุมชน ทำให้เห็นปัญหาที่ซับซ้อนมากขึ้น ไม่ใช่มีเฉพาะปัญหาเรื่องสุขภาพเท่านั้น ยังมีปัญหาอีกมาก เช่น เรื่องที่อยู่อาศัย เรื่องเงินทอง เรื่องคุณภาพชีวิต เรื่องการกินการอยู่ เป็นต้น ดังนั้น การทำงานแค่จิตอาสาคงไม่พอ จึงต้องชักชวนผู้นำชุมชนเข้ามาช่วยหาอุปกรณ์ วัสดุ ทรัพยากร หาแรงงานช่างฝีมือ หางบประมาณ ซึ่งจะมีกองทุนเงินล้านในหมู่บ้านคอยสนับสนุน จากการทำที่เราดึงคนหลายๆ ฝ่ายเข้ามาร่วมสนับสนุนทำให้เกิดเป็นเครือข่ายที่เข้มแข็ง...

(พิมพ์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...ประมาณ 7, 8, 9 ปี ชุมชนที่นี้ส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร เข้าทำงานเย็นกลับบ้าน ถ้ามีผู้ป่วยติดเตียงอยู่ที่บ้าน ข้อเสียทุกคนก็ต้องมีปากท้องเป็นปัจจัยหลัก ถ้าจะมานั่งเฝ้าผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง เขาก็ต้องอด บางคนต้องทำอาหารวางไว้ แล้วก็ฝากชุมชนไว้ว่าให้มาดูหน่อย คือ ฝากเพื่อนบ้านไว้ หมอจึงต้องหาจิตอาสาด้วยใจรัก จากเพื่อนบ้านที่เคยดูแล ก็จะเป็นเราไปดูดูแลแทน...

(น้ำเพชร นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

#### 1.1.2.2 การกำหนดบทบาทหน้าที่

เครือข่ายสุขภาพชุมชนตำบลกุดตาเพชร ระยะแรกไม่มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการอย่างเป็นทางการ แต่มาช่วงหลังก็มีงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน จึงกำหนดให้ทำเป็นรูปแบบ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการอย่างเป็นทางการ มีการแบ่งบทบาทหน้าที่ตามสายงานตาม และบูรณาการการทำงานให้สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่หลักของแต่ละภาคส่วน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในฐานะเป็นผู้บริหารจะทำหน้าที่ดูงานภาพรวม คือ ประสานทุกกลุ่ม มองปัญหาในภาพใหญ่ ช่วงต้นปีต้องประเมินข้อเขาเสื่อม ภาวะหกล้ม ภาวะโภชนาการ สมอ และประเมินโรคผู้สูงอายุ แล้วนำปัญหามาวิเคราะห์หาสาเหตุ และวางแผนดำเนินการแก้ไข เช่น การคัดกรองผู้สูงอายุเสี่ยงต่อภาวะต่อกระดูก จะต้องประสานเพื่อให้ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ ผู้สูงอายุ

ตรวจคัดกรอง พบปัญหาสุขภาพช่องปาก ก็จะประสานทันตแพทย์มาทำฟันปลอมให้เดือนละครั้ง ส่วนผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ จะทำหน้าที่เป็นผู้ประสานการทำงานร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ใหญ่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการวิเคราะห์และจัดกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน เช่น ผู้ป่วยต้องการอะไร บ้านเหมาะสมที่จะอยู่หรือไม่ ต้องการเตียง/ที่นอนลมหรือไม่ หรือมีการใส่สายให้อาหารกลับมาหรือไม่ มีแผนที่ต้องดูแลหรือไม่ เป็นต้น นอกจากนี้ ผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือจิตอาสา มีหน้าที่ติดตามเยี่ยมและดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงในชุมชน เช่น ป้อนข้าวป้อนน้ำ อาบน้ำ เปลี่ยนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ (Adult diapers) เป็นต้น ส่วนองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) มีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณ ผู้นำชุมชน ทำหน้าที่ประสานงานในชุมชน เพื่อให้ประชาชนเข้าร่วมประชุมเวลาที่มีการจัดประชุม อีกทั้ง ยังมีส่วนช่วยในการระดมทุนสมทบในการจัดอาหารเลี้ยงผู้สูงอายุเวลาที่มีการประชุมผู้สูงอายุ โดยตั้งกลุ่มข้าวไรซ์เบอร์รี่ (riceberry) และขอบริจาคข้าวจากสมาชิกเพื่อนำมาเลี้ยงอาหารผู้สูงอายุ ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...ระยะแรกกระบวนการจัดตั้งจะไม่มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการอย่างเป็นทางการ แต่มาช่วงหลังก็มีงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน จึงกำหนดให้ทำเป็นรูปแบบ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการอย่างเป็นทางการ เช่น คณะกรรมการ LTC, คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น เพื่อให้ถูกระเบียบและสามารถของงบประมาณดำเนินการได้...

...ในฐานะเป็นผู้บริหารจะมองงานภาพรวม คือ ประสานทุกกลุ่ม มองปัญหาในภาพใหญ่ ช่วงต้นปีต้องประเมินข้อเขาเสื่อม ภาวะหกล้ม ภาวะโภชนาการ สมอง ประเมินโรคผู้สูงอายุ แล้วเอาปัญหามาวิเคราะห์ วางแผนว่าจะดำเนินการอย่างไรเพื่อแก้ไขปัญหาให้เขา เช่น คัดกรองผู้สูงอายุเสี่ยงต่อภาวะต่อกระดูก เราจะต้องให้เขาได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ ผู้สูงอายุที่ตรวจคัดกรองพบปัญหาสุขภาพช่องปาก ก็จะประสานทันตแพทย์ลงมาทำฟันปลอมให้เดือนละครั้ง...

(พิมพ์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...เป็นผู้ประสานงาน เมื่อไปอบรมกลับมาก็ต้องดูแลเป็นตัวเชื่อมระหว่างคนทำงาน

กับ Caregiver ประสานงานกับผู้ใหญ่บ้าน, อสม.ในการทำกิจกรรม”  
 “ลงไปดูกับทีมว่าคนป่วยต้องการอะไร บ้านเหมาะสมที่จะอยู่ไหม ต้องการเตียง  
 ต้องการที่นอนลมไหม หรือมีสายให้อาหารกลับมา มีแผนการดูแลไหม  
 ต้องประสานกับพยาบาล...”

(ทองสุก นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...จิตอาสาด้วยใจรัก จากเพื่อนบ้านที่เคยดูแล ก็จะเป็นเราไปดูแลแทนป้อนข้าว  
 ป้อนน้ำ อาบน้ำ เปลี่ยนแพมเพิส...

(น้ำเพชร นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...สนับสนุนอยู่แล้ว เราก็ถือว่าตรงนี้เป็นคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน  
 เราก็อยากให้มีคนดีที่สุดทางหมอเขาก็เสนออย่างนี้มา เราก็รีบเห็นด้วยเลย  
 เหมือนเรามีตัวช่วยไง เราก็ยินดีอย่างยิ่ง เรื่องงบประมาณเราก็ยินดี...

(มณี นามสมมติ, สัมภาษณ์, 19 พฤษภาคม 2561)

...เป็นผู้ประสานงานให้ชุมชนเข้าร่วมประชุมเวลาที่มีการจัดประชุม...  
 ...ทางงบประมาณสมทบในการจัดอาหารเลี้ยงผู้สูงอายุเวลาที่มีการประชุมผู้สูงอายุ  
 ตั้งกลุ่มข้าวไรซ์เบอร์รี่ขอบริจาคข้าว บางคนก็บริจาค 2 กระสอบ 3 กระสอบ  
 ไม่ได้มาร่วมแต่คอยสนับสนุนอยู่ข้างหลัง...

(กฤษฎี นามสมมติ, สัมภาษณ์, 19 พฤษภาคม 2561)

### 1.1.2.3 การมีส่วนร่วมจัดตั้งเครือข่ายสุขภาพพระตำบลดงขี้เหล็กในการดูแลผู้สูงอายุที่มี

ภาวะพึ่งพิง

เครือข่ายดูแลผู้สูงอายุตำบลกุดตาเพชร มีการดำเนินการมานานแล้ว โดย  
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะมีส่วนร่วมในการประสานกลุ่มต่างๆ เข้ามาร่วมเป็น  
 เครือข่ายในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ การสนับสนุนงบประมาณของ อบต. และเชื่อมโยงเครือข่าย  
 โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) เข้ามาสนับสนุนด้านวิชาการ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น ชักชวน

ผู้นำชุมชนเข้ามาช่วยหาวัสดุอุปกรณ์ ทรัพยากร แรงงานช่างฝีมือ งบประมาณ ซึ่งจะมีกองทุนเงินล้าน ในหมู่บ้านคอยสนับสนุน จากการศึกษาที่ตีคนหลายๆ ฝ่ายเข้ามารวมสนับสนุนทำให้เกิดเป็นเครือข่ายที่ เข้มแข็ง ระยะแรกของกระบวนการจัดตั้งยังไม่มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการอย่างเป็นทางการ แต่ ในช่วงหลังมีงบประมาณของรัฐมาสนับสนุนการดำเนินงาน จึงกำหนดให้ทำเป็นรูปแบบ มีการแต่งตั้ง คณะกรรมการอย่างเป็นทางการ เช่น คณะกรรมการ Long Term Care (LTC), คณะกรรมการชมรม ผู้สูงอายุ เป็นต้น เพื่อให้ถูกระเบียบและสามารถของงบประมาณดำเนินการได้ ส่วนอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความประทับใจต่อการทำงานของเจ้าหน้าที่จึงต้องการช่วยแบ่ง เบาภาระ มีความภาคภูมิใจที่ได้ช่วยเจ้าหน้าที่ ส่วนของผู้นำชุมชนส่วนใหญ่จะช่วยประสานงานใน การจัดตั้งและประชาสัมพันธ์โครงการ ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...พวกเราดำเนินงานมานานแล้ว เนื่องจากการมีผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงอยู่ใน ครอบครัว ปัญหาไม่ได้เกิดกับผู้ป่วยเท่านั้น มันมีผลกระทบกับครอบครัวเขาด้วย ทั้งเรื่องที่อยู่อาศัย เงินทอง คุณภาพชีวิต การกินการอยู่ เราแก้ปัญหาฝ่ายเดียว ไม่สำเร็จแน่ จึงได้เสนอข้อมูลต่อ อบต. เพื่อขอสนับสนุนงบประมาณ ผู้นำชุมชน ให้ช่วยหาอุปกรณ์ วัสดุ ทรัพยากร แรงงานช่างฝีมือ งบประมาณจากกองทุนเงิน ล้านในหมู่บ้าน ประสานกับโรงพยาบาลสนับสนุนด้านวิชาการ และอุปกรณ์ ทางการแพทย์ เราตีคนหลาย ๆ ฝ่ายเข้ามารวมทำให้เดินไปได้ ในระยะแรก กระบวนการจัดตั้งจะไม่มีคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการอย่างเป็นทางการ แต่มา ช่วงหลังก็มีงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน จึงกำหนดให้ทำเป็นรูปแบบ มี การแต่งตั้งคณะกรรมการอย่างเป็นทางการ เช่น คณะกรรมการ LTC, คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น เพื่อให้ถูกระเบียบและสามารถของ งบประมาณดำเนินการได้...

(พิมพา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...เมื่อก่อนจะเป็นประชาชนที่ใช้บริการของเจ้าหน้าที่ ภาพที่เราเห็นเจ้าหน้าที่ ทำงานด้วยใจเราเห็นและประทับใจว่าหมอบทำงานหนักมากกับชุมชน ถ้าเรา จะแบ่งเบารภาระของเจ้าหน้าที่ได้ก็เป็นสิ่งหนึ่งที่เราภาคภูมิใจ...

(น้ำเพชร นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 พฤษภาคม 2561)

...มีส่วนแต่ไม่ใช่ส่วนสำคัญมากนัก ส่วนใหญ่จะมีหน้าที่ประสานงาน  
ในการจัดตั้ง ช่วยประชาสัมพันธ์โครงการ...

(กฤษฎี นามสมมติ, สัมภาษณ์, 19 พฤษภาคม 2561)

1.1.2.4 การมีส่วนร่วมบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ  
ที่มีภาวะพึ่งพิง

1.1.2.4.1 ด้านการวางแผน (กำหนดวิสัยทัศน์ ภารกิจ เป้าหมาย หรือ  
วัตถุประสงค์ การตัดสินใจ การวางกฎระเบียบ กิจกรรม และวิธีการทำงาน)

เครือข่ายดูแลผู้สูงอายุตำบลกุดตาเพชร ได้ร่วมกันกำหนด  
วิสัยทัศน์ ปรัชญา/แนวคิด ไว้ว่า “คนลำสนธิไม่ทิ้งกัน” ห่วงใย ดูแล ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน และกำหนด  
เป้าหมายร่วมกันว่าจะดูแลผู้ป่วยติดบ้านให้กลับไปเป็นผู้ป่วยติดสังคม ผู้ป่วยติดเตียงให้กลับไปเป็น  
ผู้ป่วยติดบ้านหรือติดสังคม ไม่อยากให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน ให้อยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี  
เนื่องจากตำบลกุดตาเพชรเป็นพื้นที่ชนบทอยู่ห่างไกลจากตัวอำเภอ ประชาชนส่วนใหญ่ทำอาชีพ  
เกษตรกรรม ยังไม่มีทักษะหรือความสามารถเพียงพอที่จะแสดงออกหรือเสนอความคิดเห็นใน  
หลักการต่างๆ ได้ เครือข่ายจึงมีเป้าหมายการพัฒนาอีกอย่างคือ ต้องการให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ จึง  
ต้องคอยเป็นที่ปรึกษา และกระตุ้นให้ประชาชนร่วมคิด ร่วมระดมสมองแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้เกิด  
การพัฒนาด้านความคิดออกมาได้ นอกจากนี้ สมาชิกเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุยังมีส่วนร่วมในการ  
วางแผนและการตัดสินใจดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ โดยจะมีการประชุมร่วมกัน นำ  
ข้อมูลปัญหาที่พบจากการเยี่ยมผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ด้านสภาพแวดล้อม ด้านครอบครัวและ  
สังคม นำข้อมูลมารายงานเจ้าหน้าที่เพื่อใช้วางแผนแก้ไข ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอน  
หนึ่งว่า

...เรื่องวิสัยทัศน์เราไม่ได้กำหนดไว้แบบเป็นทางการ แต่ก็มีปรัชญา/แนวคิดร่วมกัน  
ว่า “คนลำสนธิไม่ทอดทิ้งกัน” ห่วงใย ดูแล ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน และมีเป้าหมาย  
ร่วมกันว่าถ้าเป็นผู้ป่วยติดบ้านก็อยากดูแลให้เขากลับไปเป็นผู้ป่วยติดสังคม ผู้ป่วย



395274695

CD IThesis 5684471727 dissertation / recv: 06082562 15:28:18 / seq: 7

ติดเตียง ก็อยากให้เขากลับไปเป็นผู้ป่วยติดบ้านหรือติดสังคม ไม่อยากให้เขาเกิดภาวะแทรกซ้อน ให้เขาอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี...

...เนื่องจากคำบลุกุดตาเพชรเป็นพื้นที่ชนบทอยู่ห่างไกลจากตัวอำเภอ ประชาชนส่วนใหญ่ทำอาชีพเกษตรกรรม เขายังไม่มีทักษะหรือความสามารถเพียงพอที่จะแสดงออกหรือเสนอความคิดเห็นในหลักการต่างๆ ได้ แนนอนเป้าหมายการพัฒนา คือ เราต้องการให้เขาพึ่งตนเองได้ แต่ในพื้นที่เราเขายังไม่เข้มแข็งขนาดนั้น เรายังต้องคอยเป็นที่ปรึกษา เราต้องเป็นผู้กระตุ้นให้เขาร่วมคิดร่วมระดมสมอง เขาก็จะค่อยคิดกันออกมาได้...

(พิมพา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...ผอ.รพ.สต.จะเป็นผู้ดำเนินการ จะมีส่วนร่วมเมื่อมีการประชุมทีมงานในการวางแผนดูแลผู้ป่วยแต่ละราย และการตัดสินใจในกิจกรรมต่างๆ...

(ทองสุข นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...เวลาเราลงไปเยี่ยม เราเห็นจุดด้อยบางครอบครัว เราไม่ดูแลแค่ร่างกาย เราดูแลถึงสภาพจิตใจด้วย บางทีถ้าเราไป คนไข้มีอาการพูด ไม่สบตา ไม่ยิ้ม ไม่หัวเราะ เรารู้แล้วว่าจิตใจของคนไข้ไม่สู้ดี เราก็แจ้งเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่จะแจ้งหมอจิตเวช นักจิตวิทยา เข้าไปดูแล...

(น้ำเพชร นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

1.1.2.4.2 ด้านการจัดองค์กร (โครงสร้างเครือข่าย บทบาทหน้าที่ และการประสานงานภายในเครือข่าย)

เครือข่ายดูแลผู้สูงอายุตำบลกุดตาเพชร มีการกำหนดบทบาทหน้าที่สมาชิกเครือข่ายทั้ง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, องค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.), อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.), ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (CM), ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) และสมาชิกอื่นๆ โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะเป็นผู้จัดโครงสร้างและกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละคน ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ, ผู้นำชุมชนทำหน้าที่ประสานงานการเยี่ยมดูแล

ผู้สูงอายุแต่ละราย ร่วมพิจารณาการจัดสรรงบประมาณและประสานงานการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ สมาชิกเครือข่ายทุกคนจะรับทราบบทบาทหน้าที่ของตนเองเป็นอย่างดี หากสมาชิกคนใดเห็นว่ ภาระหน้าที่หรือบทบาทที่ได้รับมากเกินไปสามารถแจ้งหรือปรึกษาเจ้าหน้าที่ได้ ผู้จัดการการดูแล ผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ เวลาลงเยี่ยมผู้ป่วย ทุกคนจะรู้เลยว่าใครจะต้องทำอะไรให้ผู้ป่วย เช่น อาบน้ำ ตัดผม ซักผ้า หรือปั่นตากแห้ง ทำความสะอาดมุ้งและที่นอน เป็นต้น ดังคำให้สัมภาษณ์ของ ผู้ให้ข้อมูลหลักต่อนหนึ่งว่า

...ก็ไม่ได้คิดคนเดียวหรอก มันก็จะมีส่วนร่วมกับทาง อบต. บ้าง ทาง อสม.  
CM, CG ที่เข้ามาช่วยด้วย แล้วก็ทางทีมงานเองนี่แหละที่เขาจะเป็นตัวกำหนด...  
(พิมพา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...ผอ.รพ.สต.จะเป็นผู้จัดโครงสร้างและกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละคน  
หนู (CM) ทำหน้าที่เพียงผู้ประสานงานการดูแลผู้สูงอายุราย Case ร่วมพิจารณา  
การจัดสรรงบประมาณ และประสานงานการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ...  
(ทองสุก นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...บทบาทจะเป็นหัวหน้าแบ่งส่นปันส่วน แต่ถ้าเรามองว่าบทบาทที่เราได้รับ  
มันมากเกินไปหรือเราไม่รู้เราไม่เข้าใจตรงไหน เราจะแจ้งเจ้าหน้าที่...  
...พอเราเข้าไปปั๊บ เรารู้เลยหน้าที่ของเรา เราไม่เกียง เรารู้เลยคนไหนเอาคนไข้  
อาบน้ำ สระผม คนไหนมีหน้าที่ดูแลที่นอน...  
...เรารู้หน้าที่อยู่แล้ว ก่อนที่เราจะอาบน้ำ เราจะตัดผมให้เสร็จก่อน ค่อยอาบน้ำ  
มันมีอยู่ 3 คน บางคนเขาไม่มีญาติ เราก็ซักผ้าให้ด้วย บางทีก็เอาผ้ามาปั่นที่นี้  
คนปั่นก็ปั่นตากแห้ง ก็ไปส่งเขา พอญาติกลับมา คนไข้เขาอยู่อย่างสะอาดทั้งมุ้ง  
ทั้งที่นอน...

(น้ำเพชร นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...ส่วนใหญ่จะคอยประสานครอบครัวผู้ป่วย แจ้งให้ทราบว่าทีมหมอจะลงเยี่ยม

ก็ไปกับทีมด้วย...

...ร่วมพิจารณาการจัดสรรงบประมาณ ประสานงานการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ  
ในหมู่บ้าน...

(กฤษฎี นามสมมติ, สัมภาษณ์, 19 พฤษภาคม 2561)

1.1.2.4.3 ด้านการชี้แนะ (ภาวะผู้นำ, แรงจูงใจในการทำงาน, การประสานงาน  
และการติดต่อสื่อสาร)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ผอ.รพ.สต.) มี  
ภาวะผู้นำ โดยจะคอยให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ และสร้างแรงจูงใจในการทำงาน ประสานการทำงาน  
กับหน่วยงานอื่นๆ เพื่อขอสนับสนุนงบประมาณ ส่วนผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manger: CM)  
จะคอยสร้างแรงจูงใจในการทำงาน และประสานการทำงาน สื่อสารกับผู้ปฏิบัติระดับหมู่บ้าน การ  
สื่อสารข้อมูลระหว่างสมาชิกเครือข่ายจะมีการคืนข้อมูลสุขภาพในเวทีประชุมเป็นประจำ โดยนำ  
ปัญหาที่พบจากการไปเยี่ยมผู้ป่วย มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้สมาชิกรับทราบ หากพบปัญหาจะมี  
การชี้แนะว่าควรทำอะไรเพื่อแก้ไขปัญหา สำหรับการสื่อสารกับเครือข่ายในชุมชนจะใช้หนังสืออย่าง  
เป็นทางการโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) จะเป็นผู้นำหนังสือไปเชิญผู้นำในชุมชน ซึ่ง  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะแนะนำเรื่องการพูด การเข้าถึงผู้ป่วยและญาติ วิธีพูด  
ชักชวนให้สมาชิกเครือข่ายในชุมชนเข้ามาร่วมกิจกรรม สำหรับการสื่อสารและประสานงานด้านการ  
รับและส่งต่อผู้ป่วยนั้น ถ้ามีผู้ป่วยที่จะต้องส่งตัวเพื่อไปรักษาต่อที่โรงพยาบาล ญาติผู้ป่วยจะโทร  
ประสานมายังเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ซึ่งเจ้าหน้าที่ รพ.สต. จะประสานไปยัง อบต. เพื่อนำรถไปรับผู้ป่วย  
ถ้ารถของ อบต. ไม่ว่างหรือคนขับไม่อยู่ก็จะใช้รถของ รพ.สต. หรือมูลนิธิพวงศัไลน์ สำหรับในกรณี  
การส่งผู้ป่วยจากโรงพยาบาลกลับชุมชน ทางโรงพยาบาลจะแจ้งมาที่ รพ.สต. และ รพ.สต. จะแจ้งไป  
ยัง อบต. แต่ถ้ารถ อบต. ไม่ว่างหรือคนขับไม่อยู่ ก็จะแจ้งต่อไปที่มูลนิธิพวงศัไลน์ หรือเอารถ รพ.สต.  
ไปรับ ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...ผอ.รพ.สต. คอยให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ และคอยสร้างแรงจูงใจในการทำงาน  
ประสานการทำงานกับหน่วยงานอื่นๆ ในระดับตำบลและข้างนอก เพื่อขอ  
สนับสนุนงบประมาณ...



...CM มีภาวะผู้นำและคอยสร้างแรงจูงใจในการทำงาน ประสานการทำงาน  
สื่อสารกับผู้ปฏิบัติระดับหมู่บ้าน...

(ทองสุก นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...จะมีการคืนข้อมูลสุขภาพในเวทีประชุม ซึ่งประชุมเป็นประจำ โดยนำปัญหาที่  
พบจากการไปเยี่ยมผู้ป่วย พุดให้ที่ประชุมรับทราบและคอยตามว่าปัญหาที่  
เกิดขึ้นจะปล่อยไว้แบบนี้ไม่ได้ แล้วก็ชี้แจงว่า เราควรจะทำอะไรให้เขา...

(พิมพา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...บางทีหัวหน้าจะมีหนังสือให้ ไปเชิญผู้นำ เราก็มีส่วนลักษณะในการพูด หัวหน้า  
จะแนะนำ การเข้าถึงเขาอย่างไร เราชักชวนอย่างไร เราจะให้เขามีส่วนร่วม ภาพ  
ที่เราไปชวนมันเด่นมันดีต่อชุมชนอย่างไร บางครั้งหัวหน้าจะป้อนข้อมูลอันนี้ให้”  
“ถ้ามีผู้ป่วยที่ Admit ก็จะไปโทรประสานมายังเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เจ้าหน้าที่จะ  
ประสานไปยัง อบต. เพื่อนำรถไปรับ ถ้า อบต. ไม่ว่างหรือคนขับไม่อยู่ก็จะใช้รถ  
ของ รพ.สต. หรือมูลนิธิพวงศ์ไลน์...

...กรณีการส่งผู้ป่วยจาก รพ. กลับชุมชน รพ. จะแจ้งมาที่ รพ.สต. และรพ.สต.  
จะแจ้งไปยัง อบต. แต่ถ้ารถ อบต.ไม่ว่าง หรือคนขับไม่อยู่ ก็จะแจ้งต่อไปที่  
มูลนิธิพวงศ์ไลน์ถ้าไม่ว่าง หรือเอารถ รพ.สต.ไปรับ...

(น้ำเพชร นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

1.1.2.4.4 ด้านการควบคุม (การติดตาม การตรวจสอบการประเมินผลการ  
ปฏิบัติงาน) เพื่อให้เครือข่ายสามารถดำเนินงานต่อไปได้อย่างถูกต้องตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

เครือข่ายดูแลผู้สูงอายุตำบลกุดตาเพชร จะมีการติดตาม  
ตรวจสอบ และประเมินผลการปฏิบัติงานหลายวิธี เช่น การสุ่มถามจากญาติผู้ป่วย ติดตามดูแลผู้ป่วยที่  
บ้าน อีกช่องทางหนึ่งจะดูจากรายงานการเยี่ยมบ้านที่ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager:  
CM) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) ส่งให้ โดยจะฝึกให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) เขียน  
จนเขียนได้ แล้วคอยตรวจสอบคุณภาพการเขียน และจะทำการบันทึกข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์ เช็ค

ข้อมูล โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) หนึ่งคนจะต้องเยี่ยมผู้ป่วยได้ 4 คน/วัน เครือข่ายจะมีการประชุมพูดคุยผลการดำเนินงาน ลักษณะเป็นการเล่าสู่กันฟัง หากพบปัญหาอุปสรรคก็จะระดมความคิดเห็นและลงไปแก้ไข สำหรับการดำเนินงานของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager: CM) นั้น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จะคอยติดตามแผนการออกเยี่ยมผู้ป่วยว่าออกไปประเมินอะไร ตอนไหน และคอยดูว่าผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager: CM) วางแผนกิจกรรมอะไรบ้าง ครอบคลุมหรือไม่ ขาดอะไรบ้าง ดึงคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

*...การติดตามจะใช้หลายวิธี เช่น การสุ่มถามจากญาติผู้ป่วย ติดตามดูผู้ป่วยที่บ้านอีกช่องทางหนึ่งจะดูจากรายงานการเยี่ยมบ้านที่ CM, CG ส่งให้ โดยจะฝึกให้ CG เขียนจนเขียนได้ แล้วคอยตรวจสอบคุณภาพการเขียน และจะทำการบันทึกข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์ เช็คข้อมูล โดย CG หนึ่งคนต้องเยี่ยมผู้ป่วยได้ 4 คน/วัน...*

*...จะทำหน้าที่คอยควบคุมการทำงานของ CM เช่น การออกไปประเมินผู้ป่วยว่าจะออกไปประเมินอะไร ตอนไหน และคอยดูว่าน้องจะวางแผนกิจกรรมอะไรบ้าง ครอบคลุมหรือไม่ ขาดอะไรบ้าง...*

(พิมพา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

*...ทีมงานจะมีการประชุมพูดคุยผลการดำเนินงาน ลักษณะเป็นการเล่าสู่กันฟัง หากพบปัญหาอุปสรรค ก็จะระดมความคิดเห็นและลงไปแก้ไข...*

(ทองสุก นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

1.1.2.5 มีส่วนร่วมในการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

1.1.2.5.1 การมีส่วนร่วมในการให้/รับรู้ข้อมูลข่าวสารหรือรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชน

เครือข่ายดูแลผู้สูงอายุตำบลกุดตาเพชร มีส่วนร่วมในการให้/รับรู้ข้อมูลข่าวสารหรือรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชน โดยจะมีการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่ทุกปีด้วยการขอข้อมูลจากทะเบียนราษฎรแล้วนำข้อมูลมานั่งคุยกันในกลุ่ม โดยจะให้อาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตรวจสอบข้อมูลว่าเป็นประชากรที่อยู่ในพื้นที่จริงหรือไม่ และเช็คว่าใครที่ไม่มีชื่อในทะเบียนราษฎร์แต่อยู่ในพื้นที่จริง หลังจากได้ข้อมูลผู้สูงอายุที่อยู่จริงแล้วก็ประเมินคัดกรองความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Active of Daily Living: ADL) แล้วแบ่งกลุ่มแยกประเภทผู้สูงอายุติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง จะมีการประชุมร่วมกับสมาชิกเครือข่าย, ผู้นำ, อบต. เพื่อนำเสนอข้อมูลสถานสุขภาพของผู้สูงอายุ และรับฟังข้อมูลจากชุมชนเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนจัดบริการที่เหมาะสม นอกจากนี้ เวลาที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุไปเยี่ยมคนป่วยแล้วพบปัญหาจะเก็บข้อมูลไว้ว่าแต่ละคนมีปัญหาอะไร แล้วนำปัญหาที่พบมารายงานเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่จะลงไปประเมินผู้ป่วยและให้คำแนะนำว่า ควรจะทำอะไร และพูดอย่างไรกับผู้ป่วย ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...จะมีการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่ทุกปี โดยขอข้อมูลจากทะเบียนราษฎร์ แล้วนำข้อมูลมานั่งคุยกันในกลุ่ม โดยจะให้ อสม. ตรวจสอบข้อมูลว่าอยู่จริงไหม และเช็คว่าใครที่ไม่มีชื่อในทะเบียนราษฎร์แต่อยู่จริง หลังจากได้ข้อมูลผู้สูงอายุที่อยู่จริงแล้วก็ประเมินคัดกรอง ADL แล้วก็แบ่งกลุ่มให้ได้ว่าอยู่กลุ่มไหน เพื่อวางแผนจัดบริการที่เหมาะสม...

(พิมพา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...เราจะลงข้อมูลปัญหาส่วนใหญ่ ถ้าเราไปเยี่ยม เจอปัญหา เราจะมีข้อมูลลงไว้ว่า คนนี้เจอปัญหาอะไร เจ้าหน้าที่ลงไปพบก็จะแจ้งว่าคนนี้เป็นยังไง นะ ต้องเข้าอย่างนี้ ต้องคุยอย่างนี้ๆ มีการพูดคุยกัน ยก Case มาเล่า คือ ปัญหาที่เราเจอ เราจะคุยกันก่อน เราก็รันไว้ว่าเจอปัญหาอะไรวันนี้ วันที่เท่านี้ เวลาเท่านี้คนไข้เจออะไรที่มันไม่ปลอดภัยสำหรับคนไข้เอง เราก็แจ้งเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่จะประเมินให้ว่าเราจะดูแลยังไง ถ้ามันเหลือบ่ากว่าแรง หนักไปกว่าการดูแลร่างกาย เราจะเอาจิตใจเข้าร่วมด้วยทั้งผู้ดูแลและคนไข้...

(น้ำเพชร นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...มอบให้กับ Care Team หรือ Caregiver เป็นผู้สำรวจข้อมูล เพราะว่าเขาจะ

ดูแลพวกนี้โดยตรงอยู่แล้ว ให้อีๆ เขาเป็นคนดูแล แล้วก็จัดทำประวัติเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง แล้วก็รายงานมาที่เราโดยตรง...

(มณี นามสมมติ, สัมภาษณ์, 19 พฤษภาคม 2561)

...ข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุและปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่ฯ จะแจ้งให้ทราบเวลามาร่วมประชุมบางครั้งก็จะได้รับข้อมูลจาก อสม., ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และเวลาเราอยู่ในชุมชนบางครั้งจะพบปัญหาสุขภาพจากการบอกเล่าของชาวบ้าน หรือพบเจอด้วยตัวเอง...

(กฤษฎี นามสมมติ, สัมภาษณ์, 19 พฤษภาคม 2561)

#### 1.1.2.5.2 การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

เครือข่ายดูแลผู้สูงอายุตำบลกุดตาเพชร ใช้วิธีการค้นหาปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Active of Daily Living: ADL) แล้วแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น ติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง นอกจากนี้ ยังทำให้ทราบปัญหาของแต่ละกลุ่ม แต่ละคน เช่น ปัญหาครอบครัว ด้านเศรษฐกิจ หรือด้านสังคม อีกทั้งข้อมูลปัญหาอีกส่วนหนึ่ง จะได้จากการออกเยี่ยมผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) จะสังเกตอาการของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ด้านสภาพแวดล้อมทั้งด้านครอบครัว และสังคม นำข้อมูลปัญหามารายงานเจ้าหน้าที่ หลังจากนั้น เครือข่ายจะนำข้อมูลมาจัดลำดับว่ามีปัญหาอะไรที่สำคัญที่จะต้องดำเนินการก่อน หรือดำเนินการทีหลังในขั้นตอนของการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา จะมีการทำตารางแล้วจัดลำดับปัญหาตามขนาดปัญหา ความรุนแรง การเพิ่มขึ้นของปัญหา ซึ่งเรื่องผู้สูงอายุจะอยู่ลำดับต้นๆ รองจากโรคเรื้อรัง อีกทั้งการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุยังเชื่อมโยงไปถึงการเพิ่มขึ้นของโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง มากกว่า 50% ดังนั้น เรื่องผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องสำคัญ

นอกจากนี้ ในเวทีของการทำแผนกองทุนสุขภาพตำบลของอบต., เวทีประเมินการคัดกรองความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Active of Daily Living:ADL), เวทีประชุมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.), เวทีประชุมผู้สูงอายุ และการประชุมกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน จะร่วมกันคิด ร่วมกันค้นหาปัญหา และช่วยกันจัดลำดับว่าจะแก้ไขเรื่องอะไรก่อนตามความจำเป็น ปัญหาบางอย่างสามารถทำพร้อมกันได้ก็จะทำพร้อมกันไป การปรับสภาพบ้าน เช่น ทำ

ราวบันได เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นความสามารถ ก็จะประสานลูกหลาน หากไม่มีลูกหลานก็จะให้อาสาสมัคร  
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มาช่วย ดึงคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...ใช้การประเมิน ADL แล้วแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น ติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง  
การประเมิน ADL ยังทำให้ทราบปัญหาของแต่ละกลุ่มแต่ละคนด้วย สามารถ  
จัดลำดับได้ว่ามีปัญหาอะไรที่สำคัญที่ต้องทำก่อนทำหลัง...

...เวลาทำแผนเราจะทำตารางแล้วจัดลำดับของปัญหาตามขนาดปัญหา  
ความรุนแรง การเพิ่มขึ้นของปัญหา ซึ่งเรื่องผู้สูงอายุจะอยู่ต้นๆ รองจาก  
โรคเรื้อรัง การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุเชื่อมโยงไปถึงการเพิ่มขึ้นของโรคเบาหวาน  
โรคความดันโลหิตสูง มากกว่า 50% ดังนั้น เรื่องผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องสำคัญ”  
“ใช้เวทีของการทำแผนที่ อบต. เวทีประเมินการคัดกรองของแต่ละปี เวทีประชุม  
อสม. เวทีประชุมผู้สูงอายุ ร่วมกันคิดเพื่อหาปัญหา...

(พิมพ์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...ได้ร่วมประชุมเพื่อค้นหาปัญหาและช่วยกันจัดลำดับว่าจะแก้ไขเรื่องอะไรก่อน  
ตามความจำเป็น บางอย่างสามารถทำพร้อมกันได้ก็จะทำพร้อมกันไป การปรับ  
สภาพบ้าน เช่น ทำราวบันได มันเกินขีดความสามารถเรา ก็จะประสานลูกหลาน  
หากไม่มีลูกหลานก็จะให้อสม. มาช่วย...

(ทองสุข นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...เวลาเราลงไปเยี่ยม เราเห็นจุดด้อยของบางครอบครัว เราไม่ดูแลแค่ร่างกาย  
เราดูแลถึงสภาพจิตใจด้วย บางทีถ้าเราไปคนไข้มีอาการพูด ไม่สบตา ไม่ยิ้ม  
ไม่หัวเราะ เรารู้แล้วว่าจิตใจของคนไข้ไม่สู้ดี ไม่ได้เราก็กังเจ้าหน้าที  
เจ้าหน้าที่ที่จะแจ้งหมอจิตเวช นักจิตวิทยา ลงมาดู...

(น้ำเพชร นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...ได้ร่วมวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาร่วมกับคณะกรรมการคนอื่นๆ โดยเฉพาะ  
ปัญหาด้านอื่นที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ วิเคราะห์เป็นรายบุคคล เช่น

ปัญหาครอบครัว ด้านเศรษฐกิจ หรือด้านสังคม...

(กฤษฎี นามสมมติ, สัมภาษณ์, 19 พฤษภาคม 2561)

#### 1.1.2.5.3 การมีส่วนร่วมค้นหาสาเหตุของปัญหา

เครือข่ายสุขภาพชุมชนตำบลกุดตาเพชรมีส่วนร่วมค้นหาสาเหตุของปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ โดยหลังจากทราบปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม แต่ละคนแล้ว ทีมงานจะร่วมกันคิดและวิเคราะห์ว่าปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละคนเกิดจากอะไร และจะมีวิธีการหรือทำกิจกรรมอะไรบ้างในการแก้ไขปัญหา ทำอย่างไรจะชะลอกลุ่มติดสังคมไม่ให้เป็นกลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดบ้านไม่ให้เป็นกลุ่มติดเตียงหรือทำให้ดีขึ้นกลายเป็นกลุ่มติดสังคม เช่น การตั้งชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ และจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ บางคนตรวจพบความผิดปกติด้านความจำ ก็จะทำเอาคนกลุ่มนี้มากระตุ้นสมองช่วยลดการเกิดสมองเสื่อม นอกจากนี้ ได้ใช้เวทีของการทำแผนกองทุนสุขภาพตำบล เวทีประเมินการคัดกรองของแต่ละปี เวทีประชุมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เวทีประชุมผู้สูงอายุ ร่วมกันคิด ส่วนข้อมูลที่ได้จากชุมชนก็นำมาวิเคราะห์หาสาเหตุร่วมกัน ในที่ประชุมด้วย เช่น ข้อมูลที่ได้จากการพูดคุยกับผู้ป่วย ญาติ และคนรอบบ้าน นอกจากนี้ เวลาไปเยี่ยมผู้ป่วยจะสังเกตว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติอะไรบ้าง จะนำปัญหาที่พบมารายงานเจ้าหน้าที่ ช่วยกันค้นหาสาเหตุ และวางแผนแก้ไข เช่น เวลาอาบน้ำ ตัดผม ตัดเล็บ คนไข้ชอบคุณแล้วน้ำตาไหล แสดงว่าสุขภาพจิตไม่ดี บางคนพูดว่าทำไมลูกเมียเขาไม่ทำอย่างที่เรทำให้ ดึงคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...ร่วมคิดว่าปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละคนเกิดจากอะไร และจะมีวิธีการหรือทำกิจกรรมอะไรบ้างในการแก้ไขปัญหา ทำอย่างไรจะชะลอกลุ่มติดสังคมไม่ให้เป็นกลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดบ้านไม่ให้เป็นกลุ่มติดเตียงหรือทำให้ดีขึ้นกลายเป็นกลุ่มติดสังคม เช่น มีการตั้งชมรมผู้สูงอายุ มีโรงเรียนผู้สูงอายุและจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพ บางคนตรวจพบความผิดปกติด้านความจำ เราจะเอามากระตุ้นสมองช่วยลดการเกิดสมองเสื่อม...

...จะอยู่ในเวทีทำแผน เวทีคัดกรองการประเมินของแต่ละปี ทั้งเวทีของการประชุม อสม. ที่ร่วมกันคิดในเวทีผู้สูงอายุ แล้วก็เวลาทำแผนที่ อบต. ร่วมกัน...

(พิมพา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...ได้ร่วมวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา โดยการนำข้อมูลที่ได้พูดคุยกับผู้ป่วย  
ญาติและคนรอบบ้านมาร่วมกันวิเคราะห์ในที่ประชุม...

(ทองสุก นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...คุยกันในทีม เวลาเราไปในแต่ละจุด พอลงมาจากบ้านคนไข้แล้วเราจะคุยกัน  
เลยว่า วันนี้คนไข้สุขภาพจิตไม่ดีนะ เวลาเราอาบน้ำ ตัดผม ตัดเล็บแล้วคนไข้พูด  
ขอบคุณแล้วน้ำตาไหล นี่เป็นคนไข้สุขภาพจิตไม่ดี แล้วอีกคำหนึ่งที่พูดแล้วเรากลัว  
ที่สุด แล้วต้องเข้ามาบอก ผอ. คือคำว่า ทำไมลูกเมียผมไม่ทำอะไรพวกคุณทำให้  
คือเรารู้เลย สิ่งที่เราได้รับกับคนไข้...

(น้ำเพชร นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...ได้ร่วมวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาร่วมกับคณะกรรมการคนอื่นๆ โดยเฉพาะ  
ปัญหาด้านอื่นที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุวิเคราะห์เป็นรายบุคคล เช่น  
ปัญหาครอบครัว ด้านเศรษฐกิจ การประกอบอาชีพ หรือทางสังคม...

(กฤษฎี นามสมมติ, สัมภาษณ์, 19 พฤษภาคม 2561)

#### 1.1.2.5.4 การมีส่วนร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหา

เครือข่ายสุขภาพชุมชนตำบลกุดตาเพชรมีส่วนร่วมดำเนินการ  
แก้ไขปัญหาดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยจะเสนอแนวทางแก้ไขปัญหานั้นในที่ประชุมเวทีทำแผน ว่าตอนนี้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว  
ต้องทำอะไรบ้าง ถ้าไม่ทำจะเกิดอะไรขึ้น กลุ่มผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง จะมีการติดตามเยี่ยมบ้าน มีการ  
ฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่วนกลุ่มผู้ใหญ่วัยบ้าน กำนัน จะขอความร่วมมือเป็นเรื่อยๆ ไป โดยจะแยกแยะ  
วิเคราะห์ว่าส่วนไหนควรเข้ามาร่วม เรื่องอะไรที่เจ้าหน้าที่ไม่สามารถทำได้ ในส่วนของผู้จัดการการ  
ดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager: CM) จะมีส่วนร่วมในการเขียนแผนการดูแลผู้สูงอายุ (Care plan)  
และดำเนินการตามแผนร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG), อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ  
หมู่บ้าน (อสม.), ผู้นำชุมชน ประชาชนในชุมชนแล้วแต่สภาพปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละคนที่ต้องแก้ไข  
สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดวิธีการ และร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหากลับไป

เยี่ยมคนป่วยแล้วพบปัญหาจะตัดสินใจว่าทำอะไรถึงจะดี แต่ก่อนที่จะลงไปใช้กับผู้ป่วยจะปรึกษาเจ้าหน้าที่ก่อน ค่อยติดตามเยี่ยมและดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงในชุมชน ป้อนข้าวป้อนน้ำ อาบน้ำ เปลี่ยนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ (Adult diapers) ถ้ามีผู้ป่วยส่งมาจากโรงพยาบาลพระนารายณ์ ทางโรงพยาบาลจะประสานมาที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากนั้น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะแจ้งให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุไปจัดเตรียมบ้านผู้ป่วยให้พร้อมทุกสัณฐานเพื่อรอรับผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมาถึงจะพร้อมเข้าอยู่ได้เลย ถ้าบ้านหลังไหนต้องซ่อมแซม ปรับปรุง ผู้นำชุมชน, อบต., โรงพยาบาลลำสนธิ จะร่วมกันหางบประมาณมาซ่อมแซมให้ นอกจากนี้ อบต. จะมีส่วนร่วมในการสนับสนุนเงินค่าตอบแทนให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และติดตามเยี่ยมผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงพร้อมกับกับทีมงาน ส่วนผู้นำชุมชนจะคอยให้คำปรึกษา และช่วยประสานงาน อำนวยความสะดวกในชุมชน และดูแลปัญหาครอบครัวและสังคมของผู้สูงอายุ ส่วนในโรงเรียนผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชนได้บริจาคโต๊ะและจัดงานเลี้ยงให้ผู้สูงอายุในวันที่ยุติการศึกษารับปริญญา มีดนตรีให้ผู้สูงอายุร้องเพลง ให้รางวัลคนละหนึ่งร้อยบาท สองร้อยบาท ผู้สูงอายุก็ดีใจ นอกจากนี้ การช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจนั้น บางครั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะใช้ผู้สูงอายุช่วยทำความสะอาดบริเวณพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผอ.รพ.สต. ให้เงิน 2,000 บาท สำหรับซื้อข้าวให้ลูกหลาน ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...เรารู้ปัญหาเป็นส่วนใหญ่ เรารู้แนวโน้มว่าถ้าไม่ทำแล้วยังนั่งเฉยอยู่จะเป็นอย่างไร  
เรามากจะให้แนวทางเขาในที่ประชุม...

...ถ้าในกลุ่มติดบ้านติดเตียง มีการติดตามเยี่ยมบ้าน มีการฟื้นฟูสมรรถภาพ  
ทำทุกวันกลุ่มนี้เป็นหลัก...

...เราจะขอความร่วมมือเป็น case ไป เราจะแยกแยะวิเคราะห์ได้ว่าส่วนไหน  
เขาจะต้องเข้ามาร่วม เช่น case ที่มีปัญหาค่อนข้างซับซ้อน เรื่องบ้าน ที่อยู่อาศัย  
ที่จะต้องซ่อมแซม...

(พิมพา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...ได้มีส่วนร่วมในการวางแผน care plan และดำเนินการตามแผนร่วมกับผู้ดูแล  
ผู้สูงอายุ อสม., ผู้นำชุมชน ประชาชนในชุมชนแล้วแต่สภาพปัญหาของผู้สูงอายุ



แต่ละคนที่ต้องแก้ไข...

(ทองสุก นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...เรากำหนดกันเอง สมมติพอไปเจอแล้ว เราตัดสินใจว่าเราทำอย่างนี้จะดีไหม แต่ก่อนที่เราจะลงไปใช้กับผู้ป่วย เราจะปรึกษาเจ้าหน้าที่ก่อนว่ามันถูกต้องไหม เกินหน้าที่ไหม ข้ามเขตไหม เราดูความเหมาะสมมากกว่า...

...จิตอาสาด้วยใจรัก จากเพื่อนบ้านที่เคยดูแล ก็จะเป็นเราไปดูแลแทนป้อนข้าว ป้อนน้ำ อาบน้ำ เปลี่ยนแพมเพิส...

...ถ้ามีคนใช้ Admit ไปที่โรงพยาบาลพระนารายณ์ ถ้าจะกลับบ้าน เขาจะส่งมาที่ หัวหน้า หัวหน้าก็จะแจ้ง CG วันนี้จะมีคนใช้ที่จะกลับบ้าน คือ ทีมเราต้องไปจัด บ้านให้ถูกสัญลักษณ์เตรียมรอ ถ้าคนใช้ให้ออกซิเจน คนใช้นอนเตียง นอนที่นอน พอคนใช้มาป้อน เขาจะพร้อมนอนได้เลย ถ้าเป็นบ้านไม้ ไม่สามารถเอาเตียง ไปอยู่ได้ ออกซิเจนก็อยู่บนพื้นกระดกกระเดกไม่ได้ เพราะว่าบ้านไม่มั่นคงถาวร เราก็ไปต่อเติม ผู้นำชุมชนทางบประมาณมาต่อเติมมาเทพื้นให้ เราก็ขอความร่วมมือกับผู้นำ อบต. โรงพยาบาลลำสนธิ เครือข่ายเดียวกัน...

(น้ำเพชร นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...ทาง อบต. ก็สนับสนุนงบประมาณค่าตอบแทนให้กับผู้ดูแล Caregiver เยี่ยมผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงกับพร้อมทีม...

(มณี นามสมมติ, สัมภาษณ์, 19 พฤษภาคม 2561)

...ผมจะคอยให้คำปรึกษาและช่วยประสานงานอำนวยความสะดวกในชุมชน และดูแลปัญหาครอบครัวและสังคมของผู้สูงอายุ ส่วนในโรงเรียนผู้สูงอายุ ผมได้บริจาคโต๊ะให้ เวลาเรียนจบรับปริญญาที่จัดงานเลี้ยงให้ แม่ผมก็มาเรียนที่นี่ มีดนตรีให้คนแก่อ่านเพลง ให้รางวัลคนละร้อย สองร้อย แก่ก็ดีใจ การช่วยคนแก่ ด้านเศรษฐกิจ บางทีหมอมจะให้มาช่วยทำความสะอาด ผอ.รพ.สต. ให้เงิน 2,000 บาท แก่ก็พอได้ซื้อกับข้าวให้หลาน...

(กฤษฎี นามสมมติ, สัมภาษณ์, 19 พฤษภาคม 2561)

#### 1.1.2.5.5 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

เครือข่ายสุขภาพชุมชนตำบลกุดตาเพชรมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินงาน โดยใช้วิธีการประเมินที่หลากหลายวิธี เช่น การสุ่มถามจากญาติผู้ป่วย ติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน อีกช่องทางหนึ่งจะดูจากรายงานการเยี่ยมบ้านที่ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager: CM) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) ส่งให้ โดยจะฝึกให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) เขียนรายงานการเยี่ยมผู้ป่วยจนเขียนได้ แล้วคอยตรวจสอบคุณภาพการเขียน และบันทึกข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์ เช็คข้อมูล โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) หนึ่งคนจะต้องเยี่ยมผู้ป่วยได้ 4 คน/วัน ซึ่งผลการประเมินการดำเนินงาน จะนำมาสรุปในที่ประชุมทุกเดือน ว่าการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละคนเป็นอย่างไรบ้าง ต้องแก้ไขเพิ่มเติมอะไร ทั้งด้านสุขภาพ ครอบครัวยุทธศาสตร์สังคม นอกจากนี้ เวลาที่เครือข่ายเข้าไปดูแลผู้ป่วยจะประเมินเสมอว่าผลที่ได้รับเป็นอย่างไร ถ้ามีปัญหาเรื่องวิธีการเข้าหาผู้ป่วยและญาติ ก็จะปรึกษา ผอ.รพ.สต. เพื่อหาวิธีการใหม่ๆ ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน คือ แบบฟอร์มการเยี่ยมบ้าน ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...การติดตามจะใช้หลายวิธี เช่น การสุ่มถามจากญาติผู้ป่วย ติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านอีกช่องทางหนึ่งจะดูจากรายงานการเยี่ยมบ้านที่ CM, CG ส่งให้ โดยจะฝึกให้ CG เขียนจนเขียนได้ แล้วคอยตรวจสอบคุณภาพการเขียน และจะบันทึกข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์ เช็คข้อมูล โดย CG หนึ่งคนจะต้องเยี่ยมผู้ป่วยได้ 4 คน/วัน...

(พิมพ์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...ร่วมประเมินการดำเนินงานและนำมาสรุปในที่ประชุมทุกเดือน ว่าการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละคนเป็นอย่างไรบ้าง ต้องแก้ไขเพิ่มเติมอะไร ทั้งด้านสุขภาพ ครอบครัวยุทธศาสตร์สังคม...

(ทองสุก นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...เราจะดูแล้วว่าตรงจุดที่เราไป 2-3 ครั้ง ผลที่ได้รับมันไม่เกิดอะไรขึ้น เราต้องมาเปลี่ยนแปลงที่เราเข้าตรงนี้ได้ คือ เราไม่อยู่จิตใจของคนป่วยและญาติแล้ว ก็เปลี่ยนวิธีใหม่ เปลี่ยนวิธีเข้าไป เราจะคุยกันเลย 5 คน เราไปเจอปัญหา แต่ถ้ามันลำบากกว่าแรงของ Caregiver 5 คน เราจะนำข้อมูลนี้ไปปรึกษาหัวหน้า”  
 “จะมีแบบฟอร์มการเยี่ยมบ้าน แต่ละคนจะมีหมดค่ะ แต่ละคนจะส่ง Case เดือนหนึ่ง 60 case ต่อครั้งต่อคน แต่ว่าติดเตียงเราจะลงบ่อยหน่อย ติดเตียง อาทิตย์ละ 2 วัน นอกเหนือจากอาทิตย์ละ 2 วัน คือ คนไข้ตัวร้อน ความดันสูง น้ำตาลลดแล้วก็สัปดาห์อาหารก็จะลงบ่อยกว่า 2 ครั้งต่ออาทิตย์...

(น้ำเพชร นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

#### 1.1.2.5.6 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์

ผลประโยชน์ที่เครือข่ายสุขภาพชุมชนตำบลกุดตาเพชรได้รับการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ คือ เกิดความภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าในสิ่งที่ทำ คุณค่าที่เกิดกับผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ตลอดจนครอบครัวและชุมชน ซึ่งผลประโยชน์ที่เครือข่ายได้รับจะเป็นเรื่องของจิตใจ ภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือ เห็นผู้ป่วยมีความสุข ดีใจที่ผู้ป่วยมีการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น และยังช่วยลดภาระงานของเครือข่ายด้วย เพราะถ้ายังเป็นผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ต้องดูแลเป็นพิเศษ ถ้าผู้สูงอายุย้ายจากติดเตียงเป็นกลุ่มติดสังคม หรือใช้ชีวิตได้ตามปกติ ก็ไม่ต้องดูแลเป็นพิเศษ เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยด้วย อีกทั้งผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) ยังมีความภาคภูมิใจและรู้สึกเป็นบุญกุศลที่ได้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่ติดบ้านติดเตียง นอกจากนี้ ยังได้จัดประชุมผู้สูงอายุที่ยังสุขภาพดีเพื่อพูดคุยกันทุกเดือน ส่วนผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียง มาไม่ได้ก็จะซื้อเสื้อผ้า ผ่าถุง ขนม ไปให้ที่บ้าน การไปเยี่ยมผู้สูงอายุบ่อยๆ ผู้สูงอายุจะเมตตาและรักผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) เวลาไม่ได้ไปเยี่ยมนานๆ ผู้สูงอายุจะเป็นห่วง ถามผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) ว่าไปไหนมาตั้งนาน ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) มีความสุขใจ ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...คุณภาพชีวิตเขาดีขึ้น มันเกิดความภาคภูมิใจ แล้วเราก็เห็นคุณค่าในสิ่งที่เราทำ คุณค่าในชุมชนที่มี แต่ผลประโยชน์จริงๆ มักจะเกิดกับครอบครัว กับชุมชน...

(พิมพา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...ได้เรื่องจิตใจ ภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือ เห็นเขามีความสุข มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นก็ดีใจ...  
 ...ช่วยลดภาระงานของเราด้วยนะ เพราะถ้ายังติดบ้าน ติดเตียง เราก็คงต้องดูแล  
 เป็นพิเศษ ถ้าเขาย้ายจากติดเตียงเป็นกลุ่มติดสังคม หรือใช้ชีวิตได้ตามปกติ  
 เราก็คงไม่ต้องไปประคบประหงมเขา เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับเขาด้วย...

(ทองสุก นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...สิ่งที่ได้รับ คือ ความภูมิใจที่เราเป็นผู้ให้ สิ่งที่ได้รับจากผู้สูงอายุ เราจัดประชุม  
 ผู้สูงอายุทุกเดือน ผู้สูงอายุติดเตียงมาไม่ได้ เราก็เอาเสื้อ ผ้าถุง ขนมไปให้ที่บ้าน  
 สิ่งที่เราได้รับ คือ ผู้สูงอายุจะถามไถ่หา เวลาเราไม่ไปเยี่ยมนานๆ จะถามทุกครั้ง  
 คำถามที่เราฟังแล้วมีความสุข คือ ไปไหนมาตั้งหลายวัน เราภูมิใจตรงนี้...  
 ...ภูมิใจมากที่ได้เข้าไปช่วยทำให้เขาทุกอย่าง เราประเมินค่าไม่ได้ เป็นความรู้สึกดี  
 สิ่งที่เราทำ เขาเริ่มเห็นค่า เป็นบุญกุศลมาก บางท่านให้ลูกหุงข้าวให้เราทาน...

(น้ำเพชร นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

1.1.3 การเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการ  
 ดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

1.1.3.1 การพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

1.1.3.1.1 การพัฒนาความสามารถในการแก้ไขปัญหา เครือข่ายสุขภาพ  
 ชุมชนได้รับการพัฒนาความรู้เพื่อให้มีทักษะในการปฏิบัติงาน สามารถรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา  
 และกำหนดวิธีการหรือกิจกรรมในการแก้ไขปัญหาได้ โดยการอบรมพัฒนาความรู้เรื่องการเขียนแผนการ  
 ดูแลผู้สูงอายุให้กับผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager: CM) และอบรมให้ความรู้เรื่องการดูแล  
 ผู้สูงอายุแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) ตามหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข 70 ชั่วโมง  
 หลังจากที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุผ่านการอบรมแล้วจะมีการติดตามพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง และมีการ  
 อบรมฟื้นฟูความรู้ให้ทุกปี ทั้งการจัดอบรมให้ความรู้ที่ รพ.สต. และที่โรงพยาบาลลำสนธิ เพื่อให้  
 ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้และเกิดความเชื่อมั่นว่าเขาสามารถที่จะทำงานได้ การฝึกทักษะในการดูแลผู้ช่วย  
 ติดเตียงจะเน้นให้ฝึกปฏิบัติในพื้นที่จริง เช่น การพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย หรือการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกด  
 ทับ นอกจากนี้ ยังมีการพัฒนาความรู้ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เกี่ยวกับการ  
 การคัดกรองสุขภาพในชุมชน เช่น การชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต อบรมให้ความรู้วิธีการเจาะเลือด

ที่ปลายนิ้ว การทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วยโดยจะมีนักกายภาพบำบัดมาอบรมให้ มีนักจิตวิทยา มาสอนเกี่ยวกับวิธีพูดคุยกับคนไข้ให้มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น พยาบาลจะอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการช่วยเหลือเบื้องต้น คนจมน้ำ หรือคนช็อค คนเป็นลม รพ.สต. จะอบรมให้อย่างต่อเนื่อง หากไม่มีความรู้เรื่องอะไรผู้ดูแลผู้สูงอายุจะแจ้งเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่ก็จะจัดอบรมเบื้องต้นให้ ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...ได้รับอบรม CM การทำ Care Plan...

...ผู้ป่วยติดเตียงจะมีการสอนเรื่องพลิกตะแคงตัวเอง โดยจะเน้นให้ฝึกปฏิบัติจริงในพื้นที่เลย แผลกดทับก็จะบอกข้อควรเฝ้าระวังของแต่ละ Case...

(ทองสุก นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...กระทรวงศึกษาประสานกับกระทรวงสาธารณสุข โดย กคน. เข้ามาประสานให้จัดอบรม CG หน่อย เราก็จะเป็นหลักให้เพราะหลักสูตรมาจากทางอนามัย...

(พิมพ์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...ความรู้เรามาจัดอบรมที่นี้และที่โรงพยาบาลลำสนธิจะฟื้นฟูความรู้อยู่บ่อยๆ...

...ตอนแรกเป็น อสม. คือ ความรู้มาจาก อสม. ที่เราไปคัดกรองสุขภาพที่ชุมชน คือ ชั่งน้ำหนัก วัดความดัน ได้รับการอบรมเจาะเลือดที่ปลายนิ้ว หลังจากนั้นจะลงลึก คือ การทำกายภาพก็จะมีหมอกายภาพมาอบรม เราจะไปพูดคุยกับคนไข้ ยังไง คนไข้จะมีสุขภาพจิตดีขึ้น ก็มีนักจิตวิทยาอบรม การช่วยเหลือเบื้องต้น คนจมน้ำ หรือคนช็อค คนเป็นลมก็จะมีทีมพยาบาลมาอบรม แล้วอนามัยจะอบรมต่อเนื่องคือ ถ้าเรารู้ศักยภาพเราไม่พร้อม เราจะแจ้งเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่ก็จะจัดอบรมจากเจ้าหน้าที่เบื้องต้น...

(น้ำเพชร นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

1.1.3.1.2 การสร้างความสามารถในการสื่อสาร การพัฒนาความสามารถในการสื่อสารของเครือข่ายสุขภาพชุมชน ได้มีการอบรมให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง แล้วก็มีการฟื้นฟูทุกปี ฝึกทักษะด้านต่างๆ ที่มีความจำเป็นต่อการปฏิบัติงาน รวมถึงการฝึกทักษะการพูดคุย และการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ และเกิดความเชื่อมั่นว่าสามารถที่จะทำงานได้

นอกจากนี้ นักจิตวิทยาจะมาสอนเกี่ยวกับวิธีพูดคุยกับผู้ป่วยให้มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น อีกทั้ง เวลาที่เครือข่ายไปเยี่ยมผู้ป่วยแล้วพบปัญหาจะเก็บข้อมูลไว้ว่าแต่ละคนมีปัญหาอะไร แล้วนำปัญหาที่พบมา รายงานเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่จะลงไปดูประเมินผู้ป่วย และให้คำแนะนำว่า ควรจะทำอะไร พูดอย่างไร กับผู้ป่วย ดั่งคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

...น่าจะมาจากเรามีความเชื่อมั่น คนที่จะมีความเชื่อมั่นได้ มันก็น่าจะมี องค์ความรู้สามารถทำงานนั้นได้ เกิดความเข้าใจ เราจะถ่ายทอดและอบรม ความรู้ให้กับทีมงานอย่างต่อเนื่องแล้วก็มีกรฟื้นฟูทุกปี ทักษะต่างๆ ที่เราคิดว่า มันมีความจำเป็นที่เขาต้องใช้กับประชาชนเราสอนหมด เรื่องการพูด การคุยกับ ผู้ป่วยกับญาติ...

(พิมพา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...เราจะไปพูดคุยกับคนไข้ยังไง คนไข้จะมีสุขภาพจิตดีขึ้น ก็มีนักจิตวิทยา มาอบรม...

...ถ้าเราไปเยี่ยม เจอปัญหาเราจะมีข้อมูลลงไว้ว่าคนนี่เจอปัญหาอะไร เจ้าหน้าที่ ลงไปพบก็จะแจ้งว่าคนนี้เป็นยังไง นะ ต้องเข้าอย่างนี้ ต้องคุยอย่างนี้ มีการพูดคุย กันยก Case มาเล่า คือ ปัญหาที่เราเจอก่อน เราจะคุยกันก่อน เราก็รู้ไว้ว่าเจอ ปัญหาอะไร วันนี้ วันที่เท่านี้ เวลาเท่านี้ เจออะไรที่เป็นมันไม่ปลอดภัยสำหรับ คนไข้ เราก็แจ้งเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่จะประเมินให้ว่าเราจะดูแลยังไง ถ้ามันหนัก ไปกว่าการดูแลร่างกาย เราจะเอาจิตใจเข้าร่วมด้วยทั้งผู้ดูแลและคนไข้...

(น้ำเพชร นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

1.1.3.1.3 การสร้างทักษะความเป็นผู้นำ เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนตำบล กุดตาเพชร มีการพัฒนาทักษะความเป็นผู้นำให้กับเครือข่ายสุขภาพชุมชน โดยการอบรมให้ความรู้ อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้และเกิดความเชื่อมั่นว่าเขาสามารถที่จะทำงานได้ มีทักษะ ในการพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ ดั่งคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...น่าจะมาจากเรามีความเชื่อมั่น คนที่จะมีความเชื่อมั่นได้ มันก็น่าจะมีองค์ความรู้สามารถทำงานนั้นได้ เกิดความเข้าใจ เราจะถ่ายทอดและอบรมความรู้ให้กับทีมงานอย่างต่อเนื่องแล้วก็มีกาฝึกฝนทุกปี ทักษะต่างๆ ที่เราคิดว่ามันมีความจำเป็นที่เราต้องใช้กับประชาชนเราสอนหมด เรื่องการพูดการคุย...

(พิมพ์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

1.1.3.1.4 การสร้างความสามารถในการจัดการและควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อมเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนตำบลกุดตาเพชร มีการสร้างความสามารถในการจัดการและควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อม ด้วยการประชุมและอบรมให้ความรู้ในการจัดการ ควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อม โดยฝึกการวิเคราะห์สิ่งแวดล้อมในบ้านและบริเวณรอบบ้านที่จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแล้วนำมาแลกเปลี่ยนกัน ดั่งคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...เรื่องสิ่งแวดล้อมเรามีการประชุมและอบรมให้ความรู้ในการจัดการ ควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อมให้มีการฝึกวิเคราะห์สิ่งแวดล้อมในบ้านและบริเวณรอบบ้านที่จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแล้วนำมาแลกเปลี่ยนกัน...

(พิมพ์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

1.1.3.1.5 การสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองที่จะสามารถดูแลตนเอง ครอบครัว และทำงานเพื่อชุมชนการพัฒนาความรู้ด้านต่างๆ อย่างต่อเนื่อง และมีการฟื้นฟูทุกปี ทำให้เครือข่ายสุขภาพชุมชนเกิดความมั่นใจที่จะแสดงออก และเกิดความเชื่อมั่นว่าเขาสามารถที่จะทำงานได้ นอกจากนี้ การให้ความรู้ยังเป็นการเสริมแรง การให้กำลังใจ เต็มเต็มกำลังใจในการปฏิบัติงาน เวลามีปัญหาอะไรก็จะให้คำแนะนำ ทำให้เกิดความศรัทธาและเชื่อมั่นในงานที่ทำ และสามารถทำในสิ่งนั้น ๆ ดั่งคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...น่าจะเป็นเรื่องความรู้ ถ้าเขามีความรู้ในด้านต่างๆ ก็จะมีความมั่นใจที่จะแสดงออก การให้ความรู้เหมือนเสริมแรงบอกว่าเขาทำได้...

...น่าจะมาจากเรามีความเชื่อมั่น คนที่จะมีความเชื่อมั่นได้ มันก็น่าจะมีองค์ความรู้สามารถทำงานนั้นได้ เกิดความเข้าใจ เราจะถ่ายทอดและอบรมความรู้ให้กับทีมงานอย่างต่อเนื่องแล้วก็มีกรฟื้นฟูทุกปี ทักษะต่างๆ ที่เราคิดว่ามันมีความจำเป็นที่เขาต้องใช้กับประชาชนเราสอนหมด เรื่องการพูดการคุย...

(พิมพ์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...เสริมแรง หัวหน้าเขาจะให้กำลังใจ ถ้าเรามีปัญหาจะเอาปัญหามาเล่าให้หัวหน้าฟังแล้วก็จะแนะนำ เราทำแบบนี้ไม่ได้ เราเปลี่ยนวิธีใหม่นะ เราสู้ เชื่อว่าพวกเราทำได้ แกจะเต็มเต็มกำลังใจให้ลูกน้องเสมอ สิ่งที่เราประสบผลสำเร็จได้เป็นกำลังใจใหญ่ๆ ที่สุด คือ มาจาก ผอ. แกจะไม่ปล่อยให้เรารู้ตามลำพัง จะไม่ปล่อยให้เรากแก้ปัญหาตามลำพัง แกจะพยายามแนะนำหาวิธีจนได้...

(น้ำเพชร นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

### 1.1.3.2 การให้การศึกษา (Education)

1.1.3.2.1 การจัดการเรียนการสอนที่เน้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนการสอน (การศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ) ซึ่งมีกระบวนการเรียนรู้ที่เริ่มจากการฟัง (listening) การสนทนา (dialogue) และการปฏิบัติงาน (action) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1.3.2.1.1 การพัฒนาทักษะการฟังที่ดี (active listening) ให้แก่เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน เพื่อให้สามารถทำความเข้าใจปัญหาหรือประเด็นหลักของชุมชน สามารถที่จะระบุปัญหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาได้ ประกอบด้วย 1) การอบรมให้ความรู้และการให้สมาชิกเครือข่ายบอกและเล่าประสบการณ์การเรียนรู้จากการปฏิบัติงานจริงในการลงเยี่ยมผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน ทำงานจากหน้างานจริง 2) การนำข้อมูลของผู้ป่วยที่มีปัญหาเป็นกรณีศึกษาและพูดคุยแลกเปลี่ยนกันอย่างต่อเนื่อง ทุกคนร่วมแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนความคิด ทำให้เข้าใจและมองเห็นปัญหา นำไปสู่การพัฒนาแนวทางที่จะดำเนินการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหา จะนำความก้าวหน้าผลการดูแลมาเล่าสู่กันฟัง เพื่อแลกเปลี่ยนกันเป็นประจำ 3) การประชุมโดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ตรงประเด็น ไม่อ้อมค้อม ไม่ใช้ศัพท์วิชาการ มีการยกตัวอย่างหรือมีภาพประกอบ 4) การจดบันทึกและอ่านทบทวน เวลาที่มีการอบรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแล



ผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) จะฟังแล้วมีการจดบันทึก จดข้อเสนอแนะ แล้วก็เอาไปอ่านที่บ้าน  
ข้อเสนอแนะข้อใดเห็นว่าดีและทำได้ก็ทำตาม ดั่งคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...การอบรมความรู้และการบอกเล่าประสบการณ์การเรียนรู้จากหน้างานจริง  
ที่พบช่วงที่เยี่ยมผู้ป่วยผนวกกันก็จะเกิดเป็นทักษะ จะใช้ประสบการณ์พอสมควร  
แต่บางทีคนที่อยู่ระดับเดียวกัน ชาวบ้านไปเยี่ยมชาวบ้าน ถ้าเราไม่  
บอกไม่สอนบ้าง บางทีก็จะขาดไป...

...เอา case ที่มีปัญหามาเป็นกรณีศึกษาจะมีอย่างต่อเนื่อง เช่น ตอนเย็นกลับมา  
จากเยี่ยมผู้ป่วย เขาจะรู้ว่า case ไหนปล่อยผ่านไม่ได้ ต้องเอามาคุยกัน เขาไม่  
สามารถแก้ไขได้ด้วยตัวเอง เช่น case ที่มีปัญหาอะไรที่มันซับซ้อนไป กลับมาจะ  
คุยกัน หรือบาง case ก็โทรมาแล้วก็แก้ไขปัญหา ณ ตอนนั้น...

...บาง case เดียวนี้การเอมารายงานอาจจะน้อยลง เพราะเขาสามารถที่จะ  
แก้ปัญหาได้ แต่มันจะเป็นลักษณะเอามาเล่าให้ฟังว่าเขาไปทำอะไรมา...

(พิมพ์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...เป็นภาษาที่เข้าใจง่ายพูดไปแล้วเขารู้เรื่อง พูดให้ตรงประเด็นไม่ต้อง  
อ้อมค้อม ไม่ใช่ศัพท์วิชาการ และมีการยกตัวอย่างอาจจะมีการประกอบ  
แล้วแต่เรื่องที่คุยกัน...

(ทองสุข นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...เวลาเราฟังความรู้น้อย ความจำไม่ดี จะใช้วิธีจดบันทึกที่แต่ละคนเสนอแนะ  
เสนอความคิดมา แล้วก็ไปอ่านที่บ้าน ข้อเสนอแนะของใครดี เราก็จะวงไว้  
นโยบายของใครที่เสนอมาน่า ถ้าเราทำได้ เราจะคิดว่าเราทำมันไม่เสียหายอะไร  
มันก็เป็นความรู้อีกอย่างหนึ่ง คือ ความรู้มันไม่เหมือนกัน ศักยภาพของคนเรา  
ไม่เหมือนกัน เราก็มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เราก็จะรู้สึกได้ว่า เออคนนี้มันโอเคทีเดียว  
มีความคิดดี จะเป็นลักษณะจดไว้แล้วก็เอาที่เสนอมานำมาใช้กับเราดูบ้าง...

(น้ำเพชร นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

1.1.3.2.1.2 การพัฒนาทักษะการสนทนาที่ดี (dialogue) ให้แก่เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อกระตุ้นให้เกิดการคิดเชิงวิพากษ์ ร่วมกันวิเคราะห์และอภิปรายปัญหาหรือประเด็นทางสังคม โดยสมาชิกเครือข่ายมีการสะท้อนผลการปฏิบัติในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง มีการนำข้อมูลผู้ป่วยมาสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สมาชิกเครือข่ายมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา คิววิธีการแก้ไขปรับปรุงที่เหมาะสมและพอใจของทุกฝ่าย ทั้งผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน และผู้ปฏิบัติ ประกอบด้วย 1) การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน มีการสะท้อนผลการปฏิบัติในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง 2) การสนทนาแลกเปลี่ยนข้อมูล เวลาไปเยี่ยมคนป่วยแล้วพบปัญหา จะนำข้อมูลปัญหามารายงานเจ้าหน้าที่สนทนาแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็น ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา คิววิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมพอใจของทุกฝ่าย เรื่องไหนที่มันยากเกินไป เจ้าหน้าที่จะให้คำแนะนำ บางส่วนที่สมาชิกสามารถทำได้ ก็ให้สมาชิกตัดสินใจเอง แต่เจ้าหน้าที่ต้องคอยดูว่าถูกต้องหรือไม่ ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...เราต้องมีการคืนข้อมูลสะท้อนกลับ เราต้องดูเพราะมันจะส่งผลเสียเป็นทอดๆ

หากเราปฏิบัติไม่ถูกต้อง...

...เขามีส่วนร่วมมาก เขาไปเห็นมา เขาก็มีส่วนมาแล้วให้เราฟัง ส่วนไหน

ที่มันยากเกินจะได้รับคำแนะนำจากเรา แต่บางส่วนเขาสามารถตัดสินใจได้

ด้วยตัวเอง แต่เราก็จะดู จะฟังว่าสิ่งที่เขาสะท้อนให้เราฟังแล้วพูดว่ามันถูก

ไหม มันใช้ได้หรือเปล่า...

(พิมพา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...มีการโต้ตอบว่าเราเห็นยังงี้ เขาเห็นยังงี้แล้วมาวิเคราะห์หาทางแก้ไขร่วมกัน

และหาวิธีที่มันเหมาะสมที่พอใจทั้งสองฝ่ายทั้งผู้สูงอายุ ผู้นำและตัวเราเอง...

(ทองสุก นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...ถ้าเราไปเยี่ยมเจอปัญหาเราจะมีข้อมูลลงไว้ว่าคนนี้เจอปัญหาอะไร เจ้าหน้าที่

ลงไปพบก็จะแจ้งว่าคนนี้เป็นยังงี้ๆ นะ ต้องเข้าอย่างนี้ ต้องคุยอย่างนี้ มีการ  
พูดคุยกัน ยก Case มาเล่า คือ ปัญหาที่เราเจอก่อน เราจะคุยกันก่อน เราก็รู้ว่า  
ว่าเจอปัญหาอะไร วันนี้ วันที่เท่านี้ เวลาเท่านี้ เจออะไรที่เป็นมันไม่ปลอดภัย  
สำหรับคนไข้ เราก็แจ้งเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่จะประเมินให้ว่าเราจะดูแลยังไง ถ้า  
มันหนักไปกว่าการดูแลร่างกาย เราจะเอาจิตใจเข้าร่วมด้วยทั้งผู้ดูแลและคนไข้”  
“มีการเอา Case มาคุยกัน มีการสนทนาแลกเปลี่ยน ทุกคนมีส่วนร่วมในการ  
แลกเปลี่ยนความคิดเห็น...

(น้ำเพชร นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

1.1.3.2.1.3 การพัฒนาทักษะการปฏิบัติงาน (action) การดูแล  
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ของเครือข่ายสุขภาพพระดั่งชุมชน ประกอบด้วย 1) การประเมินผลการ  
ดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยแต่ละ Case อย่างมีส่วนร่วม โดยผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care  
Manager: CM) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Give: CG) จะเป็นผู้ประเมินหลัก ซึ่งจะลงไปดูว่าสามารถ  
ปฏิบัติได้จริงหรือไม่ 2) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้สะท้อนผลการปฏิบัติงาน นำข้อมูลที่ได้จากการลงเยี่ยม  
ผู้ป่วยมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสะท้อนผลการปฏิบัติงาน และใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงและ  
พัฒนาการดำเนินงานอาทิตย์ละ 1-3 ครั้ง ส่วนเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับตำบลอื่นจะจัดที่โรงพยาบาล  
ชุมชน ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...รอประเมินจาก CG เขาจะเป็นคนประเมินเองว่าพวกนี้เป็นอย่างไร  
เช่น แผลง่ายๆ เขาจะได้รับการสอนไปทำได้ CM ก็จะไปดูว่าทำได้  
จริงไหม ซึ่งไม่น่าห่วง เราจะห่วงการจัดการระยะที่อยู่กับผู้ป่วย เราต้อง  
คอยซักถามหรือติดตามอย่างต่อเนื่องว่าเขาจัดการยังไง เอาไปที่ยังไง  
เอากลับมาให้เราไหม เพราะ รพ.สต.จะมีรถมารับขยะติดเชื้อไปจัดที่  
โรงพยาบาล...

(พิมพา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...นำข้อมูล case ที่ไปเยี่ยมมาพูดคุยแลกเปลี่ยนกัน อาทิตย์ 1-3 ครั้ง ที่ต้องจัด  
เวทีการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนกันตอนเย็น...

...ระดับอำเภอ เราจัดที่โรงพยาบาลก็จะฟื้นฟูให้เอาผลการดำเนินงานไป  
แลกเปลี่ยนกับตำบลอื่นๆ...

(พิมพา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...เราจะคุยกันในกลุ่มก่อน พอมาคุยกับหัวหน้า แล้วเราเสนอหัวหน้าว่าถ้าเราเข้าไป  
ในลักษณะนี้ แยกบอกว่าเหมาะสมกับคนไข้ แต่เราไม่เข้าใจญาติ เราต้องรวมญาติ  
เข้าไปด้วย...

...สะท้อนให้เห็นว่าทำแล้วมันดีขึ้น หรือเท่าเดิมต้องปรับปรุงวิธีการทำงานมัย...

(น้ำเพชร นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

1.1.3.2.2 การฝึกอบรม ซึ่งมี 2 รูปแบบ คือ 1) การอบรมตามหลักสูตร  
มาตรฐานที่กำหนดโดยผู้จัดทำหลักสูตรจากส่วนกลาง 2) เครือข่ายสุขภาพมีส่วนร่วมในการเสนอ  
ประเด็นที่อยากเรียนรู้เพิ่มเติม ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการค้นพบในการปฏิบัติงานแล้วต้องการศึกษาเพิ่มเติม  
ก็จะเสนอต่อ ผอ.รพ.สต. เพื่อจัดการอบรมเพิ่มเติมต่อไป

1.1.3.3 การสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง  
เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนได้รับการสนับสนุนทรัพยากร ทั้งในด้านเงิน สิ่งของ อุปกรณ์ และการให้  
กำลังใจ ทั้งจากภาครัฐและภาคเอกชน ซึ่งการสนับสนุนมีหลากหลายรูปแบบจากหลายหน่วยงานทั้ง  
ภายในและภายนอกพื้นที่ โดยผู้ใหญ่บ้านและชุมชนจะสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหมู่บ้านใช้  
สำหรับซื้อผ้าอ้อมผู้ใหญ่ สนับสนุนเครื่องมือในการปรับปรุงบ้าน ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในบ้าน ทำราว  
ไม้ให้ผู้ป่วยจับเวลาเดิน ช่วยหาไม้ หาสังกะสี หาอาหารเลี้ยงช้าง ช่วยเหลือเงินเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับ  
เลี้ยงอาหารผู้ที่ช่วยคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ รวมถึงร่วมบริจาคเงินไว้สำหรับซื้อผ้าอ้อมผู้ใหญ่หมู่บ้าน  
ละ 3,000 บาท อบต. สนับสนุนงบประมาณค่าตอบแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Case Giver: CG) เดือนละ  
6,000 บาทต่อคน ศูนย์การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.) ให้การสนับสนุน  
เรื่องการส่งเสริมอาชีพ มีงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ มาสนับสนุนด้วย เช่น ทำพวงหรีด ทำ  
ดอกไม้จันทน์ เป็นต้น สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) ให้การสนับสนุนเรื่อง  
หลักสูตรที่ส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุ หากคนไปอบรมเพิ่มเติมให้ และสนับสนุนงบประมาณในการทำ  
บ้าน ซ่อมแซมบ้าน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สนับสนุนงบประมาณจัดตั้ง  
กองทุน Long Term Care (LTC) เพื่อใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ โดย อบต. ได้นำเงินสนับสนุนหมู่บ้าน  
หมู่ละ 20,000 บาท มาร่วมสมทบ นอกจากนี้ ยังมีภาคเอกชนที่ได้เห็นภาพการดำเนินงานดูแล  
ผู้สูงอายุของเครือข่ายสุขภาพชุมชนทาง Facebook ก็บริจาคเงินเพื่อทำบุญ หรือเข้ามาสนับสนุน

เรื่องเลี้ยงอาหารผู้สูงอายุ บริจาคเงินให้ผู้สูงอายุ บางครั้งผู้ที่มาศึกษาดูงานจะบริจาคผ้าอ้อมผู้ใหญ่ หรือ บริจาคเงินช่วยเหลือเป็นค่าน้ำ ค่านมคนป่วย ดึงคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...อย่างการคัดกรองสุขภาพ เราไม่มีเงินของ อสม. ที่เป็นเงินกองกลาง กองทุนหมู่บ้านก็จะช่วยในเรื่องค่าใช้จ่ายเลี้ยงข้าวคนที่มาช่วยคัดกรอง”

“กองทุนหมู่บ้านเข้ามาช่วยหมู่บ้านละ 3,000 มาช่วยเรื่องผ้าอ้อมผู้ใหญ่”

“คนละ 6,000 บาท เขาสนับสนุนเต็มที่ นายกเห็นความสำคัญ เห็นว่าเราทำจริงๆ ลงไปถามได้เลยว่าเราดูแลจริงๆ...”

...ศูนย์ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทำดอกไม้จันทน์ มีอาชีพเสริม มีครู กคน. มาสอน อาทิตย์ละครั้ง...

...เวลามีคนมาดูงาน เขาจะช่วยผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ช่วยค่าน้ำ ค่านมคนป่วย...

(ทองสุก นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...เขาช่วยสนับสนุนเงินที่เราเอาไปใช้ในเรื่องแพมเพิส ผู้ใหญ่บ้านจะเป็นประธาน กองทุนเงินล้านเกือบ 100% ถ้าเราไปขอเครื่องมือในการปรับปรุงบ้าน ปรับปรุง สิ่งแวดล้อมในบ้าน ทำราวให้ผู้ป่วยได้เกาะ ได้จับเวลาเดิน ช่วยหาไม้ หาสังกะสี หาข้าวปลาเลี้ยงช่าง ผู้ใหญ่บ้าน, อปพร., สมาชิก อบต. เขาจะเป็นคนทำ...

...พอมีศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต กคน. จะประสานและเข้ามาส่งเสริมอาชีพในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี มันเกิดผลดีกับผู้สูงอายุ เขามีงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ พร้อม ตอนนี้เราให้ กคน. เข้ามาสอนผู้สูงอายุ เช่น ทำพวงหรีด ทำดอกไม้จันทน์...

...เขาสนับสนุนเรื่องหลักสูตรที่ส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุ จะหาคนไปอบรมเพิ่มเติม ให้ บางทีก็เป็นงบประมาณในการทำบ้าน ผ่านมาทาง พม. ก็มี...

...สปสช. สนับสนุนด้วยเป็นกองทุน LTC แต่ว่าจริงๆ แล้ว อบต. เราจ้างนานกว่า นั้นแล้ว เขาสนับสนุนเงินจากหมู่บ้านหมู่ละ 20,000 เอามาสมทบกับกองทุน หลักประกันสุขภาพของ สปสช....

...เอกชนก็มีนะ ก็คือเขาติดตาม Facebook เรา เห็นเราดูแลผู้สูงอายุ เขาอยาก ทำบุญ เขาก็เข้ามาติดต่อเรา ถึงแม้จะไม่ใช้ทุกๆ เดือน ปีหนึ่งก็จะมีสามสี่ครั้ง

อยากมาเลี้ยงอาหารผู้สูงอายุ อยากมาบริจาค อยากทำบุญ ไม่อยากเชื่อว่า  
ผู้สูงอายุนัดมาเลย 100 คน เขาจะมาเลี้ยงอาหารใส่ซองให้ ซองละ 100 บาท...

(พิมพา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...พอเราลง Facebook ก็จะมีคนเข้ามา มาบริจาคมาช่วย เราก็จะให้เขามาเอง  
บางคนเขาขอเป็นเลขบัญชีแต่เราก็ให้ส่งของมาดีกว่า จะมาเป็นชื่อเรามันไม่ได้...

(มณี นามสมมติ, สัมภาษณ์, 19 พฤษภาคม 2561)

1.1.3.4 การเสริมแรงในการทำงานให้แก่เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน เครือข่าย  
สุขภาพระดับชุมชนมีความภูมิใจและพึงพอใจกับการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุแข็งแรง มีสุขภาพที่ดี  
ขึ้น ช่วยแบ่งเบาภาระของคนในครอบครัว ผู้สูงอายุและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และมีความคิดที่  
จะพัฒนาการดำเนินงานให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง การเสริมแรงในการทำงานนี้ มีทั้งการเสริมแรงทั้งจาก  
ภายในและภายนอกเครือข่าย โดยได้รับการยอมรับและชื่นชมผลการปฏิบัติงานทั้งจากหน่วยงานอื่น  
และตัวผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยเอง และประชาชนทั่วไป ทำให้รู้สึกว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นงานที่มี  
คุณค่า ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

“ก็พอใจ แต่เราก็ยังคิดว่าจะมีอะไรที่ยังพอพัฒนาได้ ก็ยังคิดอยู่ต่อเนื่อง  
เราก็ไม่หยุด ถึงแม้เราจะมี ความพึงพอใจแล้วก็พยายามควบคุมให้เป็นไป  
อย่างตั้งใจ คือ สิ่งที่เราทำคือทำกันได้ดี จากการดูแลเขาหรือเกิดจาก  
ความตั้งใจ ความดีของพวกเขาเองมาผนวกกัน บางคนมีญาติป่วยอยู่ถึง  
เชียงใหม่ ชัยภูมิ กรุงเทพฯ เขาขอเอามาอยู่ในพื้นที่ได้ไหม...

(พิมพา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...พึงพอใจ ดีใจที่คุณภาพชีวิตเขาดีขึ้น เขาแข็งแรงอยู่อย่างมีความสุข...

(ทองสุก นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...ผู้ป่วยเห็นค่าเรา บางคนรอคอยการไปเยี่ยม เราไปเราก็ช่วยแบ่งเบาภาระ  
ลูกหลานด้วย บางคนก็เรียกร้องให้มาดูแล แค่ว่าวัดความดันให้ก็รู้สึกชื่นใจ...

(ทองสุก นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...คิดว่ามีคุณค่า ถ้าเราเข้าไปคนแก่เขาก็จะขอบคุณตลกทำให้เขามีความสุข เหมือนเราไปสร้างความสุขให้เขาด้วย เขาก็จะชอบเขาก็จะติด ส่วนมากเราก็จะได้คะแนนจากคนแก่นี้แหละ เพราะว่าคนแก่เขาชอบตรงนี้ที่สำคัญเราเกิดที่นี้ สิ่งที่เราทำก็เหมือนการดูแลญาติ ปู่ย่า ตายาย เรานั้นแหละ...

(มณี นามสมมติ, สัมภาษณ์, 19 พฤษภาคม 2561)

...เป็นงานที่มีคุณค่าต่อผู้สูงอายุมาก เราสามารถทำให้บางคนทีติดเตียงมาอยู่ กลุ่มติดบ้านได้ ซึ่งเราก็ทำได้หลายคน เราทำแล้วมันไม่ได้ติดเตียงแบบถาวรเลย แต่ว่ามาด้วยจากการเป็นชั่วคราว...

(พิมพ์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...ให้ความรู้เหมือนเสริมแรงบอกว่าเขาทำได้...

(ทองสุข นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...เสริมแรงค่ะ หัวหน้าเขาจะให้กำลังใจ ถ้าเรามีปัญหาจะเอาปัญหา มาเล่าให้ หัวหน้าฟัง แกก็จะแนะนำ เราทำแบบนี้ไม่ได้ เราเปลี่ยนวิธีใหม่นะ เราเชื่อว่า พวกเราทำได้ แกจะเต็มเต็มกำลังใจให้ลูกน้องเสมอ สิ่งที่เราประสบผลสำเร็จได้ เป็นกำลังใจใหญ่ๆ ที่สุด คือ มาจาก ผอ. แกจะไม่ปล่อยให้เรารู้หรือแก้ปัญหามาตามลำพัง จะพยายามแนะนำหาวิธีจนได้...

(น้ำเพชร นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...มีการชื่นชมและให้กำลังใจกัน เป็นงานสร้างบุญกุศลที่ไม่ต้อง ใช้เงิน ใช้ร่างกาย แรงใจของเราเอง มันเป็นการทำบุญที่ใครๆ ก็ไม่มีโอกาสแบบนี้ เวลามีพิธีต่างๆ เช่น การประชุมระดับตำบล ระดับหมู่บ้านก็จะใช้เวทีตรง นี้ในการชื่นชม และประกาศเกียรติคุณ แล้วก็ให้คนอื่นๆ ร่วมชื่นชมด้วย ผู้ปฏิบัติก็จะมีกำลังใจในการทำงานต่อไป...

(น้ำเพชร นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

1.1.3.5 การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เนื่องจากตำบลกุดตาเพชร เป็นตำบลต้นแบบเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ จึงมีหน่วยงานจากพื้นที่อื่นๆ มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการศึกษาดูงาน และได้ไปนำเสนอผลการดำเนินงานเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และต่อยอดให้พื้นที่อื่นๆ ส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับระบบของการจ้างผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) นอกจากนี้ ยังมีการประชุมแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับหน่วยงานในอำเภอ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลอำเภอ และ อบต. ส่วนการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารภายในชุมชนนั้นจะใช้การสื่อสารทางโทรศัพท์ และ Line โดยญาติผู้ป่วยจะมีเบอร์โทรศัพท์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ หากมีปัญหาอะไรก็จะโทรปรึกษา ซึ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุจะปรึกษาเจ้าหน้าที่แล้วลงไปดูแลทันที ดึงคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...ตำบลเราเป็นตำบลต้นแบบ เป็นพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการศึกษาดูงาน  
เรามีโอกาสได้นำเสนอผลการดำเนินงานตลอดเพื่อต่อยอดให้ที่อื่น”  
“อบต.จะให้ความสำคัญว่าทำไม อบต. เราถึงจ้าง CG ได้ เขาอยากเรียนรู้  
เขาก็จะมาบ่อยมาก...

(พิมพ์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...มีการประชุมแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับทางสาธารณสุขอำเภอ  
โรงพยาบาลอำเภอ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น...

(ทองสุข นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...เราจะมีเบอร์โทรและ Line ให้หมด แค่เขาโทรมาปรึกษาว่าแม่ไม่ถ่าย 2 วัน  
ความรู้สึกเรา เราก็ไปอยู่ในจิตใจเขาแล้วค่ะ เขาโทรมาหาเราจะไม่ผิดหวัง พอเรารู้  
เราจะแจ้งเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่ก็จะลงไป มันเป็นการรักษาทัน เร็ว...  
...ส่วนใหญ่หน่วยงานอื่นๆ ในต่างจังหวัดจะมาขอคำชี้แนะและมาขอดูงานว่า  
ของเราทำงานในรูปแบบไหนประสบผลสำเร็จมากกว่า...

(น้ำเพชร นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)



## ตอนที่ 2 ปัจจัยและเงื่อนไขของการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพ ระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

### 2.1 ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System)

ในการวิจัยเรื่องนี้ ได้ศึกษาประเด็นของระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS) เนื่องจากเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานบริการสุขภาพและสร้างสุขภาพในระดับพื้นที่ เป็นระบบการทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ผ่านกระบวนการชื่นชมแบบอิงบริบทของแต่ละพื้นที่ และเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยบูรณาการงานแผนงานด้านสุขภาพที่มีการดำเนินงานในพื้นที่ ทั้งแผนงานที่มาจากส่วนกลางและที่เกิดจากการริเริ่มของพื้นที่เอง ให้มีการขับเคลื่อนร่วมกันอย่างมีเอกภาพ

ผลการศึกษา พบว่า

2.1.1 การมีทีมงานที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (Unity District Health Team) การดำเนินงานดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้สำเร็จนั้น จำเป็นต้องอาศัยทีมงานร่วมในหลายระดับ หลายภาคส่วน ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการที่มีคุณภาพ มุ่งเน้นการทำงานร่วมกัน และเชื่อมประสานงานกัน มุ่งสู่การบรรลุเป้าหมายที่ทุกภาคส่วนร่วมตั้งไว้ ประกอบด้วย

2.1.1.1 การกำหนดโครงสร้างการทำงาน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ใช้โครงสร้างการทำงานตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ประกอบด้วย 3 ภาคส่วน คือ ภาครัฐ 6 คน ภาคเอกชน 6 คน และภาคประชาชน 7 คน มีนายอำเภอเป็นประธาน สาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ รวม 21 คน โครงสร้างการทำงาน ประกอบด้วย นายอำเภอเป็นประธาน และภาคส่วนต่างๆ เป็นคณะกรรมการ ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ผู้กำกับการสถานีตำรวจภูธรลำสนธิ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลลำสนธิ การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย และสาธารณสุขอำเภอเป็นเลขาธิการคณะกรรมการ มีคณะอนุกรรมการ 3 คณะ คือ 1) คณะอนุกรรมการเรื่องการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางท้องถนน มีผู้กำกับการสถานีตำรวจภูธรลำสนธิ เป็นประธาน ส่วนที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย สถานีตำรวจภูธรลำสนธิ โรงพยาบาลลำสนธิ สาธารณสุขแขวงทาง ปกครองอำเภอลำสนธิ รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ ผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง ข้าราชการบำนาญ และผู้ประกอบการในพื้นที่ 2) คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กและเยาวชน มีผู้อำนวยการโรงเรียนลำสนธิวิทยาเป็นประธาน ส่วนที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย สาธารณสุข ศึกษานิเทศ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ท้องถิ่น โรงพยาบาลลำสนธิ และครูประจำศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 3) คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประธานชมรมผู้สูงอายุอำเภอลำสนธิ เป็นประธาน ผู้อำนวยการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลของท้องถิ่นต่าง และโรงพยาบาลลำสนธิ ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักต่อนึ่งว่า



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

...คณะกรรมการเราจะแบ่งออกเป็น 3 ชุดใหญ่ๆ มีภาคประชาชน 7 คน ภาครัฐ 6 ภาคเอกชน 6 นายอำเภอ 1 เป็นประธาน สาขานายอำเภอ 1 เป็นเลขา รวมเป็น 21 คน เป็นรูปคำสั่งของ พชอ...

(ประที นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...มีการตั้งโดยท่านนายอำเภอเป็นประธาน แล้วมีภาคส่วนต่างๆ ได้แก่ สาธารณสุขเป็นเลขา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สภ.ลำสนธิ รพ.ลำสนธิ การศึกษา กศน. ผอ.รพ.ลำสนธิ และส่วนอื่นๆ เป็นกรรมการ เป็นระบบสุขภาพ อำเภอ แต่งตั้งคณะกรรมการและขับเคลื่อนระบบสุขภาพ...

...คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ พชอ. จะเป็น 3 คณะ คือ 1) คณะอนุกรรมการ เรื่องการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางท้องถนน มีท่านผู้กำกับ สภ.ลำสนธิเป็น ประธาน ส่วนที่เกี่ยวข้องจะมี สภ.ลำสนธิ, โรงพยาบาล, สาธารณสุข, แขวงทาง, ปกครองอำเภอลำสนธิ รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในทุกพื้นที่ และส่วนของ ผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง ข้าราชการบำนาญ และผู้ประกอบการพื้นที่ ส่วนที่ 2 คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กและเยาวชน มีท่าน ผอ.รร.ลำสนธิ วิทยาเป็นประธาน ส่วนที่เกี่ยวข้องจะมี สาธารณสุข, ศึกษานิเทศ,สำนักงานเขต พื้นที่การศึกษา, ท้องถิ่น, รพ. และครูประจำ ศพด.ของ อบต. ต่างๆ สุดท้าย คือ คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประธานเป็นประธานชมรม ผู้สูงอายุลำสนธิ, ผอ.กศน.,ปลัด อบต.ของท้องถิ่นต่างๆ และโรงพยาบาล...

(เจตน์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

2.1.1.2 การกำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ โดยเน้นให้กรรมการเข้ามามี ส่วนร่วมในการออกแบบและกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละส่วนว่าส่วนไหนมีความเหมาะสมที่จะทำ อะไร และมีความสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ มีการบูรณาการการทำงานร่วมกันตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน และเป็นการแก้ไขปัญหาหลายๆ อย่างได้พร้อมๆ กัน โดยคณะกรรมการฯ มีการ กำหนดบทบาทไว้ประมาณ 7-8 ข้อ เป็นการทำงานร่วมกันตามภารกิจ เช่น เรื่องอุบัติเหตุจะมีผู้กำกับ สภ.ลำสนธิเป็นประธาน แขวงทางจะมีบทบาทดูแลเกี่ยวกับความเรียบร้อยของถนน ป้ายจราจร

เรื่องพัฒนาการเด็กจะมีปลัดอำเภอเป็นประธาน แต่งตั้งแทน ผอ.โรงเรียน ประธานท่านเดิมเพราะท่านย้าย และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ร่วมสนับสนุนการดำเนินการ ส่วนเรื่อง ผู้สูงอายุ จะมีประธานชมรมผู้สูงอายุเป็นประธาน และทำหน้าที่สรรหาคณะกรรมการดำเนินงาน มีการกำหนดอำนาจหน้าที่หลักๆ ของคณะกรรมการ คือ ดำเนินการกำหนดประชุมและเป้าหมายต่างๆ พัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ และออกแผนงานต่างๆ รวมถึงการขับเคลื่อนประเด็นต่างๆ ให้ไปถึงเป้าหมายตามที่ตั้งไว้ รูปแบบการทำงานจะเป็นคณะกรรมการชุดใหญ่ประชุม แล้วแบ่งเป็นคณะกรรมการทั้ง 3 ประเด็น คณะกรรมการแต่ละชุดจะมีการนัดประชุมหรือเกี่ยวแผนงานในแต่ละด้าน และนำเข้าที่ประชุม ซึ่งแสดงบทบาทเหมาะสมกับอำนาจหน้าที่ คณะกรรมการมีการบูรณาการการทำงานร่วมกันตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน และเป็นการแก้ไขปัญหาหลายๆ อย่างได้พร้อมๆ กัน เช่น ประเด็นเรื่องอุบัติเหตุไม่สามารถขับเคลื่อนได้ด้วยหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง แบ่งบทบาทหน้าที่ในแต่ละช่วงที่ต้องดำเนินการ เช่น ทางโรงพยาบาลจะดูแลรักษาหลังเกิดอุบัติเหตุ ตำรวจจะเกี่ยวข้องกับการบังคับใช้กฎหมาย ส่วนสภาพภูมิทัศน์ หรือสภาพกายภาพทางท้องถิ่นก็จะมีแขวงทางเข้ามาดูแลแก้ไข และประเด็นการขับเคลื่อนต่างๆ ในท้องที่ก็จะ เป็นบทบาทของท้องถิ่นที่ดูแล รวมไปถึงบทบาทของอำเภอก็จะประสานงานแก้ไขในภาพรวม ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...เรากำหนดบทบาทไว้ประมาณ 7-8 ข้อของ พชอ. อยู่แล้ว จะไม่ขอพูดถึงบทบาทของแต่ละคน ก็จะถูกแยกออกไป 3 กลุ่มงาน กลุ่มอุบัติเหตุ ท่านผู้กำกับฯ เป็นประธาน อาศัยบารมีของตำรวจ และเราไปเสริมทัพด้วย การจัดระเบียบจราจร เราก็พยายามช่วยเหลือกันทุกวิถีทาง ถนนเป็นยังไง ถนนไม่ดี ป้ายไม่เหมาะสมไม่ชัดเจน แขวงทางก็จะรับหน้าที่ติดตั้งในจุดที่เขาคิดว่าไม่เป็นอันตรายต่อภูมิทัศน์การมอง ส่วนของ อบต. ส่วนใหญ่เข้ามา เราก็ให้ไปดูเรื่องส่วนเล็กๆ ไปดูเรื่องการพัฒนาเด็ก ตอนแรกเราแต่งตั้ง ผอ.โรงเรียน แต่ปรากฏว่าท่านย้าย จึงขออนุญาตแต่งตั้งปลัดฯ ส่วนงานของผู้สูงอายุเราก็ให้ประธานชมรมผู้สูงอายุอำเภอเป็นตัวขับเคลื่อน ก็จะแบ่งหน้าที่กันแล้ว แต่ละคนก็จะไปแบ่งจะไปสรรหาคณะกรรมการ...

(ประทีป นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...แต่คณะกรรมการจะมีอำนาจหน้าที่ หลักๆก็คือ ดำเนินการ กำหนด

ประชุมและเป้าหมายต่างๆ พัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ และออกแผนงานต่างๆ รวมถึงการขับเคลื่อนประเด็นต่างๆ ให้ไปถึงเป้าหมายตามที่ตั้งไว้ รูปแบบการทำงานจะเป็นคณะใหญ่ประชุม แล้วแบ่งเป็นคณะอนุกรรมการทั้ง 3 ประเด็น คณะอนุกรรมการแต่ละชุดก็จะมีภาระนัดประชุมหารือเกี่ยวแผนงานในแต่ละด้าน และนำเข้าไปประชุมแสดงบทบาทเหมาะสมกับอำนาจหน้าที่...

...ถือว่าเป็นการบูรณาการ และเป็นการแก้ไขปัญหาหลายๆ อย่างได้พร้อมๆ กัน อย่างเช่น ประเด็นเรื่องอุบัติเหตุไม่สามารถขับเคลื่อนได้ด้วยหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง เช่น ทางรพ.จะดูแลรักษาหลังเกิดอุบัติเหตุแล้ว ทางตำรวจจะเป็นส่วนที่บังคับใช้กฎหมาย ในส่วนของสภาพภูมิทัศน์ หรือสภาพกายภาพทางท้องถิ่น ก็จะมีแขวงทางเข้ามาเกี่ยวข้อง ในการดูแลแก้ไข และประเด็นการขับเคลื่อนต่างๆ ในท้องที่ก็จะเป็นท้องถิ่นที่อยู่ รวมไปถึงบทบาทของอำเภอก็จะประสานงานแก้ไขในภาพรวม...

(เจตน์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

2.1.1.3 มีการประชุมร่วมกันทั้งแบบเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ ความถี่ของการประชุมยึดตามความจำเป็น และเหมาะสม โดยเฉลี่ยจะมีการประชุมร่วมกันประมาณ 2 เดือน/ครั้ง แต่ก็จะมีเรื่องความพร้อม เรื่องใดที่เร่งด่วนก็จะมีการประชุมกันเร็วขึ้น เช่น เรื่องอุบัติเหตุ ก็จะมีการประชุมกัน 2-3 ครั้ง ก่อนเทศกาลปีใหม่ ดูความเรียบร้อยของการติดป้ายจราจร เป็นต้น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีการประชุมประมาณ 1-2 เดือน/ครั้ง แต่ถ้าเป็นช่วงก่อนเทศกาล เช่น ปีใหม่ สงกรานต์ หรือมีวาระพิเศษ ก็จะมีการประชุมวาระพิเศษ เพื่อกำหนดแนวทางการป้องกันอุบัติเหตุ มีการประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์การก่อตั้งและหาประเด็นขับเคลื่อนร่วมกัน ก่อนที่จะตั้งคณะกรรมการ 3 ชุด นายอำเภอกำหนดรูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ซึ่งจะแบ่งคณะอนุกรรมการเป็น 3 ชุด ขับเคลื่อน 3 ประเด็นหลักๆ แต่ละชุดจะประชุมชุดย่อย เพื่อหาวิธีการขับเคลื่อน หรือกิจกรรมที่จะขับเคลื่อนสู่เป้าหมาย ตามที่คณะกรรมการชุดใหญ่กำหนด ในรอบปีที่ผ่านมาได้มีการประชุมสรุปการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคต่างๆ มีการวางแนวทางที่จะดำเนินการในปี 62 ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

...ที่จริงเขากำหนดไว้ประมาณ 2 เดือนครึ่ง แต่ว่าเราก็อาศัยความพร้อม อันไหนที่ไม่เร่งด่วนก็อาจจะเกินช่วงเวลา อันไหนที่เร่งด่วนก็อาจจะผนวกเข้ามาไว้ขึ้นอย่าง กรณีอุบัติเหตุเราประชุมกัน 2-3 ครั้งก่อนปีใหม่ เราติดตามเรื่องป้ายทำไมไม่เอาไปติดให้เรารู้สึกที่...

(ประทีป นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...ความถี่ไม่แน่ใจ จากช่วง 1-2 เดือน จะมีการนัดประชุม 1 ครั้ง หรือถ้ามีประเด็น เช่น ก่อนเข้าช่วงเทศกาล หรือมีวาระพิเศษ ก็อาจมีการประชุมวาระพิเศษ เพื่อกำหนดแนวทางกับสถานการณ์อันใกล้...

...ประชุมของรอบปีที่ผ่านมา อย่างแรกที่ตั้ง พขอ. ขึ้นมา ก็มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ การก่อตั้งและหาประเด็นขับเคลื่อนร่วมกัน ก่อนที่จะตั้งคณะกรรมการ 3 ชุด นายอำเภอก็จะประชุมร่วมกัน ว่าการดำเนินงานของ พขอ. จะกำหนดเป็นรูปแบบไหน ซึ่งก็จะเป็นรูปแบบที่แบ่งคณะกรรมการเป็น 3 ชุด ขับเคลื่อน 3 ประเด็นหลักๆ แต่ละชุดจะประชุมชุดย่อย เพื่อหาวิธีการขับเคลื่อน หรือกิจกรรมที่จะขับเคลื่อนสู่เป้าหมาย ตามที่คณะกรรมการชุดใหญ่กำหนด ในรอบปีที่ผ่านมาได้มีการประชุมสรุปการดำเนินงานที่ผ่านมา ปัญหาอุปสรรคต่างๆ มีการวางแผนทางที่จะดำเนินการในปี 62...

(เจตน์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

2.1.1.4 มีการนำข้อมูลปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่มาวิเคราะห์ และนำไปใช้วางแผนขับเคลื่อนการดำเนินการแก้ไขปัญหา โดยใช้ฐานข้อมูลของสาธารณสุข ซึ่งนโยบายของท่านนายอำเภอ เวลาประชุมแต่ละส่วนจะต้องนำข้อมูลแต่ละปัญหามาวิเคราะห์ เข้ามาระดมความคิด ปัญหาส่วนใดใครจะทำอะไรได้บ้าง จะได้ช่วยเติมเต็มในการแก้ปัญหาในมิติของแต่ละส่วน มีการดูแลและเก็บสถิติเพื่อมาประกอบการขับเคลื่อน เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ มีการนำข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ติดเตียง เรื่องปัญหาสุขภาพจิตของคนในชุมชน เรื่องโรคซึมเศร้า จะนำประเด็นข้อมูลปัญหามาวิเคราะห์หาทางแก้ไข และมีการจัดทีมลงไปเพื่อช่วยในเรื่องของสุขภาพจิตของคนในชุมชน ถ้าเป็นเรื่องอุบัติเหตุ ข้อมูลสถิติต่างๆ จะถูกนำมาพูดในที่ประชุมกรณี (case) อุบัติเหตุที่มีผู้เสียชีวิต หรือผู้บาดเจ็บ ที่เป็นอุบัติเหตุใหญ่ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวนอุบัติเหตุของอำเภอ ประกอบด้วย

ทางอำเภอ ทางท้องถิ่น แขวงการทาง สาธารณสุข และโรงพยาบาล ลงไปสอบสวนอุบัติเหตุว่าเกิดจากสาเหตุอะไร เป็นเรื่องของท้องถิ่นหรือพฤติกรรมของคน แล้วจะนำข้อมูลมาสรุปในที่ประชุมเพื่อหาแนวทางและวิธีการแก้ไข ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...ท่านนายอำเภอท่านบอกว่า คนที่มาประชุมกับเรานี้อยากให้แต่ละส่วนเข้ามาระดมความคิดว่าใครจะมีส่วนไหนได้บ้าง เพื่อเติมเต็มในส่วนของความคิด มิตติของแต่ละส่วนและต้องฝากไว้ในเวทีประชุม...

(ประทีป นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...ในกรอบการประชุม จะดูแลเก็บสถิติเพื่อมาประกอบการขับเคลื่อน เช่น ถ้าเรื่องกลุ่มผู้สูงอายุ จะมีการนำข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยติดเตียง ปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาโรคซึมเศร้าในหมู่บ้านมีปัญหาส่วนนี้เยอะ ก็จะมาวิเคราะห์หาทางแก้ไข จะมีการจัดทีมลงไปเพื่อช่วยในเรื่องของ สุขภาพจิตของคนในชุมชน ถ้าเป็นเรื่องของอุบัติเหตุ ข้อมูลสถิติต่างๆ จะถูกนำมาพูดในที่ประชุม case กรณีอุบัติเหตุต่างๆ ที่มีผู้เสียชีวิต หรือผู้บาดเจ็บที่เป็นอุบัติเหตุใหญ่ จะมีการแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวน อุบัติเหตุของอำเภอ ประกอบด้วย ทางอำเภอ ท้องถิ่น แขวงการทาง สาธารณสุข รพ. ก็จะลงไปสอบสวนอุบัติเหตุทุก case ว่าเกิดจากสาเหตุอะไร เป็นเรื่องของท้องถิ่น หรือพฤติกรรมของคน และจะสรุปในที่ประชุมหาแนวทางต่างๆ วิธีการแก้ไข มีข้อมูลสถิติในการประชุมตลอดที่มีการประชุม พอ....

(เจตน์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

2.1.1.5 มีการจัดทำโครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ตามลำดับความสำคัญ คณะกรรมการประสานงานสุขภาพระดับอำเภอ (คปสอ.) จะมีการประชุมและกำหนดยุทธศาสตร์สุขภาพไว้ 4 ยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย 1) มิตติทางด้านการบริหาร 2) มิตติทางด้านเยาวชน 3) มิตติด้านผู้สูงอายุ และ 4) มิตติด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยในแต่ละยุทธศาสตร์จะมีการจัดทำแผนงานโครงการในการแก้ปัญหา โดยโรงพยาบาลจะเป็นตัวหลักในการทำโครงการ และในแต่ละโครงการจะมีการจัดตั้งทีมงานทั้งจากโรงพยาบาล และ รพ.สต. ที่มีความชำนาญในแต่ละเรื่อง เช่น ส่วนของเด็ก ส่วน

ของวัยรุ่น ส่วนของหญิงตั้งครรภ์ เป็นต้น มาร่วมกันเขียนโครงการ ส่วนโครงการโรงเรียนผู้สูงอายุกับโครงการ Long Term Care ตำบลจะใช้เพื่อดูแลผู้สูงอายุ และช่วยเหลืองบประมาณสำหรับผู้ป่วย และมีโครงการส่งเสริมสุขภาพโดยสาธารณสุขอำเภอมีการจัดทีมในแต่ละตำบลเพื่อออกไปเยี่ยมพบปะกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบเพื่อดูแลในเรื่องสุขภาพ ดึงคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...เราใช้วิธีของ คปสอ. ประชุม ของที่นี่แบ่งเป็น 4 ยุทธศาสตร์ ถือว่าอ้างอิงของกระทรวงฯ ก็คือ ยุทธศาสตร์แรกเป็นมิติทางโครงสร้างทางการบริหาร มิติที่ 2 เรื่องของเยาวชน มิติที่ 3 เรื่องของผู้สูงอายุ มิติที่ 4 เรื่องของ NCD โดยแต่ละยุทธศาสตร์จะมีการจัดทำโครงการรองรับ...

...น้องที่เขาอยู่โรงพยาบาล จะไปสรรหาทีมงานแต่ละอนามัยมีใครบ้างที่มี ความชำนาญในเรื่องนี้ก็จะเอามาเป็นทีมงานและเขียนตัวโครงการในส่วนของเด็ก ในส่วนของวัยรุ่น ในส่วนของการตั้งครรภ์ซ้ำ...

(ประทีป นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...โครงการโรงเรียนผู้สูงอายุกับโครงการ Long Term Care เพื่อดูแลผู้สูงอายุ และช่วยเหลืองบประมาณสำหรับผู้ป่วย และมีโครงการส่งเสริมสุขภาพโดยสาธารณสุขอำเภอมีการจัดทีมในแต่ละตำบลเพื่อออกไปเยี่ยมพบปะกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบเพื่อดูแลในเรื่องสุขภาพ...

(เจตน์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

2.1.1.6 การติดตามประเมินผลการดำเนินงาน มีกิจกรรมการประเมินสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุเป็นรายปี เช่น การคัดกรองสุขภาพ การตรวจต่อกระจก เป็นต้น นอกจากนี้ คณะกรรมการฯ ยังมีการประชุมและร่วมกันพิจารณาปัญหาสถานการณ์ของผู้สูงอายุในปัจจุบันว่าเป็นอย่างไร มีอะไรที่คณะกรรมการฯ สามารถช่วยเหลือกลุ่มผู้สูงอายุที่ลำบากไม่มีผู้ดูแล ทางคณะกรรมการฯ จะเป็นผู้ส่งข้อมูลให้กับส่วนงานท้องถิ่น หรือส่วนงานของอำเภอที่พอจะมีงบประมาณ หรือถ้ามีงบประมาณส่วน

ใดก็จะนำไปดูแลผู้สูงอายุตามข้อมูลที่ได้รับ การประเมินผลการดำเนินงานไม่ได้วิเคราะห์เป็นเปอร์เซ็นต์ หรือร้อยละ แต่จะมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนว่าปัญหาที่พบคืออะไร และจะแก้ไขอะไรได้บ้าง ปัญหาในอนาคตที่ต้องดึงศักยภาพท้องถิ่น ศักยภาพชุมชนเข้ามาร่วมแก้ไขมีอะไรบ้าง มีการนำผลการประเมินการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุมาวิเคราะห์ และใช้เป็นข้อมูลในการมาวางแผนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...เราก็จะทำในเรื่องของการประเมินสภาวะสุขภาพคิดเป็นรายปี อย่างที่ผ่านมา เราก็จะประเมินสุขภาพเป็นภาพรวมกรณีที่ส่งผู้ป่วยไปผ่าตัดต่อกระดูก...

...ไม่ได้วิเคราะห์เป็นเปอร์เซ็นต์ ร้อยละ แต่เราก็จะบอกว่าปัญหาที่เราเจอ และเราแก้ไขได้มีอะไรบ้าง ปัญหาในอนาคตที่เราต้องดึงศักยภาพท้องถิ่น ศักยภาพชุมชนเข้ามามีอะไรบ้าง...

...มีการพูดคุย แต่ว่าสถิติตัวเลขบางอย่างเราจะดูจากตัวชี้วัด ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เป็นไปตามเกณฑ์ตามตัวชี้วัดหรือไม่ ทำแล้วมันมีผลดี ผลเสียอย่างไร อย่าง น้อยก็จะบอกได้ในบางเรื่อง...

(ประทีป นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...เรามีการประชุมกันว่าปัญหาสถานการณ์ของผู้สูงอายุตอนนี้เป็นอย่างไร มีอะไรที่เราสามารถช่วยเหลือ หรือกลุ่มผู้สูงอายุที่ลำบากไม่มีผู้ดูแล ทาง พชอ. จะเป็นคนส่งข้อมูลให้กับส่วนงานท้องถิ่น หรือส่วนงานของอำเภอที่พอจะมีงบประมาณ หรือถ้ามีงบประมาณส่วนไหนก็จะนำไปดูแลผู้สูงอายุตามข้อมูลที่ได้รับจาก พชอ....

...คณะกรรมการฯ จะนำผลที่ได้จากการประเมินฯ มาใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนา ปีต่อไป...

...ตรงนี้ยังไม่ชัดเจนว่าอยู่ในรูปแบบของ พชอ. ไหม ถ้ารูปแบบของการประเมินเป็นแบบสถิติชัดเจน มีเป้าหมายว่าจะบรรลุเป้าหมายอย่างไร อาจจะไม่ใช้ในลักษณะ พชอ. เพิ่งมีความร่วมมือมา 1-2 ปีนี้ ถ้าเป็นเรื่องของการประเมินสุขภาพเป็นเรื่องของสาธารณสุขมากกว่า...

(เจตน์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)



2.1.2 การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development) การดำเนินงานด้านการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีการกิจที่กว้างขวาง แต่ทรัพยากรมีอยู่ค่อนข้างอย่างจำกัด จากจัดสรรทรัพยากรต้องมีความโปร่งใส ยุติธรรม สอดคล้องกับภาระงาน และได้รับการยอมรับจากทุกฝ่าย นอกจากนี้ สถานการณ์ด้านกำลังคนมีแนวโน้มลดลง ขณะที่จำนวนผู้สูงอายุและความต้องการบริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ภาระงานของเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้น ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพต้องมีการแบ่งปันทรัพยากรอย่างเหมาะสม ดังนี้

2.1.2.1 การแบ่งปันทรัพยากร (Resource sharing) ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านต่างๆ ประกอบด้วย

2.1.2.1.2 ด้านบุคลากร มีการแบ่งปันทรัพยากรด้านบุคลากรระหว่างโรงพยาบาลชุมชน และ รพ.สต. เช่น นักกายภาพ 4 คน จะให้ปฏิบัติงานอยู่ที่โรงพยาบาล 1 คน อีก 3 คน จะแบ่งไปดูแลตามตำบล ส่วนนักจิตวิทยานั้น หลังจาก รพ.สต. ตรวจสอบคัดกรองพัฒนาการเด็กแล้ว พบว่า เด็กมีปัญหาด้านพัฒนาการ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. จะโทรประสานให้นักจิตวิทยาของโรงพยาบาลมาช่วย นอกจากนี้ จะมีแพทย์จากโรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งเชี่ยวชาญด้านการตรวจคลื่นหัวใจไฟฟ้า (Electrokardiogram: EKG) มาช่วยดูเกี่ยวโรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ 2-3 เดือน/ครั้ง ถือว่าได้ใช้ทรัพยากรคุ้มค่า การประสานงานด้านบุคลากรไม่ได้ประสานแค่ภายในอำเภอ ลำสนธิ ถ้าเป็นเรื่องของสายตาจะประสานจักษุแพทย์ลงมาช่วยตรวจ อีกทั้ง ยังมีเครือข่ายสุขภาพจากอำเภอชัยบาดาลมาช่วยเรื่องของการตรวจสายตาผู้สูงอายุอีกด้วย ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...ในส่วนของบุคลากรทางอำเภอนักกายภาพของเราจะมี 4 คน ถูก Stand by ที่โรงพยาบาล 1 คนอีก 3 คน จะแบ่งไปดูแลตามตำบล คือ ด้านบุคลากรบุคคล ยังมีนักจิตวิทยา อย่างที่นี้คัดกรองพัฒนาการแล้วเด็กมีปัญหา เราก็จะโทรประสาน ถ้านักจิตวิทยาวางก็จะต้องลงมาช่วย เรามีคุณหมอมือที่มาจากราชวิถี 2 -3 เดือน จะเข้ามาในพื้นที่ ท่านเป็นแพทย์ที่ชำนาญดู EKG เป็นแพทย์ที่มาเติมเต็มให้ เราถือว่าเราได้ใช้ทรัพยากรคุ้มค่า การประสานงานเราไม่ได้ประสาน แค่ลำสนธิ ถ้าเรื่องของเราเรามีคุณหมอมือ เราจะดึงศักยภาพคุณหมอมือมาช่วยตรวจ แต่ว่าเราไม่ได้อาศัยศักยภาพแค่คนของเรา แต่เราอาศัยที่อื่นด้วยอย่างทีมของ

ชัยบาดาลก็จะลงมาช่วย ถ้าขอให้ลงมาในพื้นที่ของกุดตาเพชร มีรถไปรับเอา  
เครื่องมือราคาเป็นล้านลงมาช่วยตรวจ และมาช่วยส่งตรวจสายตาให้...

(ประทีป นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

2.1.2.1.2 ด้านงบประมาณ งบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานมี 2 ส่วน คือ  
งบประมาณแผ่นดิน เป็นเงินที่ได้รับการจัดสรรมาจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)  
และเงินที่มาจากท้องถิ่น และงบประมาณที่ไม่ใช่งบประมาณแผ่นดิน ซึ่งมีหลากหลาย เช่น เงินบริจาค  
เงินที่เกิดจากการระดมทุน และเงินที่ได้รับจากกองทุนต่างๆ ซึ่งเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อ  
พัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ  
จะมีความสามารถในการระดมทุนจากงบประมาณที่ไม่ใช่งบประมาณแผ่นดินได้เป็นจำนวนมาก  
นอกจากนี้ อบต. สนับสนุนเรื่องงบประมาณสำหรับจ้างผู้ดูแลผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ กองทุน  
หมู่บ้านสนับสนุนเงินกองทุนละ 3,000 บาท สำหรับการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ยังได้รับ  
การบริจาคจากชาวบ้านเพื่อเป็นการกุศลจากงานศพๆ ละ 500-3,000 บาท ก็จะนำไปซื้อผ้าอ้อม  
ผู้ใหญ่สำหรับผู้ป่วย และมิงงบประมาณค่าเสื่อมสำหรับซื้อเครื่องผลิตออกซิเจน ที่นอนลม เครื่องนึ่ง  
เครื่องมือ ส่วนที่ว่าการอำเภอจะมิงงบประมาณมาเพื่อดูแลกลุ่มผู้ยากไร้ ผู้สูงอายุ คณะกรรมการพัฒนา  
คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จะนำงบประมาณตรงนี้เข้าไปดูแล และมีการใช้งบประมาณของทางท้องถิ่น  
บางแห่งที่สามารถตั้งงบประมาณเข้าไปดูแลช่วยเหลือกลุ่มผู้สูงอายุ ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล  
หลักตอนหนึ่งว่า

...อบต. สนับสนุนเรื่องเงินที่จะช่วยจ้างเข้ามา เมื่อก่อนเราจะมอง อบต. ว่าไม่มี  
ความรู้ แต่ว่าคนไม่มีความรู้แต่มีสตางค์เราต้องคบไว้อย่าไปทิ้ง...

...ส่วนที่ 2 มาจากกองทุนหมู่บ้านกองทุนละ 3,000 บาทและส่วนที่ 3 ได้จาก  
งานศพอย่างน้อยศพละ 1,000 หรือ 500 บางศพให้ 2,000 3,000 ก็เอามาซื้อ  
แพมเพิส...

...เราก็จะได้เครื่องมือที่เป็นงบค่าเสื่อม ที่นี้เราขอเครื่องผลิตออกซิเจน เพราะ  
เวลาออกซิเจนมันหมดช่วงกลางคืน 3-4 ทุ่ม ต้องไปเติมที่ลานารายณ์ ซึ่งกลางคืน  
เขาก็ไม่เปิด ขอที่นอนลม ขอเครื่องนึ่งเครื่องมือมาใช้เพราะว่าเครื่องนึ่ง  
เครื่องมือก็สำคัญ...

(ประทีป นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...ทางอำเภอมีงบประมาณมาเพื่อดูแลกลุ่มผู้ยากไร้ ผู้สูงอายุ เราจะนำงบประมาณ  
ตรงนี้เข้าไปดูแลและทางท้องถิ่นที่สามารถตั้งงบประมาณเข้าไปดูแลกลุ่มเหล่านี้  
ได้ ก็จะอาศัยข้อมูลจากกลุ่มนี้เข้าไปช่วยเหลือ...

(เจตนีย์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

2.1.2.1.3 ด้านเครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ จะมีธนาคารเครื่องมืออยู่ที่โรงพยาบาล  
ลำสนธิ มีเครื่องผลิตออกซิเจน 3 เครื่อง เครื่องกระตุ้นหัวใจ และเตียงคนไข้อีก 20 เตียง เครื่องมือ  
บางอย่างถ้าได้รับงบประมาณในการจัดซื้อ เช่น เครื่องผลิตออกซิเจนจะมีอยู่ที่รพ.สต. ถ้าเป็น  
เครื่องมือในภาพรวมอย่าง เช่น Speculum ที่จะตรวจมะเร็งปากมดลูกจะเอามาเป็นกองกลาง เอาไป  
ไว้เป็นส่วนรวมอย่างน้อยจะใช้ตรวจปีละ 1 ครั้ง คณะกรรมการหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ  
(Contracted unit of primary care board: CUP Board) จะช่วยสนับสนุน Walker, วิลแชร์,  
เครื่อง Suction ให้ไว้เป็นอุปกรณ์ของส่วนกลาง แต่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดตาเพชร จะมี  
เครื่อง Suction เป็นของตัวเอง เวลาคนไข้กลับจาก Admit ที่โรงพยาบาล ถ้าต้องใช้อุปกรณ์ เช่น ที่  
นอนลม ที่ รพ.สต. มี 7-8 ตัว เวลาที่คนป่วยยืมไปใช้แล้วชำรุดจะซื้อใช้บ้างไม่ซื้อใช้บ้าง รพ.สต. ก็ไม่  
ว่าอะไร แต่จะมีการจัดหาอุปกรณ์ที่ได้จากภาครัฐไว้เต็มเต็มตลอด ดึงคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล  
หลักตอนหนึ่งว่า

...เราจะมีเครื่องกระตุ้นหัวใจ เป็นธนาคารเครื่องมืออยู่ที่โรงพยาบาล เรามีเครื่อง  
ผลิตออกซิเจน 3 เครื่อง เตียงคนไข้หมดสภาพที่จะใช้ ที่โรงพยาบาลเราก็เอา  
อุปกรณ์พวกนี้มาผ่อนถ่ายช่วย เพราะฉะนั้นที่นี้ที่กุดตาเพชรจะมีเตียงอยู่ประมาณ  
20 เตียง...

...ที่จะเวียนเป็นเครื่องมือที่อยู่ในส่วนของโรงพยาบาลและส่วนใหญ่ของตัวเองก็  
จะมีอยู่ทุก รพ.สต. อย่างที่บอกในเรื่องของการจัดซื้อเครื่องผลิตออกซิเจนและ  
ถ้าเป็นเครื่องมือในภาพรวม เช่น Speculum ที่เราจะตรวจมะเร็งปากมดลูก เราจะ  
เอามาเป็นกองกลาง อย่างน้อยเราก็ใช้ตรวจปีละ 1 ครั้ง...

...ส่วนของ CUP โรงพยาบาลจะมี Walker ให้ มีวิลแชร์ให้ มีเครื่อง Suction ให้

ซึ่งเตรียมไว้เป็นกองกลาง แต่อย่างน้อยที่นี่ก็จะมีเครื่อง Suction ของตัวเอง เวลาคนไข้กลับจากแอดมิทที่โรงพยาบาลถ้าต้องใช้พวกเฟอร์นิเจอร์แล้วก็จะมีอุปกรณ์ โดยที่นี่มีที่นอนลม 7-8 ตัว บางคนเอาไปนอนของเราฟัง ซื่อใช้บ้างไม่ซื่อใช้บ้าง แต่เราก็ไม่ถือสา แต่เราจะมีเติมเต็มให้เขา ที่เป็นอุปกรณ์ที่ได้จากภาครัฐ...

(ประทีป นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

2.1.2.1.4 ด้านความรู้ การพัฒนาความรู้ให้กับสมาชิกเครือข่าย โดยโรงพยาบาลประจำอำเภอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ และการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันของคณะกรรมการผู้ปฏิบัติงานในภาคสนาม ถ้า รพ.สต. แห่งใดมีผลงานเด่นเรื่องอะไร เช่น เรื่องพัฒนาการเด็ก การตรวจ Pap Smear สามารถประเมินผ่านตัวชี้วัด จะให้เป็นโมเดล คอยติดตามดูข้อมูล เป็นที่ปรึกษาให้ รพ.สต. แห่งอื่นๆ เหมือนคุณครู จะไปสอนน้องว่าต้องวางแผนอย่างไร หรือว่าเวลามีข้อมูล มีแบบสัมภาษณ์ก็จะเอามาช่วยกันถกกันกรอง ดึงคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...ถ้าที่ไหนไม่ตกตัวชี้วัดเรื่องพัฒนาการเด็ก ก็จะทำให้เขาเป็นโมเดลให้คอยติดตาม คอยดูข้อมูลให้เรา ก็จะถือว่าเหมือนคุณครู เช่น ที่นี่ทำเรื่อง Pap Smear ได้ดี เราจะให้เป็นครู ไปสอนน้องว่าต้องวางแผนอย่างไร หรือเวลาเรามีข้อมูลมีแบบสัมภาษณ์เราก็จะเอามาช่วยกันถกกันกรอง...

(ประทีป นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

2.1.2.1.5 ด้านเทคโนโลยี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอให้ความสำคัญกับเทคโนโลยี หาก รพ.สต. แห่งใดมีปัญหาเรื่องการคีย์ข้อมูล เช่น บางแห่งคีย์ข้อมูลแล้วแต่ผลงานเป็นศูนย์ บางแห่งมีผลงานถึง 97% ก็จะทำให้เจ้าหน้าที่คีย์ข้อมูลของ รพ.สต. หรือเจ้าหน้าที่ที่เก่งคอมพิวเตอร์ไปช่วยดู ช่วยสอนเรื่องการคีย์ข้อมูลให้กับ รพ.สต. ที่มีผลงานต่ำ ว่าเกิดจากอะไร คีย์ข้อมูลถูกต้องหรือไม่ จะมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) จะมีการอบรมเรื่องการใช้ทรัพยากรของเทคโนโลยี อำเภอลำสนธิอยู่ไกลจากตัวจังหวัด เวลาส่งเจ้าหน้าที่

เข้าอบรมจะไม่ส่งไปทั้งหมด จะส่งไป 1 ถึง 2 คน แล้วก็กลับมาถ่ายทอดกัน โดยมีวิธีการอบรมการใช้เครื่องมือให้ ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...เราให้ความสำคัญกับเทคโนโลยี เช่นเมื่อวานนี้เรามีปัญหาในเรื่องของภารกิจ ข้อมูลแล้วไม่เข้า บางที่เป็นศูนย์ บางที่ได้ 97% เราก็จะให้น้องๆ ลองมาดู คนไหนที่เก่งคอมพิวเตอร์เราลองให้ไปดูซิว่าคีย์ข้อมูลเหมือนกันไหม ในขณะที่อีก ที่หนึ่งศูนย์ แต่อีกที่หนึ่งได้ 97% ที่หนึ่ง 100% ก็จะมีการแชร์ประสบการณ์กัน จะมีการอบรมเรื่องการใช้ทรัพยากรของเทคโนโลยีที่เขาไปอบรม ที่นี้เราอยู่ไกล เวลาส่งเข้าอบรมเราจะไม่ส่งไปทั้งหมด เราจะส่งไป 1 ถึง 2 คน แล้วก็กลับมา ถ่ายทอดกัน จะมีวิธีการอบรมการใช้เครื่องมือ...

(ประทีป นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

2.1.2.1.6 ด้านฐานข้อมูล การจัดการฐานข้อมูลจะใช้ระบบการช่วยกัน เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) แจ้งว่าฐานข้อมูลประชากรของอำเภอลำสนธิหายไปประมาณ 3-4 พันคน จะให้เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (จนท.สสอ.) ไปเอาข้อมูลประชากรจากอำเภอ เป็นยอดทั้งหมด 2 หมื่นกว่าคน ส่งให้ รพ.สต. จะใช้วิธีให้เจ้าหน้าที่ออกมานั่งประชุมแล้วดูว่าคนนี้มีตัวตนอยู่หรือไม่ ส่วนเรื่องของฐานข้อมูลด้านผู้สูงอายุ ทุกหน่วยงานที่มาช่วยจะบูรณาการกันหมด เรื่อง ข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่จะมีกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เป็นผู้ส่งข้อมูลให้แก่คณะกรรมการหมู่บ้านหรือทางสาธารณสุข ทำให้รับทราบข้อมูลถึงสภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุรวมถึงผู้ป่วยติดเตียงว่ามีชีวิตความเป็นอยู่อย่างไรในชุมชน และส่งต่อไปยังท้องถิ่น หรือของอำเภอด้วย ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...ที่นี้เราใช้ระบบต้องช่วยกัน เช่น กรณีเมื่อไม่กี่วันที่เราได้ไปฟังนายแพทย์ สสจ. ฐานข้อมูลของที่นี่หายไปประมาณ 3-4 พันคน เราก็จะให้น้องๆ ไปเอา จากอำเภอ เป็นยอดประชากรทั้งหมด 2 หมื่นกว่าคน ส่งให้น้องๆ ของแต่ละที่ จะให้ออกมานั่งประชุมแล้วก็มาดูว่าคนนี้มีตัวตนอยู่หรือไม่ อันนี้คือระบบของ การทำฐานข้อมูลที่นี่...

(ประทีป นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...หน่วยงานที่มาจากช่วยจะบูรณาการกันหมด อย่างหลักๆ เลยที่รู้ข้อมูลของพื้นที่ที่สุด ก็จะเป็นกำนันผู้ใหญ่บ้าน เขาจะส่งต่อข้อมูลนี้ให้แก่คณะกรรมการหมู่บ้านหรือทางสาธารณสุข จะรับทราบข้อมูลถึงสภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุรวมถึงผู้ป่วยติดเตียงมีชีวิตความเป็นอยู่อย่างไรในชุมชน และส่งต่อไปยังท้องถิ่นด้วยหรือของอำเภอด้วย...

(เจตน์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

2.1.2.2 ทรัพยากรจากภาครัฐ คณะกรรมการหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Contracted unit of primary care board: CUP Board) จะช่วยสนับสนุนอุปกรณ์ของส่วนกลาง เช่น Walker, วิลแชร์, เครื่อง Suction แต่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกตำบลจะมีเครื่อง Suction เป็นของตัวเอง เวลาคนไข้กลับจากการเข้ารับการรักษาตัว (Admit) ที่โรงพยาบาล ถ้าต้องใช้อุปกรณ์ เช่น ที่นอนลม ที่ รพ.สต. ก็มี 7-8 ตัว เวลาที่ผู้ป่วยยืมไปใช้แล้วชำรุดก็จะซื้อใช้บ้าง ไม่ซื้อใช้บ้าง รพ.สต. จึงต้องจัดหาอุปกรณ์ที่ได้จากภาครัฐไว้เติมเต็มตลอด ส่วน อบต. สนับสนุนการจ้างผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลลำสนธิสนับสนุนแพทย์ลงเยี่ยมบ้านคนป่วยที่มีปัญหา เพราะบางเรื่องเจ้าหน้าที่ รพ.สต. หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่กล้าไปบอกชาวบ้าน ต้องให้แพทย์มาบอกผู้ป่วย นอกจากนี้ อบต. ได้สนับสนุนเงินประมาณ 16,000 บาท สำหรับนำไปทำพื้นคอนกรีตให้ผู้ป่วยที่ถูกตัดนิ้วเท้า 4 นิ้ว เนื่องจากครอบครัวมีฐานะยากจน ส่วนที่ว่าการอำเภอจะมีงบประมาณเรื่องของเบี้ยผู้สูงอายุ ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...จะมีส่วนของ CUP โรงพยาบาลจะมี Walker ให้ มีวิลแชร์ให้ มีเครื่อง Suction ให้ ซึ่งเตรียมไว้เป็นกองกลาง แต่อย่างน้อยที่มีเครื่อง Suction ของตัวเองเวลาคนไข้กลับจากแอดมิทที่โรงพยาบาลถ้าต้องใช้พวกเฟอร์นิเจอร์แล้วก็จะมีอุปกรณ์ ที่มีที่นอนลม 7-8 ตัว บางคนเอาของเราไปนอนพัก ซื้อใช้บ้างไม่ซื้อใช้บ้าง แต่เราก็ไม่ถือสา เราจะมีเติมเต็มให้เขาที่เป็นอุปกรณ์ที่ได้จากภาครัฐ...  
...อบต. เราจะร้องขอแค่การจ้าง Caregiver แต่ถ้าสมมุติว่าบ้านคนไข้มีปัญหา เรา



395274695

เคยขอหมอที่เป็นแพทย์มาอยู่กับเราลงไปเยี่ยมบ้าน บางทีอนามัยน้องไม่กล้าไป  
บอกชาวบ้าน เราก็จะอาศัยหมอมานบอก อบต. เราได้เงินมาช่วงนั้นประมาณ  
16,000 เราเอาไปเทปูนให้คนไข้ถูกตัดนิ้วประมาณ 4 นิ้วนิ้วเท่า เราก็ใส่เงิน  
พวกนี้เข้าไปช่วยเติมเต็มในบ้านที่เขายากจน...

(ประทีป นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...หลักๆ คือ ของสาธารณสุขมีงบประมาณที่จะดูแลกลุ่มผู้สูงอายุ และของ  
ทางมหาดไทย คือ ของ อบต. ของอำเภอจะมีงบประมาณในเรื่องของ  
เบี้ยผู้สูงอายุ...

(เจตน์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

2.1.2.3 การระดมทุนในการดูแลผู้สูงอายุ การระดมทุนจากภาคเอกชนมีหลายรูปแบบ  
และหลายระดับ เช่น การจัดตั้งกองผ้าป่าการกุศล การรับบริจาค ประมาณ 3-4 แสนบาท ได้นำไป  
ฝากธนาคารมีผู้ลงชื่อบัญชี 3 คน คือ นายอำเภอ, กำนัน และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เพื่อ  
ใช้ซ่อมแซมบ้านให้ผู้สูงอายุ ปัจจุบันเหลือเงินอยู่ประมาณ 2 แสนบาท สภาก่อการชุมชนมีเงิน  
สนับสนุนการสร้างบ้านให้ผู้ป่วย ประมาณ 80,000 บาท นอกจากนี้ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน  
(ผอ.รพช.) เคยประสานงบประมาณจากหน่วยงานภาคเอกชนหรือ Non Governmental Organizations  
(NGOs) แต่ระยะหลังไม่ได้ขอ เนื่องจากมีโอกาสพบปะกับหน่วยงานภายนอกน้อย และ Non  
Governmental Organizations (NGOs) ในพื้นที่ไม่เข้มแข็ง มีโรงงานน้อย อีกทั้งระยะหลังเครือข่าย  
สุขภาพระดับชุมชน และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ดูแลกันดีในระดับหนึ่งจึงสามารถ  
ขับเคลื่อนงานไปได้ ในส่วนของวัสดุ อุปกรณ์ มีการระดมทุนโดยการทอดผ้าป่าเพื่อจัดซื้อเครื่องมือ  
แพทย์ ได้เงินประมาณ 2 ล้านบาท นอกจากนี้ เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนได้รับการสนับสนุนเพียง  
ผู้ป่วยหนักที่ต้องใช้เครื่องตรวจคลื่นหัวใจไฟฟ้าจากภาคเอกชนในตลาดลำนารายณ์ อำเภอชัยบาดาล  
และจะมีเจ้าหน้าที่จากป่าไม้แพร่สนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ประมาณ 2 รถปิกอัพให้ เนื่องจากเครือข่าย  
สุขภาพระดับชุมชนทำงานร่วมกับเขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่า เวลาเจ้าหน้าที่มารักษา เห็นว่าขาดผ้าอ้อม  
ผู้ใหญ่ให้ผู้ป่วย จึงร่วมกันบริจาค ส่วนกรณีที่เห็นว่าจะต้องขอความร่วมมือจากภาคส่วนอื่นๆ เช่น ใน  
บางกรณีที่บ้านเรือนของผู้สูงอายุทรุดโทรม และเห็นว่าไม่สามารถที่จะรองบประมาณจากทางราชการ

ได้ จะขอความร่วมมือจากภาคนักธุรกิจพ่อค้าในอำเภอ โดยการประชาสัมพันธ์ จะใช้กลไกที่ประชุมของกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เพื่อให้ข้อมูลไปบอกบุญ หรือจะใช้ความสนิทสนมส่วนตัว หรือความเป็นเครือข่ายภายในอำเภอ ซึ่งอำเภอลำสนธิเป็นอำเภอขนาดเล็ก ส่วนใหญ่จะรู้จักกันหมด จึงใช้วิธีอาศัยไหว่วาน ขอสนับสนุน เพื่อมาดูแลปัญหาผู้สูงอายุ ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...เรามีกองทุนที่ได้จากอำเภอ ซึ่งอำเภอที่นี้เราเคยทอดผ้าป่าเพื่อที่จะมาจุนเจือให้กับผู้สูงอายุเพื่อซ่อมแซมบ้าน เราได้เม็ดเงินเกือบ 3-4 แสน ตอนนี้อยู่ประมาณสัก 2 แสนกว่าๆ เป็นบัญชีที่มีชื่อ 3 ท่าน คือนายอำเภอ, กำนัน, อบต.” “สภาองค์กรชุมชนจะมีเงินทำบ้านให้ปีหนึ่งประมาณ 80,000 กว่าบาทต่อตำบล ถ้าทำบ้านก็ได้ประมาณ 7-8 หลัง...

...ถ้าเมื่อก่อนนี้ ผอ.โรงพยาบาล เขาไปเจอหน่วยงานภายนอกเอกชนหรือ NGO จะขอบ้างแต่ว่าพักหลังๆ เราถือว่าพวกเราและ อบต. ดูแลกันดีในระดับหนึ่ง นายอำเภอลำสนธิมีโอกาสที่จะไปเจอหน่วยงานภายนอกน้อยมาก NGO เราไม่เข้มแข็ง ภาคเอกชนเราไม่เข้มแข็ง เรามีโรงงานน้อยมาก...

...บางทีถ้าเราทำแบบทอดผ้าป่า เขาก็ช่วย อย่างคราวที่แล้วเราทอดผ้าป่าเพื่อจัดซื้อเครื่องมือแพทย์ เมื่อก่อนปีใหม่ได้มาประมาณเกือบ 2 ล้าน...

...ขอเพียงที่เป็นเตียงผู้ป่วยหนัก ที่จะต้องมาใช้เครื่อง EKG เขาก็ช่วยได้ แต่ส่วนใหญ่ไม่ใช่คนในพื้นที่เราเท่าไร เป็นคนที่ตลาดนัดลำน้ำรายณ์ อยู่ในเขตอำเภอชัยบาดาล...

...เมื่ออาทิตย์ที่แล้วเราได้รับจากป่าไม้แพร่ เพราะเราทำงานร่วมกับเขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่า เวลาเขามารักษา เขาเห็นว่าเราขาด เขาก็ขอแพมเพิสมาจากป่าไม้ รุ่งเก่าเขาสนับสนุนมาประมาณ 2 รถปิกอัพ...

(ประทีป นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...มีความร่วมมือจากภาคส่วนนักธุรกิจพ่อค้าในอำเภอ ในกรณีที่เราเห็นว่าจะต้องขอความร่วมมือจากภาคส่วนอื่นๆ ในบางกรณี ที่บ้านเรือนของผู้สูงอายุที่ทรุดโทรม และเห็นว่าไม่สามารถที่จะรองบประมาณจากทางราชการได้ ก็จะประชาสัมพันธ์



จะใช้กลไกที่ประชุมของกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หรือว่าที่ประชุมของกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน  
บอกข้อมูลไปบอกบุญ หรืออาจจะใช้กลไกความสนิทสนมส่วนตัว หรือ เป็น  
เครือข่ายภายในอำเภอ ซึ่งอำเภอลำสนธิเป็นอำเภอเล็กๆ ก็รู้จักกันหมดอยู่แล้ว  
ใช้วิธีอภัยไถ่ไว้มากกว่า ขอสนับสนุน เพื่อมาดูแลปัญหาตรงนี้...

(เจตน์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

2.1.2.4 การบริหารจัดการด้านการแบ่งปันทรัพยากร ทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงาน  
ส่วนใหญ่เป็นของภาครัฐ โดยการจัดสรรทรัพยากรจะผ่านกระบวนการของคณะกรรมการ  
ประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ถ้าเป็นงบประมาณในส่วนของสาธารณสุขทุกภาคส่วน  
จะเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดสรรทรัพยากร ส่วนของกองทุน Long Term Care จะมีคณะกรรมการของ  
กองทุนเป็นผู้พิจารณา แต่ถ้าเป็นงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนจากภาคเอกชน จะมีการตั้ง  
คณะกรรมการขึ้นมาคัดเลือกเพื่อให้เกิดความเหมาะสมและเป็นไปตามวัตถุประสงค์ขององค์กรที่  
บริจาค สำหรับวัสดุ อุปกรณ์ และเครื่องมือสำหรับบริการผู้ป่วยมีอยู่ในระดับที่เพียงพอ ส่วนใหญ่  
หน่วยบริการแต่ละแห่งจะจัดการกันเอง แห่งใดอยู่ในพื้นที่ที่ อบต. เข้มแข็งก็จะขอ อบต. แต่จะมีการ  
แบ่งปันเครื่องมือบางอย่างกันบ้าง เช่น ถ้ามีคนไข้ End Stage ก็จะไปขอยืมเครื่องออกซิเจน จาก  
หน่วยบริการที่มี และมีการส่งเจ้าหน้าที่ไปสอนเกี่ยวกับการใช้เครื่องให้ด้วย เป็นการแบ่งปันทรัพยากร  
ทั้งคน ทั้งอุปกรณ์ ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...เครื่องมือที่เรามีอยู่ในระดับที่เพียงพอ เพราะฉะนั้นแต่ละ รพ.สต. เขาก็จะ  
จัดการของเขา อย่าง อบต. ไทนเป็น อบต. เข้มแข็ง รพ.สต. เขาก็จะไปขอ แต่  
ถามว่าเราได้แชร์กัน นานๆ ถึงจะมี อย่างมีคนไข้ End Stage มาขอยืมเครื่อง  
ออกซิเจนก็ส่งไป บางทีน้องไม่เคยใช้ ได้เครื่องมาใหม่ เราก็ก็น้องของเราไปสอน  
เป็นการแชร์ทั้งคนทั้งอุปกรณ์...

(ประทีป นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

2.1.2.5 การจัดตั้งทีมสหวิชาชีพหรือทีมสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ การจัดตั้งทีมสห  
วิชาชีพหรือทีมสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้มแข็ง ไม่ว่าจะเป็นพยาบาล นักกายภาพ

จะมีทีมลงไปแต่ละพื้นที่ ช่วยทำเวที สันทนการ เป็นการเสริมการทำงาน นอกจากนี้ จะมีการปรึกษากับแพทย์ที่โรงพยาบาลชัยบาดาล บางทีส่งคนไข้ไปรักษาและจะมีการปรึกษาพูดคุยกันทางโทรศัพท์ ส่วนโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่จะจัดชั้นเรียน (Class) ให้ความรู้ในสิ่งที่เครือข่ายสุขภาพชุมชนยังขาดอยู่ เช่น เรื่องการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory) มีปัญหา เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการจะจัดอบรมให้ผู้ที่ดูแลเรื่องห้องปฏิบัติการ ดึงคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...ทีมของเราถือว่าแน่น เพราะไม่ว่าจะเป็นพยาบาล นักกายภาพ เขาจะมีทีมของเขาลงไปแต่ละพื้นที่อยู่แล้ว อันนี้เป็นการเสริมการทำงาน หลายครั้งที่เราจัดกิจกรรม เราจะอาศัยน้องนักกายภาพเข้ามาช่วยทำเวที ทำสันทนการ”  
 “เราจะใช้โทรศัพท์ ไม่ได้ติดต่อประสานเขตในพื้นที่ที่เราประสานคุณหมอมืออยู่ที่โรงพยาบาลชัยบาดาล จะพูดคุยกัน บางทีเราส่งคนไข้ไปรักษา จะขออนุญาต ลัดคิวส่งคนป่วยไปรักษา เราจะมีปรึกษาพูดคุยกันทางโทรศัพท์”  
 “โรงพยาบาลให้คำปรึกษา บางทีจัดเป็น Class ในการให้ความรู้ แต่บางทีก็ไม่พอ เขาจะมีการเติมเต็ม อย่างเช่น เรื่อง Lab มีปัญหา เจ้าหน้าที่ห้อง Lab ก็จัดอบรมน้องๆ ที่ดูแลเรื่องห้อง Lab...

(ประทีป นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

2.1.2.6 การบริหารจัดการด้านการพัฒนาบุคลากร (Human development) จะมีการจัดการฝึกอบรมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ถ้าเป็นเรื่องของการพยาบาลจะมีพยาบาลอบรมให้ ถ้าเป็นเรื่องกายภาพจะให้นักกายภาพจัดอบรมที่โรงพยาบาล จะมีประมาณ 1-2 ครั้งต่อปี ดึงคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...จะมีการ train เรามีพยาบาล ถ้าเป็นเรื่องการพยาบาล เราจะใช้พยาบาลของเรา กายภาพก็ต้องให้นักกายภาพจัดอบรมที่โรงพยาบาล 1 ปี จะมีประมาณ 1 ถึง 2 ครั้ง...

(ประทีป นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

2.1.2.7 การติดตามนิเทศงาน การติดตามนิเทศงานด้านสุขภาพหรือการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงนั้น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) จะลงประเมิน เป็นการประเมินความดี ความชอบโดยใช้เรื่องของการดูแลผู้สูงอายุ การดูแลเด็กเป็นเกณฑ์อย่างหนึ่งในการประเมิน แต่ไม่ได้ ลงไปดูที่ตัวผู้ป่วย จะดูที่ระบบงานและระบบการคีย์ข้อมูลที่ต้อง ดึงคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล หลักตอนหนึ่งว่า

*...อำเภอจะลงประเมิน เป็นการประเมินความดีความชอบ เราจะใช้เรื่องของการ ดูแลผู้สูงอายุ การดูแลเด็กเป็นแนวทาง ดังนั้น เราอาจจะไม่ได้ไปดูที่ผู้ป่วย แต่จะไป ดูที่ระบบงานและเขาคีย์ข้อมูลเข้ามาได้ถูกต้องไหม...*

(ประทีป นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

2.1.3 การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential care) อำเภอลำสนธิได้กำหนด กลุ่มเป้าหมายการดูแลสุขภาพออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มทั่วไป กลุ่มเด็ก และกลุ่มผู้สูงอายุ โดยกลุ่ม ผู้สูงอายุจะมีการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุ คัดกรองสุขภาพ แล้วจึงแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง จากนั้นจึงประเมินสุขภาพเพื่อค้นหาปัญหา และใช้เป็น ข้อมูลในการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุ (Care Plan) เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) ติดตาม เยี่ยม แต่หากเกินความสามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่จะลงไปดู ส่วน อบต.จะร่วมลงติดตาม เยี่ยม และมีการประสานกับผู้กำกับฯ ขอตำรวจไปช่วยตัดผมผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ซึ่งการให้บริการ ผู้สูงอายุจะมีการเชื่อมโยงข้อมูลและประสานกับสถานบริการต่างๆ คือ มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่ไป รักษา (Admit) ที่โรงพยาบาลชุมชน โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. สามารถเข้าไปสืบค้นข้อมูลในเว็บไซต์ของ โรงพยาบาลได้ว่าผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลและกลับมาอยู่ที่บ้าน รพ.สต. จะต้องดูแลอะไรต่อเนื่อง โดย ศูนย์ดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาลชุมชนจะต้องโทรกลับมาที่ ผอ. รพ.สต. ก่อนว่าจะส่งผู้ป่วยกลับ ให้ ช่วยดูแลอะไรต่อเนื่อง ดึงคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

*...พอเราสำรวจ ก็จะแยกกลุ่มติดบ้านเท่าไร กลุ่มติดเตียงเท่าไร กลุ่มติดสังคม เท่าไร เป็นกลุ่มที่เขาจะต้องกลับไปดูแล ซึ่งบางที Care Give ไม่เข้มแข็ง เจ้าหน้าที่ก็จะต้องลงไปดูแล...*

*...เราให้เจ้าหน้าที่สำรวจผู้สูงอายุว่าที่อยู่ติดบ้าน ติดสังคม ติดเตียงมีเท่าไรแล้ว*

จึงประเมินสุขภาพ เราต้องทำในเรื่องของ Care Plan เพื่อดูแล...

...อบต. จะลงไปช่วยไปติดตามไปเยี่ยม ประสานกับผู้กำกับ ขอตำรวจลงไป  
ช่วยตัดผมผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง...

...เราจะมี การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไป Admit ที่โรงพยาบาล แล้วน้องๆ ที่อยู่ใน  
รพ.สต. ก็จะเข้าไปสืบค้นข้อมูลในเว็บไซต์ของโรงพยาบาลว่าผู้ป่วยที่มา  
โรงพยาบาลและกลับมาอยู่ที่บ้าน เราจะต้องดูแลอะไรต่อเนือง แต่ศูนย์ดูแล  
ต่อเนืองของโรงพยาบาลจะต้องโทรกลับมาที่ ผอ. ก่อนว่าจะส่งผู้ป่วยกลับมา  
ให้ช่วยดูแลนิดหนึ่ง...

(ประทีป นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

#### 2.1.4 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชน (Community participation) ประกอบด้วย

2.1.4.1 การมีส่วนร่วมในการให้/รับรู้ข้อมูลข่าวสารหรือรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น  
หน่วยงานด้านสาธารณสุขจะเข้าไปมีส่วนร่วมในเวทีประชาคมกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน เข้าไปประชาสัมพันธ์  
เรื่องของประเด็นสุขภาพ ซึ่งในเวทีการประชุมประจำเดือนกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สาธารณสุขอำเภอ หรือ  
ตัวแทน จะเข้ามาประชุมทุกเดือน และมีการให้ข้อมูลประเด็นปัญหาเรื่องสุขภาพ เช่น เรื่องของ  
อากาศหนาว จะประชาสัมพันธ์เรื่องการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุ โรคไข้เลือดออกกระบาด กำนันผู้ใหญ่บ้าน  
จะนำความรู้ไปถ่ายทอดให้แก่ประชาชนในหมู่บ้าน ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...เราจะให้ข้อมูลทุกเวทีประชุมผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ดังนั้น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน  
จะรับทราบข้อมูล อย่างเช่นหมู่บ้านได้รับรางวัลการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุดีเด่น  
เราให้ไปมอบกันที่อำเภอ เราถือว่าให้ผู้ใหญ่ให้ใครๆ ได้เห็นว่าเป็นผลงานของ  
หมู่บ้านเขา ผู้ใหญ่บ้านกำนันเขาก็จะเกิดความภาคภูมิใจ ให้ความร่วมมือ  
อยากให้มันยั่งยืน...

(ประทีป นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...ทางสาธารณสุขจะเข้าไปมีส่วนร่วมในเวทีประชาคมของกำนันผู้ใหญ่บ้าน  
เข้าไปประชาสัมพันธ์เรื่องสุขภาพในช่วงเวลานั้นๆ อย่างประชุมใหญ่  
ของกำนันผู้ใหญ่บ้าน ท่าน สสอ.หรือตัวแทนก็จะเข้ามาประชุมทุกเดือน บอก  
ประเด็นปัญหาเรื่องสุขภาพในช่วงเวลานั้น เช่น เรื่องของอากาศหนาว ก็จะ

ประชาสัมพันธ์เรื่องการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุ หรือว่าช่วงที่มีโรคไข้เลือดออกระบาด จะเข้าไปให้ความรู้และแนวทางป้องกันเป็นประจำ กำหนดผู้ใหญ่ในบ้านก็จะนำ ความรู้นี้ไปถ่ายทอดให้กลุ่มประชาชนในหมู่บ้านของเขา...

(เจตน์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

2.1.4.2 การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหาและจัดลำดับความสำคัญ การค้นหาและจัดลำดับ ความสำคัญของปัญหาจะใช้เวทีการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จากการ จัดความสำคัญของปัญหาในพื้นที่ พบว่า มี 3 ประเด็น คือ ปัญหาผู้สูงอายุ ปัญหาหญิงตั้งครรภ์และ เด็ก ปัญหาอุบัติเหตุจราจร เป็นปัญหาสำคัญที่ต้องขับเคลื่อน ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

...จะใช้หลักในการคิดวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ มีการพูดคุยกันถึงกิจกรรมที่เราจะ ทำ เราก็ใช้เวทีของ พชอ. เป็นหลัก...

(ประทีป นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...จะอยู่ในเวที พชอ. โดยจับมา 3 ประเด็น ผู้สูงอายุ คนท้องและเด็ก อุบัติเหตุ เพื่อขับเคลื่อน น่าจะเป็นประเด็นเหล่านี้ที่อำเภอของเราเป็นปัญหาอยู่ ก็จัดลำดับ ความสำคัญ...

(เจตน์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

2.1.4.3 การมีส่วนร่วมค้นหาสาเหตุของปัญหา หน่วยงานสาธารณสุขจะเป็นหน่วยงาน หลักในการให้ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ แล้วข้อมูลจะถูกนำมาเสนอในที่ประชุม พชอ. โดยคณะ กรรมการฯ ที่ร่วมประชุมจะต้องมีส่วนร่วมในการหาสาเหตุ หาทางแก้ไข ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...จะใช้หลักในการคิดวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ มีการพูดคุยกันถึงกิจกรรมที่เราจะทำ เราก็ใช้เวทีของ พชอ. เป็นหลัก...

(ประทีป นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

2.1.4.4 การมีส่วนร่วมกำหนดวิธีการแก้ปัญหา มีการวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และวิธีการดำเนินการแก้ไข ในการประชุม พขอ. ดั่งคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...จะใช้หลักในการคิดวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ มีการพูดคุยกันถึงกิจกรรมที่  
เราจะทำ เราก็คงใช้เวทีของ พขอ. เป็นหลัก...

(ประทีป นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

2.1.4.5 การมีส่วนร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหา มีการวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และวิธีการดำเนินการแก้ไขในการประชุม พขอ. ดั่งคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...จะใช้หลักในการคิดวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ มีการพูดคุยกันถึงกิจกรรมที่  
เราจะทำ เราก็คงใช้เวทีของ พขอ. เป็นหลัก...

(ประทีป นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

2.1.4.6 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล พขอ.มีส่วนร่วมทุกระบวนการ เริ่มตั้งแต่การค้นหาสภาพปัญหา การวางแผน การดำเนินงาน จนถึงการประเมินผล ดั่งคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...มีส่วนร่วมทุกระบวนการ ตั้งแต่กระบวนการเริ่มต้นในการค้นหา  
สภาพปัญหา แนวทางแผน รวมถึงขั้นตอนในการดำเนินงาน  
จนถึงการประเมินผล...

(เจตน์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

2.1.4.7 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ผลประโยชน์ที่ พขอ. ได้รับจากการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ คือ ความสุข ความภูมิใจ และรู้สึกพึงพอใจ เป็นการรับผลประโยชน์ร่วมกันกับความสำเร็จขึ้น ถ้าผู้ป่วยคนใดที่ได้ดูแลแล้วอาการดีขึ้น การรับประโยชน์ไม่ได้เป็นทางวัตถุ แต่เป็นทางจิตใจ เวลางานสำเร็จก็มีความภูมิใจ ดั่งคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...ในส่วนของเจ้าหน้าที่เราความภาคภูมิใจ คือ การที่เขาได้ดูแลผู้สูงอายุและ  
เราให้ความดีความชอบส่วนหนึ่งผ่านกระบวนการนี้...

(ประทีป นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...ส่วนใหญ่จะเป็นผลประโยชน์ทางด้านจิตใจ เราได้ช่วยเหลือกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง  
หรือผู้ด้อยโอกาส ได้แก้ไขปัญหาในอำเภอ...

(เจตน์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

#### 2.1.5 การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (Appreciation and Quality)

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และเครือข่ายสุขภาพชุมชนดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ  
ประสบความสำเร็จจนเกิดคุณค่าทั้งกับตนเอง ผู้สูงอายุและญาติ ดังนี้

2.1.5.1 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ รู้สึกพึงพอใจกับงานดูแล  
ผู้สูงอายุ การที่ได้เข้าไปช่วยเหลือผู้สูงอายุทำให้เกิดคุณค่าทางจิตใจทั้งกับผู้สูงอายุ และคณะกรรมการ  
ฯ อีกอย่างที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้รับกลับมา คือ ผู้สูงอายุได้รับการดูแล  
มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ชื่นชม เห็นคุณค่าการทำงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ  
อำเภอ และเครือข่ายสุขภาพ ทำให้มีกำลังใจในการทำงานต่อไป ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล  
หลักตอนหนึ่งว่า

...ผมมองว่ามันอาจจะไม่ถึงจุดอิมิตัว บางพื้นที่ดูว่าเขาเข้มแข็ง แต่ในบางพื้นที่ยัง  
น่าห่วง แม้ว่าวันนี้กุดตาเพชรจะเป็นแบบอย่างให้หลายๆ พื้นที่มาดูงาน แต่ถ้าใน  
ภาพรวมแล้ว ผมยังไม่พอใจ...

(ประทีป นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...เรามีความพึงพอใจกับงานที่ทำ อย่างแรกคือประเด็นที่เราได้เข้าไปทำ ไป  
ช่วยเหลือเขา เกิดคุณค่าทางจิตใจอยู่แล้ว ทั้งกับเราและกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องการ

ความช่วยเหลือ อีกส่วนคือที่ได้รับกลับมา มันก็จะสะท้อนกลับมาจากกลุ่มคนที่เราไปช่วยเหลือดูแล เขามีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ชื่นชมเรา เห็นคุณค่าเรา มันจะได้กำลังใจกลับมาจากกลุ่มนั้น...

(เจตน์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

2.1.5.2 ประชาชนหรือผู้รับบริการเห็นคุณค่าและชื่นชมการทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และเครือข่ายสุขภาพชุมชนเป็นอย่างมาก ผู้สูงอายุได้รับการดูแล มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทำให้มีกำลังใจในการทำงานต่อไป ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

...ดีมาก ตอนแรกเกิดแรงต้าน Caregiver ที่ไปดูแลเขา เพราะผู้ป่วยและญาติไม่เข้าใจว่าทำไมเจ้าหน้าที่ถึงให้คนอื่นมาดูแลเขา บางคนคิดว่าเขาเป็นครู เขามีเงิน เขาคิดว่าครอบครัวเขาดูแลเองได้ แต่พอวันหนึ่งผมเป็น Stroke เมียเริ่มความดันสูง สุดท้ายจะให้เราเข้าไปทุกวัน ก็อย่างที่ผมบอกไว้ว่าขออนุญาตจะพาพ่อตาแม่ยายที่อยู่ที่ยื่นมารักษาที่นี่ได้ไหม เพราะเขาคงเห็นว่าเราดูแลได้ดีในระดับหนึ่ง...

(ประทีป นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...อีกส่วนที่ได้รับกลับมา มันจะสะท้อนกลับมาจากกลุ่มคนที่เราไปช่วยเหลือดูแล เขามีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ชื่นชม เห็นคุณค่าเรา มันจะได้กำลังใจกลับมา...

(เจตน์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

2.1.5.3 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และเครือข่ายสุขภาพชุมชน รู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่าที่ได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ สามารถบริหารจัดการให้เป็นไปในแนวทางที่กำหนดไว้ นอกจากนี้ การที่ได้เข้าไปช่วยเหลือผู้สูงอายุทำให้เกิดคุณค่าทางจิตใจทั้งกับผู้สูงอายุ และคณะกรรมการฯ รู้สึกภูมิใจที่มีหน่วยงานทั้งในประเทศและต่างประเทศมาศึกษาดูงาน เช่น ประเทศญี่ปุ่น มูลนิธิสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล รัฐมนตรีสาธารณสุขบังคลาเทศ เป็นต้น ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า



...เป็นงานที่มีคุณค่าครับ รู้สึกภูมิใจที่หน่วยงานทั้งในและต่างประเทศมาดูงาน  
ญี่ปุ่นมาดูงานที่บ้านเรา และเรามีโอกาสต้อนรับมุสนิธสมเด็จเจ้าฟ้ามหิตล 2 ปี  
ซ้อน เราเคยต้อนรับรัฐมนตรีสาธารณสุขบังคลาเทศ เขามาดูงานที่เรา...

(ประทีป นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...เรามีความพึงพอใจกับงานที่ทำ อย่างแรกคือประเด็นที่เราได้เข้าไปทำ ไป  
ช่วยเหลือเขา เกิดคุณค่าทางจิตใจอยู่แล้ว ทั้งกับเราและกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องการ  
ความช่วยเหลือ...

(เจตน์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

2.1.5.4 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และเครือข่ายสุขภาพชุมชน  
รู้สึกว่าการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นงานที่มีคุณค่า เป็นโอกาสที่ได้เข้าไปช่วยเหลือกลุ่ม  
ผู้ยากไร้ ผู้สูงอายุ และเห็นว่าเป็นงานที่มีคุณค่า การที่ช่วยเหลือผู้ที่ไม่มีโอกาสเป็นเรื่องที่ดี ดังคำให้  
สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...เป็นงานที่มีคุณค่าครับ...

(ประทีป นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...รู้สึกว่าเป็นโอกาสของเราที่ทำงานอยู่ตรงนี้ ที่ได้เข้าไปช่วยเหลือกลุ่มของผู้ยากไร้  
ผู้สูงอายุ เป็นงานที่มีคุณค่า การที่ช่วยเหลือผู้ที่ไม่มีโอกาส ก็เป็นเรื่องดี...

(เจตน์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

2.1.5.5 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ขึ้นชมการปฏิบัติงานของ  
เครือข่ายสุขภาพชุมชนในเวทีประชุมทุกเรื่องที่ดีดำเนินการได้ดี ไม่ใช่เฉพาะงานดูแลผู้สูงอายุเท่านั้น  
เพราะเป็นงานที่ต้องเสียสละเวลาส่วนตัว เช่น เรื่องการประกวดกำนันดีเด่น การพัฒนาหมู่บ้าน  
เศรษฐกิจพอเพียงในระดับดีเด่น เพื่อจะให้เกิดแรงจูงใจและมีกำลังใจในการพัฒนาที่ยั่งยืน ทำให้  
เครือข่ายสุขภาพรู้สึกถึงคุณค่าของการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และเกิดความภาคภูมิใจ

เห็นคุณค่าของตนเอง มีกำลังใจที่จะปฏิบัติงานต่อไป ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่ง  
ว่า

...ถ้าเข้าประชุมเวทีหนึ่ง เราจะบอกว่าวันนี้เราทำดีที่ไหน ไม่ใช่แค่ชื่นชมงาน  
ผู้สูงอายุของเราเท่านั้น เรามีการประกวดกำนันดีเด่น เรามีการพัฒนาหมู่บ้าน  
เศรษฐกิจพอเพียงในระดับดีเด่น เราเอาเรื่องพวกนี้มาพูดคุยกันเพื่อจะให้เกิด  
แรงชื่นชม แรงจูงใจ กำลังใจ เราทำงานไม่กี่ปีก็เกษียณแต่คนในชุมชนยังต้องอยู่  
อีกนาน ถ้าเราไม่ทำให้เขามีกำลังใจอีกheim เรื่องพวกนี้ก็เป็นเหมือนไฟไหม้ฟาง...

(ประทีป นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...ในที่ประชุมคณะกรรมการที่เขาทำงานพวกนี้ส่วนใหญ่จะให้ข้อเสนอแนะในการ  
ดำเนินการและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เพราะเป็นงานที่ต้องเสียสละเวลาส่วนตัว  
ส่วนใหญ่จะไม่มีใครติฉินอะไร จะเป็นการให้ข้อเสนอแนะ ให้กำลังใจมากกว่า...

(เจตน์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

2.2 ปัจจัยและเงื่อนไขที่ทำให้เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนสามารถดำเนินงานด้านการดูแล  
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ/ประสิทธิผล

2.2.1 พลังใจของชาวบ้านและการส่งเสริมทำกิจกรรมหลายๆ กิจกรรมร่วมกัน ทำให้เกิดการ  
เกาะเกี่ยวของเครือข่ายสุขภาพ เช่น ทำเรื่องข้าวกล้องเป็นอาชีพเสริม ทำเรื่องดอกไม้จันทน์ เป็นต้น ถ้า  
ประชุมเสร็จแล้วกลับบ้านก็ไม่มีความต้องการ สูดท้ายค่อยๆ หายไปเหมือนไฟไหม้ฟาง ดังคำให้  
สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...ชมรมผู้สูงอายุทุกตำบลเพชรไม่มีข้าราชการเกษียณ แต่ขับเคลื่อนได้เพราะเราใช้พลัง  
ใจของเขา เราทำเรื่องข้าวกล้องเป็นอาชีพเสริม ทำเรื่องดอกไม้จันทน์ เรามี  
กิจกรรมพวกนี้ทำให้การเกาะเกี่ยวของเครือข่ายยังอยู่ได้ แต่ถ้าประชุมเสร็จแล้ว  
กลับบ้านก็ไม่มีความต้องการ ไม่มีอะไรมาเกาะเกี่ยว ไม่มีแรงฮึดสุดท้าย ก็ค่อยๆ  
หายไปเหมือนไฟไหม้ฟาง...

(ประทีป นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

2.2.2 การบูรณาการจากหลาย ๆ ภาคส่วน โดยหน่วยงานหลักอย่างสาธารณสุขต้องได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงาน หรือเครือข่ายอื่นๆ เพราะหากไม่ได้รับการสนับสนุนจะทำให้การดำเนินงานติดขัดและไม่เกิดความต่อเนื่อง เช่น เรื่องงบประมาณ ถ้าใช้งบประมาณเฉพาะสาธารณสุขหรือโรงพยาบาล อาจจะไม่เพียงพอในการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุหรือผู้พิการ ถ้าได้รับการสนับสนุนและได้รับความร่วมมือจากทางท้องถิ่นหรือทางภาคเอกชน จะช่วยเสริมสร้างความยั่งยืน ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

*...อย่างแรกที่จะทำให้ได้อย่างยั่งยืนต้องเกิดจากการบูรณาการจากหลายๆ ส่วน ในทุกภาคส่วน ทั้งส่วนของราชการ ทั้งหน่วยงานที่มีภารกิจหลักอย่างสาธารณสุข แต่ถ้าส่วนงานที่มีภารกิจหลักไม่ได้รับการหนุนจากส่วนงานอื่น มันจะติดขัดและไม่เกิดความต่อเนื่อง เช่น เรื่องงบประมาณ ถ้าเฉพาะทางโรงพยาบาลหรือทางสาธารณสุขอาจจะไม่เพียงพอในการดูแลกลุ่มคนเหล่านี้ ถ้าได้ความร่วมมือจากทางท้องถิ่นหรือทางภาคเอกชน จะช่วยเสริมสร้างความยั่งยืน...*

(เจตน์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

2.2.3 การทำอย่างต่อเนื่องและการได้รับความร่วมมือในการดำเนินงานจากเครือข่ายต่างๆ ในพื้นที่ โดยการทำงานดูแลผู้สูงอายุเป็นการมอบสิ่งดีๆ ให้แก่ชุมชน ซึ่งชุมชนได้รับประโยชน์ ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

*...ควรทำอย่างต่อเนื่อง มันเข้ารูปเข้ารอยแล้ว เราควรทำอย่างต่อเนื่อง ค่อนข้างจะเป็นระบบดีแล้ว...*

*...การทำงานในลักษณะแบบนี้ไปทำที่ไหนก็ไม่น่าจะมีปัญหา เพราะว่ามันเป็นการมอบสิ่งดีๆ ให้ชุมชน มันเป็นการดูแล...*

(พิมพา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

2.2.4 ความร่วมมือที่เกิดจากการเรียนรู้ของชุมชนเอง ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...มันเป็นความร่วมมือไม่ร่วมมือ มันเกิดจากการเรียนรู้ของเราเอง...

(พิมพา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

2.2.5 ความจริงใจ ตั้งใจและทำอย่างจริงจังต่อเนื่อง ดึงคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก  
ตอนหนึ่งว่า

...ความจริงใจ ความตั้งใจ และทำให้เขาอย่างต่อเนื่องจริงจัง คือ เราไม่เคยหยุด  
ทำเราไม่ได้ทำแค่ใครมาดูงานเราก็ทำ เราก็อำของเรายู้อย่างนี้...

(พิมพา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

2.2.6. ความมีจิตวิญญาณในการทำงานในสายวิชาชีพ ดึงคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก  
ตอนหนึ่งว่า

...มันอยู่ในสายอาชีพ ถึงเราไม่ได้เป็น CM เราจะทำด้วยบทบาทอยู่แล้ว  
เป็นการบริหาร การประสานงาน ยังไงก็ต้องทำถ้าอยู่ในสายสาธารณสุข...

(ทองสุข นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

2.2.7 ทำงานจนเกิดผลสัมฤทธิ์ ทำให้เห็นว่าทำแล้วสุขภาพ และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้นจริง จะ  
ทำให้ชุมชนเห็นความสำคัญและให้ความร่วมมือ งานก็จะประสบความสำเร็จ ดึงคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้  
ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...เห็นว่าการทำงานแล้วเกิดผลสัมฤทธิ์ ผู้สูงอายุมีสุขภาพ คุณภาพชีวิตดีขึ้น  
น่าจะได้เห็นความสำคัญแล้วเห็นว่าลงไปทำแล้วดีขึ้น...

(ทองสุข นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

2.2.8 ต้องมีใจที่จะทำงาน ดั่งคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...อยู่ที่ใจของคนทำงาน เพราะแต่ละ Case ไม่ได้ยุ่งใหญ่ๆ ไกลสุด 10 กว่ากิโล  
ที่เราต้องไปดูแล...

...คนทำงานเขามีใจที่จะทำ...

(ทองสุข นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

2.2.9 กิจกรรมของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

เครือข่ายสุขภาพชุมชนตำบลกุดตาเพชร ดำเนินกิจกรรมอย่างบูรณาการสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่หลักของแต่ละภาคส่วน ผอ.รพ.สต. ในฐานะเป็นผู้บริหารจะมองงานภาพรวม คือ ประสานทุกกลุ่ม มองปัญหาในภาพใหญ่ แล้วนำปัญหามาวิเคราะห์ค้นหาสาเหตุ และวางแผน ดำเนินการแก้ไข ถ้าเป็นกลุ่มผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง จะมีการติดตามเยี่ยมบ้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพ ในส่วนของกลุ่มผู้ใหญ่บ้าน กำนัน จะขอความร่วมมือในการทำกิจกรรมเป็นเรื่อยๆ ไป โดยจะแยกแยะ วิเคราะห์ว่าส่วนไหนควรเข้ามาร่วมกิจกรรม ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องทางด้านสังคมที่ต้องการความร่วมมือจากชุมชน เช่น การซ่อมแซมที่อยู่อาศัย เป็นต้น อีกทั้งผู้ใหญ่บ้าน, อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) และสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (สอบต.) ได้สนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหมู่บ้านสำหรับใช้ซื้อผ้าอ้อมผู้ใหญ่สนับสนุนเครื่องมือในการปรับปรุงบ้านและสิ่งแวดล้อมในบ้าน ทำราวไม้ให้ผู้ป่วยจับเวลาเดิน ช่วยหาไม้ สังกะสี และอาหารเลี้ยงแรงงานที่มาช่วยทำงาน เป็นต้น กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จะเข้ามาช่วยในกิจกรรมการปรับปรุงสภาพบ้าน และสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกบ้านของผู้ป่วยให้ถูกสุขลักษณะ เหมาะสมกับการที่ผู้ป่วยจะเข้าพักอาศัย ส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) จะมีหน้าที่ลงไปทำกิจกรรมเยี่ยมผู้ป่วยตามแผนรายวันที่กำหนดไว้ ถ้าเป็นผู้ป่วยติดเตียงจะลงไปสัปดาห์ละ 2 วัน โดยจะแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงออกเป็น 4 กลุ่ม คือ 1) เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง จะลงไปเยี่ยมอาทิตย์ละ 1 ครั้ง 2) เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย หรือมีภาวะสับสนทางสมอง จะลงไปเยี่ยมอาทิตย์ละ 1 ครั้ง 3) เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง จะลงไปเยี่ยมอาทิตย์ละ 2 ครั้ง 4) เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย และมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ใน

ระยะท้ายของชีวิต จะลงเยี่ยมอาทิตย์ละ 2 ครั้ง ซึ่งในการลงเยี่ยมผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) จะไม่ได้ดูแลเฉพาะผู้สูงอายุเท่านั้น แต่จะดูแลกลุ่มอื่นๆ ที่เป็นผู้ป่วยติดเตียงด้วย นอกจากนี้ ยังมีกิจกรรมในการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ให้แก่ผู้สูงอายุติดเตียง ถ้าเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวานอยู่แล้ว จะให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้สามารถควบคุมความดันโลหิตหรือระดับน้ำตาลในเลือด ให้คำแนะนำผู้ป่วยติดเตียงเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อไม่ให้เกิดแผลกดทับ เจ้าหน้าที่จะฝึกญาติเกี่ยวกับการจับผู้ป่วย ตะแคงตัว ส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) จะช่วยเสริมเกี่ยวกับการอาบน้ำ ตัดผม ตัดเล็บ ตั้งคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...ในฐานะผู้บริหารจะมองงานภาพรวม คือ ประสานทุกกลุ่ม มองปัญหาในภาพใหญ่ แล้วเอาปัญหามาวิเคราะห์ วางแผนว่าจะดำเนินการอย่างไร เพื่อแก้ไข ปัญหา...

...กลุ่มติดบ้านติดเตียง มีการติดตามเยี่ยมบ้าน มีการฟื้นฟูสมรรถภาพทำทุกวัน...  
...ผู้นำจะขอความร่วมมือเป็นรายๆ ไป จะวิเคราะห์ว่าส่วนไหน เขาจะต้องเข้ามา ร่วม เช่น case ที่มีปัญหาค่อนข้างซับซ้อน เรื่องบ้าน ที่อยู่อาศัย ที่จะต้อง ซ่อมแซม...

...เขามีส่วนช่วยสนับสนุนกองทุนที่เราเอาไปใช้ในเรื่องแพมเพิส ผู้ใหญ่บ้าน จะเป็นประธานกองทุนเงินล้านเกือบ 100% อย่างเช่น ถ้าเราไปขอเครื่องมือ ในการปรับปรุงบ้าน การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในบ้าน ทำราวให้ผู้ป่วยได้เกาะ ได้จับเดินช่วยหาไม้ ลังกะลี ข้าวปลาเลี้ยงช่าง ผู้ใหญ่บ้าน, อปพร., สมาชิก อบต. เขาจะเป็นคนทำ...

(พิมพา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...อสม. จะเข้ามาช่วยปรับสภาพบ้าน สิ่งแวดล้อมในบ้าน บริเวณบ้าน...

...ถ้าเป็น Case ติดเตียงจะลงไปสัปดาห์ละ 2 วัน เราแบ่งกลุ่มติดบ้านติดเตียง เป็น 4 กลุ่ม 1) เคลื่อนไหวได้บ้าง อาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย แต่ไม่มี ภาวะล้มลงทางสมอง 2) เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกิน หรือการ



395274695

CU Thesais 5684471727 dissertation / recv: 06082562 15:28:18 / seq: 7

ขับถ่าย หรือมีภาวะล้าสนทางสมอง กลุ่ม 1 และ 2 ลงไปเยี่ยมอาทิตย์ละ 1 ครั้ง  
3) เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย หรือมีอาการ  
เจ็บป่วยรุนแรง 4) เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย  
และมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต กลุ่ม 3 และ 4 เยี่ยม  
อาทิตย์ละ 2 ครั้ง เราไม่ได้ดูแลแค่ผู้สูงอายุแต่ดูแลกลุ่มอื่นที่ติดเตียงด้วย...

(ทองสุข นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

...ผู้สูงอายุติดเตียง เราจะคัดกรองความดัน เบาหวาน คนที่เป็นอยู่แล้ว ทำอย่างไร  
ที่จะควบคุมให้อยู่กับที่ อย่าขึ้นอย่าลง ไม่ให้เป็นมากขึ้นและคนที่ติดเตียงก็ไป  
ดูแล้วทำอย่างไรไม่ให้เป็นแผลกดทับ เจ้าหน้าที่ก็จะไปฝึกญาติ ทำอย่างไร ตะแคงตัว  
ยังไงเข้าไปสอนญาติแล้วเราไปช่วยเสริมตรงนั้น ส่วนใหญ่ญาติคนเดียว  
ไม่สามารถอาบน้ำ ตัดผม ตัดเล็บได้ เราก็ไปช่วย...

(น้ำเพชร นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

2.3 ปัญหา/อุปสรรคที่พบจากการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพพระดับชุมชนในการดูแล  
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.3.1 วัสดุอุปกรณ์ที่จะใช้ดูแลผู้สูงอายุไม่เพียงพอ ส่งผลต่อเศรษฐกิจของครอบครัวที่ต้องเสีย  
ค่าใช้จ่ายซื้อเพิ่ม เช่น ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ เครือข่ายสนับสนุนให้เดือนละ 1 ห่อใหญ่ ถ้าผ้าอ้อมหมด  
ครอบครัวต้องซื้อเอง ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...จะมีปัญหาเรื่องพื้นฐานครอบครัวด้วยอาชีพเกษตรกร รั้งจ้าง อย่างบางบ้านที่  
ใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ เขาต้องรับภาระค่าใช้จ่ายตรงนี้ ถ้ามีคนติดเตียงคนหนึ่งค่อนข้าง  
ฐานะยากจนแล้วต้องแบกรับภาระเรื่องอาหารบ่น เราก็ช่วยได้ส่วนหนึ่ง ไม่  
สามารถช่วยได้ทั้งเดือน ช่วยได้เดือนละ 1 ห่อใหญ่...

(ทองสุข นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

2.3.2 ผู้ป่วยและญาติบางบ้านไม่ให้ความร่วมมือ เพราะรักสันโดษ ไม่อยากให้เข้าไปยุ่ง จึงต้องให้ผู้อำนวยการ รพ.สต. ลงไปพูดคุย ดึงคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...เขาไม่ค่อยให้ความร่วมมือ เขาให้แม่นอนกับพื้น เราแนะนำไปแล้วว่าโอกาสที่แม่จะกลับมาเดินไม่ได้อีก คือ ขาอ่อนแรงอยู่ เวลาลุกจะเสียการทรงตัว เราแนะนำให้นอนเตียงก็ไม่เอา ถ้าเขามาอยู่ที่นี่เราต้องไปปรับสภาพบ้านให้ พอเราจะไปปรับบ้าน เขาก็บอกว่าเขาไม่ชอบให้ใครไปรบกวนในครอบครัว เขาชอบสันโดษ ผอ. ไปบอก ถ้ามาอยู่ที่นี่จะปฏิเสธอย่างนั้นไม่ได้ เราต้องดูแลคนไข้เหมือนญาติ...  
(น้ำเพชร นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

2.3.3 ปัญหาเรื่องภาวะเปียบการใช้งบประมาณกองทุนสุขภาพตำบลและกองทุน Long Term Care (LTC) ไม่ชัดเจน เพราะสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) ลงมาตรวจที่ อบต. มารดตุ้คันเดียวกัน ให้ลงตรวจที่ อบต. เขารวก 1 คน และ อบต. กุดตาเพชร 1 คน ผลปรากฏว่าคนที่ตรวจ อบต. เขารวก บอกว่าผิดระเบียบ ส่วนคนที่ตรวจ อบต. กุดตาเพชร บอกว่าถูกระเบียบ ทั้งๆ ที่ อบต. ทั้ง 2 แห่ง ใช้จ่ายเหมือนกัน ทำให้ อบต. อื่นๆ ไม่กล้าใช้งบประมาณเพราะกลัวถูกเรียกเงินคืน จึงมีปัญหาเรื่องการจ้างผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) ดึงคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...ปัญหาเรื่องภาวะเปียบการใช้งบประมาณของกองทุนสุขภาพตำบลและกองทุน LTC ที่ไม่ชัดเจน เพราะ สตง. ลงมาตรวจที่ อบต. มารดตุ้คันเดียวกัน ให้ลงตรวจที่ อบต. เขารวก 1 คน และอบต. กุดตาเพชร 1 คน ผลปรากฏว่าคนที่ตรวจ อบต. เขารวก บอกว่าผิดระเบียบ คนที่ตรวจ อบต. กุดตาเพชร บอกว่าถูกระเบียบ ทั้งที่ อบต. ทั้ง 2 แห่ง ใช้จ่ายเหมือนกัน ทำให้ อบต. อื่นๆ ไม่กล้าที่จะใช้งบประมาณ เพราะกลัวถูกเรียกเงินคืน ทำให้มีปัญหาเรื่องการจ้าง CG...

(ประทีป นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)



2.3.4 บุคลากรที่มีความรู้ความสามารถจริงๆ จะยังไม่กระจายอยู่ในทุกชุมชน และบุคลากรที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุยังมีไม่เพียงพอ นอกจากนี้ การถ่ายทอดความรู้ยังไม่กระจายสู่เครือข่ายอื่นๆ อย่างทั่วถึง ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...อาจให้ข้อมูลไม่ชัด เพราะบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถจริงๆ อาจจะไม่กระจายอยู่ในทุกชุมชน บุคลากรต่อคนที่ดูแลกลุ่มนี้อาจจะไม่เพียงพอ ซึ่งเป็นประเด็นที่ต้องขับเคลื่อนต่อไปว่า องค์ความรู้ที่จะถ่ายทอดจากคนที่มีความรู้ทำอย่างไรให้กระจายสู่กลุ่มอื่นในชุมชนได้มากที่สุด เพื่อส่งต่อการดูแลสุขภาพให้ทั่วถึงทุกพื้นที่...

(เจตน์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

2.4 ข้อเสนอแนะการเสริมสร้างความเข้มแข็งเพื่อให้เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนสามารถดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ/ประสิทธิผล

2.4.1 ควรปรับกฎระเบียบเงื่อนไขของการใช้งบประมาณให้ชัดเจนขึ้น เพื่อให้ อบต. สามารถใช้จ่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) ได้อย่างถูกต้อง และใช้งบประมาณอุปกรณ์อย่างพอเพียง ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...เรื่องงบประมาณ ระดับบนคนมีอำนาจ การจ้าง CG ออกกฎระเบียบอะไรก็ได้ให้ อบต. มีสิทธิจ้างได้อย่างถูกต้องเต็มที่ และใช้งบประมาณมาให้พอเพียง เพราะจริงๆ แล้วในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเตียงมันต้องใช้เงิน จะเป็นภาระของคนที่ยากจน เช่น ค่าแพมเพิส มันต้องใช้ อยากให้มีสนับสนุนมากเพียงพอ บางคนต้องกินอาหารปั่น ซึ่งต้องใช้เงิน หากผู้ดูแลผู้ป่วยไม่ได้ไปทำงานรับจ้างก็จะมีเงินซื้อ...

(พิมพา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

2.4.2 ค่าตอบแทนให้ผู้ที่เสียสละมาทำงานไม่ต้องมากแต่ควรจะมีบ้าง ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...ถ้ามีค่าตอบแทน ไม่ต้องมาก แต่ควรจะมีให้คนที่เสียสละบ้าง...

(ทองสุข นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

2.4.3 การพัฒนาศักยภาพ ความรู้ให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ความรู้บางอย่างที่ต้องการรู้เพิ่มเติมผู้ดูแลผู้สูงอายุจะแจ้ง ผอ.รพ.สต. จัดอบรมพัฒนาความรู้ให้ ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...ของเราเอง เรารู้เลยแหละ ศักยภาพคน ถ้าเราเหมือนลิ้ม เราไม่ได้เรียนสายตรงใช้ไหมคะ ถ้าเรารู้สึกไม่มั่นใจ เราจะแจ้ง ผอ.จัดอบรมเพิ่มศักยภาพความรู้ของตัวเอง...

(น้ำเพชร นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

2.4.4 การถ่ายทอดองค์ความรู้ให้แก่กลุ่มอาสาสมัครอื่นๆ ควรมีการถ่ายทอดส่งต่อองค์ความรู้จากบุคคลที่มีความชำนาญให้แก่กลุ่มอาสาสมัครอื่นๆ ที่มีความประสงค์จะเข้ามาดำเนินการช่วยเหลือกลุ่มจิตอาสา กลุ่มอาสาสมัครในหมู่บ้าน เพื่อให้ทราบถึงขั้นตอนหรือวิธีการ ต้องเสริมความรู้ขอแนะนำให้แก่เครือข่ายอื่นๆ เพื่อให้สามารถดูแลคนในชุมชน และยืนด้วยตัวเองได้ ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...การส่งต่อองค์ความรู้จากบุคคลที่มีความชำนาญให้กับกลุ่มอาสาสมัครอื่นๆ ที่มีความประสงค์จะเข้ามาดำเนินการช่วยเหลือ กลุ่มจิตอาสา กลุ่มอาสาสมัครในหมู่บ้าน เพียงแต่เขาอาจจะยังไม่รู้ขั้นตอนหรือวิธีการ ยังไม่มีความรู้มากพอที่จะทำเราต้องเป็นส่วนที่ไปเสริมขอแนะนำ ความรู้ให้กับเขา เพื่อให้ดูแลคนในชุมชนของเขาเองและจะยืนด้วยตัวของเขา คือ ทางรัฐวันหนึ่งอาจไม่ต้องสั่ง...

(เจตน์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

2.5 ปัจจัยและเงื่อนไขที่ช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.5.1 การทำให้เห็นว่าการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุเกิดผลดีจริง ซึ่งอาจจะต้องใช้เวลาสัก ระยะเวลา ต้องสร้างระบบให้ดี ทำด้วยความตั้งใจให้ชุมชนเห็นอย่างต่อเนื่อง เมื่อชุมชนเห็นว่าเกิดผลดีจริง จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...การทำให้เขาเห็นและเห็นว่ามันเป็นผลดีจริงๆ บางทีมันต้องใช้เวลาสักพักที่ต้อง ทำให้เขาเห็นว่ามันดีจริงๆ แต่ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนทุกจุดอยู่แล้ว มันเป็นเรื่อง ไม่ยากที่ชุมชนจะเห็น เพียงแต่สร้างระบบให้ดี แล้วทำด้วยความตั้งใจให้เขาเห็น ต่อเนื่อง เมื่อคนไข้ถูกส่งกลับ โทรประสานมา เราจะเข้าไปปรับปรุงบ้านให้เขา ไปดูแลให้เขา หาเตียงปรับระดับในการป้อนอาหาร เตียงที่สามารถอาบน้ำบน เตียงได้ เมื่อเขาว่าดีจริงๆ ก็จะมาร่วมกับเรา...

(พิมพา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

2.5.2 การสร้างค่านิยมที่ดีเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้เห็นความสำคัญ การสร้าง ค่านิยมว่าถ้าเครือข่ายสุขภาพชุมชนดูแลผู้สูงอายุดี ต่อไปจะมีคนมาดูแลเช่นกัน ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...ขึ้นอยู่กับตัวเขาว่าเห็นความสำคัญไหม หัวหน้าประชุมจะบอกว่าต่อไปก็เป็นเรา ถ้าเราดูแลเขาดี ต่อไปจะมีคนมาดูแลเรา สร้างค่านิยมให้เขา...

(ทองสุข นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

2.5.3 การปลูกฝังวัฒนธรรมที่ดีเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล หลักตอนหนึ่งว่า

...ถ้าเราดูแลเขาดีทำให้เด็กๆ เห็นว่าการดูแลเป็นการสร้างวัฒนธรรมปลูกฝัง เขาจะเห็นว่าถ้าดูแลปู่ย่าตายายดี สักวันหนึ่งถ้าเป็นเรา ลูกหลานก็จะดูแลเรา...

(ทองสุข นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

2.5.4 ชุมชนมีวัฒนธรรมช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...เป็นชุมชนที่มีระบบการช่วยเหลือเกื้อกูลกันอยู่แล้ว ต่างจากชุมชนเมือง

ที่อยู่บ้านใคร บ้านมัน อันนี้จะดูแลช่วยเหลือกันได้...

(ทองสุข นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

2.5.5 การทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุอย่างจริงจัง ทุ่มเทอย่างเต็มที่ เพื่อให้ชุมชนเห็นถึงความทุ่มเท ความจริงจัง จริงใจ โดยไม่หวังผลตอบแทน ชุมชนก็จะเข้ามามีส่วนร่วมและให้การสนับสนุน ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...ที่นี่เราไม่ต้องพูดเยอะ เราใช้การกระทำเราเยอะกว่า สิ่งที่เราไปพูดเขามองเห็นแล้วว่า กลุ่มของเรามีแต่ให้ เราไม่ได้หวังอะไร เราหวังว่าชุมชนได้อยู่อย่างถูกต้องปลอดภัยจากทุกอย่างที่เป็นภัย...

(น้ำเพชร นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

2.5.6 การทำให้ทุกคนมองเห็นคุณค่าของการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ ผู้นำบางคนมีผู้ป่วยติดเตียงอยู่ในบ้าน จะเห็นคุณค่าของสิ่งที่เครือข่ายทำด้วยความมุ่งมั่น จริงจัง จริงใจ และผู้ที่ได้รับประโยชน์ คือ ญาติกับผู้ป่วย ทำให้เกิดความร่วมมือ สนับสนุนการจัดตั้งกองทุนที่จะใช้แก้ปัญหา ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...เดี๋ยวนี้เรามีกองทุนแพมเพิลกองทุนละ 3,000 ต่อปี เพราะว่าผู้นำทุกคนจะมีญาติที่เป็นผู้ป่วยติดเตียงบ้าง แล้วเขาก็ปล่อยทิ้งเหมือนเมื่อก่อน พอมีทีมเรา เขาเล็งเห็นคุณค่าของกลุ่มนี้ คุณค่าของสิ่งที่หยิบยื่นให้ คนที่ได้รับเต็มๆ คือเขาและคนป่วย พอหมोजัดประชุมที่ เขิญเขามาฟังให้เข้าใจว่าที่เราต้องมีรูปแบบการดูแลอย่างนี้คือ เราห่างไกลชุมชน เราห่างไกลตัวเมือง ถ้าเราไม่มีจิตอาสาดูแลร่วมด้วย ไม่ใช่ว่าหมอไม่ทำงาน แต่ว่ามันจะไม่เร็วไม่ลึก ไม่เร็วเหมือนสิ่งที่เราทำ...

(น้ำเพชร นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

2.5.7 การทำงานร่วมกันอย่างกัลยาณมิตร ด้วยความจริงใจและความรัก ความผูกพันที่มีต่อพื้นที่และประชาชน การเปิดใจให้กว้าง เกื้อกูลซึ่งกันและกัน เพราะความเป็นกัลยาณมิตรกันทำให้ได้มีโอกาสทำงานร่วมกับเครือข่ายอื่นๆ ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...ความเป็นกัลยาณมิตรกันทำให้เราได้เจอเจอ ได้มีโอกาสทำงานร่วมกัน ต้องใจกว้าง มีความเอื้ออาทรต่อกัน เพราะถ้าเราไม่ใจกว้างกับเขา ถ้าวันนี้เราไม่ให้ความร่วมมือกับเขาเลย แล้วเราจะไปขอความร่วมมือจากคนอื่น คิดว่ายังไงก็คงไม่ได้ถามว่าทำไมพวกพี่ถึงไม่อยากย้ายไปจากที่นี้ทั้งที่มีแรงจูงใจอยากให้อำเภอสวยใจให้ไปเป็นสาธารณสุขอำเภอสวยใจหลายๆ พื้นที่ ทำไมเราต้องมาอยู่ที่ไกลที่สุดเพราะว่าเรารักที่นี่ ความรักทำให้เรากล้าที่จะทำงานมูมานะ เป็นความรักที่มันเกิดและส่งผลดีต่อกระบวนการทำงาน แต่เมื่อเราฝ่ายเดียวคงไม่สำเร็จ ต้องไปแตะมือเขาให้ได้ก่อน คิดว่างานมันจะง่ายขึ้น...

(ประทีป นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

2.5.8 การสื่อสารให้ชุมชนรับทราบข้อมูลและเข้าใจสภาพปัญหาของชุมชน รวมถึงผลเสียที่เกิดขึ้นต่อชุมชน สังคม และญาติพี่น้องว่าเป็นอย่างไร เมื่อชุมชนรับทราบปัญหา จะทำให้เกิดความต้องการที่จะแก้ปัญหา นอกจากนี้ ส่วนราชการต้องเป็นผู้นำในการดึงความร่วมมือจากคนในชุมชนให้มาช่วยแก้ไขปัญหานั้นหลังจากนั้นจะต้องสร้างความยั่งยืนให้ชุมชนยืนหยัดได้ด้วยตนเอง ภาครัฐค่อยเป็นผู้ให้การสนับสนุนทรัพยากรและให้คำชี้แนะ ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...เราต้องทำความเข้าใจกับคนในชุมชน เพื่อให้เข้าใจสภาพปัญหาว่าถ้ามีปัญหานี้อยู่จะส่งผลเสียต่อชุมชน สังคม ญาติพี่น้องอย่างไร หลังจากที่คนในชุมชนเห็นปัญหาแล้ว จะทำให้เกิดความต้องการที่จะแก้ปัญหา ในฐานะที่เป็นส่วนราชการต้องเป็นผู้นำในการดึงความร่วมมือจากคนในชุมชนให้มาช่วยดูแลแก้ไขปัญหานั้นหลังจากนั้นจะต้องสร้างความยั่งยืนให้ยืนหยัดได้ด้วยตนเอง โดยที่เราแค่มองข้างนอกถ้านำไปสู่จุดนั้นได้ถือว่าเป็นเรื่องที่ดี...

...ปัญหาเรื่องสุขภาพ อย่างแรกต้องทำให้คนในชุมชนตระหนักถึงเรื่องที่สำคัญมันจะส่งผลในระยะยาวต่อตัวเขาเองและคนในชุมชน รวมถึงสภาพสังคมในชุมชนของเขา ต้องสร้างการรับรู้ให้เกิดขึ้น แล้วทำยังไงก็ได้ให้เขามีความต้องการที่จะดูแลปัญหาพวกนี้ภายในชุมชน จะเป็นการพัฒนาที่ยั่งยืนที่สุด ส่วนกลาง ภาครัฐจะเป็นเพียงผู้ไปยึดความรู้ หยิบยื่นวัสดุอุปกรณ์ให้...

(เจตน์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

2.5.9 ทูทางสังคม ผู้อำนวยการ รพ.สต. และภรรยา ซึ่งทำงานอยู่ที่เดียวกัน เป็นบุคคลที่มี ทูทางสังคมสูง เนื่องจากเป็นคนดี ทำงานด้วยใจ ให้ใจกับชาวบ้าน ทำงานความมุ่งมั่น จริงจัง มีความ ซื่อสัตย์สุจริต มีความรับผิดชอบต่อส่วนรวม และทุ่มเทการทำงานเพื่อดูแลสุขภาพของประชาชนใน ชุมชนอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอมานานกว่า 30 ปี ทำให้เกิดความศรัทธา กำลังใจและความไว้วางใจของ ชุมชน จึงได้รับความร่วมมือและการสนับสนุนการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างดี นอกจากนี้ ตำบลกุดตาเพชร เป็นตำบลที่อยู่ไกลจากอำเภอลำสนธิถึง 38 กิโลเมตร ลักษณะสังคมยังคงเป็นสังคม ชนบท ความสัมพันธ์ของประชาชนยังคงมีความเอื้ออาทรต่อกัน มีความไว้วางใจกัน มีความห่วงใย และช่วยเหลือเกื้อกูลกัน จึงทำให้ง่ายต่อการชักชวนให้มาร่วมกันดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ ดังคำให้ สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...หมอแกอยู่ที่นี่ประมาณ 30 ปีแล้ว ก็เห็นหมอบริการดูแลเอาใจใส่ชาวบ้านมา ตลอด เวลาตรวจคัดกรองสุขภาพ ชาวบ้านคนไหนไม่มาตรวจ แกก็จะไปหาไป ตรวจให้ถึงบ้าน ก็เป็นลูกเกรงใจของชาวบ้าน ถ้าใครไม่มาแล้วอยู่ไร่อยู่นา แกก็ จะไปหาไปตรวจให้ถึงไร่เนา แกดูแลดีอย่างนี้มาตลอด บอกตรงๆ เวลาคัดกรอง ผมก็ไม่กล้าขาด เคยไม่มาแล้วแกไปตรวจให้ถึงบ้าน เกรงใจแก แกเป็นคนดี ชาวบ้านรักแก เวลาหมอขอความร่วมมือ ชาวบ้านจะเข้มาพร้อม ถ้าใครไม่มาจะเป็น เหมือนแคะตำเลยละครับ...

...ปัจจัยหลักเลย จนท.รพ.สต., ผอ.รพ.สต. และภรรยาทำงานด้วยหัวใจเพราะให้ ใจกับผู้นำ ให้ใจกับชาวบ้านทุกคน ก็เป็นลูกเกรงใจ พอทำไปมีผล มีการทำงาน มี กำลังใจ ทุกคนก็จะเข้มาพร้อม ถ้าไม่ให้ความร่วมมือก็จะเป็นแคะตำ ถ้าประชุมที่ ไม่ค่อยเข้าอันนั้น ไม่ค่อยอยากเข้าอันนี้ ไม่ค่อยอยากเข้าเพราะถ้าเข้มา 80- 90% แล้วที่เหลือ 1% ยังไงก็ต้องมา คือ หลักจริงๆ เลย จนท.รพ.สต.,ผอ.รพ.สต. และภรรยาเป็นคนที่ดีมากดีทุกด้าน...

(กฤษฎี นามสมมติ, สัมภาษณ์, 19 พฤษภาคม 2561)

...ที่นี้อยู่ไกลจากอำเภอลำสนธิ 38 กิโลเมตร สังคมของชาวบ้านยังคงเป็นสังคมชนบท ยังมีวัฒนธรรมเรื่องการเอื้ออาทร และห่วงใยกันอยู่ ถ้ามีคนป่วยในหมู่บ้านก็จะ ไปเยี่ยมยามถามข่าวกัน เวลาเราขอความร่วมมืออะไร เช่น การดูแลผู้สูงอายุ

ติดบ้าน ติดเตียง เขาสามารถเข้ามาร่วมกับเราได้เต็มที่ ยังมีความสามัคคีกันอยู่  
 ผิดกับสังคมเมืองนะ แค่ตำบลที่อยู่ในเขตตัวอำเภอ แค่ตำแหน่งประธานชมรม  
 ผู้สูงอายุ แย่งกันแล้ว ทะเลาะกันแล้ว...

(พิมพา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

2.6 ปัจจัยและเงื่อนไขที่ช่วยส่งเสริมการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนใน  
 การดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.6.1 การพัฒนาทักษะการฟังที่ดี (active listening) โดยการพัฒนาและฝึกทักษะ และ  
 ความสามารถด้านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และใช้การสื่อสารแบบสองทางให้แก่สมาชิกเครือข่าย ดังคำ  
 ให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...การพัฒนา ฝึกทักษะความสามารถการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และใช้การสื่อสาร  
 แบบสองทาง โดยนำ case ที่มีปัญหามาเป็นกรณีศึกษา พูดคุย แลกเปลี่ยน  
 เรียนรู้กัน บาง case ที่ไม่มีปัญหาจะนำความก้าวหน้ามาแล้วสู่กันฟัง...

(พิมพา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

2.6.2 การพัฒนาทักษะการสนทนาที่ดี (dialogue) โดยการพัฒนาและฝึกทักษะการ  
 สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นให้แก่สมาชิกเครือข่าย และถอดบทเรียนกรณีที่ทำแล้วทั้งที่ประสบ  
 ความสำเร็จและไม่ประสบความสำเร็จ ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...พัฒนาและมีการการพูดคุย การสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และเราต้องมี  
 การคืนข้อมูลสะท้อนกลับ ทั้งกรณี case ที่ทำสำเร็จและไม่สำเร็จ เพื่อใช้เป็น  
 บทเรียน...

(พิมพา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

2.6.3 การพัฒนาทักษะการปฏิบัติงาน (action) โดยการพัฒนา และฝึกทักษะการประเมินผล  
 การดำเนินงาน และการวิเคราะห์ผลที่ได้จากการประเมิน นำผลการวิเคราะห์มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน

นอกจากนี้ เครือข่ายสุขภาพชุมชนควรได้รับการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ฟื้นฟูความรู้  
อย่างต่อเนื่อง และฝึกทักษะการปฏิบัติจริงในชุมชน ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

...ต้องพัฒนาความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุให้เขา ให้เขาฝึกทักษะการประเมินผล  
และวิเคราะห์ผลการประเมิน แลกเปลี่ยนเรียนรู้กันพัฒนาการดำเนินงาน และ  
ลองฝึกปฏิบัติจริงในชุมชน...

(พิมพา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2561)

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสังเกตทั้งแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม และ  
การสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยได้นำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์ เพื่อหาคำประกอบของการมีส่วนร่วม  
และการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการ  
ดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยพิจารณาประเด็นในภาพรวม ซึ่งได้ข้อสรุป  
องค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ ประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนใน  
การดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 1.1) การก่อเกิด 1.2) การ  
กำหนดบทบาทหน้าที่ 1.3) การมีส่วนร่วมจัดตั้งเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน 1.4) การมีส่วนร่วม  
บริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน 1.5) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพ  
ระดับชุมชน 1.6) กิจกรรมของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน และ 1.7) การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร  
2) การเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน ประกอบด้วย 2.1) การพัฒนาศักยภาพ  
ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2.2) การให้การศึกษา (Education) 2.3) การสนับสนุนทรัพยากร  
และ 2.4) การเสริมแรงในการทำงาน 3) ปัจจัยและเงื่อนไขของการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลัง  
อำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน ประกอบด้วย 3.1) ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health  
System) 3.2) ปัจจัยและเงื่อนไขที่ทำให้เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนสามารถดำเนินงานด้านการ  
ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ/ประสิทธิผล 3.3) ปัญหา / อุปสรรค  
ที่พบจากการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 3.4)  
ข้อเสนอแนะการเสริมสร้างความเข้มแข็งเพื่อให้เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนสามารถดำเนินงานด้าน  
การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ/ประสิทธิผล 2.5) ปัจจัยและ  
เงื่อนไข ที่ช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดำเนินงานด้านการดูแล  
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ 2.6) ปัจจัยและเงื่อนไข ที่ช่วยส่งเสริมการเสริมสร้างพลังอำนาจ  
เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รายละเอียดดัง  
ตาราง 4.2



**ตารางที่ 4.2** องค์ประกอบของการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การมีส่วนร่วมเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน	ข้อค้นพบ
1. การก่อเกิด	-เกิดจากความจำเป็นของพื้นที่ที่มีผู้สูงอายุ และผู้ป่วยติดเตียงมากขึ้น และเป็นวิวัฒนาการของความสัมพันธ์ของกลุ่มคนในชุมชนที่ต้องการทำงานดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน
2. การกำหนดบทบาทหน้าที่	- ระยะแรกยังไม่มีคำสั่งแต่งตั้งอย่างเป็นทางการ มีการแบ่งบทบาทหน้าที่ตามสายงาน และบูรณาการการทำงานให้สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่หลักของแต่ละภาคส่วน
3. การมีส่วนร่วมจัดตั้งเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน	- ผอ.รพ.สต. ประธานเครือข่ายในตำบลเข้าร่วมในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ การสนับสนุนงบประมาณ และเชื่อมโยงเครือข่าย รพช. สนับสนุนด้านวิชาการ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ชักชวนผู้นำชุมชนเข้ามาช่วยหาอุปกรณ์ วัสดุทรัพยากร แรงงานช่างฝีมือ และงบประมาณดำเนินการ
4. การมีส่วนร่วมบริหารเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน	- ด้านการวางแผน (กำหนดวิสัยทัศน์ ภารกิจ เป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ การตัดสินใจ การวางกฎระเบียบ กิจกรรม และวิธีการทำงาน) -ด้านการจัดองค์กร (โครงสร้างเครือข่าย บทบาทหน้าที่ และการประสานงานภายในเครือข่าย) -ด้านการชี้นำ (ภาวะผู้นำ, แรงจูงใจในการทำงาน, การประสานงาน, และการติดต่อสื่อสาร) -ด้านการควบคุม (การติดตาม การตรวจสอบการประเมินผล การปฏิบัติงาน)
5. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน	- การมีส่วนร่วมในการให้/รับรู้ข้อมูลข่าวสารหรือรับรู้ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ - การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหา และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาผู้สูงอายุ - การมีส่วนร่วมค้นหาสาเหตุของปัญหาผู้สูงอายุ - การมีส่วนร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุ -การมีส่วนร่วมในการประเมินผล -การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์
การเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน	ข้อค้นพบ
1. การพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มี	- การพัฒนาความสามารถในการแก้ไขปัญหา

การมีส่วนร่วมเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน	ข้อค้นพบ
ภาวะพึ่งพิง	<ul style="list-style-type: none"> <li>-การสร้างความสามารถในการสื่อสาร</li> <li>-การสร้างทักษะความเป็นผู้นำ</li> <li>-การสร้างความสามารถในการจัดการและควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อม</li> <li>-การสร้างเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง</li> </ul>
2. การให้การศึกษา (Education)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดการเรียนการสอนที่เน้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม               <ul style="list-style-type: none"> <li>-การพัฒนาทักษะการฟังที่ดี (การอบรมให้ความรู้และการบอกและเล่าประสบการณ์การ, นำข้อมูลผู้ป่วยที่มีปัญหา มาเป็นกรณีศึกษา, การประชุมโดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย, การจดบันทึกและอ่านบททวน)</li> <li>-การพัฒนาทักษะการสนทนาที่ดี (การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน, การสนทนาแลกเปลี่ยนข้อมูล)</li> <li>-การพัฒนาทักษะการปฏิบัติงาน (การประเมินผลการดำเนินงาน, สะท้อนผลการปฏิบัติงาน)</li> </ul> </li> <li>-การฝึกอบรม มี 2 รูปแบบ คือ การอบรมตามหลักสูตรมาตรฐาน และการเสนอประเด็นที่อยากเรียนรู้เพิ่มเติม</li> </ul>
3. การสนับสนุนทรัพยากร	<ul style="list-style-type: none"> <li>-การได้รับการสนับสนุนทรัพยากร (เงิน สิ่งของ อุปกรณ์ และการให้กำลังใจ) ทั้งจากภาครัฐและภาคเอกชน</li> </ul>
4. การเสริมแรงในการทำงาน	<ul style="list-style-type: none"> <li>-การได้รับการยอมรับและชื่นชมการปฏิบัติงานจากหน่วยงานอื่นและตัวผู้ป่วยและญาติ และประชาชนทั่วไป ทำให้มีกำลังใจ และรู้สึกว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นงานที่มีคุณค่า</li> </ul>
5. การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร	<ul style="list-style-type: none"> <li>-แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการศึกษาดูงาน</li> <li>-ประชุมแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับหน่วยงานในอำเภอ</li> <li>-แลกเปลี่ยนข้อมูลทางโทรศัพท์ หรือ Line</li> </ul>
ปัจจัยและเงื่อนไขการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ข้อค้นพบ
1. ระบบสุขภาพระดับอำเภอ(District Health System)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-การมีทีมงานที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (Unity District Health Team) (กำหนดโครงสร้างการทำงาน, กำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ, การประชุมร่วมกันทั้งแบบเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ, นำข้อมูลปัญหาสุขภาพมาวิเคราะห์และทำแผน, จัดทำโครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพ และติดตามประเมินผลการดำเนินงาน)</li> </ul>



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

การมีส่วนร่วมเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน	ข้อค้นพบ
	<ul style="list-style-type: none"> <li>-การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development) (ด้านบุคลากร, ด้านงบประมาณ,ด้านเครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์,ด้านความรู้,ด้านเทคโนโลยี และด้านฐานข้อมูล)</li> <li>-ทรัพยากรจากภาครัฐ <ul style="list-style-type: none"> <li>-การระดมทุนจากภายนอก</li> <li>-การบริหารจัดการด้านการแบ่งปันทรัพยากร</li> <li>-การจัดตั้งทีมสหวิชาชีพ</li> <li>-การบริหารจัดการด้านการพัฒนาบุคลากร</li> <li>-การติดตามนิเทศงาน</li> </ul> </li> <li>-การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential care)</li> <li>-การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชน Community participation) <ul style="list-style-type: none"> <li>-การมีส่วนร่วมในการให้/รับรู้ข้อมูลข่าวสารหรือรับรู้ปัญหาสุขภาพ</li> <li>-มีส่วนร่วมค้นหาปัญหาและจัดลำดับความสำคัญ</li> <li>-มีส่วนร่วมค้นหาสาเหตุของปัญหา</li> <li>-มีส่วนร่วมกำหนดวิธีการแก้ปัญหา</li> <li>-มีส่วนร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหา</li> <li>-มีส่วนร่วมในการประเมินผล</li> <li>-มีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์</li> </ul> </li> <li>การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (Appreciation and Quality) <ul style="list-style-type: none"> <li>-รู้สึกพึงพอใจกับงานดูแลผู้สูงอายุ</li> <li>-ประชาชน/ผู้รับบริการเห็นคุณค่าและชื่นชมการทำงาน</li> <li>-รู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่าที่ได้ทำงานดูแลผู้สูงอายุ</li> <li>-รู้สึกว่างานดูแลผู้สูงอายุเป็นงานที่มีคุณค่า</li> <li>-ชื่นชมการปฏิบัติงานของเครือข่าย</li> </ul> </li> </ul>
<p>2. ปัจจัยและเงื่อนไขที่ทำให้เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนสามารถดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ/ประสิทธิผล</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-พลังใจของชาวบ้าน และการส่งเสริมการทำกิจกรรมหลายๆอย่างร่วมกัน</li> <li>-จากการบูรณาการจากหลาย ๆ ภาคส่วน</li> <li>-การทำอย่างต่อเนื่อง และการให้ความร่วมมือจากเครือข่าย</li> </ul>



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / recv: 06082562 15:28:18 / seq: 7

การมีส่วนร่วมเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน	ข้อค้นพบ
	<p>ต่างๆ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-ความร่วมมือที่เกิดจากการเรียนรู้ของชุมชนเอง</li> <li>-ความจริงใจ ตั้งใจและทำอย่างจริงจังต่อเนื่อง</li> <li>-จิตวิญญาณการทำงานในสายวิชาชีพ</li> <li>-ทำงานจนเกิดผลสัมฤทธิ์</li> <li>-ต้องมีใจที่จะทำงาน</li> <li>-ดำเนินกิจกรรมอย่างบูรณาการสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่หลักของแต่ละภาคส่วน</li> </ul>
<p>3. ปัญหา / อุปสรรคที่พบจากการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- วัสดุอุปกรณ์ที่จะใช้ดูแลผู้สูงอายุไม่เพียงพอ</li> <li>- ผู้ป่วยและญาติบางบ้านไม่ให้ความร่วมมือ</li> <li>- ภาวะเปียกการใช้งบประมาณกองทุนสุขภาพตำบล และกองทุน LTC ไม่ชัดเจน</li> <li>- บุคลากรที่มีความรู้ยังไม่กระจายอยู่ในทุกชุมชน</li> </ul>
<p>4. ข้อเสนอแนะการเสริมสร้างความเข้มแข็งเพื่อให้เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนสามารถดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ/ประสิทธิผล</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ควรปรับภาวะเปียกเงินของค่าใช้จ่ายประมาณให้ชัดเจนขึ้น</li> <li>- มีค่าตอบแทนให้ผู้ที่เสียสละมาทำงาน</li> <li>- พัฒนาศักยภาพ ความรู้ให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) อย่างต่อเนื่อง</li> <li>- การถ่ายทอดองค์ความรู้ให้กับกลุ่มอาสาสมัครอื่นๆ</li> </ul>
<p>5. ปัจจัยและเงื่อนไขที่ช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การทำให้เห็นว่าการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุเกิดผลดีจริงๆ</li> <li>- การสร้างค่านิยมที่ดีเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ</li> <li>- การปลูกฝังวัฒนธรรมที่ดีเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ</li> <li>- ชุมชนมีวัฒนธรรมช่วยเหลือเกื้อกูลกัน</li> <li>- การทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุอย่างจริงจัง ทุ่มเทอย่างเต็มที่</li> <li>- การทำให้ทุกคนมองเห็นคุณค่าของการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ</li> <li>- การทำงานร่วมกันอย่างกัลยาณมิตร</li> <li>- การสื่อสารให้ชุมชนรับทราบข้อมูล และเข้าใจสภาพปัญหาของชุมชน</li> <li>- ทุนทางสังคม</li> </ul>
<p>6. ปัจจัยและเงื่อนไขที่ช่วยส่งเสริมการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพัฒนาทักษะการฟังที่ดี (active listening)</li> <li>- การพัฒนา/ฝึกทักษะ และความสามารถด้านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้</li> <li>- ใช้การสื่อสารแบบสองทาง</li> </ul>



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / recv: 06082562 15:28:18 / seq: 7

การมีส่วนร่วมเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน	ข้อค้นพบ
	<p>การพัฒนาทักษะการสนทนาที่ดี (dialogue)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-การพัฒนา/ฝึกทักษะการสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นให้แก่สมาชิกเครือข่าย</li> <li>-ถอดบทเรียนกรณีที่ทำแล้วทั้งที่ประสบความสำเร็จและไม่ประสบความสำเร็จ</li> </ul>
	<p>การพัฒนาทักษะการปฏิบัติงาน (action)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-การพัฒนา/ฝึกทักษะการประเมินผลการดำเนินงาน และการวิเคราะห์ผลที่ได้จากการประเมิน นำผลการวิเคราะห์มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน</li> <li>-เครือข่ายสุขภาพชุมชนควรได้รับการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ที่เน้นความรู้อย่างต่อเนื่อง</li> <li>-ฝึกทักษะการปฏิบัติจริงในชุมชน</li> </ul>



395274695

### 3. การมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพ การดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลหนองหัวฟาน อำเภอก ขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา

3.1 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชนระดับชุมชน ตำบลหนองหัวฟาน  
อำเภอกขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา

#### 3.1.1 ข้อมูลทั่วไปของพื้นที่

ตำบลหนองหัวฟาน มี 9 หมู่บ้าน เดิมเป็นหมู่บ้านในสังกัดตำบลเมืองนาท มีทั้งหมด  
13 หมู่บ้าน ต่อมาเมื่อปี พ.ศ. 2536 ได้แยกจากตำบลเมืองนาท มาตั้งเป็นตำบลหนองหัวฟาน อยู่ห่าง  
จากอำเภอกขามสะแกแสง ทางทิศตะวันออกเฉียงเหนือ (ตามถนนสาย ขามสะแกแสง - คง)  
ระยะทาง 16 กิโลเมตร อยู่ห่างจากจังหวัดนครราชสีมา 66 กิโลเมตร มีหมู่บ้านที่แยกออกมาจาก  
ตำบลเมืองนาท 8 หมู่บ้าน คือ บ้านหนองปรือ, บ้านโนนบ้านนา, บ้านโคกคูขาด, บ้านโนนมะเกลือ,  
บ้านดอนทะยิง, บ้านหินตั้ง, บ้านหนองหัวฟาน, บ้านหนองโจด และหมู่บ้านที่ตั้งใหม่ คือ บ้านโนนสามัคคี  
รวมเป็นทั้งหมด 9 หมู่บ้าน กำนันตำบลหนองหัวฟานคนแรก คือ นายยัง เกิดพันธุ์วัฒน์ ปัจจุบัน  
หมู่บ้านที่แยกไปสังกัดเทศบาลมี บ้านหนองหัวฟาน, บ้านดอนทะยิง, บ้านหินตั้ง และจาก ตำบลเมือง  
นาท 2 หมู่บ้าน คือ บ้านเมืองนาท และบ้านตลุงหว่า (พื้นที่ 5.5 ตร.กม.) ยังคงเหลือหมู่บ้านที่สังกัด  
องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) คือ บ้านโนนมะเกลือ, บ้านโนนบ้านนา, บ้านหนองปรือ บ้านหนองโจด  
, และบ้านโนนสามัคคี ตำบลหนองหัวฟาน เป็น 1 ใน 7 ตำบลของอำเภอกขามสะแกแสง จังหวัด  
นครราชสีมา ซึ่งเดิมเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในรูปแบบสุขาภิบาลซึ่งอยู่ในเขตการปกครองของ  
อำเภอกขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา ต่อมาได้ยกฐานะตามพระราชบัญญัติเปลี่ยนแปลงฐานะ  
ของสุขาภิบาลเป็นเทศบาล พ.ศ. 2542 ประกาศในพระราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 166 ตอนที่ 9 ก วันที่  
24 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2542 มีผลทำให้สุขาภิบาลหนองหัวฟาน ยกฐานะเป็นเทศบาลตำบลหนองหัวฟาน

#### อาณาเขต

ทิศเหนือ	ติดต่อกับ บ้านหนองบัว ต.หนองบัว อ.คง จ.นครราชสีมา
ทิศใต้	ติดต่อกับ ต.เมืองนาท อ.ขามสะแกแสง จ.นครราชสีมา
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับ ต.โนนเต็ง อ.คง จ.นครราชสีมา
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับ ต.เมืองเกษตร อ.ขามสะแกแสง จ.นครราชสีมา



395274695

CU Thesais 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

## แผนที่ตำบลหนองหัวฟาน



ภาพที่ 4.1 แผนที่ตำบลหนองหัวฟาน

## พื้นที่การปกครอง

เทศบาล	1	แห่ง
อบต.	1	แห่ง
บ้านในเขตรับผิดชอบ	9	หมู่บ้าน
เขตเทศบาล	3	หมู่บ้าน
(*หมู่บ้านรับผิดชอบในเขตเทศบาล)		
เขต อบต.	6	หมู่บ้าน
จำนวนหลังคาเรือน	1,686	หลังคาเรือน
ประชากร	6,352	คน

### ลักษณะภูมิประเทศ

ลักษณะภูมิประเทศโดยทั่วไปเป็นพื้นที่ราบสูง สภาพดินเป็นดินร่วนปนทราย ลักษณะอากาศเป็นแบบร้อนแห้งแล้ง ฝนทิ้งช่วง และลมแรงในฤดูร้อน ไม่มีแหล่งน้ำธรรมชาติขนาดใหญ่มีเพียงหนองน้ำธรรมชาติ ซึ่งไม่เพียงพอต่อการเกษตร เป็นพื้นที่ที่ขาดแคลนน้ำ แหล่งน้ำธรรมชาติที่สำคัญในพื้นที่ไม่สามารถที่จะเก็บกักน้ำไว้ใช้ได้ตลอดทั้งปี ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพด้านการเกษตร ได้แก่ การทำนาข้าว การทำไร่พริก และการเลี้ยงปศุสัตว์ เป็นต้น

### ลักษณะภูมิอากาศ

จากข้อมูลของสถานีอุตุนิยมวิทยาจังหวัดนครราชสีมา สภาพภูมิอากาศอำเภอขามสะแกแสง เป็นแบบมรสุมเมืองร้อน แบ่งเป็น 3 ฤดู คือ

ฤดูร้อน เริ่มตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ ถึงเดือนพฤษภาคม ของทุกปี โดยปกติจะมีอุณหภูมิเฉลี่ยสูงที่สุดในเดือนเมษายน คือ ประมาณ 39.7 องศาเซลเซียส

ฤดูฝน เริ่มตั้งแต่ปลายเดือน พฤษภาคม ถึงเดือน ตุลาคม ของทุกปี ช่วงที่ฝนตกมากที่สุดประมาณกลางเดือนสิงหาคม – ตุลาคม ระยะเวลานี้จะได้รับอิทธิพลจากลมมรสุมตะวันตกเฉียงใต้พัดผ่าน ส่วนใหญ่ฝนไม่ตกตามฤดูกาล

ฤดูหนาว เริ่มตั้งแต่ปลายเดือนพฤศจิกายน ถึงเดือนกุมภาพันธ์ ของทุกปี ระยะเวลานี้จะได้รับอิทธิพลจากลมมรสุมตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเป็นลมหนาวและแห้งพัดมาจากประเทศจีน เดือนธันวาคม เป็นเดือนที่มีอุณหภูมิต่ำสุด คือ ประมาณ 14.7 องศาเซลเซียส

### ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ

สภาพทางด้านเศรษฐกิจของตำบลหนองหัวพาน ประชากรส่วนใหญ่มีรายได้หลักจากการประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทำนาข้าว แต่มักจะประสบกับปัญหาฝนแล้ง ทำให้ผลผลิตตกต่ำและได้รับความเสียหาย มีจุดซื้อ-ขาย ที่สำคัญ คือ ตลาดเทศบาลหนองหัวพาน และตลาดเทศบาลคง และมีรายได้รอง มาจากการรับจ้างในโรงงานเส้นไหม ปลูกผักสวนครัวขายในตลาด

### เกษตรกรรม

พื้นที่ใช้ในการเกษตร ทำนาข้าวคิดเป็นพื้นที่ประมาณ 80 % นอกนั้นจะเป็นพื้นที่อยู่อาศัย หลังฤดูเก็บเกี่ยวจะปลูกผักสวนครัวไว้บริโภคในครัวเรือน และเป็นรายได้เสริม

### ด้านการปศุสัตว์

ส่วนใหญ่จะเลี้ยงสัตว์ไว้สำหรับการบริโภค เช่น สัตว์ปีก และเป็นรายได้เสริมในครัวเรือน เช่น เลี้ยงวัว สุกร การรับจ้างและใช้แรงงานในพื้นที่เป็นการรับจ้างในโรงงานเส้นไหม และรับมาทำที่บ้าน รับจ้างก่อสร้างในจังหวัดและนอกพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา โรงงานอุตสาหกรรมในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล

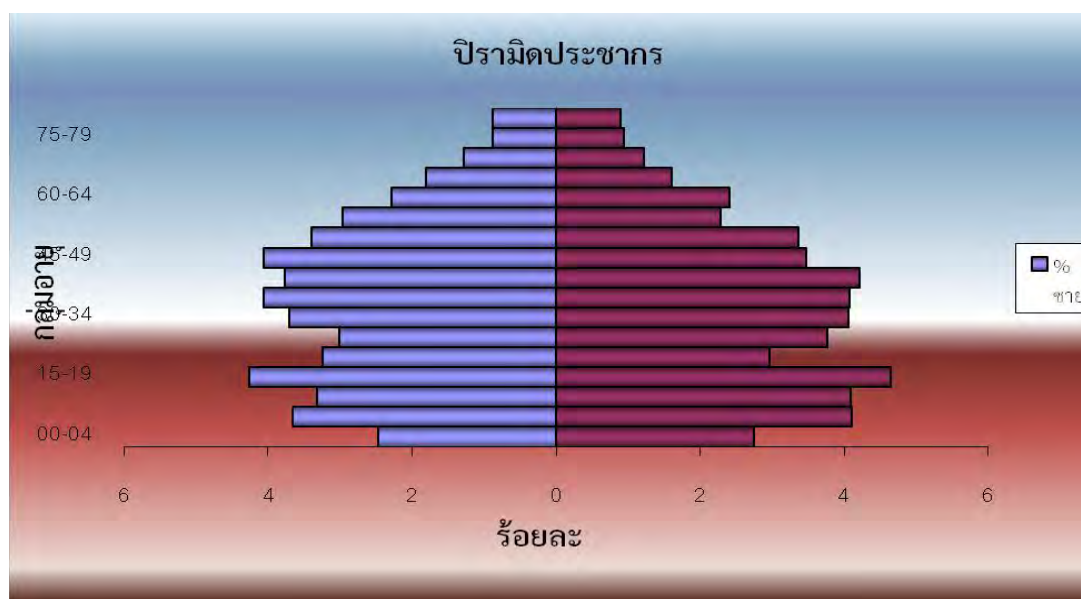


## การคมนาคม

การคมนาคมระหว่างหมู่บ้านไม่มีรถประจำทางวิ่งผ่านจะใช้รถจักรยานยนต์ รถยนต์ ในการเดินทางมารับบริการที่มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหัวฟาน ระยะเวลาเดินทางจาก หมู่บ้านที่ไกลสุดมายังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหัวฟาน ไม่เกิน 30 นาที

ตารางที่ 4.3 จำนวนประชากร จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ

กลุ่มอายุ	เพศชาย	เพศหญิง	รวม
0-1	43	40	83
1-4	117	133	250
5-9	183	183	366
10-14	232	238	470
15-19	283	235	518
20-24	182	174	356
25-29	168	186	354
30-34	166	165	331
35-39	224	294	518
40-44	260	243	503
45-49	224	258	482
50-54	245	250	495
55-59	198	226	424
60-64	152	174	326
65-69	149	137	286
70-74	94	112	206
75-79	85	90	175
80-85	58	89	147
85 ขึ้นไป	35	27	62
<b>รวม</b>	<b>3,098</b>	<b>3,254</b>	<b>6,352</b>



ภาพที่ 4.2 ปิรามิดประชากร

ที่มา: รายงานจำนวนประชากรในเขตพื้นที่ตำบลหนองหัวฟาน อำเภอขามสะแกแสง  
จังหวัดนครราชสีมา ณ กันยายน 2561

ตารางที่ 4.4 แสดงจำนวนหลังคาเรือนและประชากร จำแนกตามหมู่บ้าน

ชื่อหมู่บ้าน	หมู่ที่	จำนวน หลังคาเรือน	ประชากร		รวม
			ชาย	หญิง	
บ้านหนองปรือ	1	98	161	174	335
บ้านโนนมะเกลือ	2	254	521	540	1061
บ้านดอนทะยิง	3	198	368	356	724
บ้านหินตั้ง	4	197	364	314	678
บ้านหนองหัวฟาน	5	483	826	896	1722
บ้านโคกคูขาด	6	128	244	286	530
บ้านหนองโจด	7	145	301	325	626
บ้านโนนบ้านนา	8	85	157	166	323
บ้านโนนสามัคคี	9	98	168	189	353
<b>รวม</b>	<b>1,686</b>	<b>3,106</b>	<b>3,246</b>	<b>6,352</b>	<b>รวม</b>

**ตารางที่ 4.5** ทรัพยากรจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ชื่อหมู่บ้าน	หมู่ที่	จำนวนหลังคาเรือน	จำนวน อสม.
บ้านหนองปรือ	1	98	8
บ้านโนนมะเกลือ	2	254	22
บ้านดอนทะยง	3	198	16
บ้านหินตั้ง	4	197	17
บ้านหนองหัวฟาน	5	483	38
บ้านโคกคูขาด	6	128	14
บ้านหนองโจด	7	145	13
บ้านโนนบ้านนา	8	85	11
บ้านโนนสามัคคี	9	98	10
รวม		1,686	148

**ตารางที่ 4.6** แสดงจำนวนนักเรียน จำแนกตามโรงเรียนในพื้นที่ตำบลหนองหัวฟาน

ชื่อโรงเรียน	นักเรียน		รวม
	ชาย	หญิง	
โรงเรียนหนองปรือ	18	19	37
โรงเรียนโนนมะเกลือ	50	41	91
โรงเรียนบ้านหนองโจด	41	41	82
โรงเรียนเทศบาลหนองหัวฟาน	176	164	340
โรงเรียนชุมชนหนองหัวฟาน	218	211	429
รวม	504	475	979



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / recv: 06082562 15:28:18 / seq: 7

ตารางที่ 4.7 แสดงจำนวนภิกษุ จำแนกตามวัดในพื้นที่ตำบลหนองหัวฟาน

ชื่อวัด	หมู่ที่	จำนวนภิกษุ	จำนวนชี	จำนวนสามเณร
วัดหนองปรือ	1	1	-	-
วัดโนนมะเกลือ	2	4	-	-
วัดหนองหัวฟาน	5	10	-	-
วัดโคกคูขาด	6	3	-	-
วัดหนองโจด	7	3	-	-
วัดโนนบ้านนา	8	4	-	-
<b>รวม</b>		<b>25</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

3.1.2 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพพระดับชุมชน ตำบลหนองหัวฟาน อำเภอ  
ขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา ในการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับ  
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

#### 3.1.2.1 การก่อเกิดของเครือข่าย

เครือข่ายสุขภาพพระดับชุมชนตำบลหนองหัวฟาน มีอยู่มาแล้ว ประมาณ 5 ปี  
แต่ไม่ได้เป็นรูปร่าง จะเป็นวัฒนธรรม และสังคมในชนบทที่มีความเอื้ออาทรกัน เป็นการดูแลตาม  
วัฒนธรรมไม่ได้มีการมาตั้งคณะกรรมการที่เป็นลายลักษณ์อักษร เมื่อมีคนแก่ คนเจ็บ คนป่วย ก็จะมี  
การดูแลกันโดยอัตโนมัติ เครือข่ายไม่ได้ตั้งว่าใครเป็นประธาน ใครเป็นรองประธาน ระบบชนบทถึง  
เวลามีปัญหาเรื่องสุขภาพ ก็จะประสานผู้นำ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่  
สาธารณสุข เพื่อให้การดูแล ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...มีอยู่มาแล้ว ประมาณ 5 ปีได้ แต่จะไม่ได้เป็นรูปร่างลักษณะ มันอยู่ที่สังคม  
ชนบทของเรามันเป็นการดูแลโดยปริยายไม่ได้มีการมาตั้งคณะกรรมการอะไร  
ที่เป็นลายลักษณ์อักษร ในเมื่อมีคนแก่ คนเจ็บ คนป่วย เราก็มีการดูแลกัน  
โดยอัตโนมัติไปเลย แต่ก็ไม่ได้ขนาดมาตั้งว่าใครเป็นประธาน ใครเป็นรองประธาน  
ระบบชนบท ถึงเวลามีปัญหาเรื่องสุขภาพของคนที่เรารับผิดชอบก็จะประสาน  
ผู้นำ ประสาน อสม. ประสานคุณหมอมันจะเป็นรูปแบบนี้...

(ณัชชา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 8 มิถุนายน 2561)

... ประมาณ 5 ปี (พ.ศ. 2556) ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน เป็นการดูแลตามหน้าที่  
ไม่ได้มีการตั้งคณะกรรมการที่เป็นลายลักษณ์อักษร ไม่มีการกำหนดผู้เป็นประธาน  
เป็นรองประธาน จะประสานงานการดำเนินการกับ อสม. และหมอจาก  
โรงพยาบาล...

(มะลิ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 12 มิถุนายน 2561)

### 3.1.2.2 การกำหนดบทบาทหน้าที่

เครือข่ายสุขภาพพระดั่งชุมชนช่วยสนับสนุนการทำกิจกรรมด้านสาธารณสุข  
ทั้งเรื่องป้องกัน 7 สี ผู้สูงอายุหรือการทำงานในระดับชุมชน สมาชิกเครือข่ายครอบครัวกลุ่มที่อยู่ใน  
พื้นที่ ไม่ว่าจะเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.), ผู้สูงอายุ, พระสงฆ์ จิตอาสา และมี  
ผู้ป่วยที่หายป่วยแล้วมาทำหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.), ส่วนท้องถิ่นจะมี  
นายกฯ และสมาชิก อบต. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็ร่วมเป็นสมาชิกเครือข่ายด้วย การออกแบบ  
กำหนดภาระหน้าที่ จะเริ่มจากให้สมาชิกรู้สึกว่าเป็นปัญหา ก่อน และก็เข้ามามีส่วนร่วมเป็นเจ้าของ  
เมื่อร่วมเป็นเจ้าของแล้วก็กำหนดหน้าที่ว่าแต่ละกลุ่มจะทำอะไร เช่น อสม. ได้รับการอบรมเรื่องการ  
เจาะเลือดคัดกรองโรคเบาหวาน เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วยไม่ต้องมารอนานก็ไปเจาะเลือด  
ล่วงหน้า 1-2 วัน นายก อบต. นอกจากเรื่องงบประมาณที่สนับสนุน ถ้ามีการนัดตรวจผู้ป่วยเรื้อรังก็  
จะมีอาหารเช้าและสนับสนุนอุปกรณ์ต่างๆ กลุ่มพระสงฆ์มีบทบาทให้ความรู้ทางจิตใจส่งเสริม  
สุขภาพจิตให้กลุ่มผู้ป่วยต่างๆ ส่วนกลุ่มจิตอาสาจะทำหน้าที่เยี่ยมผู้ป่วย การส่งเสริมสุขภาพจิต และ  
ช่วยระดมทุนมาดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ จะมีกลุ่มครู และนักเรียนเข้ามาร่วมด้วย ส่วนเรื่องกำหนด  
บทบาทหน้าที่ของสมาชิกนั้น ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องการให้ความรู้กับเครือข่ายเกี่ยวกับการดูแล  
ผู้สูงอายุ เรื่องการกิน การป้อนอาหาร ระบบขับถ่าย และเรื่องทั่วไป ช่วยตรวจ ช่วยวัดชีพจรและวัด  
อุณหภูมิร่างกายผู้สูงอายุ เป็นฝ่ายประชาสัมพันธ์โครงการ และร่วมพิจารณางบประมาณจากเทศบาล  
อีกทั้ง ยังทำหน้าที่ในการประสานงานการช่วยเหลือ เช่น พกอุปกรณ์ เรื่องเตียง ชุดทำแผล สิ่งไหนที่  
มีก็จะสนับสนุนให้ผู้ป่วย แต่ถ้าไม่มีก็จะประสานโรงพยาบาลเพื่อขอการสนับสนุน ผู้สูงอายุรายใดมี  
อาการซับซ้อน มีภาวะแทรกซ้อน ก็จะประสานกับทีมสหวิชาชีพลงเยี่ยม นอกจากนี้ ยังทำหน้าที่  
ประสานกับท้องถิ่นเรื่องการขอเบี้ยยังชีพผู้พิการ ซึ่งท้องถิ่นก็จะดูแลเป็นอย่างดี อำนวยความสะดวก  
พาผู้พิการไปตรวจที่โรงพยาบาล แต่ถ้าต้องเจอหมอเฉพาะทางก็จะพาไปที่โรงพยาบาลมหาราช พอได้  
หลักฐานมาแล้วท้องถิ่นจะรวบรวมไปจดทะเบียนให้ที่ศาลากลางจังหวัด ตั้งค่าให้สัมภาษณ์ของผู้ให้  
ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

...เครือข่ายจะช่วยในการสนับสนุนงานทั้งดูแลป้องกัน 7 สี ผู้สูงอายุหรือการทำงานในระดับชุมชน เป็นการทำงานร่วมกันของทุกกลุ่มว่าจะเป็น อสม เป็นเครือข่ายหลักผู้สูงอายุ พระสงฆ์ จิตอาสา และมีโมเดลที่ใช้ผู้ป่วยที่ป่วยแล้วหายมาเป็น อสม.แล้วก็ท้องถิ่นจะมีบทบาทมาก นายกฯ และสมาชิก อบต. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เราใช้คำว่าให้มาออกแบบ หมายถึง ให้มากำหนดภาระหน้าที่แต่ละส่วนว่าจะเข้ามาช่วยได้อย่างไร ให้เขารู้สึกว่าเห็นปัญหา ก่อน และก็เข้ามามีส่วนร่วมเป็นเจ้าของ แล้วร่วมกันออกแบบว่าจะทำอย่างไร เช่น อสม. ได้รับอบรมเรื่องการเจาะเลือด ก็ทำหน้าที่เจาะเลือดผู้ป่วยเบาหวาน เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วยไม่ต้องมารอนาน ต้องไปเจาะล่วงหน้า 1-2 วัน ท่านนายก อบต. นอกจากสนับสนุนงบประมาณ ถ้ามีการนัดตรวจผู้ป่วยเรื้อรัง ก็จะมีอาหารเข้า อุปกรณ์ต่างๆ กลุ่มพระสงฆ์ก็จะมีมาให้ความรู้การส่งเสริมสุขภาพจิต ให้กลุ่มผู้ป่วยต่างๆ ส่วนจิตอาสาที่นี้จะเกิดหลังเขา แต่ท่านก็ได้จัดตั้งจิตอาสา ก่อนที่จะมีจิตอาสาระดับประเทศ ทำหน้าที่ไปเยี่ยมเคส ไปส่งเสริมสุขภาพจิต และหาทุนมาดูแลนักเรียนในโรงเรียน ครู หมดแล้วเขาจะคิดครอบคลุม เอาทุกกลุ่มมาเอามา ออกแบบว่าจะทำอะไร จะมีส่วนสนับสนุนตรงไหน ให้เขามีส่วนรับรู้เป็นเจ้าของไม่อย่างนั้นเขาจะคิดว่ามันจะไม่สำเร็จ ตรงนี้เป็นส่วนสำคัญ...

(กานต์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

...ตั้งแต่เรื่องการให้ความรู้ เครือข่ายยังไม่มีความรู้หรือมีจุดบกพร่องตรงไหน เราก็เติมเต็มว่าดูแลผู้สูงอายุในเรื่องการกิน การป้อนอาหาร เรื่องระบบขับถ่าย เรื่องต่างๆไป ว่าจะต้องดูแลแบบไหน เรื่องการประสานงานขาดเหลือพวกอุปกรณ์ เรื่องเตียง ชุดทำแผล อันไหนที่พอจะ Support ได้เราก็ Support ถ้า Support ไม่ได้เราก็จะประสานโรงพยาบาลว่ามีเตียงให้ไหม มีอะไรที่พอจะช่วยเหลือได้ ก็ช่วยเหลือ เช่น ผู้สูงอายุคนนี้ต้องการคนดูแลนอกจากหมออนามัย เราก็เป็นตัวเชื่อมในการประสานกับทีมสหวิชาชีพ รวมถึงเรื่องการขอเบี้ยยังชีพผู้พิการเราก็ประสานกับท้องถิ่น ซึ่งท้องถิ่นก็จะดูแลเป็นอย่างดี อำนาจความสะดวกพาไปตรวจที่โรงพยาบาล แต่ถ้าต้องเจอหมอเฉพาะทางก็จะพาไปที่มหาราช พอได้หลักฐานมาแล้วท้องถิ่นก็จะรวบรวมไปจดทะเบียนให้ที่ศาลากลางให้...

(ณัชชา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 8 มิถุนายน 2561)

...ช่วยตรวจช่วยวัดชีพจรและวัดอุณหภูมิร่างกายผู้สูงอายุ เป็นฝ่ายประชาสัมพันธ์  
โครงการ และร่วมพิจารณางบประมาณจากเทศบาล...

(มะลิ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 12 มิถุนายน 2561)

3.1.2.3 การมีส่วนร่วมจัดตั้งเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มี  
ภาวะพึ่งพิง ระยะแรกๆ ระดับชุมชนการจัดตั้งเครือข่ายยังไม่เป็นรูปร่าง จะเป็นการช่วยเหลือกันตาม  
วิถีชีวิตของคนในชุมชนชนบท เริ่มเป็นรูปเป็นร่างจริงๆ ตอนที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก  
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งจะมีข้อกำหนดว่าต้องมีคณะกรรมการ ทั้งในส่วน  
ของท้องถิ่น ท้องที่ ภาคประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเจ้าหน้าที่  
สาธารณสุข ผอ.รพ.สต. จึงประสานเครือข่ายเข้ามาร่วมเป็นคณะกรรมการ จนกระทั่งเริ่มเป็นรูปเป็น  
ร่างจริงจึง ปี 2560 ได้รับงบประมาณจากส่วนท้องถิ่น จากเทศบาล และอบต. โดยปกติก่อนหน้านี้  
อสม. ผู้นำชุมชน จะดูแลกันตามสังคมและวัฒนธรรมของคนชนบทอยู่แล้ว คือ ไม่ทอดทิ้งกัน  
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะเป็นตัวเชื่อมเป็นตัวเติมเต็ม ประกอบกับมีนโยบายระบบสุขภาพอำเภอ  
(District Health System: DHS) ผู้บริหารก็เห็นความสำคัญทำให้การทำงานร่วมกันเป็นรูปเป็นร่าง  
ขึ้น ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...ระดับชุมชนแต่ก่อนมันยังไม่เป็นรูปร่าง ก็จะมีวิถีชีวิตของคนในชุมชน ชนบท  
นี่แหละ มาเป็นรูปเป็นร่างจริงๆ ก็ตอนที่ได้รับงบจาก สปสช. อันนั้นเหมือนเป็น  
การบังคับว่าจะต้องทำ มันจะต้องมีคณะกรรมการมีส่วนไหน ท้องถิ่น ท้องที่  
ประชาชน อสม. สมาชิก ผอ. จึงประสานเข้ามาร่วม ส่วนทางเรา ที่ได้จริงจึงเป็น  
รูปร่างลักษณะเป็น Pattern ปี 60 ได้รับงบประมาณจากส่วนท้องถิ่นจาก  
เทศบาลด้วย จาก อบต. ด้วย...

(ณัชชา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 8 มิถุนายน 2561)

...มันเหมือนว่า อสม. เขาก็ดูแลกันอยู่แล้ว ผู้นำก็ดูแลกันอยู่แล้ว ก็คือไม่ทอดทิ้ง  
กันดูแลกันอยู่แล้ว เราก็เป็นตัวเชื่อมเป็นตัวเติมเต็ม แล้วพอประกอบกับมี DHS  
เข้ามา ผู้บริหารเบื้องบนก็เห็นความสำคัญมันก็เลยทำงานร่วมกันเป็นรูปเป็นร่าง  
ขึ้นมา คือ นโยบายก็ชัด พื้นฐานที่เราเคยทำอยู่เดิมไม่ชัดเจนมันก็ชัดขึ้น...

(จันทร์เจ้า นามสมมติ, สัมภาษณ์, 8 มิถุนายน 2561)

### 3.1.2.3 การมีส่วนร่วมบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

#### 3.1.2.3.1 ด้านการวางแผน (กำหนดวิสัยทัศน์ ภารกิจ เป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ การตัดสินใจ การวางกฎระเบียบ กิจกรรม และวิธีการทำงาน)

เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน มีการสร้างปรัชญาการทำงานร่วมกันว่า “ชาวขามสะแกแสงไม่ทอดทิ้งกัน” เป็นปรัชญาที่เข้าใจง่าย เกิดจากเครือข่ายได้ไปดูแลผู้ป่วยติดเตียง สังเกตเห็นว่าทุกคนร่วมแรงร่วมใจกัน แม้การทำกิจกรรมจะมีค่าใช้จ่ายทุกคนก็ช่วยกัน ทำจากสิ่งที่ยากได้ ไม่ใช่ทำจากมาตรฐาน หรือมีใครให้สมัครทำเรื่องจิตอาสา ทำจากของจริง ต้องการที่จะช่วยเหลือคนในชุมชน ซึ่งสมาชิกเครือข่ายยึดมั่นในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ และผู้พิการในพื้นที่ ทุกภาคส่วนจะร่วมกันออกเยี่ยม ปรับปรุงครัวเรือน ทำห้องน้ำ ไปดูแลผู้พิการ จากคนที่เคยพิการก็กลายเป็นคนที่ออกสังคมไปไหนมาไหนได้ช่วยเหลือคนอื่นๆ ต่อไปได้อีก นอกจากนี้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะมีส่วนร่วมในการวางแผนว่าคนป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลมาจะฟื้นฟูให้กลับมาเป็นปกติได้ดียิ่งขึ้นหรือผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองได้ก็ส่งเสริมให้ไม่กลับมาเป็นคนป่วยอีก โดยก่อนที่จะทำแผนงาน/โครงการต่างๆ เจ้าหน้าที่จะออกไปประชาคมร่วมกับท้องถิ่น โดยมีหัวหน้าส่วนในตำบลออกไปร่วมด้วย จะมีการคืนข้อมูลสถานการณ์ด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ว่ามีปัญหาอะไร และร่วมกันตั้งปัญหาออกมา กำหนดเป้าหมายร่วมกันว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีสุขภาพดีจะส่งเสริมให้มีสุขภาพแข็งแรงไปเรื่อยๆ มีอายุยืนยาว ไม่เจ็บป่วย โดยใช้โรงเรียนผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางการทำกิจกรรมทุกวันพุธ ส่วนกลุ่มติดบ้าน ก็ชักชวนออกมาร่วมกิจกรรม กลุ่มติดเตียงจะมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Give: CG) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ติดตามเยี่ยมบ้าน ซึ่งวิธีการกำหนดกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ ทุกคนจะร่วมกันคิด ปัจจุบัน ประธานชมรมผู้สูงอายุ ดำรงตำแหน่งรองนายกเทศมนตรี เป็นอดีตผู้อำนวยการของโรงเรียนที่เกษียณอายุราชการแล้ว ค่อยๆ ก้าบการดำเนินงาน ให้ข้อเสนอแนะกิจกรรมที่จะดำเนินการ และประสานงานการจัดประชุม เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และมีความเสียสละ สามารถมองงานออกว่าต้องทำอะไรบ้าง จะมีการประชุมให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุในวันที่มารับเบี้ยผู้สูงอายุ ใช้งบประมาณของเทศบาล โดยมีวิทยากรจากหน่วยงานภายนอกมาร่วมกันสอน เช่น เรื่องสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ การตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ มีพระสงฆ์มาเทศน์ ช่วงนี้พระเข้าปริวาสกรรมก็จะไปทำบุญกัน นอกจากนี้ ยังได้ร่วมกันกำหนดกิจกรรมที่จะทำใน



แต่ละเดือน ชมรมผู้สูงอายุเขตเทศบาลก็จะเข้มแข็ง สามารถมองงานออกทำให้ทำงานได้ง่าย ดั่งคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

...ผมใช้คำว่าปรีชญา “ชาวขามสะแกแสงไม่ทอดทิ้งกัน” คือ เราลงไปดู Case ตึบบ้านติดเตียง เราก็จะเห็นว่าเรามีครอบครัวกัน การเดินกิจกรรมมันก็มีค่าใช้จ่ายเราก็จะรวมกันมาทำ ทำจากสิ่งที่เราอยากได้ ไม่ใช่ทำจากมาตรฐาน หรือใครให้เราสมัครทำเรื่องจิตอาสา เราทำจากของจริง ต้องการช่วยเหลือคนในชุมชนมันเป็นปรีชญาที่เข้าใจง่ายเอาไปต่อยอดได้...

(ติณณ์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

...ปรีชญา “ขามสะแกแสงไม่ทอดทิ้งกัน” เราออกไปเยี่ยม แล้วทุกภาคส่วนก็ออกไป ไปทำห้องน้ำ ไปทำอะไรให้ผู้พิการ จากคนที่เคยพิการก็กลายเป็นคนที่ ออก ลังคมไปไหนมาไหนได้ช่วยเหลือคนอื่น ๆ ต่อไปได้อีก...

... การมีส่วนร่วมก็เหมือนว่าเราด้วยกันวางแผนว่าจะต้องทำอะไรคนที่ออกจากโรงพยาบาลมาจะฟื้นฟูให้กลับมาเป็นปกติได้ดียิ่งขึ้นหรือคนที่ช่วยเหลือตัวเองได้ก็ส่งเสริมให้เขาช่วยเหลือไม่กลับมาเป็นคนป่วย...

(มะลิ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 12 มิถุนายน 2561)

...ก่อนที่จะทำแผนพีก็ออกไปประชุมร่วมกับท้องถิ่น โดยชวนหัวหน้าส่วนในตำบลออกไป ไปคืนข้อมูลให้เขาว่าในตำบลของเรามีปัญหาอะไร เขาก็จะ Force ปัญหาขึ้นมา มันไม่ถึงกับกำหนดวิสัยทัศน์เป็นลายลักษณ์อักษร แต่มีจุดมุ่งหมายร่วมกันว่า คนที่สุขภาพดีจะส่งเสริมให้อยู่ดีมีแรงไปเรื่อยๆ มีอายุยืนยาวอย่าเจ็บอย่าป่วยเลย โดยมีโรงเรียนผู้สูงอายุ ในส่วนของผู้สูงอายุที่ดี ทุกวันพุธ วิทยากรจากตำบล ก็มีนักเรียนมาเรียนอันนี้ในส่วนของเทศบาล ส่วนคนที่ติดบ้าน ก็ให้คนชวนเขาออกมาทำกิจกรรม มี อสม. เยี่ยมบ้าน ติดเตียงก็จะมี CG ติดตามเยี่ยมดูแล CG ส่วนใหญ่ของที่นี่ก็จะเป็น อสม. ด้วยความพร้อมหลายๆ อย่าง ความรู้



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

เดิม ความเสียสละ อะไรอย่างนี้...

(จันทร์เจ้า นามสมมติ, สัมภาษณ์, 8 มิถุนายน 2561)

...ร่วมกันคิด ประธานชมรมผู้สูงอายุ ท่านเป็นผู้มีความรู้ เขาก็มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบสามารถ Run งานผู้สูงอายุไปเยอะมาก คือ บางที่เขา ตอนนี้อาจจะนัดคุยกัน มันน่าจะปรับอะไรแบบนี้ แกเป็นผู้อำนวยการของโรงเรียนที่เกษียณมาแล้วเป็นตำแหน่งของรองนายก เหมือนความรู้ ความเสียสละกันได้ การมองงานก็จะออก ช่วงนี้ประชุมทีก็จะเอาผู้สูงอายุแต่ละหมู่บ้าน ของบประมาณของเทศบาลในการจัดให้ความรู้กลุ่มใหญ่ ส่วนใหญ่ในวันที่เขาปรับเบี้ยผู้สูงอายุวิทยากรจากข้างนอกจะมาให้ความรู้สิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุมีอะไรบ้าง เชิญหมอมามาตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ เดือนนี้มีพระเทศน์เดือนหน้าเราจะมีกิจกรรมอะไรกันดี กลุ่มผู้สูงอายุ เวลาทำงานมีการอะไรเขาก็จะชอบแสดงออก ช่วงนี้พระเข้าปริวาส ก็จะไปทำบุญกัน ส่วนใหญ่ในเขตเทศบาลก็จะเข้มแข็ง เขาสามารถมองงานออกทำให้เราสบายใจไปเพราะหนึ่ง...

(ณัชชา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 8 มิถุนายน 2561)

3.1.2.3.2 ด้านการจัดองค์กร (โครงสร้างเครือข่าย บทบาทหน้าที่ และการประสานงานภายในเครือข่าย)

เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนตำบลหนองหัวฟาน ไม่มีคำสั่งการแต่งตั้งคณะกรรมการที่เป็นทางการ แต่มีการกำหนดโครงสร้าง และบทบาทหน้าที่ โดยเชิญประธานชมรมผู้สูงอายุแต่ละหมู่บ้านมาปรึกษาหารือว่าจะให้ใครเป็นประธาน ทุกคนจะร่วมกันออกเสียงลงคะแนนคัดเลือกประธาน ส่วนผู้ที่พูดเก่งประสานงานเก่งก็จะคัดเลือกให้เป็นประชาสัมพันธ์ หรือให้เป็นเหรียญกิตติมศักดิ์ของแต่ละคนร่วมกันคัดเลือกเพื่อทำบทบาทหน้าที่ แต่ส่วนใหญ่ก็จะช่วยกันทำช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ส่วนหน่วยงานในพื้นที่ที่เข้าร่วมดำเนินงาน จะพูดคุยกันอย่างไม่เป็นทางการ จะมีการบูรณาการการทำงานให้สอดคล้องกับหน้าที่หลักของแต่ละหน่วยงาน เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะมีส่วนร่วมในการประสานการสนับสนุนงบประมาณจากท้องถิ่น หรือหน่วยที่พอจะสนับสนุน

งบประมาณให้ได้ มีการเรียไ้ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือกลุ่มชาวบ้าน มาสมทบ ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...ก็ช่วยกันเสนอควรจะมีบทบาทอะไรบ้าง ขาดเหลืออะไรก็เสริมกันขึ้นมา ทั้งนี้ก็ไม่ได้ตัดขาดว่าแต่ละคนมีหน้าที่เท่านี้ เราจะช่วยเหลือเกื้อกูลกัน”  
 “เวลาประชุมเราคุยจะกันทุกเรื่อง เชิญประธานแต่ละหมู่บ้านมาปรึกษาหารือว่าจะให้ใครเป็นประธานดี เขาก็โหวตให้คนนี้เป็นประธาน คนนี้คุยเก่งกว่านี้ ประสานงานเก่งให้เป็นประชาสัมพันธ์ให้เป็นเหรียญิก ขอให้สมาชิกแต่ละคนเลือกตั้งขึ้นมา สำหรับทำบทบาทหน้าที่...

(ณัชชา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 8 มิถุนายน 2561)

...เราไม่มีคำสั่งการแต่งตั้งว่าใครเป็นอะไร แต่การแบ่งหน้าที่จะคุยกันอย่างไม่เป็นทางการ จะมีการบูรณาการการทำงานให้สอดคล้องกับหน้าที่หลักของแต่ละหน่วยงาน เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะมีส่วนร่วมในเรื่องของงบประมาณแล้วก็ประสานกับท้องถิ่น หรือหน่วยที่พอจะใช้งบประมาณเราได้ หรือแม้แต่การเรียไ้ในกลุ่มของอสม ในกลุ่มของชาวบ้านเองที่มาช่วย คือ ทุกที่ที่จะหาได้...

(สุรศักดิ์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 15 มิถุนายน 2561)

3.1.2.3.3 ด้านการชี้แนะ (ภาวะผู้นำ, แรงจูงใจในการทำงาน, การประสานงาน และการติดต่อสื่อสาร) ประกอบด้วย

3.1.2.3.3.1 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำเภอและสาธารณสุขอำเภอในฐานะที่เป็นผู้น้องควรต้องรักกันจริง มีความจริงใจและมีความเป็นหนึ่งเดียวกันในการที่จะดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจะส่งผลถึงหน่วยงานในฝั่งปฐมภูมิ หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งเป็นผู้ได้บังคับบัญชาของสาธารณสุขอำเภอ จะมองเห็นและให้เกียรติฝั่งทุติยภูมิ หรือฝั่งโรงพยาบาล ส่วนบุคลากรในโรงพยาบาล จะเห็นว่าผู้อำนวยการโรงพยาบาลให้ความสำคัญกับงานปฐมภูมิ และสนับสนุน ก็จะทำให้ความร่วมมือในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุก้าวร่วมกับบุคลากรของสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) และ รพ.สต. ซึ่งจะช่วยขจัดอุปสรรค ซึ่งบางครั้งหากผู้นำทั้งสองไม่มีความชัดเจนของนโยบาย และไม่มีความเป็นหนึ่งเดียวกัน การประสานการทำงานระหว่างผู้ปฏิบัติทั้ง

สองจะเกิดปัญหาและขาดประสิทธิภาพ เช่น ไม่อยากให้ทรัพยากร หรือให้ความร่วมมือกันในการทำงานอย่างเต็มที่ แต่ถ้าผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ บอกว่าเต็มที่ นี่ก็คือจุดเริ่มต้นของพลังในการทำงาน ผู้นำโรงพยาบาล กับผู้นำฝั่งปฐมภูมิ ต้องเป็นหนึ่งเดียวกัน อย่างจริงใจ ร่วมไม้ร่วมมือกันในการสื่อสาร ทั้งภาษากาย หรือวาจา หรือการกระทำ เข้านอก ออกใน ไปมาหาสู่ มันเป็นการสื่อสารที่ทรงพลัง ให้ผู้ปฏิบัติฝั่งปฐมภูมิและฝั่งโรงพยาบาล รู้ว่าผู้นำทั้ง 2 ฝั่งร่วมมือกันจริง ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

...ผมเป็นผู้นำในฐานะผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำเภอ ผมก็มองเห็นผู้นำร่วมในฝั่งสาธารณสุขอำเภอ ซึ่งถือว่าเป็นผู้นำวงในหรือว่าชั้นในสุด ชั้นนิวเคลียส ถ้าพูดภาษาชาวบ้าน คือ เราต้องรักกันจริง เพื่อเป็นหนึ่งเดียว ไม่ใช่หนึ่งเดียวแบบวาทะกรรม หลายที่บอกว่า สายงานโรงพยาบาล สายงานสาธารณสุข ที่ดูแลรพ.สต. นั้น ต้องเป็นหนึ่งเดียวกัน แต่มันเป็นวาทะกรรม แต่สิ่งที่ท่านสาธารณสุขอำเภอ ได้แสดงออกกับผม หรือผมแสดงออกกับท่านสาธารณสุขอำเภอขณะนั้น เราเป็นหนึ่งเดียวกันจริงๆ ส่งผลถึงหน่วยงานในฝั่งปฐมภูมิ เขาก็จะมองเห็นว่าให้เกียรติฝั่งทุติยภูมิ หรือฝั่งโรงพยาบาล ในส่วนลูกน้องผม ประมาณสองร้อยกว่าชีวิตนั้น จะเห็นว่าผู้นำให้ความสำคัญกับงานปฐมภูมิ และสนับสนุน เพราะฉะนั้นมันจะช่วยขจัดขัดป่วนอุปสรรค ซึ่งบางครั้งผู้ตามอาจจะผิดคิวกัน หรือไม่อยากให้ทรัพยากร ไม่อยากสนับสนุนอะไร แต่เมื่อมองไปยังผู้นำ ผู้นำบอกว่าเต็มที่ อันนี้คือจุดเริ่มต้น ผู้นำโรงพยาบาล กับผู้นำฝั่งปฐมภูมิก็เป็นหนึ่งเดียวกันอย่างจริงใจ ร่วมไม้ร่วมมือกันในการสื่อสาร ซึ่งภาษากาย หรือวาจา หรือการกระทำ เข้านอก ออกใน ไปมาหาสู่ เป็นการสื่อสารที่ทรงพลัง บอกให้รู้ว่าผู้นำ 2 ฝั่งร่วมมือกันจริง...

(ติณณ์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

3.1.2.3.3.2 การให้บริการอย่างมีคุณภาพ สร้างความประทับใจให้ประชาชน และเครือข่าย เช่น มีผู้นำในพื้นที่มาใช้บริการ ต้องให้เกียรติ ให้บริการ ให้ความสะดวกกับคนเหล่านั้น ผลที่ได้ คือ ความประทับใจ ซื่อใจกัน มันคือการสร้างเครือข่าย ผู้นำต้องส่งสัญญาณให้ผู้ตามรู้ว่า เรื่องนี้มันเป็นเรื่องสำคัญในการสร้างภาคีเครือข่าย เป็นการใช้งบประมาณ การสร้างเครือข่าย ต่อไปจะเอางานอะไรมาเติมก็ง่าย เช่น Long term Care หรือ NCD ปังปอง จราจร 7 สี ก็จะได้รับความร่วมมือ ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...มีผู้นำในพื้นที่มาใช้บริการ ผมก็ส่งสัญญาณว่าให้เกียรติ แล้วให้บริการ ให้ความสะดวกกับท่านเหล่านั้น ผลที่ได้คือความประทับใจ ซื่อใจกัน ตรงนี้มันคือการสร้างเครือข่าย และมันเป็นการสัญญาณให้ผู้ตามรู้ว่า เรื่องนี้มันเป็นเรื่องสำคัญในการสร้างภาคีเครือข่าย ต่อไปเป็น Issue ของเนื้อ จะเอาเนื้อหาอะไรมาเติมใช้บาร์มีทำ ใช้ผลพลอยได้จากการสร้างเครือข่าย เช่น เรื่อง Long term Care หรือ NCD ปิงปอง 7 ลีจรรยา ก็จะได้รับความร่วมมือ ผมเปิดประเด็นในเรื่องของการออกแบบ หรือการมองเห็น ในฐานะของผู้นำในพื้นที่ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในภาคีเครือข่าย ผมให้ความสำคัญกับการนำอย่างสูงมาก...

(ดิฉัน นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

3.1.2.3.3 การให้ความร่วมมือ การสื่อสาร และการประสานงานกับประชาชนชน และผู้นำของหน่วยงานภายนอกเพื่อให้ได้ใจ ได้รับความร่วมมือจากประชาชน และหน่วยงานต่างๆ เช่น ที่ว่าการอำเภอ ผู้นำท้องที่ ท้องถิ่น รวมถึงประชาชนทั่วไป ตั้งแต่ระดับอำเภอลงไปถึงระดับตำบล เป็นการเชื่อมขององค์กรที่อยู่นอกสายงานกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งการเชื่อมจะมีหลายเรื่อง หลายระดับ ทั้งในระดับผู้นำองค์กรและผู้ปฏิบัติ เช่น การให้บริการในโรงพยาบาล หรือรพ.สต. แก่ประชาชน หรือบุคลากรจากหน่วยงานต่างๆ อย่างมีคุณภาพ ด้วยจิตใจที่เอื้ออาทรอย่างเต็มที่ก็จะได้รับความร่วมมือ เมื่อไปดำเนินงานในชุมชน ผู้นำต้องตระหนักอยู่เสมอว่าถ้าเราต้องการความร่วมมือจากผู้อื่น เราต้องให้ความร่วมมือกับเขาก่อน เพราะเรากำลังจะขอความร่วมมือในการดูแล ไม่ว่า Long term care หรือคนไข้ติดเตียง หรือเบาหวาน ความดัน NCD พื้นผิวจรรยา ต้องอาศัยเครือข่ายทั้งหมด ดังนั้น ผู้นำต้องแสดงแก่ถึงความจริงใจ หรือจริงจัง ทั้งต่อหน่วยงานภายในและหน่วยงานภายนอกกระทรวงสาธารณสุขอำเภอ เวลาปฏิบัติงานต่างๆ ในระดับอำเภอ ต้องไปร่วมต้องทำจริงให้เขาเห็นว่า เราให้ความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ หรืองานตามปฏิทิน งานพระราชพิธี หรืองานที่เกิดจากเนื้อหาของกระทรวงต่างๆ เช่น งานของเกษตรที่เขาจัด ผลที่เกิดจากเราให้ความร่วมมือเขา เมื่อเราขอความร่วมมือก็จะเกิดภาคีเครือข่าย ซึ่งมันก็จะมีความสุขในฐานะการนำ ตลอดจนผู้ตาม เมื่อผู้นำส่งสัญญาณว่าเราเป็นมิตรกันทั้งในส่วนสาธารณสุขด้วยกัน หรือเป็นมิตรกันในภาคส่วนราชการท้องที่ ท้องถิ่น หรือองค์กรเอกชน หรือจิตอาสา หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

(อสม.) หรือแม้กระทั่งสายการเมือง สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนจังหวัด (สจ.) สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร (สส.) ให้เกียรติเขาด้วย สิ่งที่จะเกิดขึ้นตามมา คือ ผู้ตามมองเห็น ผู้นำก็จะให้การร่วมมือ ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...ผู้นำที่อยู่ในอำเภอ ซึ่งเป็นท้องที่กับท้องถิ่น ตั้งแต่ระดับอำเภอลงไปถึงระดับตำบล จะเป็นการเชื่อม Corporative ที่อยู่นอกสายงานกระทรวงสาธารณสุข การเชื่อมมันจะมีหลายเรื่อง ในส่วนของผมเองกับสาธารณสุขอำเภอ ก็เชื่อมในฐานะเป็นผู้นำองค์กร นอกนั้นก็จะเป็นในส่วนของ ผอ.รพ.สต. แล้วก็ทีมงาน ส่วนของผมที่ในโรงพยาบาล ผมเองก็จะ Awareness ถ้าเกษตรกรขอความร่วมมือหรือหน่วยงานท้องที่ในอำเภอ ผมจะส่งสัญญาณว่าเต็มที่ให้ความร่วมมือ เพราะเรากำลังจะขอความร่วมมือในการดูแล ไม่ว่าจะ Long term care หรือคนไข้ติดเตียง หรือเบาหวาน ความดัน NCD พื้นผิวจราจร ต้องอาศัยเครือข่ายทั้งหมดนั้น เพราะฉะนั้นผมเองก็ต้องแสดงออก เช่นเดียวกัน ตัวอย่างเช่น มีงานในระดับอำเภอ เราต้องไปร่วม ซึ่งลูกน้องหลายคน สงสัยว่า ผอ. ไปทำไม ไม่ได้เกี่ยวกับโรงพยาบาล สิ่งเหล่านี้ เราต้องทำจริงให้เขาเห็นว่า เราให้ความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ หรืองานตามปฏิทิน งานพระราชพิธี หรืองานที่เกิดจากเนื้อหาของกระทรวงต่างๆ เช่น งานของเกษตรกรเขาจัดอะไรเหล่านี้ หลังจากนั้นก็เกิดผลบรรลุว่า เมื่อเราขอความร่วมมือก็จะเกิดภาคีเครือข่าย มันก็จะมีความสุขในฐานะการนำ ตลอดจนผู้ตาม เมื่อผู้นำส่งสัญญาณว่าเราเป็นมิตรกันในส่วนสาธารณสุขด้วยกัน หรือเป็นมิตรกันในภาคส่วนราชการท้องที่ท้องถิ่น หรือ Non-government หรือจิตอาสา หรืออสม. หรือแม้แต่สายการเมือง สจ., สส. ให้เกียรติเขาด้วย สิ่งนี้มันก็เกิดผลว่า ผู้ตามมองเห็น ผู้นำ ก็จะให้การร่วมมือ...

(ดิฉันทน์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

3.1.2.3.3.4 ผู้นำต้องมีกระบวนการที่ศึ้น เจตคติที่ดีต่อการทำงาน มีแนวคิดการทำงานที่ลุ่มลึก จะส่งผลต่อความร่วมมือของเครือข่าย และความสำเร็จของงานที่สูงมาก ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...คำสั่งแต่งตั้ง เรามีกรรมการระดับอำเภอ ระดับตำบล ก็แสดงว่าเขาไม่เข้าใจ คำว่า Collaborative มันมีความลึกนอกจากกระดาษของคำว่ากรรมการ เพราะฉะนั้นน่าสนใจความลึกของคำว่า เรามีกรรมการ เรามี Body ของ Collaborative ดูแค่คำสั่งแต่งตั้งอาจจะใช่ หรือไม่ใช่ก็ได้ ถ้าผู้นำส่งสัญญาณว่าไม่ต้องไปร่วมมือกับเขาหรอก แต่ผู้นำกลับบอกว่าพื้นที่ของกระผมมีกรรมการนะครับ มีนี่นะครับ พอ Checklist ผ่านครับ แต่มันไม่ใช่ มันไม่เกิด ตรงนี้ที่บอกว่านโยบายเหมือนกันอะไรเหมือนกัน ความลึกของ Paradigm ของเจตคติ ซึ่งจะส่งผลต่อ Follower มีผลสูงมาก...

(ดิฉันทน์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

3.1.2.3.3.5 ผู้นำในระดับอำเภอ คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ชุมชนกับสาธารณสุขอำเภอมีความสำคัญอย่างยิ่ง ต้องมีกระบวนทัศน์ (Paradigm shift) ที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เพราะระบบงานสาธารณสุขระดับอำเภอจะส่งผลต่อระดับตำบล หากสาธารณสุขอำเภอ กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลคุยกันไม่รู้เรื่อง ถึงจะมีโครงสร้างการทำงาน มีคำสั่งคณะกรรมการ แต่ภายในลึกๆ ไม่คุยกัน ดีไม่ดีอาจจะสกัดงบประมาณกันอีก เพราะฉะนั้น ตัวกรอบการดำเนินงานนั้น แม้จะระบุเงื่อนไขว่า ต้องมีกรรมการ มีการประชุมจะทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ ซึ่งไม่จริงเสมอไป แม้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีการประชุม มีบันทึกการประชุม แต่การดำเนินงานไม่สำเร็จ ก็เพราะว่ากระบวนทัศน์ของผู้นำไปด้วยกันไม่ได้ เพราะฉะนั้น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนกับสาธารณสุขอำเภอต้องร่วมมือกันก่อนๆ ที่จะไปร่วมมือกับเครือข่าย เพราะงบประมาณของทั้ง CUP อยู่ที่โรงพยาบาล แล้วจึงค่อยปันส่วนลงมาที่ปทุมภูมิ หากผู้นำฝั่งโรงพยาบาลมองมุมต่างเท่านั้น ผลงาน Long term Care หรือแม้แต่ความสุขขององค์กรฝั่งปทุมภูมิก็ไม่ได้แล้ว เพราะพูดคุยกันไม่รู้เรื่อง ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

...ระบบงานสาธารณสุขในระดับอำเภอจะส่งผลต่อระดับตำบล Paradigm ของ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนกับสาธารณสุขอำเภอสำคัญมาก มีไม่น้อยที่สาธารณสุขอำเภอกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลคุยกันไม่รู้เรื่อง ต่อให้มีคำสั่งคณะกรรมการ ว่าชุดนั้นชุดนี้แต่ Innerลึกๆ ของเขาไม่คุยกัน ดีไม่ดีสกัดงบประมาณกันอีก นู่นนี่นั่นมีปัญหา เพราะฉะนั้นในตัวกรอบของ Official นั้นต่อ

ให้เขียนเงื่อนไขว่า ถ้ามีการมีการ มีการประชุมอะไรมันจะสำเร็จไม่จริงเสมอไป เขาก็ประชุม มีบันทึกให้หมด แต่ไม่สำเร็จ ก็เพราะว่า Paradigm ของผู้นำไปด้วยกันไม่ได้ แต่ผมจะบอกว่า ถ้า Paradigm ตรงกัน ต้องร่วมมือกัน สร้าง สองคนนี้ต้องร่วมมือกันก่อนๆ ที่จะไปร่วมมือกับเครือข่าย เพราะถามว่ามันมีผลอย่างไร เพราะงบประมาณของทั้ง CUP อยู่โรงพยาบาล แล้วค่อยขึ้นสวนลงมาที่ปฐมภูมิ มีผลจริงๆ แต่ผู้นำโรงพยาบาลมองมุมต่างเท่านั้น อย่าหวังว่าผลงานอะไรต่อมิอะไรหรือ Long term Care หรือความสุขขององค์กรก็ได้แล้วในฝั่งปฐมภูมิ แล้วก็จะเกิดการคุยกันคนละเผ่าพันธุ์ อะไรต่างๆ ส่งผลเยอะมาก...

(ดิฉัน นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

3.1.2.3.3.6 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ผอ.รพ.สต.) เป็นผู้นำที่มีภาวะผู้นำในเรื่องของความซื่อสัตย์ ความโปร่งใส เวลาทำโครงการอะไร จะเชิญนายก อบต./เทศบาลมาเปิดงาน เชิญคณะกรรมการกองทุนมาดูว่าทำได้โครงการจริงๆ และประชาชนได้ประโยชน์จริงๆ จะขอบคุณและยกย่องนายก อบต./เทศบาล ว่าเป็นผู้ที่มีวิสัยทัศน์ ให้ความสำคัญกับสุขภาพอนามัยของประชาชนในพื้นที่ และอนุมัติงบประมาณดำเนินงานตามโครงการ หลังเสร็จสิ้นการดำเนินงานตามโครงการ จะมีการสรุปผลการดำเนินงานทุกโครงการ ทำเป็นรูปเล่มให้คณะกรรมการกองทุนรับทราบ พร้อมทั้งนำเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการ เวลาประชุมในหมู่บ้านก็จะประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับทราบว่างบประมาณได้จากทางท้องถิ่น นอกจากนี้ การประสานงานและสื่อสารโครงการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care: LTC) จะใช้เวทีการประชุมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีการชี้แจงนโยบาย และแผนงาน/โครงการ และให้สมาชิกเสนอชื่อผู้ที่มีความสามารถที่จะทำหน้าที่ดูแล เรื่องการเขียนเอกสาร การเยี่ยม มีการถ่ายรูป มีการอบรม ใครมีความพร้อมก็สมัครใจเข้ามา ส่วนกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน จะแจ้งให้ทราบว่ามียุทธศาสตร์ที่จะทำงาน ประสานงานเรื่องผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีงบประมาณสนับสนุนจากท้องถิ่น เพื่อให้ช่วยดูแลอีกทางหนึ่ง ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...อาจจะเป็นความโปร่งใส คือ เวลาทำโครงการอะไร จะเชิญนายกมาเปิดงาน เชิญคณะกรรมการของกองทุนมาดูว่า เราได้ทำโครงการนี้จริงๆ แล้วก็ประชาชน



ได้ประโยชน์จริงๆ ก็จะประชาสัมพันธ์ว่า หมอไม่มีเงินในการที่จะทำงานหรือก  
แต่ด้วยความสำคัญ วิสัยทัศน์ของผู้บริหารได้อนุมัติในเรื่องการดูแลสุขภาพ  
ท้องถิ่นที่ดีให้ความสำคัญห่วงใยสุขภาพพี่น้องประชาชน เขาจะเจียดเงินตรงนี้  
ทั้งที่มันมีน้อยประมาณนี้ ความโปร่งใสของเรา พี่ก็จะสรุป ก่อนสิ้นปีงบประมาณ  
เป็นรูปเล่มไปว่าเงินที่เขาให้มาทำอะไรไปบ้างแล้วก็นำเสนอขึ้นจอให้เขาดูเลย  
ว่าโครงการนี้ทำอะไร คือ เคลียร์ตัวเองด้วย ว่าเราเอาเงินเขามาทำงานจริงๆและ  
เกิดประโยชน์กับพี่น้องจริงๆ ในการประชุมในหมู่บ้านก็จะบอกเขาตลอดว่า  
งบประมาณได้จากทางท้องถิ่น...

(ณัชชา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 8 มิถุนายน 2561)

...ตอนแรกก็เหมือนการประชุม อสม. ก็จะเล่านโยบายที่ไปที่มาว่า ในตำบลของเรา  
มีโครงการนี้ มีใครที่พร้อมจะดูแลตรงนี้บ้าง คือ ทุกวันนี้ อสม. ก็ทำอยู่แล้ว แต่อันนี้  
ต้องมีการเขียนเอกสาร มีการเยี่ยม มีการถ่ายรูป มีการอบรม ใครพร้อมก็สมัครใจ  
เข้ามา ในส่วนกำนันผู้ใหญ่บ้าน คือ เราก็จะแจ้งเขาเฉยๆ ว่า ตอนนี้เรามีกลุ่มนี้ที่  
จะทำงาน ประสานในเรื่องผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีงบประมาณผ่านทาง  
ท้องถิ่น เมื่อข้อมูลเหล่านี้หลุดบ้าง เขาก็จะช่วยเราเป็นหูเป็นตา...

(ไกล่รุ่ง นามสมมติ, สัมภาษณ์, 11 มิถุนายน 2561)

3.1.2.3.4 ด้านการควบคุม (การติดตาม การตรวจสอบ การประเมินผลการ  
ปฏิบัติงาน) เพื่อให้เครือข่ายสามารถดำเนินงานต่อไปได้อย่างถูกต้องตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

การดำเนินงานด้านการติดตามประเมินผล เจ้าหน้าที่จะ  
ประเมินผลการดำเนินงานทั้งตัวผู้ป่วย ญาติ และตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) โดยการ  
ออกเยี่ยมผู้ป่วยพร้อมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติว่าได้รับการดูแลที่  
ดีขึ้นมา มีกำลังใจดีขึ้นมา ในส่วนของผู้ดูแลผู้สูงอายุจะนัดคุยกันทุกเดือนทั้งที่เป็นทางการและไม่  
เป็นทางการ เช่น ทางโทรศัพท์ ทางกลุ่มไลน์ ถ้ามีปัญหาอะไรที่เขาตัดสินใจไม่ได้ เขาจะแจ้งมา  
หรือไม่ก็ส่งรูปมาให้ดูและขอคำปรึกษา ดึงคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักคนหนึ่งว่า

...ปกติที่ไปเยี่ยมเราก็จะออกไปด้วยอยู่แล้ว เราก็จะไปดูคนไข้ไปประเมินด้วยว่า  
 อย่างแรกที่เราเห็น คือ ความพึงพอใจของคนป่วยของญาติว่ามีคนมาเยี่ยมแล้ว  
 กำลังใจดีขึ้นมา การดูแลก็ดีขึ้นมากขึ้นกว่าที่ไม่มี ป่วยปละลอะเลยไปเลย  
 ก็ออกติดตามเยี่ยมประเมินผล ทั้งตัวคนป่วย ญาติ และตัว CG ทุกเดือน  
 เราจะนัดคุยกัน ทางการบ้างไม่ทางการบ้าง เราก็จะมีกลุ่มไลน์ของเรา  
 ถ้ามีปัญหาอะไรที่เขาตัดสินใจไม่ได้เขาก็จะแจ้ง มาบอกหรือว่าโทรศัพท์มา  
 เราก็ตอบเขาไป ส่งรูปมาว่าอย่างนั้นมันใช่ไหม...

(จันทร์เจ้า นามสมมติ, สัมภาษณ์, 8 มิถุนายน 2561)

3.1.2.4 มีส่วนร่วมในการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ  
 ที่มีภาวะพึ่งพิง

3.1.2.4.1 การมีส่วนร่วมในการให้/รับรู้ข้อมูลข่าวสารหรือรับรู้ปัญหา  
 สุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชน

การมีส่วนร่วมในการให้/รับรู้ข้อมูลข่าวสารหรือรับรู้ปัญหา  
 สุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชน จะได้มาจากการที่สมาชิกเครือข่ายไปติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทำให้ทราบว่า  
 ผู้ป่วยที่ดูแลมีอาการอย่างไร มีการประชุมเพื่อพูดคุยติดตามความก้าวหน้า และรับทราบปัญหาต่างๆ  
 ถ้าช่วงที่ไม่ได้ประชุมก็จะมีโทรศัพท์คุย หรือไลน์ (Line) มีการถ่ายรูปแล้วส่งให้ดู และรายงานว่า  
 ผู้ป่วยอาการเป็นอย่างไร สบายดีไหม คนนี้กินได้ ไม่มีแผล ไม่มีไข้ มีการรับรู้ข้อมูลจากหลายช่องทาง  
 ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...ก็จะได้จะเครือข่ายนี้แหละ ว่าคนไข้ที่ดูแลมีอาการอย่างไร ในการประชุมติดตาม  
 หรือถ้าช่วงที่ไม่ได้ประชุมก็โทรศัพท์ หรือ LINE บอกเป็นอย่างไร สบายดีไหม มันก็  
 จะต้องถ่ายรูป คือ เขาไปเยี่ยมก็จะถ่ายรูป รายงานคนนี้กินได้ ไม่มีแผล ไม่มีไข้  
 รับรู้ข้อมูลตรงนี้ ส่งมาทางช่องทางว่าคนไหนออกเยี่ยมคนไข้เป็นอย่างไร รายงาน  
 พวกเราก็จะรับรู้ทั้งหมด...

(ณัชชา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 8 มิถุนายน 2561)

### 3.1.2.4.2 การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

เครือข่ายสุขภาพจะมีการค้นหาปัญหาผู้ป่วยด้วยตัวเองตอนที่ออกไปเยี่ยมผู้ป่วย โดยวิเคราะห์จากอาการของผู้ป่วย ข้อมูลจากญาติ และข้อมูลที่ได้รับจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือบางครั้งญาติผู้ป่วยมารับบริการที่ รพ.สต. ก็จะพูดคุยซักถามข้อมูลต่างๆ จากนั้นนำข้อมูลมาคุยกันที่ รพ.สต. จัดลำดับความสำคัญว่าปัญหาใดรุนแรงมากน้อย ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

*... ค้นหาปัญหาก็คือ ด้วยตัวเองออกไปเยี่ยม การเยี่ยมก็จะได้อะไรเยอะเยาะ อาจจะเป็นญาติของคนไข้ Force เข้ามา หรือเป็น CG Force เข้ามา หรือ อสม. Force เข้ามา ลำดับความสำคัญของปัญหาว่าอันไหนมากน้อย ถ้าได้ปัญหามาก็มานั่งคุยกันใน รพ. สต. คนไข้เป็นแบบนี้ บางทีญาติเขามา มาขอไต่ถามไต่มาขอรับยาแทน ก็คุยกันแบบนี้...*

(จันทร์เจ้า นามสมมติ, สัมภาษณ์, 8 มิถุนายน 2561)

### 3.1.2.4.3 การมีส่วนร่วมค้นหาสาเหตุของปัญหา

การมีส่วนร่วมค้นหาสาเหตุของปัญหา จะใช้วิธีลงไปดูให้เห็นกับตาว่ามันเป็นอย่างไร สอบถามข้อมูลจากญาติ และข้อมูลจากเพื่อนบ้านที่อยู่ใกล้เคียง จากนั้นนำข้อมูลมาประมวลแล้ววิเคราะห์สาเหตุของปัญหาว่าจริงๆ แล้วมันเกิดจากอะไร แล้วจึงคิดหาวิธีให้การช่วยเหลือได้ถูกต้องถูกจุด ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

*...ลงไปดูให้เห็นกับตา ว่ามันเป็นอย่างไรแล้วก็พูดคุยกับญาติเขา บ้านใกล้เคียงก็นำมาประมวลผล บางทีญาติเขาไม่ถูกกันก็มี ก็หลายๆ อย่าง มาวิเคราะห์ว่าจริงๆ แล้วมันอาจจะเป็นแบบไหน อย่างไร ก็จะได้ให้การช่วยเหลือได้ถูกต้องถูกจุด...*

(ณัชชา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 8 มิถุนายน 2561)

### 3.1.2.4.4 การมีส่วนร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหา

เครือข่ายสุขภาพชุมชนตำบลหนองหัวพาน มีส่วนร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยจะเสนอแนวทางแก้ไขปัญหานั้นที่ประชุมเวทีทำแผนของกองทุนสุขภาพตำบล ในส่วนของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager: CM) จะมีส่วนร่วมในการเขียนแผนการดูแลผู้สูงอายุ (Care plan) และดำเนินการตามแผนร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG), อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.), ผู้นำชุมชน, ประชาชนในชุมชน แล้วแต่สภาพปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละคนที่ต้องแก้ไข สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดวิธีการ และร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าว การนำแนวทางไปปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาร่วมกันในระบบทีมงาน ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

...เราใช้ประชุมเวทีทำแผนของกองทุนสุขภาพตำบล เพื่อค้นหาปัญหา วิเคราะห์สาเหตุ และร่วมกันกำหนดกิจกรรมแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยจะทำงานร่วมกันเป็นทีมงาน...

(ณัชชา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 8 มิถุนายน 2561)

#### 3.1.2.4.5 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

เครือข่ายสุขภาพชุมชนตำบลหนองหัวพาน จะมีการประเมินผลการทำงานทุกเดือน ๆ ละ 1 ครั้ง โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) จะต้องเอาเอกสารที่ไปเยี่ยมผู้ป่วย รายงานการเยี่ยมมาตรวจสอบเพื่อดูความถูกต้อง และสอดคล้องกับ care plan ที่เราเขียนไว้หรือไม่ มีคำแนะนำอะไรบ้าง และใช้เป็นข้อมูล/หลักฐานส่งเบิกเป็นค่าตอบแทน ค่าเบี้ยเลี้ยง ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...ประเมินทุกเดือน ๆ ละครั้ง 1 จะต้องเอาเอกสารที่เราไปเยี่ยม มีเขียนเพื่อเบิกเบี้ยเลี้ยงเบิกอะไร ดูความผิดถูก ว่ามันสอดคล้อง กับ care plan ที่เราเขียนไว้ คำแนะนำอะไรบ้าง ก็ต้องมาตรวจดูส่งเบิกเป็นค่าตอบแทน...

(จันทร์เจ้า นามสมมติ, สัมภาษณ์, 8 มิถุนายน 2561)

...เรากำหนดไว้ทุกเดือน แต่มันก็ดูตามความเหมาะสมด้วย เช่น เมื่อก่อนๆ จะ

จ่ายเงินเดือนของ อสม. เราก็จะมีการพูดคุยกันตามงานกันอยู่แล้ว เสร็จจาก  
เวที อสม. ก็มาเป็น CG ไหนๆ ก็เสียเวลามาแล้วก็นั่งพูดคุยกันไปเยี่ยมอะไรมา  
แต่เขาก็ไม่โกหกนะ เขาก็บอก โอ๊ยหมอ ช่วงนี้อาทิตย์นี้ฉันไม่ได้ไปเลย แต่ก็  
โทรศัพท์ถามลูกเขาอยู่ อะไรแบบนี้อย่างน้อยเราก็ได้ข้อมูล ถึงเขาไม่ได้ไปเขาก็  
ไม่ได้โกหกกว่าฉันไปตามที่หมอบอกว่าเลยครึ่งหรือสองครึ่ง คือ เขาก็บอกเราตรงๆ  
ก็เล่าสู่กันฟัง...

(ณัชชา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 8 มิถุนายน 2561)

#### 3.1.2.4.6 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์

ประโยชน์ที่ได้รับจากการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ คือ ความสุข  
รู้สึกดีกับตัวเอง ผู้ป่วยและญาติชื่นชม มันสัมผัสจริงๆ ได้ มีการทำงานร่วมกันเป็นทีม ภาคภูมิใจที่ได้  
ทำงานที่เสียสละ ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...ความสุข เพราะเราได้ทำ เห็นได้ชัดก็คือ มันรู้สึกดีกับตัวเอง เวลาเราเดินไปไหน  
มาไหน มันเหมือนกับว่า หมอมาแล้วหมอบอกไปไหนมา มันสัมผัสจริงๆ ได้ เหมือนเป็น  
หน้าที่ของเราอยู่แล้วที่จะต้องดูแลกลุ่มนี้...

(ณัชชา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 8 มิถุนายน 2561)

...ภูมิใจที่เราที่มีงานที่เข้มแข็ง รับผิดชอบร่วมกันในระบบทีม...

(จันทร์เจ้า นามสมมติ, สัมภาษณ์, 8 มิถุนายน 2561)

... มีความภาคภูมิใจที่ได้ทำงานที่เสียสละ...

(มะลิ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 12 มิถุนายน 2561)

3.2 การเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการ  
ดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

#### 3.2.1 การพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

##### 3.2.1.1 การพัฒนาความสามารถในการแก้ไขปัญหา

3.2.1.1.1 มีการสะท้อนการปฏิบัติงาน โดยการพูดคุย บอกเล่า และการดูจากรูปภาพ เช่น การวัดความดันโลหิตจะมีการส่งรูปภาพมาให้ดูแล้วปรึกษาว่าทำถูกต้องหรือไม่ การดูถุงปัสสาวะถ่ายรูปมาให้ดู เราก็จะแนะนำถ้าจะให้ดี ถุงมันต้องต่ำกว่านี้ ก็จะแนะนำกันไป เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ไม่ใช่เอามาประจานว่าคนนี้ดูถูก คนนี้ดูผิด ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

*...มีการสะท้อนการปฏิบัติงานค่ะ มีการมาเล่ากันแล้วก็ดูจากรูปภาพ เช่น บางทีการวัดความดัน เวลาส่งรูปมา มันไม่ใช่เนะ ต้องวางตรงตำแหน่งหัวใจ แล้วก็การดูถุงปัสสาวะตอนที่ถ่ายมาถ้าจะให้ดี ถุงมันต้องต่ำกว่า ก็จะต้องแนะนำกันไป อันนี้เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ไม่ใช่เอามาประจาน คนนี้ดูถูกดูผิด...*

(ณัชชา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 8 มิถุนายน 2561)

3.2.1.1.2 มีการพูดคุยมาแลกเปลี่ยนกัน ซึ่งเป็นการพัฒนาทักษะ เพราะ บางทีการไม่ได้มาพูดคุย เล่าสู่กันฟัง ไม่ได้มาสะท้อนปัญหาต่างๆ ก็จะได้พัฒนาความรู้หรือวิธีการแก้ไขปัญหา อาจจะเกิดผลเสียกับคนไข้ไปด้วย ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

*...พูดคุยมาแลกเปลี่ยนกัน ซึ่งเป็นการพัฒนาทักษะ เพราะว่า บางทีเราไม่ได้มาเล่าสู่กันฟังไม่ได้มาสะท้อนปัญหาว่ามันเป็นอย่างไร ก็ไม่มีการพัฒนาความรู้ในการแก้ไขอาจจะเกิดผลเสีย กับคนไข้ไปด้วย...*

(จันทร์เจ้า นามสมมติ, สัมภาษณ์, 8 มิถุนายน 2561)

3.2.1.1.3 การเรียนรู้ และฝึกปฏิบัติจากหน้างาน การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวันแรก เจ้าหน้าที่หน้าทีและเครือข่ายทั้งหมดจะลงไปพร้อมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) เพื่อไปวิเคราะห์อาการของผู้ป่วยว่าจะต้องดูแลอะไรเป็นพิเศษ เพราะถ้าคนไข้ที่ซับซ้อน ก่อนที่จะออกจากโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่พยาบาลจะต้องให้ความรู้ และฝึกให้แก่ผู้ดูแลในระดับหนึ่ง เช่น การให้อาหารทางสายยาง (Feed) การเตรียมอาหาร การดูแลเรื่องสายสวนปัสสาวะ (Urine Tube) ถ้าจะให้



395274695

CG ไปเจ้าหน้าที่ก็ต้องออกไปหน้างาน ไปดูผู้ป่วยด้วยกันไปเรียนรู้ร่วมกันตรงหน้างาน ดั่งคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...วันแรกหน้างานเราต้องไปแล้วก็เอา CG ไปด้วย เครือข่ายทั้งหมดนั่นแหละไปด้วยกัน ว่ามันเป็นแบบนี้จะต้องดูแลอะไรเป็นพิเศษ เพราะว่าถ้าคนไข้ที่ซับซ้อนก่อนที่จะออกจากโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่พยาบาลจะต้อง Training ในระดับหนึ่ง เช่น การ Feed อาหาร เตรียมอาหาร ดูแลเรื่องสาย Urine อันนี้เขา Training ยากในระดับหนึ่งละ ที่นี้ถ้าจะให้ CG ไปเราก็ต้องออกไปหน้างานไปดู Case ร่วมกันไปเรียนรู้ร่วมกันตรงหน้างาน...

(ณัชชา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 8 มิถุนายน 2561)

3.2.1.2 การสร้างความสามารถในการสื่อสาร จะมีการสื่อสารสองทาง มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่ได้จากการเยี่ยมผู้สูงอายุ โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) และผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager: CM) จะมานั่งพูดคุย แลกเปลี่ยน และถอดบทเรียน เช่น ไปเยี่ยมผู้ป่วยเจออะไรมาบ้าง มีอะไรที่ประทับใจ มีอะไรที่ควรปรับปรุงแก้ไข ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นภาพทางบวกก็ได้ความสุข ดั่งคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

...มาแล้วแลกเปลี่ยนกันว่ามีปัญหาอะไรในการดูแล การพูดคุยของเราเนี่ยแหละ CG, CM จะมานั่งพูดคุยกัน แลกเปลี่ยนบทเรียนกัน ถอดบทเรียนกัน ไปเยี่ยมได้เจออะไรมาบ้าง มีอะไรที่ประทับใจ มีอะไรที่แบบว่าควรปรับปรุงแก้ไข เราก็ร่วมพูดคุยกัน ในกลุ่มของ CG ที่เขาไม่เจอปัญหาแบบนี้เขาก็จะได้แลกเปลี่ยนกันมานั่งคุยกัน แลกเปลี่ยนกันว่าเจออะไรมาส่วนใหญ่จะเป็นภาพออกมาทางบวกได้ความสุข...

(ณัชชา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 8 มิถุนายน 2561)



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / recv: 06082562 15:28:18 / seq: 7

3.2.1.3 การสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองที่จะสามารถดูแลตนเอง  
ครอบครัว และทำงานเพื่อชุมชน ประกอบด้วย

3.2.1.3.1 การมีนโยบายที่ชัดเจนว่าจะต้องทำเรื่องการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็น  
รูปประธรรม และมีคนอีกหลายคนที่ต้องมาร่วมดำเนินการ นอกจากนี้ การได้ไปดูงานที่อำเภอลำสนธิ  
ทำให้เกิดแรงบันดาลใจ อีกทั้งยังมีผู้นำที่เป็นแบบอย่างของการทำงานที่ดีทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาล  
สาธารณสุขอำเภอดุสิต ผสมผสานกับการที่อยู่ในพื้นที่มานานได้เห็นปัญหา และรู้ภูมิหลังของแต่ละคน ถึง  
มันจะเหนื่อยจะมีปัญหาบ้าง แต่คุณความดีที่ทำให้ยังคงจะทำให้มีความสุขตอนแก่เฒ่า และมีคนดูแล  
บ้าง ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

*...นโยบาย คือ ทุกวันที่ผ่านมาเราก็ทำอยู่แล้วแหละ แต่ที่นี้ตอนนั้นนโยบายมันชัดเจน  
ว่าเราจะต้องลุยเรื่องนี้อย่างเป็นรูปประธรรม และมีคนอีกหลายคนที่ต้องมาร่วม  
กับเรา แล้วก็ไปดูงานที่ลำสนธิ สมัยเมื่อก่อนเป็นแรงบันดาลใจในระดับหนึ่ง มี  
ผู้นำที่เป็นแบบอย่างการทำงานที่ดีไม่ว่าจะเป็น ผอ.โรงพยาบาล สาธารณสุข  
อำเภอดุสิต ผสมผสานกับการที่เราอยู่ในพื้นที่มานานได้เห็นปัญหาของแต่ละคน  
เหมือนคนไข้ที่เดินมาเราก็จะรู้ว่าภูมิหลังของเขาเป็นอย่างไร ทำให้ถึงมันจะ  
เหนื่อย มันท้อ มีปัญหาอะไรบ้าง แต่คุณความดีที่ทำให้ยังคงทำให้เรามีความสุข  
แก่เฒ่าไปก็จะมีคนดูแลเราบ้างประมาณนั้น...*

(ณัชชา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 8 มิถุนายน 2561)

3.2.1.3.2 การเรียนรู้ และฝึกปฏิบัติจากหน้างาน การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัน  
แรก เจ้าหน้าที่และเครือข่ายทั้งหมดจะลงไปทำหน้าที่พร้อมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) เพื่อ  
ไปวิเคราะห์อาการของผู้ป่วยว่าจะต้องดูแลอะไรเป็นพิเศษ เพราะว่าถ้าคนไข้ที่ซับซ้อนก่อนที่จะออก  
จากโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่พยาบาลจะต้องให้ความรู้ และฝึกอบรม (Training) ให้แก่ผู้ดูแลในระดับ  
หนึ่ง เช่น การให้อาหารทางสายยาง (Feed) การเตรียมอาหาร การดูแลเรื่องสายสวนปัสสาวะ (Urine  
Tube) ถ้าจะให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุไปดูแลผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ก็ต้องออกไปหน้างานด้วย ไปดูผู้ป่วยร่วมกัน  
ไปเรียนรู้ร่วมกันตรงหน้างาน ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า



...วันแรกหน้างานเราต้องไปแล้วก็เอา CG ไปด้วย เครือข่ายทั้งหมดนั้นแหละไปด้วยกัน ว่ามันเป็นแบบนี้จะต้องดูแลอะไรเป็นพิเศษ เพราะว่าถ้าคนไข้ที่ซับซ้อนก่อนที่จะออกจากโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่พยาบาลจะต้อง Training ในระดับหนึ่ง เช่น การ Feed อาหาร เตรียมอาหาร ดูแลเรื่องสาย Urine อันนี้เขา Training ยากในระดับหนึ่งละ ที่นี้ถ้าจะให้ CG ไปเราก็ต้องออกไปหน้างานไปดู Case ร่วมกันไปเรียนรู้ร่วมกันตรงหน้างาน...

(ณัชชา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 8 มิถุนายน 2561)

### 3.2.2 การให้การศึกษ (Education)

3.2.2.1 การจัดการเรียนการสอนที่เน้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนการสอน (การศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ) ซึ่งมีกระบวนการเรียนรู้ที่เริ่มจากการฟัง (Listening) การสนทนา (Dialogue) และการปฏิบัติงาน (action) โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.2.2.1.1 การพัฒนาทักษะการฟังที่ดี (Active Listening) ให้แก่เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน เพื่อให้สามารถทำความเข้าใจปัญหาหรือประเด็นหลักของชุมชน สามารถที่จะระบุปัญหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาได้ ประกอบด้วย

3.2.2.1.1.1 มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่ได้จากการเยี่ยมผู้สูงอายุ โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) และผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager: CM) จะมานั่งพูดคุย แลกเปลี่ยน และถอดบทเรียน เช่น ไปเยี่ยมผู้ป่วยเจออะไรมาบ้าง มีอะไรที่ประทับใจ มีอะไรที่ควรปรับปรุงแก้ไข ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นภาพทางบวกทำให้เกิดความสุข ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...มาแล้วแลกเปลี่ยนกันว่ามีปัญหาอะไรในการดูแล การพูดคุยของเรานี้แหละ CG, CM จะมานั่งพูดคุยกัน แลกเปลี่ยนบทเรียนกัน ถอดบทเรียนกัน ไปเยี่ยมได้เจออะไรมาบ้าง มีอะไรที่ประทับใจ มีอะไรที่แบบว่าควรปรับปรุงแก้ไข เราก็ร่วมพูดคุยกัน ในกลุ่มของ CG ที่เขาไม่เจอปัญหาแบบนี้เขาก็จะได้แลกเปลี่ยนกันมานั่งคุยกัน แลกเปลี่ยนกันว่าเจออะไรมาส่วนใหญ่จะเป็นภาพออกมาทางบวกได้ความสุข...

(ณัชชา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 8 มิถุนายน 2561)

3.2.2.1.1.2 การสื่อสารแบบสองทาง การสื่อสารของสมาชิก เครือข่ายจะเป็นการสื่อสารแบบสองทาง เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน ไม่ใช่แค่สอนอย่างเดียว จะเป็นลักษณะการพูดชวนคุยแล้วก็เก็บประเด็น ถ้าให้สมาชิกนั่งฟังอย่างเดียว จะฟังหรือไม่ ฟังก็ไม่รู้ แต่ถ้าบอกให้ลองเล่าไปดูคนไข้มาเป็นอย่างไรบ้าง ลองเล่าให้ฟังดู จะได้เป็นตัวอย่าง เรียนรู้ด้วยกัน ถ้ามีคนไปเจอปัญหาจะแก้ปัญหอย่างไร ส่วนใหญ่จะเป็นลักษณะแลกเปลี่ยน กันมากกว่า ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

... มันไม่ใช่แค่สอนอย่างเดียว มันเป็นลักษณะที่ชวนพูดชวนคุยมากกว่า พอพูดคุย แล้วเราก็เก็บประเด็นเอา เพราะว่า รอให้เขานั่งฟังอย่างเดียว เขาก็จะฟังหรือไม่ ฟังก็ไม่รู้ ถ้าเราบอกให้เขาลองเล่ามาไปดูคนไข้มาเป็นอย่างไรบ้าง ลองเล่าให้ฟังดู จะได้เป็นตัวอย่างเรียนรู้ด้วยกัน ถ้าคนนี้ไปเจอปัญหาจะแก้ปัญหอย่างไร เป็น ลักษณะแบบนี้มากกว่าแลกเปลี่ยนกัน...

(จันทร์เจ้า นามสมมติ, สัมภาษณ์, 8 มิถุนายน 2561)

3.2.2.1.2 การพัฒนาทักษะการสนทนาที่ดี (Dialogue) ให้แก่เครือข่ายสุขภาพระดับ ชุมชน เพื่อกระตุ้นให้เกิดการคิดเชิงวิพากษ์ร่วมกันวิเคราะห์ และอภิปรายปัญหา หรือประเด็นทางสังคม โดยสมาชิกเครือข่ายมีการสะท้อนผลการปฏิบัติในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง มีการนำข้อมูลผู้ป่วยมา สนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สมาชิกเครือข่ายมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา คิดวิธีการแก้ไขปรับปรุงที่ เหมาะสม และพอใจของทุกฝ่ายทั้งผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน และผู้ปฏิบัติเอง ประกอบด้วย

3.2.2.1.2.1 มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่ได้จากการเยี่ยมผู้สูงอายุ โดย ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) และผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager: CM) จะมานั่ง พูดคุย แลกเปลี่ยน และถอดบทเรียน เช่น ไปเยี่ยมผู้ป่วยเจออะไรมาบ้าง มีอะไรที่ประทับใจ มีอะไรที่ ควรจะปรับปรุงแก้ไข ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นภาพทางบวกทำให้เกิดความสุข ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...มาแล้วแลกเปลี่ยนกันว่ามีปัญหาอะไรในการดูแล การพูดคุยของเรานี้แหละ CG, CM จะมานั่งพูดคุยกัน แลกเปลี่ยนบทเรียนกัน ถอดบทเรียนกัน ไปเยี่ยมได้ เจออะไรมาบ้าง มีอะไรที่ประทับใจ มีอะไรที่แบบว่าควรจะปรับปรุงแก้ไข เราก็ ร่วมพูดคุยกัน ในกลุ่มของ CG ที่เขาไม่เจอปัญหาแบบนี้เขาก็จะได้แลกเปลี่ยนกัน มานั่งคุยกัน แลกเปลี่ยนกันว่าเจออะไรมาส่วนใหญ่จะเป็นภาพออกมาทางบวกได้ ความสุข...

(ณัชชา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 8 มิถุนายน 2561)

3.2.2.1.2.2 ความคุ้นเคย ความเป็นกันเอง และความไว้วางใจ ระหว่างสมาชิกเครือข่าย ทำให้สมาชิกเครือข่าย กล้าแสดงออก กล้าเล่าเรื่องต่างๆ ที่ได้พบขณะลง เยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชน และกล้าที่จะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และแสดงความคิดเห็นในการพัฒนา หรือ ปรับปรุงวิธีทำงานให้ดีขึ้น ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...ความคุ้นเคย เป็นกันเอง ความไว้วางใจ ทำให้เขากล้าที่เล่าสิ่งต่างๆ ที่ไปพบ ให้เราฟัง แต่มันก็เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน...

(จันทร์เจ้า นามสมมติ, สัมภาษณ์, 8 มิถุนายน 2561)

3.2.2.1.3 พัฒนาทักษะการปฏิบัติงาน (Action) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ ฟังฟังในพื้นที่ของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน ประกอบด้วย

3.2.2.1.3.1 ติดตามผลการดำเนินงานทุกเดือนๆ ละ 1 ครั้ง โดย ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) จะต้องเอาเอกสารที่ไปเยี่ยมผู้ป่วย รายงานการเยี่ยมมาตรวจสอบ เพื่อดูความถูกต้อง และสอดคล้องกับ care plan ที่เขียนไว้หรือไม่ มีคำแนะนำอะไรบ้าง และใช้เป็น ข้อมูล/หลักฐานส่งเบิกเป็นค่าตอบแทน ค่าเบี้ยเลี้ยง ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

...ประเมินทุกเดือน เดือนละครั้ง 1 จะต้องเอาเอกสารที่เขาไปเยี่ยม มีเขียนเพื่อ เบิกเบี้ยเลี้ยงเบิกอะไรดูความ ผิดถูกว่ามันสอดคล้อง กับ care plan ที่เราเขียน ไว้ คำแนะนำอะไรบ้างก็ต้องมาตรวจดูส่งเบิกเป็นค่าตอบแทน...

(จันทร์เจ้า นามสมมติ, สัมภาษณ์, 8 มิถุนายน 2561)

3.2.2.1.3.2 การพูดคุย มีปรึกษา แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสะท้อน การปฏิบัติงาน เช่น การส่งภาพการวัดความดันโลหิตผู้ป่วยว่าถูกต้องหรือไม่ การดูแลผู้ป่วยที่สวน ปัสสาวะ Urine Bag และ Urine Tube โดย Care Give จะถ่ายภาพเพื่อขอคำปรึกษาเจ้าหน้าที่ ดัง คำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

*...มีมาเล่ากัน แล้วก็ดูจากรูปภาพ เช่น บางทีการวัดความดัน เวลาส่งรูปมา มันไม่ใช่เนาะ ต้องวางตรงตำแหน่งหัวใจ แล้วก็การดูถุงปัสสาวะตอนที่ถ่ายมาถ้าจะ ให้ดีถุงมันต้องต่ำกว่านี้ ก็จะต้องแนะนำกันไป อันนี้เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ไม่ใช่ เอมามาประสาน คนนี้ดูถูก ดูผิด...*

(ณัชชา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 8 มิถุนายน 2561)

3.2.2.1.3.3 มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ปรึกษาเกี่ยวกับการ ปฏิบัติงานทำให้เกิดทักษะการปฏิบัติ และมีฝึกปฏิบัติจากหน้างาน การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวันแรก หน้างานเจ้าหน้าที่และเครือข่ายทั้งหมดจะลงไปพร้อมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) เพื่อไป วิเคราะห์ห่ออาการของผู้ป่วยว่าจะต้องดูแลอะไรเป็นพิเศษ เพราะว่าถ้าคนไข้ที่มีความซับซ้อนก่อนที่จะ ออกจากโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่พยาบาลจะต้องให้ความรู้ และฝึกอบรม (Training) ให้แก่ผู้ดูแลใน ระดับหนึ่ง เช่น การให้อาหารทางสายยาง (Feed) การเตรียมอาหาร การดูแลเรื่องสายสวนปัสสาวะ ถ้าจะให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุไปเจ้าหน้าที่ก็ต้องออกไปหน้างาน ไปดูผู้ป่วยร่วมกัน ไปเรียนรู้ร่วมกันตรงหน้า งาน ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

*...วันแรกหน้างานเราต้องไปแล้วก็เอา CG ไปด้วย เครือข่ายทั้งหมดนั่นแหละไป ด้วยกัน ว่ามันเป็นแบบนี้จะต้องดูแลอะไรเป็นพิเศษ เพราะว่าถ้าคนไข้ที่ซับซ้อน ก่อนที่จะออกจากโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่พยาบาลจะต้อง Training ในระดับ หนึ่ง เช่น การ Feed อาหาร เตรียมอาหาร ดูแลเรื่องสาย Urine อันนี้เขา Training ยากในระดับหนึ่งละ ทีนี้ถ้าจะให้ CG ไปเราก็ต้องออกไปหน้างาน ไปดู Case ร่วมกันไปเรียนรู้ร่วมกันตรงหน้างาน...*

(ณัชชา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 8 มิถุนายน 2561)

3.2.2.1.3.4 การฝึกทักษะ โดยการทดลองปฏิบัติจริงในพื้นที่จากหน้างาน มีปัจจัยและเงื่อนไขที่ช่วยพัฒนาทักษะการปฏิบัติงาน (Action) ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ของเครือข่ายสุขภาพพระดั่งชุมชน คือ การให้สมาชิกเครือข่ายฝึกทักษะโดยการปฏิบัติให้ดู และการทดลองปฏิบัติจริงในพื้นที่จากหน้างาน ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

*...ทักษะการปฏิบัติงานก็ลงปฏิบัติจริง ในพื้นที่หน้างาน ทำให้ดูให้เขาลองทำ...*

*...ถ้าทำถูกก็บอกว่าทำถูก ถ้าทำผิดก็ไม่ถึงกับปล่อยให้เขาทำผิดเพราะว่าเราก็ดูอยู่...*

*...กับคนป่วยด้วย ก็เหมือนจับมือทำมันจะเป็นแบบนี้มากกว่า...*

(จันทร์เจ้า นามสมมติ, สัมภาษณ์, 8 มิถุนายน 2561)

3.2.3 การสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เครือข่ายสุขภาพพระดั่งชุมชนได้รับการสนับสนุนทรัพยากร ทั้งในด้านเงิน สิ่งของ อุปกรณ์ และการให้กำลังใจ ทั้งจากภาครัฐและภาคเอกชน โดยการสนับสนุนมีหลากหลายรูปแบบจากหลายหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกพื้นที่ ดังนี้

3.2.3.1 การสนับสนุนทรัพยากรจากหน่วยงานภาครัฐ ประกอบด้วย

3.2.3.1.1 งบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงาน มี 2 ส่วน ทรัพยากรจากภาครัฐที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุจะได้จากงบประมาณของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งได้สนับสนุนงบประมาณในการจัดตั้งกองทุน Long Term Care เฉลี่ย 5,000 บาท/คน นอกจากนี้ มีงบประมาณของกองทุนสุขภาพตำบลอีกส่วนหนึ่ง และงบประมาณกองทุนสุขภาพจากท้องถิ่น เงินตำบลและจะได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนโรคเรื้อรังที่จังหวัดให้มาดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ปีหนึ่งประมาณ 3-4 แสนบาท ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

*...ส่วนใหญ่เป็นของเราเป็นหลักเราใช้ LTC เป็นหลัก ซึ่งปีหนึ่งก็ได้เยอะอยู่เฉลี่ย*

*5,000 ถ้าไม่พอเราก็จะมีของโครงการกองทุนที่จังหวัดให้มาการดูแลผู้ป่วย*

*โรคเรื้อรังปีหนึ่งเยอะ 3-4 แสน และของกองทุนสุขภาพตำบลนอกจาก LTC*

*ถ้ามันไม่พอก็ยังใช้ได้อยู่ อาจจะเป็นการประชุมอบรมที่มันไม่เกี่ยวกับ Care Plan*

ก็จะใช้ได้ของภาครัฐบาลก็จะมีประมาณนี้...

(กานต์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

...ส่วนทรัพยากรนั้นมี 2 ขา ขา Official งบประมาณจากภาครัฐมาจาก สบสช.  
งบกองทุนสุขภาพจากท้องถิ่น เงินตำบล...

(ดิณณ์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

3.2.3.1.2 เครือข่ายสุขภาพพระดับชุมชน ได้รับการสนับสนุนการดำเนิน  
กิจกรรมด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น การไฟฟ้าปกติถ้าไม่จ่ายค่าไฟฟ้า 1 เดือน จะถูกตัด  
ไฟฟ้า แต่การไฟฟ้าจะให้สิทธิพิเศษสำหรับผู้ป่วย 1 เดือน ไม่จ่ายก็ยังไม่ตัด อันนี้เป็นประโยชน์ที่เขา  
เข้ามาช่วย ดึงคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...แทบจะทุกภาคส่วนอย่างเช่นเมื่อเร็วๆ นี้ก็มี โครงการ อบต.พบปะประชาชน  
หน่วยงานของอำเภอก็จะออกมาหมด อย่างไฟฟ้าปกติถ้าไม่จ่ายค่าไฟเดือนหนึ่งเขา  
ก็จะตัด เขาก็จะให้สิทธิพิเศษสำหรับคนไข้ เดือนหนึ่งไม่จ่ายก็ยังไม่ตัด อันนี้เป็น  
ประโยชน์เห็นที่เขาเข้ามาช่วย...

(ณัชชา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 8 มิถุนายน 2561)

3.2.3.1.3 หน่วยงานที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ  
ที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอ ได้แก่ ท้องถิ่น, อบต./เทศบาล, จิตอาสา, อสม. และผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน โดย  
การสนับสนุนมี 2 ประเด็นคือ 1) สนับสนุนการดำเนินงานในฐานะเป็นเจ้าของร่วม 2) สนับสนุน  
ทรัพยากรทั้งด้านงบประมาณ และแรงงาน เช่น การระดมทุน และแรงงานสร้างบ้านใหม่ โดยที่  
ระเบียบงบประมาณขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ไม่เอื้อ จึงต้องทำเรื่องไปของบประมาณจาก  
องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ดึงคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...มีท้องถิ่น อบต.2 เทศบาล แล้วก็จิตอาสา อสม. ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน

ให้การสนับสนุน...

...Key Message มี 2 ประเด็น ประเด็นแรกคือ เป็นเจ้าของร่วมกัน ข้อ 2 ผลจากข้อแรกถ้ามันเกี่ยวกับเขา ถ้าเขาช่วยอะไรได้ เช่น ลงแขกลงขันสร้างบ้านใหม่ โดยที่บ อบต. ในกรอบของ สตง. ไม่เอื้อ อันนี้คือไปขอ อบจ. นี่เป็นตัวอย่างของเรื่องเงิน เรื่องช่าง เรื่องการออกแรงในการสร้างบ้านของคนใช้รายนี้มีหมด เพราะฉะนั้นโดยสรุปแบ่งเป็น 2 ส่วนคำว่าร่วมมือในเชิงเป็นเจ้าของร่วม ส่วนที่ 2 วัสดุเงินทองหรือแรงกายหรือช่างสรรพกำลังมาลง...

(ติณณ์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

3.2.3.1.4 องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) สนับสนุนงบประมาณใช้สำหรับสร้างบ้านหลังละ 40,000 บาท และใช้เงินกองทุนการกุศลยาโมมาสมทบทุกปี จะสร้างได้ประมาณ ปีละ 4 – 6 หลัง ส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีที่อยู่ ดึงคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...เงินหลักเลย อบจ. ให้มา 40,000 หรือเท่าไรนี้แหละมันได้น้อย ท่านก็จัดตัวนี้เข้าไปเสริมนิดหน่อย มันก็พอเป็นรูปเป็นร่างทุกปี บางทีก็ได้ 4 หลัง 6 หลัง ประมาณนี้ ส่วนใหญ่ก็เป็นผู้สูงอายุที่เขาไม่มีที่อยู่มีที่อยู่...

(กานต์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

3.2.3.2 การสนับสนุนทรัพยากรจากภาคเอกชน ประกอบด้วย

3.2.3.2.1 การระดมทุนจากภาคเอกชนมีหลายรูปแบบ หรือมีหลายระดับ จากหน่วยงานภายนอกจะเป็นในส่วนของจิตอาสาช่วยบอกรุณ และมิศรชฐิใจบุญในตัวเองโคราช เจ้าของโรงแรมปัญญาดารามาร่วมทำบุญ และออกแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ได้บริจาคเงินจ้างนักบริบาล เพื่อมาดูแลคนไข้ติดเตียง ดึงคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...การระดมทุนมีหลายรูปแบบหรือมีหลายระดับ ถ้าจากหน่วยงานนอกก็จะเป็นในส่วนของจิตอาสาการบอกรุณ ที่ข้ามสะแกแสงจะมี innovative อันหนึ่งก็คือ มิศรชฐิใจบุญในตัวเองโคราช เจ้าของโรงแรมปัญญาดารามาร่วมทำบุญ

ทำบุญ แล้วก็มาออกแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ท่านได้บริจาคเงินจ้างบริษัท  
เพื่อมาดูแลคนไข้ติดเตียงในชมสกะแสง...

(ดิฉัน นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

3.2.3.2.2 งบประมาณที่ไม่ใช่งบประมาณของโครงการ ซึ่งมีหลากหลาย  
เช่น เวลาไปลงหน้างานจริงจะมีคนเห็นอกเห็นใจ มีการหยิบบิ้น มีการควักกระเป๋า ลงแขกลงขันกันทุก  
ครั้ง แสดงให้เห็นถึงการเกิดความปิติ เกิด Appreciation ของคนที่ร่วมมือกันทำ ดังคำให้สัมภาษณ์  
ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...งบประมาณส่วนที่ไม่เป็น Official อันนี้หลากหลาย เวลาที่ไปลงงานจริงจะเกิด  
เกิดดราม่า ความเห็นอกเห็นใจ มีการหยิบบิ้น มีการควักกระเป๋า ลงแขกลงขันกัน  
ทุกครั้ง...

(ดิฉัน นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

3.2.3.2.3 การจัดผ้าป่า กรณีที่มีประเด็นปัญหาเรื่องใด ภาศิเครือข่ายที่ร่วม  
เป็นเจ้าของก็จะร่วมกันลงขันระดมทุน ทรัพยากรต่างๆ ฉะนั้นการระดมทุน จะมี 2 รูปแบบ แบบ  
กลาง ๆ ก็คือ ผ้าป่า อีกรูปแบบหนึ่งจะเป็นรูปแบบของจิตอาสา ระดับอำเภอจะมีเงินกองทุนจิตอาสา  
หากมีผู้ป่วยติดเตียง ก็จะใช้เงินกองทุนจิตอาสาไปช่วยเหลือ ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก  
ตอนหนึ่งว่า

...รูปแบบของพื้นเพพื้นที่ ก็จะมีการจัดผ้าป่า แต่ถ้ากรณีที่มี Issue เรื่องนั้น  
ภาศิเครือข่ายที่ร่วมเป็นเจ้าของร่วมกันก็จะร่วมลงแขกลงขันกัน เพราะฉะนั้นจะมี  
2 รูปแบบ แบบกลางๆ ก็คือ ผ้าป่า แล้วก็ชมสกะแสงก็ได้ Set Body ของจิตอาสา  
เป็นระดับอำเภอ มีเงินกองทุนจิตอาสา ซึ่งถ้ามีคนไข้ติดเตียง ก็จะใช้เงินกองทุนจิต  
อาสาไปช่วยชมสกะแสงมี Set อันนี้ขึ้นมาเป็นกองทุนจิตอาสาอำเภอ  
ชมสกะแสง...

...กองทุนจิตอาสาจะไปตอบโจทย์ Long term Care คนไข้ติดเตียง ทุกอย่างเลย  
ครับ เพราะว่าแกนนำในการไปดู หนึ่งในนั้นคือ จิตอาสา ก็เลยเกิดการรวมตัวกัน



เพราะฉะนั้นในโหมด Resource Sharing ก็จะมีเงินกองทุน ที่ใช้ชื่อว่า กองทุนจิตอาสา ซึ่งไม่เกี่ยวกับโรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โดยประชาชนเป็นเจ้าของ คือ จิตอาสานี้แหละ...

(ดิฉันทน์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

3.2.3.2.4 มีการรับบริจาคเสื้อผ้ามือสอง เพื่อนำไปขายที่ตลาดนัดตัวละ 20 บาท แล้วนำเงินที่ได้มาจัดตั้งเป็นกองทุนจิตอาสา ไว้สำหรับช่วยเหลือผู้ป่วย ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

...เราลองเอาเสื้อผ้าเก่าๆ ที่มันล้นตู้เสื้อผ้าดีๆ มาบริจาค แล้วเรามาขายในตลาดนัดที่ว่าการอำเภอขามสะแกแสงตัวละ 20 บาท โดยต้นทุนเราสูงกว่า แล้วมาทำบัญชี เราก็ได้ผ้ามากองเบ้อเริ่มเป็นทุนเริ่มต้น ในคำว่าจิตอาสาเราก็ใช้กองทุนตรงนั้น ก็จะได้ไปใช้งบประมาณอะไร...

(ดิฉันทน์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

...อสม. ระดมทุนช่วย ของจิตอาสาที่ชัดเจนเขาไประดมทุนช่วย เช่น ไปรับบริจาคเสื้อผ้าเก่ามาแล้วก็เอาไปขาย 5 บาท 10 บาท ทำผ้าป่า ได้เงินก็เอามาเป็นกองทุนจิตอาสา หากมีผู้ป่วยที่ต้องไปรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลแล้วเขาไม่มีค่ารถไป ทางจิตอาสาเขาก็จะจัดให้เลย ใช้เงินกองทุนแบ่งให้เป็นค่ารถไม่คิดว่าจะเกิดขึ้นได้ ไปหารับบริจาคไปหาอะไรมาแล้วก็มาดูแลกัน...

(กานต์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

3.2.3.2.5 มีมูลนิธิรึ้นจิต จ้างนักศึกษาที่จบจากวิทยาลัยนครราชสีมา เพื่อออกเยี่ยมผู้ป่วย โดยจะประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ขอข้อมูลผู้ป่วยเพื่อติดตามเยี่ยม เป็นอีกเครือข่ายหนึ่งที่มิงงบประมาณของตัวเอง ก็จะช่วยในเรื่องของชุดทำแผล พวกสาย NG สาย Suction ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...มูลนิธิริ้นจิต เขาจะรับนักศึกษาที่จบจากวิทยาลัยนครราชสีมา เหมือนว่าทางหน่วย  
นี้ก็ช่วยคนในพื้นที่ให้มีงานทำ จะออกเยี่ยมผู้ป่วยแต่เขาก็จะประสานงานกับเรา  
นะว่ามีเคสไหนอะไรยังไง ก็ร่วมมือกัน เหมือนเป็นอีกเครือข่ายหนึ่งที่เขามี  
งบประมาณของตัวเองเขาก็จะช่วยในเรื่องของชุดทำแผลพวกสาย NG สาย  
Suction...

(ณัชชา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 8 มิถุนายน 2561)

...เป็นภาคเอกชน เอาลูกหลานที่จบวิทยาลัยนครราชสีมา แล้วยังไม่มีการทำ เรียน  
มาด้านนี้ อำเภอเรามี 4-5 คน เอาไปเพิ่มที่จะดูแลคนในพื้นที่แล้วก็จะให้งานตัด  
แบ่งพื้นที่เลย จะมีรายชื่อผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ผู้ป่วยยากไร้ ผู้ป่วย ผู้สูงอายุที่  
ต้องการการดูแล ก็ให้เด็กพวกนี้เข้าไปดูแล แล้วก็ส่งรายงานทุกวัน เช่น เป็น  
แผลกดทับ เด็กก็จะไปดูแลไปทำแผลให้ทุกวัน มีเงินเดือนให้ เดือนละ 15,000  
บาท...

(กานต์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

3.2.3.2.6 กองทุนการกุศลยาโม ดำเนินการมาหลายปี จะระดมทุนทำผ้าป่า  
เอามาดูแลผู้ป่วยยากไร้ เช่น ผู้ป่วยเอดส์ที่ยากไร้ ผู้สูงอายุ บางทีก็เอาไปช่วยกาชาดสร้างบ้านให้ผู้ยากไร้  
เอาไปดูแลผู้สูงอายุที่ไม่มีคนดูแล ที่ผ่านมาก็เคยมีเด็กถูกข่มขืน ก็เอาไปดูแลทำบ้าน ทำจัดการ  
สิ่งแวดล้อม และจัดยามให้ นอกจากนี้ กองทุนยาโมยังสนับสนุนเงิน จำนวน 10,000 บาท สำหรับซื้อ  
อุปกรณ์เครื่องใช้ที่จำเป็นให้ผู้ป่วย ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...การระดมทุน เมื่อก่อนพี่ก็ไปขอจากกองทุนยาโมที่อำเภอ ส่วนมากก็เป็นบ้านใกล้  
เรือนเคียงที่ช่วยกัน หรือเวลาออกไปเยี่ยมบางที CG นี่แหละ มีอะไรที่ติดไม้ติด  
มือไปบ้างสงสารเขาก็ไปด้วยใจ...

...มีรายล่าสุด เขาให้พี่มา 10,000 บาท มาช่วยซื้อช่วยอะไรแล้วแต่ Case แต่  
ต้องผ่านคณะกรรมการของกองทุน...

(ณัชชา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 8 มิถุนายน 2561)

...กองทุนการกุศลยาโม ดำเนินการมาหลายปีแล้ว ก็จะระดมทุนโดยการทำผ้าป่า

เอามาดูแลผู้ยากไร้ ดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่ยากไร้ ผู้สูงอายุ บางทีก็เอาไปช่วยกาชาด  
 อย่างไปสร้างบ้านให้ผู้ยากไร้ ไปดูแลผู้สูงอายุที่ไม่มีคนดูแล เมื่อก่อนเคยมีเด็กถูก  
 ช่มชืด เราก็เอาไปดูแลทำบ้านทำจัดการสิ่งแวดล้อมจัดยามให้”  
 การทำงาน...

(กานต์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

3.2.3.2.7 การออกหน่วยอำเภอเคลื่อนที่ จะมีการจัดชุดของใช้สำหรับ  
 ติดตามเยี่ยมและมอบให้กับผู้ป่วย ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...มีการออกหน่วยอำเภอเคลื่อนที่ มีชุดของใช้ของอะไรมา เขาก็จะส่งชื่อไป  
 เป็นแบบนี้มากกว่า แต่แบบเป็นเงินเป็นทองมาให้ มันก็ค่อนข้างน้อย...

(ณัชชา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 8 มิถุนายน 2561)

3.2.3.2.8 พัฒนาสังคม ช่วยเรื่องผ้าอ้อมผู้ใหญ่ (Adult diapers) ถ้าเสียชีวิตก็  
 จะมีเงินช่วยเหลือรายละ 2,000 บาท ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...พัฒนาสังคม ช่วยเรื่องของแพมเพิส ก็มาสำรวจไปว่ากลุ่มนี้มีคนไข้ที่  
 จะต้องใช้แพมเพิส แล้วการเสียชีวิตเขาก็จะมีเงินช่วยเหลือรายละ 2,000...

(ณัชชา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 8 มิถุนายน 2561)

3.2.4 การเสริมแรงในการทำงานให้แก่เครือข่ายสุขภาพพระดัมชุมชน ประกอบด้วย

3.2.4.1 การชื่นชมและให้กำลังใจ สมาชิกเครือข่ายสุขภาพพระดัมชุมชน มีการชื่นชม  
 และให้กำลังใจกันในการทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ โดยชี้ให้เห็นว่าเป็นงานสร้างบุญกุศลที่ไม่ต้องใช้  
 เงิน แต่เป็นการใช้แรงกาย แรงใจของเรา เป็นการทำบุญที่ใครๆ ก็ไม่มีโอกาสแบบนี้ ให้การชื่นชม  
 สมาชิกทุกคน และเวลามีพิธีต่างๆ เช่น การประชุมระดับตำบล ระดับหมู่บ้าน ก็จะใช้เวทีตรงนี้ในการ  
 ชื่นชม และประกาศเกียรติคุณ แล้วก็ให้คนอื่นๆ ร่วมชื่นชมด้วย ทำให้ผู้ปฏิบัติมีกำลังใจในการทำงาน  
 ต่อไป ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...สิ่งที่ใช้ปัจจุบัน ก็คือ ขึ้นชม สิ่งที่ใช้ประจำ ก็คือ งานนี้เป็นงานสร้างบุญกุศลที่เราไม่ต้องใช้เงิน ใช้ร่างกายแรงใจเรา มันคือ การทำบุญที่ใครไม่มีโอกาสแบบนี้ การขึ้นชม แล้วก็เวลาที่มีการประชุมระดับตำบล ระดับหมู่บ้าน ก็จะใช้เวลาตรงนี้ในการขึ้นชม ประกาศเกียรติคุณ แล้วก็ให้คนอื่นร่วมขึ้นชมเขาก็จะมีกำลังใจในการทำงานต่อไป...

(ณัชชา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 8 มิถุนายน 2561)

3.2.4.2 คณะกรรมการระบบสุขภาพพระตำบ่อำเภอขึ้นชมการทำงานของเครือข่ายสุขภาพพระตำบ่อำเภอในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยเฉพาะตำบลหนองหัวพาน มันเป็นความสุขเล็กๆ ของคนที่ทำงานเครือข่ายทุกภาคส่วน โรงเรียน วัด ท้องถิ่น หรือผู้บังคับบัญชา ก็รู้สึกว่ามีความสุข คุณได้ทุกอย่าง คุณได้ทุกที่ คือ บางสิ่งบางอย่างการประสานงานไม่ต้องใช้ แค่ยกหูโทรหากันร่วมมือทำงานด้วยกันได้ ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...ขึ้นชม โดยเฉพาะตำบลหนองหัวพาน คือ ไม่ได้คุยแต่มันเป็นความสุขเล็กๆ ของคนที่ทำงานเพราะว่า 1 อย่างที่ โรงเรียน วัด ท้องถิ่น หรือแม้กระทั่งผู้บังคับบัญชา คือ มันรู้สึก Happy คุณได้ทุกอย่างคุณได้ทุกที่คือบางสิ่งบางอย่างการประสานงานไม่ต้องใช้ โตะนี้ ผ่านไปโตะนี้อีก 3 วัน แค่ยกหูโทรหากันร่วมมือทำงานด้วยกันได้...

(กานต์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

3.2.4.3 การให้การขึ้นชมสมาชิกเครือข่าย ทำให้เครือข่ายสุขภาพพระตำบ่อำเภอเกิดกำลังใจในการทำงานและเป็นแรงผลักดันให้การดำเนินงานดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเกิดประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...การขึ้นชม มีส่วนมากจะช่วยเหลือที่อยู่ที่บ้านเราที่แหละ เมื่อมีโอกาสได้เจอหน้าภาคีในพื้นที่ต้องขอบคุณทุกคน ท่านกำนันขอบคุณมากๆ ท่านผู้ใหญ่ขอบคุณมากๆ ที่ช่วยดูแล ทั้งๆ ที่มันก็เป็นบทบาทหน้าที่ของเขา ที่เขาต้องทำอยู่แล้วแต่ถ้าเราไปทางไหนก็มีแต่คนชื่นชมยินดีมันก็น่าจะดี...

(ณัชชา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 8 มิถุนายน 2561)

3.2.4.4 การได้รับงบประมาณและค่าตอบแทนในการออกเยี่ยมบ้านของ Care Manager (CG) เช่น ค่าน้ำมันรถ ค่าตอบแทน อาจจะไม่ต้องการเสมอไป แต่ถ้ามีบ้างการออกไปเยี่ยมร่วมกัน ถ้ามี มันก็ดี มันก็มีความสุขมากยิ่งขึ้น อย่างน้อยๆ ไปก็ไม่ต้องเติมน้ำมันรถเอง ทำให้มีขวัญและกำลังใจ ทำให้งานราบรื่นไปได้ นอกจากนี้ เวลาออกเยี่ยมผู้ป่วย Caregiver (CG) จะได้ค่าตอบแทน ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...อย่างน้อยๆ ค่าน้ำมันรถ ค่าตอบแทนก็อาจจะไม่ต้องการเสมอไป แต่ถ้าได้มันก็ดี ค่าน้ำมันรถในการออกไปเยี่ยมร่วมกัน ถ้ามันมีมันก็ดีมันก็มีความสุขมากยิ่งขึ้น อย่างน้อยๆ ไปก็ไม่ต้องเติมน้ำมันรถแล้ว ขวัญและกำลังใจอันไหนที่ทำให้งานราบรื่นไปได้ แต่ในด้วยข้อจำกัดตรงนั้นเราก็ไม่กล้าที่จะไปเบิกเป็นค่าน้ำมัน นอกจากเป็นค่าตอบแทนของ CG...

(จันทร์เจ้า นามสมมติ, สัมภาษณ์, 8 มิถุนายน 2561)

3.2.5 การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนจะมีการติดต่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกับท้องถิ่น เวลาที่ท้องถิ่นจัดประชุมจะมีหัวหน้าส่วนราชการ นายอำเภอ มาร่วมด้วย ก็จะมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในภาพรวมตรงนั้น ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...ส่วนใหญ่ก็จะท้องถิ่น เวลาท้องถิ่นเขาประชุมทีนี้จะมีทางหัวหน้าส่วน นายอำเภอมาร่วมด้วยเราก็จะมีการพูดคุยในภาพรวมตรงนั้น...

(สุรศักดิ์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 15 มิถุนายน 2561)

#### 4. ปัจจัยและเงื่อนไขของการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพ

ระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

##### 4.1 ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System)

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ศึกษาประเด็นของระบบสุขภาพระดับอำเภอ (district health system: DHS) เนื่องจากเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานบริการสุขภาพและสร้างสุขภาวะในระดับพื้นที่

เป็นระบบการทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ผ่านกระบวนการชื่นชมแบบอิงบริบทของแต่ละพื้นที่ และเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยบูรณาการงานแผนงานด้านสุขภาพที่มีการดำเนินงานในพื้นที่ ทั้งแผนงานที่มาจากส่วนกลางและที่เกิดจากการริเริ่มของพื้นที่เอง ให้มีการขับเคลื่อนร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการศึกษา พบว่า

4.1.1 การมีทีมงานที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (Unity District Health Team) การดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้สำเร็จนั้น จำเป็นต้องอาศัยทีมงานร่วมในหลายระดับ หลายภาคส่วน ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการที่มีคุณภาพ มุ่งเน้นการทำงานร่วมกัน และเชื่อมประสานงานกัน มุ่งสู่การบรรลุเป้าหมายที่ทุกภาคส่วนร่วมตั้งไว้ประกอบด้วย

4.1.1.1 โครงสร้างของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีการแต่งตั้งตามโครงสร้างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี แต่ของอำเภอขามสะแกแสง จะมีทั้งแต่งตั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ที่ไม่เป็นทางการ หมายถึง โครงสร้างของคณะกรรมการที่ทำงานจริงๆ แต่ไม่ปฏิบัติตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี เพราะการทำงานที่เป็นรูปแบบตามระเบียบฯ จะไม่ค่อยสะดวก และคล่องตัว แต่การทำงานที่ไม่เป็นรูปแบบอาจจะเชิญผู้ที่ไม่ใช่คณะกรรมการตามกรอบหรือตามระเบียบฯ แต่มีทุนทางสังคม มีศักยภาพที่จะช่วยขับเคลื่อนงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมาได้หมดความสำเร็จของอำเภอขามสะแกแสงเกิดจากความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ โดยเฉพาะผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นคนที่ดีกับทุกส่วน เป็นคนที่ให้ความร่วมมือกับทุกภาคส่วนในการทำงานราชการ ซึ่งเป็นจุดแข็งของอำเภอขามสะแกแสง เวลาขอความร่วมมือให้มาร่วมประชุมก็จะได้รับความร่วมมืออย่างดี ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

*...มีแต่งตั้งตามโครงสร้างระเบียบสำนักนายก แต่ถ้าย้อนกลับไปที่มีทั้งแต่งตั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ผมเห็นว่าโครงสร้างอยู่ด้วยการทำงานจริงๆ การทำงานที่เป็นรูปแบบมันอาจจะไม่ค่อยสะดวก แต่การทำงานที่ไม่เป็นรูปแบบก็อาจจะเชิญคนรุ่นคนนี้ที่ไม่ใช่คณะกรรมการมาได้หมดเลย แล้วที่นี้ความสำเร็จอย่างหนึ่งก็คือความร่วมมือจากส่วนต่างๆ โดยเฉพาะ ผอ.โรงพยาบาล ท่านเป็นคนที่ดีกับทุกส่วน เป็นคนที่ให้ความร่วมมือกับทุกภาคส่วนในการทำงานราชการ*

อันนี้คือจุดแข็งของที่นี่ เวลาขอความร่วมมือให้มาประชุมก็จะได้รับความร่วมมือ  
อย่างดีมาก...

(กานต์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

...มีครับ ดูในโครงสร้าง 21 ท่าน ขออนุญาตให้ตั้งคณะกรรมการ มาจากกลุ่ม  
ต่างๆ แล้วก็เสมือนว่าจะอนุมานต่อว่ามันต้องสำเร็จทุกอำเภอ แต่ผมขอวงเล็บใส่  
ลงไปเลยว่าไม่จริงครับ ลักษณะของการออกแบบคำสั่ง การตั้งคณะกรรมการ  
ระดับอำเภอแบบนี้ประกอบไปด้วย Government, Non - government มีเลขา  
ของท่านนายอำเภอเป็นสาธารณสุขอำเภอ มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นรอง  
ประธาน ถ้ารูปแบบนี้มันก็ดูเหมือนว่าดีหมด แต่ผมเชื่อว่าใน 700 - 800 อำเภอ  
ทั้งประเทศไทย มีผลลัพธ์ไม่เท่ากัน...

(ติณณ์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

4.1.1.2 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอใช้โครงสร้างการทำงานตาม  
ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี มีนายอำเภอเป็นประธาน สาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ ส่วน  
กรรมการมาจากส่วนต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้กำกับสถานีตำรวจ ซึ่งตอนแรกคิดว่าจะไม่  
เอาผู้กำกับฯ เข้ามาร่วมเป็นกรรมการ เพราะระเบียบจำกัดอยู่ที่ 21 คน แต่พิจารณาแล้วผู้กำกับฯ  
จะเกี่ยวข้องกับเรื่องยาเสพติด และอาชญากรรมต่างๆ จึงต้องไปลดคณะกรรมการจากส่วนอื่นลง  
นอกจากนี้ ยังมีส่วนของท้องถิ่นอำเภอ วัฒนธรรมอำเภอ สำนักพุทธจะมีนายกพุทธสมาคมเข้ามาดู  
เรื่องการศึกษา ภาคประชาชนจะมีประธานชมรมผู้สูงอายุ และมีผู้อำนวยการโรงพยาบาล รวม  
กรรมการทั้งหมด 21 คน เพราะกลัวว่าแต่งตั้งเยอะ ถ้ามีคำตอบแทนมา การแต่งตั้งกรรมการเยอะๆ  
อาจจะไม่ลงตัว อาจจะมีปัญหาในภายหลัง แต่เวลาประชุมก็ไม่ได้เชิญแค่ 21 คน ดังคำให้สัมภาษณ์  
ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...ของอำเภอนี้ใช้โครงสร้างของระเบียบสำนักนายก มีท่านนายอำเภอเป็นประธาน  
สาขุอำเภอเป็นเลขา นอกนั้นก็แต่งตั้งจากส่วนต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะ  
เป็นท่านผู้กำกับ ตอนแรกผมว่าจะไม่เอาท่านผู้กำกับเข้ามา เพราะมันจำกัด 21  
คน แต่พอมาดูแล้วท่านผู้กำกับ ก็ดูเรื่องยาเสพติด เรื่องอาชญากรรมต่างๆ จึงต้อง

ไปดูส่วนอื่นๆ ลดลงแล้วเอาผู้กำกับเข้ามา เอาส่วนของท้องถิ่นอำเภอ ท่าน  
วัฒนธรรม สำนักพุทธ นายกำนันพุทธเข้ามาก็ดูเรื่องการศึกษา ภาคประชาชน  
ก็จะมีท่านประธานชมรมผู้สูงอายุ ของเราจะมีให้เหลือน้อยที่สุด ผมตั้งท่าน  
ผู้ช่วยเข้ามาคนหนึ่งเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาล ที่เหลือจะเป็นอนุโครงสร้าง 21  
คน ตามนั้น เพราะกลัวว่าแต่งตั้งเยอะ นายก็ Comment อยู่ว่าแต่งตั้งเยอะ ถ้า  
เกิดมีคำตอบแทนอะไรมา การแต่งตั้งเยอะอาจจะไม่ลงตัว อาจจะมีปัญหาใน  
ภายหลัง แต่เวลาประชุมทีหนึ่งก็ไม่ได้เชิญแค่ 21...

(กานต์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

4.1.1.3 ข้อเสนอแนะ ไม่ควรกำหนดโครงสร้างคณะกรรมการทั้งด้านจำนวน และ  
ภาคส่วนที่ต้องร่วมเป็นคณะกรรมการจำกัดหรือตายตัวเกินไป เนื่องจากขนาดพื้นที่ ประชากร รวมถึง  
บริบทต่างๆ ของแต่ละอำเภอมีความแตกต่างกัน อำเภอที่มีขนาดเล็กคณะกรรมการ 21 คน อาจจะ  
เหมาะสม แต่ถ้าเป็นอำเภอขนาดใหญ่มีหน่วยงานเยอะ มีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถมาก  
จำนวนคณะกรรมการ 21 คน อาจดูน้อยเกินไป ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

“หลายคนก็อาจจะบอกว่า อีตอัดนะอำเภอเล็กมันก็อาจจะลงตัวได้นะ แต่ถ้าเป็น  
อำเภอใหญ่มีหน่วยงานเยอะ เช่น อาจจะมีศาล หน่วยงานจากส่วนกลาง มีอีก  
เยอะแยะเลยที่เขาอยากเข้ามา อยากเข้ามาร่วมกับเราแต่ก็ไม่ได้เข้ามา อันนี้ก็ขอ  
Comment การเลือกคณะกรรมการนะ แต่จริงๆ มันก็ไม่ได้มีปัญหาหรอกในการ  
บริหารจัดการ เขาสามารถแต่งตั้งแล้วก็เชิญใครก็ได้เข้ามาเป็นที่ปรึกษา เข้ามา  
เป็นคนที่ให้ข้อมูลอะไรบ้าง คำแนะนำบ้าง อันนี้ก็ไม่ได้ถ้าทำจริงๆ...

(กานต์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

4.1.1.4 การกำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ บทบาทหลักใหญ่ๆ คือ  
นายอำเภอ และคณะกรรมการ เป็นเรื่องของการพัฒนางาน แต่บทบาทที่สำคัญที่สุด คือ สาธารณสุข  
อำเภอ กับผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพราะมีหน้าที่คอยขงเรื่อง หรือปัญหาต่างๆ เพื่อให้ประธานและ  
ที่ประชุมพิจารณาดำเนินการขับเคลื่อน ซึ่งถ้าคณะกรรมการเห็นด้วย ก็ดึง นักพัฒนา เครือข่ายต่างๆ  
มาร่วมกันเป็นเจ้าของ เพื่อแก้ปัญหา เพราะฉะนั้นบทบาทในตัวหนังสือ หรือในตัวคำสั่งนั้น มันเป็นสิ่ง



ที่อยากให้เกิดการขับเคลื่อนงาน ดังนั้น บทบาทคณะกรรมการจะเป็นลักษณะสไตล์การทำงานร่วมกัน (Collaborative Style) โดยมีนายอำเภอเป็นผู้นำ ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

...จริงๆ แล้วเป็นเชิง Principle ใหญ่ๆ คือ ท่านนายอำเภอ และคณะกรรมการ เป็นเรื่องของการพัฒนางาน ส่งเสริมชุมชนนั้นๆ สุดท้ายมันอยู่ที่คนชง ก็คือผู้นำ 2 คน คือ สาธารณสุขอำเภอ กับผู้อำนวยการโรงพยาบาล ชงให้เจ้าของอำเภอ ให้ประธาน ซึ่งถ้าเขาเอาด้วยแล้ว ว่าเรามาเรื่องนี้ นักพัฒนา เครือข่ายชุมชนนั้นๆ แล้วมาร่วมกันเป็นเจ้าของ เพื่อแก้ปัญหาสิ่งเหล่านี้ เพราะฉะนั้นบทบาทในตัวหนังสือ หรือในตัวคำสั่งนั้น มันเป็นสิ่งที่เราอยากให้อำนาจตัวนี้เดิน เรารู้แล้วว่า เจ้าของพลังผู้นำ คือ ท่านนายอำเภอ Follower ของเราฝั่งปฐมภูมิ ฝั่งโรงพยาบาล เพราะฉะนั้น มันก็จะ ตัวบทบาททุกคนจะเรียกว่า Collaborative style มีการนำโดยท่านผู้นำสูงสุด คือ นายอำเภอ...

(ดิฉัน นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

...จริงๆ ก็ กำหนดในคำสั่งตามหลักการ ซึ่งทางส่วนกลางเขากำหนดไว้ แต่เวลาทำงานจริงๆ อาจจะไม่ได้ออกแบบนั้นอาจจะเพิ่มเติมเข้าไป สิ่งสำคัญที่สุดผมว่าให้เขาได้มาออกแบบเองนั่นแหละ ในการประชุมให้เขาร่วมออกแบบหน้าที่ของเขาเอง ว่าอยากทำอะไร แต่ถ้าเราไป Fix มันเหมือนมัดมือชก ไม่เข้ากับบริบทของบางพื้นที่ แต่ถ้าตามทีปฏิบัติ ตามคำสั่งก็ได้กำหนด ลำนวนของคณะกรรมการทั้งหมด วาระมีบทบาทหน้าที่อย่างไร อันนี้ส่วนกลางเขากำหนดไว้แล้ว แต่ถ้าจะปฏิบัติจริงๆ ในการที่จะทำงานเอามาคุยกัน ให้ออกแบบเหมือนกับที่เคยทำมา ให้แต่ละท่าน ให้แต่ละหน่วยสมมุติว่า ทางพระสงฆ์ ให้ท่านออกแบบจะมีส่วนร่วมอย่างไร เราไป fix ว่าพระต้องทำนู่นนี่นั่น มันก็ไม่ใช่ ผมคิดอยู่ว่าในเรื่องของงานอุบัติเหตุ เพราะว่าที่นี้ทำเรื่องอุบัติเหตุท่านผู้กำกับมีส่วนในการจัดการการจราจร ก็อยากให้ท่านมีบทบาทออกแบบ อยากจะให้ท่านเข้าไปในโรงเรียนทุกโรงเรียน ไปให้ความรู้เด็ก ไป Support เด็กให้ปฏิบัติตามกฎจราจร ก็เป็นส่วนที่เราจะเอาทีมไปช่วยเอาตำรวจไปช่วย...

(กานต์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)



395274695

CU Thesais 5684471727 dissertation / recv: 06082562 15:28:18 / seq: 7

4.1.1.5 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีการประชุมแบบทางการ หรือแบบพิธีการมีน้อยครั้งมาก ส่วนใหญ่การสื่อสารข้อมูลของคณะกรรมการจะใช้แบบไม่เป็นทางการ เริ่มจากสาธารณสุขอำเภอกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลมองเห็นข้อมูลร่วมกัน มองเห็นว่าปัญหาใหญ่สุด คือ NCD จากนั้นนำเรียนคณะกรรมการ นำเรียนผู้นำ ลงไปถึงระดับตำบลด้วย เพราะฉะนั้น กำนัน, นายกอบต., นายกเทศมนตรี ของตำบลนั้นๆ ต้องรับรู้ถึงเรื่องที่จะลงไปดำเนินการ ดึงคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

*...อันนี้ตอบแบบชีวิตจริงนะ ประชุมแบบ Official น้อยมาก แล้วก็ไม่ได้อาศัย Individual Base พุดง่าย ๆ ก็คือว่า ท่านสาธารณสุขอำเภอ ท่านมองเห็นข้อมูลร่วมกันแล้วก็จูนมาที่ผมแล้วมองเห็นว่าปัญหาใหญ่สุดเรียงลงไป ก็คือ NCD แล้วก็นำเรียนองค์คณะ นำเรียนผู้นำ ลงไปถึงระดับตำบลด้วย ระบบสุขภาพอำเภอ ถ้ามองไม่เห็นตำบลนี้มันลายนะครับ สนามบินลงของ DHS คือ ตำบล เพราะฉะนั้นเท่ากับว่ากำนัน นายกอบต. นายกเทศมนตรี ของตำบลนั้น รับรู้ถึงเรื่องที่จะลง ถ้าบอกว่าต้องมานั่งเป็นพิธีการน้อยครั้งมาก...*

(ดิฉันทน์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

*...ไม่มี เราคิดว่าเอาตามความเหมาะสม โดยหนึ่งด้านงบประมาณ สองถึงประชุม เยอะก็ หน่วยงานอื่นก็ทำงานด้วย ให้เหมาะสมก็จะประชุมให้ได้ 3-4 ครั้ง ถ้าน้อยไปก็จะไม่ได้คุยกันนานก็จะไม่ได้ติดตามไม่มีนค...*

(กานต์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

4.1.1.6 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีการนำข้อมูลปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่มาวิเคราะห์ โดยใช้ฐานข้อมูลของสาธารณสุข ทั้ง 5 กลุ่มวัย และยังมีเรื่องอื่นๆ นอกเหนือจากกลุ่มวัย ได้แก่ เรื่องยาเสพติด สิ่งแวดล้อม แล้วก็นำมาเรียงลำดับความสำคัญ ดึงคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

*...มี ก็ใช้ฐานข้อมูลของสาธารณสุขทั้ง 5 กลุ่มวัย แล้วก็เรื่องนอกจากกลุ่มวัย ไม่ว่าจะเป็นเรื่องยาเสพติด สิ่งแวดล้อม อะไรพวกนี้แล้วก็มาเรียงลำดับความสำคัญ...*

(ดิฉันทน์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

4.1.1.7 โครงการที่จัดทำขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ได้มีการจัดลำดับความสำคัญไว้ 3 เรื่อง คือ เรื่อง NCD ที่เป็นไฮไลท์ คนไข้ติดเตียง Long term Care และใช้เลือดออก การขับเคลื่อนการดำเนินงานทั้ง 3 เรื่อง ใช้กลไกของระบบสุขภาพอำเภอ คือ ทุกส่วนเป็นเจ้าของร่วมกัน ไม่ใช่แค่หมอโรงพยาบาลกับหมออนามัยที่ดูแลเท่านั้น เช่น ลงไปเยี่ยมคนไข้ติดเตียง คนไข้ระยะสุดท้าย นายอำเภอ ผู้นำชุมชนก็ร่วมด้วย หากพบบางประเด็นที่ต้องดำเนินการ นายอำเภอก็จะสั่งการทันที ดึงคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

*...เรียงลำดับไว้ เรื่อง 1 เรื่อง 2 เรื่อง 3 มันจะมี NCD ที่เป็นไฮไลท์ แล้วก็เรื่องคนไข้ติดเตียง Long term Care เรื่องใช้เลือดออก เราใช้กลไกของระบบสุขภาพอำเภอเป็นเจ้าของร่วมกัน ไม่ใช่แค่หมอโรงพยาบาลกับหมออนามัยที่ดูแลเท่านั้น เช่น ลงไปเยี่ยมคนไข้ติดเตียง คนไข้ระยะสุดท้าย ท่านนายอำเภอก็ร่วมด้วย กำนัน แล้วอำเภอก็ได้ทราบโจทย์ บางโจทย์ก็มีข้อสั่งการ ท่านให้ความร่วมมือ...*

(ดิฉันทน์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

#### 4.1.1.8 การติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ประกอบด้วย

4.1.1.8.1 การประเมินผลการดำเนินงานด้านสุขภาพ จะมองเป็น 2 มิติ มิติที่ 1 แบบสาธารณสุข เป็นเรื่องของการเจ็บป่วยหรือสถานะสุขภาพ เช่น NCD คนไข้ที่ HbA1c ควบคุมไม่ได้ ต้องติดตามตรวจ เมื่อดำเนินงานโครงการโดยใช้ระบบสุขภาพอำเภอแล้ว มันจะต้องลดลง เราจะต้องให้ควบคุมได้ไม่ต่ำกว่า 40 เปอร์เซ็นต์ บางตำบลทำไม่ได้ก็ต้องเอามาแก้ใหม่ เป็นการประเมินเชิงวิชาการ มิติที่ 2 ระบบสุขภาพอำเภอ คือ บรรยากาศความร่วมมือไม่ร่วมมือกัน อันนั้นไม่มีทฤษฎีในฐานะที่เป็นแกนนำที่จะบริหารภาคีเครือข่ายภายใต้มีผู้บริหาร คือ นายอำเภอ ก็เป็นการประเมินโดยธรรมชาติ ซึ่งสำคัญมากเป็นเรื่องของบรรยากาศความร่วมมือกัน ดึงคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

*...ผมมองเป็น 2 มิติ มิติ 1 แบบสาธารณสุข เราจะเห็นเรื่องของการเจ็บป่วยหรือสถานะสุขภาพ อันนี้ส่วนใหญ่ความลึกซึ่งมันจะอยู่ภายใต้สายตาของพวกเรา ยกตัวอย่าง NCD คนไข้ที่ HbA1c ควบคุมไม่ได้มันจะต้องตามเก็บ เมื่อผ่านโครงการใช้ระบบสุขภาพอำเภอแล้ว มันจะต้องลดลง เราจะต้องให้ควบคุมได้*

ไม่ต่ำกว่า 40 เปอร์เซ็นต์ แต่ที่นี้พอทำแล้วบางตำบลมันไม่ได้ก็ต้องเอามาแก้ไขใหม่ อันนี้เป็นการประเมินเชิงวิชาการ นั่นก็คือ คำว่าระบบสุขภาพอำเภอ มันคือ บรรยากาศความร่วมมือไม่ร่วมมือกันอันนั้นไม่มีทฤษฎีในฐานะที่เป็นแกนนำที่จะบริหารภาคีเครือข่ายภายใต้มีผู้บริหาร คือ นายอำเภอ ก็เป็นการประเมินโดยธรรมชาติตรงนั้นนะครับตรงเครื่องยนต์ตรงนั้นสำคัญมากบรรยากาศความร่วมมือกัน...

(ดิฉันทน์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

4.1.1.8.2 ใช้การประเมินทั้งแบบวิชาการและแบบธรรมชาติ คือ ผู้นำให้คุณค่าไปมาหาสู่ช่วยเหลือกัน ส่วนผู้ตามหากมีข้อสงสัยอะไรต้องทำความเข้าใจกัน การเริ่มต้นดำเนินงานไม่ใช่ว่าจะประสบความสำเร็จทันที เพราะการทำงานแต่ละอย่างก่อให้เกิดการไม่เข้าใจกันบ่อยมาก เพราะฉะนั้นต้องประเมินระบบสุขภาพอำเภอ ถ้าประเมินแต่ตัว Issue ของวิชาการ เท่ากับว่าไม่ได้ประเมินตัวขับเคลื่อน นั่นก็คือ ความร่วมมือไม่ร่วมมือของคน ไม่บาดหมางกัน เสริมพลังกัน เพราะงานมันหนักบางครั้งต้องควักกระเป๋า คนหนึ่งเต็มข้าวต้ม คนหนึ่งเต็มน้ำ ต้องทำให้เขาภูมิใจ และร่วมมือกันทำงานต่อเนื่อง มีประเมิน Real Time ทุกๆ โครงการ ไปเรื่อยๆ เพื่อให้เกิดพลัง เกิดประสิทธิภาพ ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

...ใช้ทั้งแบบวิชาการ และแบบธรรมชาติ ก็คือ ในลักษณะของผู้นำ ก็จะเป็นการให้คุณค่าไปมาหาสู่ช่วยเหลือกัน ส่วนผู้ตามถ้ามีการผิดคิวก็ต้องเคลียร์ เพราะมีโอกาสผิดคิวมาก ลูกน้องเราว่าทางโน้นมาไม่ให้ความร่วมมือ ของพวกนี้ไม่ใช่ว่าปลูกเมล็ดพันธุ์ที่เดียวแล้วจะเกิดผล งานแต่ละอย่างมันก่อให้เกิดการผิดคิวบ่อยมาก เพราะฉะนั้นต้องบอกว่าการประเมินระบบสุขภาพอำเภอ ถ้าเราประเมินแต่ตัว Issue ของวิชาการ กลายเป็นว่าเครื่องยนต์ตรงนี้ต่างหากที่เป็นตัวขับเคลื่อน คือ คนนะครับ ความร่วมมือไม่ร่วมมือของคน ไม่บาดหมางกัน เสริมพลังกัน เพราะงานมันหนักบางครั้งต้องควักกระเป๋า คนหนึ่งเต็มข้าวต้ม คนหนึ่งเต็มน้ำ แต่ทำอย่างไรให้เขาภูมิใจว่าวันหลังชวนเขาแล้ว เขามาอีก ตรงนี้สำคัญมาก เราต้องประเมิน Real Time ทุกๆ โครงการ ไปเรื่อยๆ เพื่อให้เกิดพลัง เกิดประสิทธิภาพ...

(ดิฉันทน์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

4.2.2 การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development) การดำเนินงานด้านการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีภารกิจที่กว้างขวาง แต่ทรัพยากรมีอยู่ค่อนข้างจำกัด การจัดสรรทรัพยากรต้องมีความโปร่งใส ยุติธรรม สอดคล้องกับภาระงาน และได้รับการยอมรับจากทุกฝ่าย นอกจากนี้ สถานการณ์ด้านกำลังคนมีแนวโน้มลดลง ขณะที่จำนวนผู้สูงอายุและความต้องการบริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ภาระงานของเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้น ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพต้องมีการแบ่งปันทรัพยากรอย่างเหมาะสม ดังนี้

4.2.2.1 การแบ่งปันทรัพยากร (Resource sharing) ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านต่างๆ ประกอบด้วย

4.2.2.1.1 ด้านบุคลากร มีการสร้างให้เกิดการนำร่วม คือ ร่วมกันกำหนด วิสัยทัศน์ เป้าประสงค์ ค่านิยม และความคาดหวังในผลการดำเนินงาน ทำให้เกิดความร่วมมือกันในการทำงาน เพราะฉะนั้น ในเรื่องคนจะไม่จำกัดว่าใครอยู่แผนกอะไร รับผิดชอบงานอะไรก็ทำ เฉพาะงานในแผนกหรืองานที่ตัวเองรับผิดชอบ ซึ่งสิ่งที่ตามมาของการทำงานลักษณะนี้ก็คือ คำพูดที่ว่าคนไม่พอ การสร้างการนำร่วมทำให้เกิดการมีส่วนร่วม การเกื้อกูล และความร่วมมือในการทำงาน เพราะฉะนั้นเรื่องคนจึงไม่มีคำว่าคนไม่พอ แม้กระทั่งจิตอาสาที่มาร่วม ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

...พอเราสร้างการนำร่วม ผมใช้คำว่ากรนำร่วม อย่าง Follower ก็จะเป็น Follower ที่ร่วมมือกัน ในเรื่องคนมันจะไม่ลิมิตแค่บอกว่าแผนก ถ้าบอกว่าใคร รับผิดชอบ Long Term Care มีอยู่คนเดียวในอนาคต ถ้าไม่เกิดการนำร่วมหรือการร่วมมือ จะไปตรองที่บอกว่าคนไม่พอ เพราะฉะนั้นเรื่องคนไม่มีว่าคนไม่พอ แม้กระทั่งจิตอาสาที่มาร่วม...

(ดิฉันทน์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

4.2.2.1.2 ด้านงบประมาณ ประกอบด้วย

4.2.2.1.2.1 งบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงาน มี 2 ส่วน คือ 1) งบประมาณจากโครงการ เป็นเงินที่มาจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เงินที่มา



...อสม. ระดมทุนช่วย ของจิตอาสานี้ชัดเจนเขาไประดมทุนช่วย เช่น ไปรับบริจาค เสื้อผ้าเก่ามาแล้วก็เอาไปขาย 5 บาท 10 บาท ทำผ้าป่า ได้เงินก็เอามาเป็น กองทุนจิตอาสา หากมีผู้ป่วยที่ต้องไปรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลแล้วเขาไม่มีค่า รค่า ทางจิตอาสาเขาก็จะจัดให้เลย ใช้เงินกองทุนแบ่งให้เป็นค่ารถ ไม่คิดว่า จะเกิดขึ้นได้ ไปหารับบริจาคมาแล้วก็มาดูแลกัน...

(กานต์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

4.2.2.1.2.4 มีการแบ่งปันเงินจากกองทุนการกุศลยาโม ที่ได้จากการทำผ้าป่าการกุศล รวมถึงผู้บริจาคอื่นๆ มาดูแลผู้ยากไร้ ผู้ป่วยเอดส์ที่ยากไร้ ผู้สูงอายุ บางครั้งก็เอาไปช่วยกาชาด ใช้ในการสร้างบ้านให้ผู้ยากไร้ ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่มีคนดูแล เคยใช้ในการดูแล เด็กที่ครอบครัวแตกแยกและถูกล่วงละเมิดทางเพศ โดยไปทำบ้าน จัดการสิ่งแวดล้อม และจ้างยามให้ ดั่งคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

...กองทุนการกุศลยาโม ดำเนินการมาหลายปีแล้ว ก็จะระดมทุนเหมือนผ้าป่า เอามาดูแลผู้ยากไร้ ดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่ยากไร้ ผู้สูงอายุ บางทีก็เอาไปช่วยกาชาด นำไปสร้างบ้านให้ผู้ยากไร้ ใช้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่มีคนดูแล เมื่อก่อน มันเคยมีเด็ก ถูกข่มขืน เราก็เอาไปดูแลทำบ้าน ทำจัดการสิ่งแวดล้อม จัดยามให้ ก็ถือว่า มี กองทุนสนับสนุนเยอะในส่วนของการทำงาน...

(กานต์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

#### 4.2.2.1.3 ด้านเครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์

4.2.2.1.3.1 เครื่องมือ อุปกรณ์ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องยา เรื่อง Foley Cath สามารถบอกกล่าว และแบ่งปันกันได้ในแต่ละสถานบริการ โดยไม่ติดขัดเรื่องระเบียบต่างๆ และไม่เกิดการเกี่ยงกัน เพราะฉะนั้นจะไม่มีข้อจำกัด ส่วนเครื่องมือบางอย่างก็จะได้มาจากการบริจาคจาก ภายนอกที่เห็นคุณค่าของการทำงาน ดั่งคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

...เครื่องมือก็เช่นเดียวกัน ไม่ว่าจะเรื่องอุปกรณ์ เรื่องยา เรื่อง Foley Cath คือพอบอกกล่าวกันได้ ไปมาหาสู่กันได้ มันจะไม่มีเรื่องระเบียบอะไรที่ติดขัด แล้วไม่เกิดการเกี่ยงกัน เพราะฉะนั้นมันจะ Unlimited ส่วนเครื่องมือบางอย่างก็ไปต่อรองในเรื่องการบริจาคอีก บางอย่างพอรู้ข่าวก็จะบอกต่อแล้วได้มา...

(ติณณ์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

4.2.2.1.3.2 พระสงฆ์จะสนับสนุนอุปกรณ์ เครื่องใช้ ที่มีผู้บริจาค ส่วนองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และโรงพยาบาลมีการจัดรถเพื่อรับ-ส่ง ผู้ป่วย ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

...พระสงฆ์ท่านก็ช่วยของ เรื่องจัดรถไปรับส่ง มีของ อบต. ของเราของโรงพยาบาล อันนี้ไม่ต้องพูดถึง เพราะเรามีทรัพยากรอยู่แล้ว”  
“มีบาง Case ที่ต้องไปรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาล แล้วเขาไม่มีค่ารถค่าอะไรทางจิตอาสาเขาก็จะจัดให้เลย อาจจะใช้รถของ อบต. บ้างรถโรงพยาบาล บ้างเท่าที่จำเป็น...

(กานต์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

4.2.2.1.3.2 เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ ส่วนหนึ่งมาจากโรงพยาบาล ซึ่งได้ทำเป็นคลังวัสดุสำหรับให้ผู้ป่วยยืมใช้ เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน เตียง Walker อุปกรณ์อย่างอื่นรวมไปถึงรถสามล้อซึ่งเป็นของกลุ่มจิตอาสา มี 2 คัน ถ้าผู้ป่วยจะมาโรงพยาบาล หรือจะกลับบ้านแล้วไม่มีรถ จิตอาสาจะใช้รถสามล้อ เพื่อรับ-ส่ง เงินค่าน้ำมันก็จะใช้เงินกองทุนจิตอาสาเต็ม ส่วนอุปกรณ์อย่างอื่น ก็แบ่งปันกันใช้ บางครั้ง คนที่มีฐานะถ้าให้เขาซื้อ ถ้าไม่ได้ใช้ หรือเสียชีวิตไป ญาติก็บริจาคต่อกันมา ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

...ทุกวันนี้ดีหน่อยคนที่มีฐานะถ้าให้เขาซื้อนะเขาไม่ได้ใช้เขาเสียชีวิตไปเขาก็บริจาคต่อกันมา ส่วนหนึ่งมาจากโรงพยาบาลทำเป็นคลังวัสดุให้ยืม ไม่ว่าจะ เป็น เครื่องผลิตออกซิเจน เตียง Walker อุปกรณ์อย่างอื่นที่เรามีมีจนถึงสามล้อ ที่นี้จะมีสามล้อให้ยืม เอาไว้เป็นส่วนกลางของจิตอาสา มี 2 คัน คนไหนที่มาโรงพยาบาล



แล้วไม่มีรถกลับ เขาก็ไปส่งหรือไม่มีรถมา ใครว่างก็ไปขับรถมา ช่วยกัน น้ำมัน  
ก็เอาเงินจิตอาสามาเติม อุปกรณ์อย่างอื่น ก็แชร์กัน...

(กานต์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

#### 4.2.2.1.4 ด้านความรู้ การพัฒนาความรู้ให้กับสมาชิกเครือข่าย ประกอบด้วย

4.2.2.1.4.1 การพัฒนาความรู้ให้กับสมาชิกเครือข่าย จะเป็นไปโดย  
ธรรมชาติ คือ สมาชิกของเครือข่ายไม่ว่าจะเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, อสม., ผู้ดูแลผู้สูงอายุ หรือ  
จิตอาสา จะได้รับการพัฒนาความรู้ และการฝึกทักษะ โดยการสอน ทิว และการอบรม จนทุกคน  
สามารถเป็นผู้เชี่ยวชาญในบทบาทต่างๆ ได้อย่างมีความสุข ในบรรยากาศการทำงานที่ช่วยเหลือกัน  
ให้ความรู้กัน ร่วมไม้ร่วมมือกันทำ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สามารถวัดความดัน  
โลหิตได้ เจาะเลือดปลายนิ้ว คนไข้เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือแม้กระทั่งสอนการดูแล การพลิก  
ตัว การดูแล Foley Cath ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

...Knowledge หรือครับ อันนี้ง่าย มันเป็นไปโดยธรรมชาติ ก็คือตัว Body ของ  
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แล้วก็ใน สม. เพราะฉะนั้นแต่ละคนที่รับบทบาทแต่ละอย่าง  
เราจะให้ Knowledge แล้วก็ Skill สอนกัน ทิวกัน อบรมกัน จนทุกคนสามารถไป  
เป็นผู้เชี่ยวชาญในบทบาทต่างๆ ได้อย่างมีความสุข แล้วก็บรรยากาศการทำงาน  
ไม่มีการเกี่ยงกัน มีแต่ทำให้ความรู้กันแล้ว ก็ช่วยร่วมไม้ร่วมมือกัน อสม.ก็สามารถ  
วัดความดันให้ เจาะเลือดปลายนิ้ว คนไข้เบาหวานความดัน หรือแม้กระทั่งสอน  
การแคร์ การพลิกตัว การแคร์ foley cath เพราะว่าเขาอยู่ในกรอบของการร่วม  
ไม้ร่วมมือกัน ลงแขกลงขันกัน...

(ติณณ์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

4.2.2.1.4.2 จะใช้วิธีการสอน และฝึกปฏิบัติที่หน้างาน เพราะว่า  
การสอนโดยทฤษฎีเป็นแค่จุดเริ่มต้นของการสร้างแนวคิด จะไม่ครอบคลุม จะมีคำถาม หรือข้อประเด็น  
สงสัยอีกตามมา ฉะนั้นการสอนที่หน้างานจะครอบคลุมกว่า แนะนำแล้วจะทำให้เกิดความสะดวกและ  
เข้าใจมากกว่า ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

...การสอนโดยทฤษฎี มันไม่ครอบคลุม เพราะทฤษฎี เราลองไปอ่านดู การดูแล  
แผล คือคิดอย่างไร มันจะมีคำถาม หรือข้อประเด็นอะไรลึกกว่านั้น ฉะนั้นในหน้า  
งาน แนะนำแล้วจะทำให้เกิดความสะดวกรวดเร็ว เข้าใจง่าย...

...Caregiver บางคนเป็นสาว บางคนเป็นภรรยา มันมีต้นทุนความรู้ไม่เท่ากัน  
เพราะฉะนั้นในหน้างานมันจะไปเกิดความครอบคลุมสำหรับ Caregiver คนนั้น  
เพราะการสอนเป็นทางการเป็นการสร้าง Framework เป็นตัวเริ่มต้น...

(ติณณ์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

4.2.2.1.4.3 มีการพัฒนาบุคลากรโดยการจัดอบรมพัฒนาความรู้  
ให้กับบุคลากรทุกปี โดยใช้งบประมาณจากกองทุนโรคเรื้อรัง นอกจากนี้ ก็ยังมีการพัฒนาความรู้ให้กับ  
กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยใช้งบประมาณของสำนักงานหลักประกัน  
สุขภาพแห่งชาติ (สช.), กองทุนตำบล และหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้  
ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

...ความรู้ของบุคลากรเราก็จัดทุกปี เพราะว่าเราได้กองทุนโรคเรื้อรังมาเราก็จัดอยู่  
แล้ว งานที่ 2 เรื่องของ อสม. เราก็ได้มา ส่วนกลุ่มอื่นๆ เราก็จะมีจาก สช. อย่าง  
อื่นบ้างที่เอามาทำ ของกองทุนตำบล หลักประกันสุขภาพท้องถิ่นอันนี้เราก็มี  
เป็นการบูรณาการทุกภาคส่วน...

(กานต์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

#### 4.2.2.1.5 ด้านเทคโนโลยี

4.2.2.1.5.1 จะใช้เทคโนโลยีการสื่อสารที่แต่ละคนมีอยู่ และใช้  
โปรแกรมคอมพิวเตอร์ของกระทรวงสาธารณสุขในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย โปรแกรม  
HosXP ในการบันทึกข้อมูล ใช้โทรศัพท์มือถือ หรือไลน์ ในการสื่อสารข้อมูล หรือขอคำปรึกษา แล้ว  
จึงนำข้อมูลเหล่านั้นมาแบ่งปันคืนข้อมูล เช่น การส่งภาพแผลผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ  
เพื่อขอคำปรึกษาจากแพทย์ Foley Cath หมดจะขอเบิก เพราะฉะนั้นทุกอย่างจะเป็นกลไกที่อยู่  
ภายใต้เทคโนโลยีที่เราจับต้องได้ ในสิ่งที่มีอยู่ ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

...จริงๆ เราก็ใช้เทคโนโลยีภายใต้สิ่งที่มันจับต้องได้ เช่น กระจกเรามี HosXP มีมือถือ มีไลน์ เราก็เอาข้อมูลเหล่านั้นมาแบ่งปันคืนข้อมูลแล้วก็ส่งภาพแปลเพื่อปรึกษาแพทย์ว่าแบบนี้จะอย่างไร Foley Cath หรืออันนี้หมดจะขอเบิก เพราะฉะนั้นทุกอย่างจะเป็นกลไกที่อยู่ภายใต้เทคโนโลยีที่เราจับต้องได้ในสิ่งที่เรามี...

(ดิฉัน นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

...เทคโนโลยีในการดูแลผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่เราก็จะเอาเท่าที่มีอยู่ ส่วนใหญ่ก็จะเน้นเรื่องพัฒนาคุณภาพในการทำงานมากกว่า เทคโนโลยีไม่ค่อยมีเท่าไร...

(กานต์ นามสมมติ, ผู้ให้สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

4.2.2.1.6 ด้านฐานข้อมูล ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ของกระทรวงสาธารณสุข ในการรวบรวมข้อมูล คือ ใช้โปรแกรม HosXP ในการบันทึกข้อมูล และมีการคืนข้อมูลให้บุคคลเป้าหมายเพื่อนำไปวิเคราะห์วางแผนในการทำงาน ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

...จริงๆเราก็ใช้เทคโนโลยีภายใต้สิ่งที่มันจับต้องได้ เช่น กระจกเรามี HosXP...  
...อันนี้สำคัญเลยครับ การคืนข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญมาก คืนข้อมูลให้บุคคลเป้าหมายพอเขาได้ข้อมูลก็วิเคราะห์วางแผนทำงานได้ ทุกคนจะเหมือนกัน จะถามว่า OK เต็มที่จะให้ช่วยอะไรแล้วเขาจะติดต่อ แม้กระทั่งพระองค์เองก็ยังออกแบบเพิ่ม...

(ดิฉัน นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

...เราใช้ของ LTC ถ้าเป็น รพ.สต. เราก็จะใช้ hos XP ที่เรามีอยู่ ก็จะมีข้อมูลพวกนี้ อยู่ที่เรามีอยู่ ก็จะมีข้อมูลพวกนี้อยู่...

(กานต์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

#### 4.2.2.2 ทรัพยากรจากภาครัฐ ประกอบด้วย

4.2.2.2.1 งบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงาน มี 2 ส่วน ทรัพยากรจากภาครัฐที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุจะได้จากงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และงบประมาณกองทุนสุขภาพจากท้องถิ่น เงินตำบล และใช้งบประมาณของส่วนสาธารณสุข ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

...ส่วนทรัพยากรนั้นมี 2 ขา ขา Official งบประมาณจากภาครัฐมาจากสปสช. งบกองทุนสุขภาพจากท้องถิ่น เงินตำบล...  
...ถ้าเรามองเป็นทางการก็ต้องภายใต้กองทุนระดับอำเภอ แต่อันนั้นไม่ได้ไป Setting ไว้ถึงขนาดนั้น แต่หมายถึงว่าเราก็ใช้ส่วนราชการ เงินในฝั่งภาคส่วนสาธารณสุข...

(ดิฉันทน์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

4.2.2.2.2 องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) สนับสนุนงบประมาณใช้สำหรับสร้างบ้านหลังละ 40,000 บาท และใช้เงินกองทุนการกุศลยาโมมาสมทบทุกปี จะสร้างได้ประมาณปีละ 4 - 6 หลัง ส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีที่อยู่ ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

...ใช่ เพราะว่าเงินหลักเลย อบจ. ให้มา 40,000 หรือเท่าไรนี้แหละมันได้น้อย ท่านก็จัดตัวนี้เข้าไปเสริมนิดหน่อย มันก็พอๆ เป็นรูปเป็นร่างทุกปี บางทีก็ได้ 4 หลัง 6 หลังประมาณนี้ ส่วนใหญ่ก็เป็นผู้สูงอายุที่เขาไม่มีที่อยู่มีที่อยู่...

(กานต์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

4.2.2.2.3 ทรัพยากรจากภาครัฐ ที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่จะได้จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งได้สนับสนุนงบประมาณในการจัดตั้งกองทุน Long Term Care เป็นหลัก เฉลี่ย 5,000 บาท/คน นอกจากนี้ จะได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนโรคเรื้อรังที่จังหวัดให้มาดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ปีหนึ่งประมาณ 3-4 แสนบาท และมีงบประมาณของกองทุนสุขภาพตำบลอีกส่วนหนึ่ง ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

...ส่วนใหญ่เป็นของเราเป็นหลักเราใช้ LTC เป็นหลัก ซึ่งปีหนึ่งก็ได้เยอะอยู่เฉลี่ย 5,000 ถ้าไม่พอเราก็จะมีของโครงการกองทุนที่จังหวัดให้มาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังปีหนึ่งเยอะ 3-4 แสน และของกองทุนสุขภาพตำบลนอกจาก LTC ถ้ามันไม่พอก็ยังใช้ได้อยู่ อาจจะเป็นการประจุมอบรมที่มันไม่เกี่ยวกับ Care Plan ก็จะใช้ได้ของภาครัฐบาลก็จะมีประมาณนี้...

(กานต์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

4.2.2.3 การระดมทุนในการดูแลผู้สูงอายุ การระดมทุนจากภาคเอกชนมีหลายรูปแบบ และหลายระดับ ประกอบด้วย

4.2.2.3.1 การระดมทุนจากภาคเอกชนมีหลายรูปแบบ หรือมีหลายระดับ จากหน่วยงานนอกจะเป็นในส่วนของจิตอาสาด้วยการบอกบุญ นอกจากนี้ จะมีเศรษฐกิจบุญในตัวเมืองโคราช เจ้าของโรงแรมปัญจดารามาร่วมทำบุญ แล้วก็มาออกแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ได้บริจาคเงินจ้างนักบริบาล เพื่อมาดูแลคนไข้ติดเตียง ดึงคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

...ผมเชื่อว่าระดมทุนเนี่ย มันมีหลายรูปแบบหรือมีหลายระดับ ถ้าจากหน่วยงานนอกก็จะเป็นในส่วนของจิตอาสาด้วยการบอกบุญ ที่ขามสะแกแสงจะมี Innovative อันหนึ่งก็คือ มีเศรษฐกิจบุญในตัวเมืองโคราช เจ้าของโรงแรมปัญจดาราม ท่านก็จะทำบุญ แล้วก็มาออกแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ท่านได้บริจาคเงินจ้างนักบริบาล เพื่อมาดูแลคนไข้ติดเตียงในขามสะแกแสง...

(ดิฉันทน์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

4.2.2.3.2 งบประมาณที่ไม่ใช่งบประมาณของโครงการ ซึ่งมีหลากหลาย เช่น เวลาไปลงหน้างานจริงจะมีคนเห็นอกเห็นใจ มีการหยิบยื่น มีการควักกระเป๋า ลงแขกลงขันกันทุกครั้ง แสดงว่าเกิดความปิติ เกิด Appreciation ของคนที่ร่วมมือกันทำ ดึงคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

...งบประมาณส่วนที่ไม่เป็น Official อันนี้หลากหลาย เวลาที่ไปลงงานจริงจะเกิด  
เกิดดราม่า ความเห็นอกเห็นใจ มีการหยิบยื่น มีการควักกระเป๋า ลงแขกลงขัน  
กันทุกครั้ง...

(ดิฉัน นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

4.2.2.3.3 มีการจัดผ้าป่า กรณีที่มีประเด็นปัญหาเรื่องใด ภาคีเครือข่ายที่  
ร่วมเป็นเจ้าของก็จะร่วมกันลงขันระดมทุน ทรัพยากรต่างๆ ฉะนั้นการระดมทุกจะมี 2 รูปแบบ แบบ  
กลางๆ ก็คือ ผ้าป่า อีกรูปแบบหนึ่งจะเป็นรูปแบบของจิตอาสา ระดับอำเภอจะมีเงินกองทุนจิตอาสา  
หากมีผู้ป่วยติดเตียง ก็จะใช้เงินกองทุนจิตอาสาไปช่วยเหลือ ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอน  
หนึ่งว่า

...รูปแบบของพื้นที่พื้นที่ ก็จะมีการจัดผ้าป่า แต่ถ้ากรณีที่มี Issue เรื่องนั้น  
ภาคีเครือข่ายที่ร่วมเป็นเจ้าของร่วมกันก็จะร่วมลงแขกลงขันกัน เพราะฉะนั้น  
จะมี 2 รูปแบบ แบบกลางๆ ก็คือ ผ้าป่า แล้วก็ขามสะแกแสงก็ได้ Set Body  
ของจิตอาสา เป็นระดับอำเภอ มีเงินกองทุนจิตอาสา ซึ่งถ้ามีคนใช้ติดเตียง ก็จะ  
ใช้เงินกองทุนจิตอาสาไปช่วยขามสะแกแสงมีsetอันนี้ขึ้นมาเป็นกองทุนจิตอาสา  
อำเภอขามสะแกแสง...

...กองทุนจิตอาสาจะไปตอบโจทย์ Long term Care คนใช้ติดเตียง ทุกอย่างเลย  
ครับ เพราะว่าแกนนำในการไปดู หนึ่งในนั้นคือ จิตอาสา ก็เลยเกิดการรวมตัวกัน  
เพราะฉะนั้นในโหมด Resource Sharing ก็จะมีเงินกองทุน ที่ใช้ชื่อว่า กองทุน  
จิตอาสา ซึ่งไม่เกี่ยวกับโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ  
โดยประชาชนเป็นเจ้าของ คือ จิตอาสาี่แหละ...

(ดิฉัน นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

4.2.2.3.4 มีการรับบริจาคเสื้อผ้ามือสอง เพื่อนำไปขายที่ตลาดนัดตัวละ 20  
บาท แล้วนำเงินที่ได้มาจัดตั้งเป็นกองทุนจิตอาสา ไว้สำหรับช่วยเหลือผู้ป่วย ดังคำให้สัมภาษณ์ของ  
ผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

...เราลองเอาเสื้อผ้าเก่าๆ ที่มันล้นตู้เสื้อผ้าดีๆ มาบริจาค แล้วเรามาขายในตลาด



395274695

CD IThesis 5684471727 dissertation / recv: 06082562 15:28:18 / seq: 7

นัดที่ว่าการอำเภอลงแสงสว่าง 20 บาท โดยต้นทุนเราสูงกว่า แล้วมาทำ  
บัญชีเราก็ได้ผ้ามากองเบ้อเริ่มเป็นทุนเริ่มต้น ในคำว่าจิตอาสาเราก็ใช้กองทุนตรง  
นั้นก็ไม่ได้ไปใช้งบประมาณอะไร...

(ดิฉัน นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

4.2.2.3.5 การแบ่งปันเงินจากกองทุนการกุศลยาโม ที่ได้จากการทำผ้าป่า  
การกุศล รวมถึงผู้บริจาคอื่นๆ มาดูแลผู้ยากไร้ ผู้ป่วยเอดส์ที่ยากไร้ ผู้สูงอายุ บางครั้งก็เอาไปช่วย  
กาชาด ใช้ในการสร้างบ้านให้ผู้ยากไร้ ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่มีคนดูแล เคยใช้ในการดูแลเด็กที่  
ครอบครัวแตกแยกและถูกล่วงละเมิดทางเพศ โดยไปทำบ้าน จัดการสิ่งแวดล้อม และจ้างยามให้ ดัง  
คำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

...กองทุนการกุศลยาโม ดำเนินการมาหลายปีแล้ว ก็จะระดมทุนเหมือนผ้าป่า เอามา  
ดูแลผู้ยากไร้ ดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่ยากไร้ ผู้สูงอายุ บางทีก็เอาไปช่วยกาชาด นำไปสร้าง  
บ้านให้ผู้ยากไร้ ใช้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่มีคนดูแล เมื่อก่อน มันเคยมีเด็กถูกข่มขืน เราก็  
เอาไปดูแลทำบ้าน ทำจัดการสิ่งแวดล้อม จัดยามให้ ก็ถือว่ามีกองทุนสนับสนุนเยอะ  
ในส่วนของการทำงาน...

(กานต์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

4.2.2.3.6 มูลนิธิริ้นจิตอาสา เป็นภาคเอกชน ตอนแรกจะเอาลูกหลานที่  
เรียนจบวิทยาลัยนครราชสีมา แล้วยังไม่มีงานทำ เข้าดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ผู้พิการในพื้นที่ โดย  
จะให้งาน และแบ่งพื้นที่ให้รับผิดชอบ จะมีอำเภอละ 4-5 คน จะมีรายชื่อผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง  
ผู้ป่วยยากไร้ ผู้ป่วยผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลก็ให้เพื่อไปดูแล แล้วก็ส่งรายงานทุกวัน มีเงินเดือนให้  
เดือนละ 15,000 บาท ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

...เป็นภาคเอกชนท่านก็ตอนแรกเอาลูกหลานที่จบวิทยาลัยนครราชสีมา แล้วยังไม่  
มีงานทำเรียนมาด้านนี้ แต่ละอำเภอก็มีเราก็มี 4-5 คน เอาไปเพิ่มที่จะดูแล คนใน  
พื้นที่แล้วก็จะให้งานตัดแบ่งพื้นที่เลย จะมีรายชื่อผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงผู้ป่วย

ยากไร้ ผู้ป่วย ผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแล ก็ให้เด็กพวกนี้เข้าไปดูแลเป็น Case ไป แล้วก็ส่งรายงานทุกวัน เช่น เป็นแผลกดทับ เด็กก็จะไปดูได้ไปทำแผลให้ทุกวันมีเงินเดือนให้ เดือนละ 15,000 บาทก็เยอะอยู่นะ...

(กานต์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

#### 4.2.2.4 การบริหารจัดการด้านการแบ่งปันทรัพยากร

4.2.2.4.1 ระดับอำเภอจะมีเงินกองทุนจิตอาสา หากมีผู้ป่วยติดเตียง ก็จะใช้เงินกองทุนจิตอาสาไปช่วยเหลือ ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

...ระดับอำเภอ มีเงินกองทุนจิตอาสา ซึ่งถ้ามีคนไข้ติดเตียง ก็จะใช้เงินกองทุนจิตอาสาไปช่วย...

...ในโหมด Resource Sharing ก็จะมีเงินกองทุน ที่ใช้ชื่อว่ากองทุนจิตอาสา ซึ่งไม่เกี่ยวกับโรงพยาบาลนะครับ แล้วก็ไม่มีเกี่ยวกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โดยประชาชนเป็นเจ้าของ...

(ติณณ์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

4.2.2.4.2 ทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงานส่วนใหญ่เป็นของภาครัฐ ในการจัดสรรทรัพยากรจะผ่านกระบวนการของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ถ้าเป็นงบประมาณในส่วนของสาธารณสุขทุกภาคส่วนจะเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดสรรทรัพยากร ในส่วนของกองทุน Long Term Care จะมีคณะกรรมการของกองทุนเป็นผู้พิจารณา โดยมีสาธารณสุขอำเภอ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นที่ปรึกษา ซึ่งจะไปร่วมประชุมกับทุกกองทุน ถ้าเป็นของภาครัฐแนวทางการจัดสรรมีระเบียบชัดเจนอยู่แล้ว แต่ถ้าเอกชนก็จะให้ข้อเสนอแนะว่าควรจะให้รายไหน จะเป็นที่ปรึกษาให้ ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

...เรื่องทรัพยากรโดยส่วนใหญ่มันเป็นของภาครัฐที่เข้ามา ในการจัดสรรเราก็จะผ่านกระบวนการของ คปสอ. ถ้าเป็นของเรา คือทุกภาคส่วนที่เข้ามาดูแล ถ้าเป็นกองทุนตำบลของ LTC ก็จะมีคณะกรรมการของเขา โดยมีสาธารณสุขอำเภอ



เป็นที่ปรึกษา กับท่านผู้อำนวยการ กฎหมายเดิมผมจะไปประชุมทุกที่นะที่อันใหม่  
 นี้มีท้องถิ่นเข้าไปด้วย ถ้าเป็นของภาครัฐแนวทางชัดเจนอยู่แล้วว่าใช้อะไรได้ใน  
 สรรป็นส่วน แต่ถ้าเอกชนเข้ามา บางส่วนเราก็เป็นข้อเสนอแนะจากเราว่าควรจะ  
 ให้รายไหนเราก็เป็นที่ปรึกษาให้...

(กานต์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

#### 4.2.2.5 การจัดตั้งทีมสหวิชาชีพหรือทีมสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ

4.2.2.5.1 มีการจัดตั้งทีมสหวิชาชีพหรือทีมสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มี  
 ภาวะพึ่งพิง โดยมีจิตอาสาที่ภาคเอกชนจ้างให้ ร่วมกับจิตอาสาในพื้นที่ ทีมปฐมภูมิ ทีมโรงพยาบาล  
 และนายกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ลงไปเยี่ยมผู้สูงอายุ จึงทำให้เกิดความร่วมมือ การ  
 ช่วยเหลือกัน ทีมสหวิชาชีพเหล่านี้ได้ร่วมบริจาคเงินซื้อมุ้ง รวมถึงการซ่อมแซม ปรับปรุง ไปจนถึงการ  
 สร้างบ้านให้ใหม่ เป็นการช่วยเหลือจากหน่วยงาน ในความเป็นเจ้าของร่วมกัน ซึ่งต่างจากการไปเยี่ยม  
 บ้านจะไปโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) กับโรงพยาบาล จะได้แต่งงาน  
 สาธารณสุข งานวิชาการอย่างเดียว ดึงคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

...จะมีจิตอาสาของทางโรงแรมปัญจดาราร้างให้ แล้วก็จิตอาสาในพื้นที่ ทีม  
 ปฐมภูมิ ทีมโรงพยาบาล แล้วก็ท่านนายก อบต. ท่านลงมาเยี่ยมเองเลย ทำให้เกิด  
 ความร่วมมือเกิดการช่วยเหลือ แม้กระทั่งมุ้งไม่มี ทีมงานสหวิชาชีพก็บริจาคเงิน  
 ซื้อมุ้งให้เลย หรือสร้างบ้านให้ใหม่ มีหมดครับ รายละเอียดจากการช่วยเหลือจาก  
 หน่วยงาน ในความเป็นเจ้าของร่วมกัน ซึ่งจะต่างจากการไปเยี่ยมบ้านจะไปโดย  
 อนามัยกับโรงพยาบาล เราจะได้ทำอะไรเลย จะแต่ได้งานสาธารณสุข งานวิชาการ  
 อย่างเดียว...

(ดิฉันทน์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

4.2.2.5.2 การจัดตั้งทีมสหวิชาชีพหรือทีมสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มี  
 ภาวะพึ่งพิง หรือให้คำปรึกษาเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และสมาชิก  
 เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยส่วนใหญ่ทีมสหวิชาชีพจะลงไปดู



395274695

ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน ที่มีภาวะยากลำบาก เช่น กลุ่ม Stroke จะไปลงไปทุกราย โดยมี  
 นักกายภาพเป็นหลัก มีพยาบาล มีเภสัช ไปดูเรื่องยา จะไปเป็นทีม บางครั้งก็จะเชิญนายอำเภอไปด้วย  
 ดั่งคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

...มีของเราจะเน้นโดยส่วนใหญ่สหวิชาชีพที่ที่ไปจะเน้นผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนที่  
 มีภาวะยากลำบาก อย่างเช่นพวกหลอดเลือด แล้วก็ไปลงไปทุกราย โดยมีกายภาพ  
 เป็นหลัก มีพยาบาลมีเภสัชไปดูเรื่องยาเราไปเป็นทีมถ้าเพื่อเราเชิญท่าน  
 นายอำเภอไปบ้าง เป็นบางครั้งไปเยี่ยมท่านนายอำเภอท่านชอบออกไป...

(กานต์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

#### 4.2.2.6 การบริหารจัดการด้านการพัฒนาบุคลากร (Human Development)

4.2.2.6.1 มีการพัฒนาบุคลากรโดยการจัดอบรมพัฒนาความรู้ให้กับ  
 บุคลากรทุกปี โดยใช้งบประมาณจากกองทุนโรคเรื้อรัง นอกจากนี้ ก็ยังมีการพัฒนาความรู้ให้กับกลุ่ม  
 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยใช้งบประมาณของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ  
 แห่งชาติ (สปสช.), กองทุนตำบล และหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก  
 ตอนหนึ่งว่า

...ความรู้ของบุคลากรเราก็จัดทุกปี เพราะว่าเราได้กองทุนโรคเรื้อรังมาเราก็จัดอยู่  
 แล้ว งานที่ 2 เรื่องของ อสม. เราก็ได้มา ส่วนกลุ่มอื่นๆ เราก็จะมีจาก สปสช.  
 อย่างอื่นบ้างที่เอามาทำ ของกองทุนตำบล หลักประกันสุขภาพท้องถิ่นอันนี้เราก็มี  
 เป็นการบูรณาการทุกภาคส่วน ที่นี้ผมว่าไม่ขาด...

(กานต์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

4.2.2.6.2 ระดับอำเภอจะมอบหมายให้รับผิดชอบงานการดูแลผู้สูงอายุ  
 ระยะยาว (Long Term Care: LTC) เป็นแม่งานหลัก ส่วนในระดับพื้นที่ หรือ โรงพยาบาลส่งเสริม  
 สุขภาพตำบล (รพ.สต.) จะผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager: CM) ซึ่งได้ส่งเจ้าหน้าที่เข้ารับ

การอบรมตามครั้งสูตรครบทุก รพ.สต. เป็นหลัก ในระดับหมู่บ้านจะมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ซึ่งได้มีการจัดหลักสูตรอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ครอบคลุมกำหนด จะมีการเปิดกว้างเรื่องวิชาการ หากมีสถาบันใดเปิดการอบรมจะประชาสัมพันธ์ และสนับสนุนให้บุคลากรเข้ารับการอบรมอย่างต่อเนื่อง ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

...ตอนแรกคนที่รับผิดชอบงานหน้านี้เป็นแม่งานหลักคนนึง เราจะมอบหมายให้ แล้วก็จะมี CM ในระดับพื้นที่ มีทุกแห่ง CG ปีก่อนนั้นมันไม่พอตอนแรกเลยที่เบิกเงินไปได้ CG มันไม่มี เพราะว่า CG มันต้องผ่านการอบรม ต้องมีใบประกาศคร่าวหลังมามันไม่พอ ก็จัดอบรมให้ก็จะเชิญเข้าอบรม CG ครอบคลุมกำหนด แล้วก็เบิกได้บุคลากรที่ดูแลเรื่องนี้เรามีพร้อม แล้วตอนนี้มันเปิดกว้างเรื่องวิชาการ นั่นก็คือมีหลายแห่งที่จะเสนออบรมใบประกาศที่จะดูแลผู้สูงอายุได้ เราก็มีการประชาสัมพันธ์ ที่สนใจที่จะไปอบรม เรามีที่วิทยาลัยนครราชสีมาที่เขาเปิดอีกหลายๆ ที่ที่เขาเปิด...

(กานต์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

4.2.2.7 การติดตามนิเทศงาน การติดตามนิเทศงานด้านสุขภาพหรือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จะการบูรณาการกับการนิเทศปกติ ซึ่งจะทำการนิเทศงาน 2 ครั้ง/ปี และจะมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานก่อนที่ทีมประเมินของจังหวัดจะลงมาประเมินซ้ำอีกครั้ง ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

...เราใช้การบูรณาการกับการนิเทศปกติของเราปกติปีหนึ่งเรานิเทศสองครั้งแล้วก็จะมีประเมินนิเทศประเมินจากจังหวัดเราจะออกนิเทศแล้วก็ประเมินของที่จังหวัดจะมา แล้วจังหวัดก็จะมาซ้ำอีกครั้งก็จะเป็นการรีเช็คและติดตามไปด้วย...

(กานต์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

4.2.3 การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential care)

4.2.3.1 มีการแยกกลุ่มเป้าหมายการดูแลสุขภาพตามกลุ่มวัย เพราะว่าเป็นเป้าหมายการทำงานตามตัวชี้วัด (KPI) ของกระทรวงสาธารณสุข จะแยกออกเป็นกลุ่มแม่และเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน และวัยสูงอายุ ส่วนในกลุ่มผู้สูงอายุจะประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living : ADL) แล้วแยกผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

*...มีแยกไว้ เพราะว่าเป็นเป้าหมายการทำงานของ KPI ของกระทรวงเป็นกลุ่มแม่และเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุก็จะมีแยกกันลองเทอมแคร์จะแยกตาม ADL ว่า ADL ขนาดนี้ เป็นกลุ่มติดบ้าน ลองเทอมแคร์สกอ์ขนาดนี้ เป็นกลุ่มติดสังคมติดเตียง โดยใช้ ADL แยก...*

(ดิฉันทน์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

#### 4.2.4 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชน (Community participation) ประกอบด้วย

4.2.4.1 การมีส่วนร่วมในการให้/รับรู้ข้อมูลข่าวสารหรือรับรู้ปัญหา เครือข่ายสุขภาพมีส่วนร่วมในการคิด การให้/รับรู้ข้อมูลข่าวสารหรือปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน และทุกคนรับรู้ว่าเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ใช่ภาระของคนใดคนหนึ่ง มีการคืนข้อมูลให้ชุมชนรับทราบ ข้อมูลบางอย่างจะถูกวิเคราะห์หาความช่วยเหลือ เพราะฉะนั้นการร่วมกัน มันมาจากชีวิตจริง Real Time ส่วนข้อมูลใหญ่ๆ จะใช้ในช่วงของการทำแผนของเงินกองทุนสุขภาพตำบล สภาวะสุขภาพผู้ป่วยติดเตียงมีเท่าไร จะมีการคืนข้อมูลให้ทางท้องถิ่น ทางผู้ใหญ่บ้าน กรรมการกองทุน ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

*...ร่วมคิดหมายถึง ทุกคนรับรู้ว่ามีภาระของคนใดคนหนึ่ง ท้องถิ่น คือ ภาระของเขาในเชิงกฎหมาย ประชาชนทุกคนเป็นหน้าที่ของนายก อบต. แต่อันนั้น คือ เชิงทางการ แต่คำว่าร่วมนั้นคือ ในเชิงความเป็นอยู่ การวินิจฉัย Case Management วิธีมาคืนข้อมูลกัน ก็เชิญผู้ใหญ่บ้านเวลาเราดูงานจริง ข้อมูลบางอย่างเราก็สังเคราะห์วิเคราะห์หาความช่วยเหลือเพราะฉะนั้นการร่วมกัน มันมาจากชีวิตจริง Real Time ส่วนข้อมูลใหญ่ๆ ก็มีในช่วงของการทำแผนขอ*

เงินกองทุน อันนั้นเป็นทางการ สภาวะสุขภาพผู้ป่วยติดเตียงเรามีเท่าไร เราคืน  
ข้อมูลให้ทางท้องถิ่น ทางผู้ใหญ่บ้าน กรรมการกองทุน เพราะฉะนั้นมันมี  
รายละเอียดเล็กๆ ส่วนแบบไม่เป็นทางการในเรื่องของชีวิตจริง บางอย่างมันรอให้  
กองทุนอนุมัติก็ไม่ได้ เพราะการเยี่ยม Case ในช่วงนี้มันไม่ผ่านสภา เพราะฉะนั้น  
บางอย่างเราต้องอาศัยทีมงาน...

(ติณณ์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

4.2.4.2 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ผลประโยชน์ที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ  
ชีวิตระดับอำเภอ ได้รับจากการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ คือ ความสุข ความภูมิใจ และรู้สึกพึงพอใจ  
เป็นการรับผลประโยชน์ร่วมกันมันเหมือนเป็นความสำเร็จ ถ้าผู้ป่วยคนใดที่ได้ดูแลแล้วมันดีขึ้น การรับ  
ประโยชน์ไม่ได้เป็นทางวัตถุแต่เป็นทางจิตใจ เวลามันสำเร็จก็มีความภูมิใจ ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้  
ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

...การรับผลประโยชน์ร่วมกันเนี่ยมันเหมือนเป็นความสำเร็จ ถ้า Case ไหนที่เรา  
ทำแล้วมันดีขึ้น อย่าง Case หนึ่งนะไปดูแลเหมือนใกล้ตายแล้วเหลือแต่หนังหุ้ม  
กระดูกมีปัญหาเรื่องการไปหาหมอตามนัด แต่ภรรยาดูแลดีไม่มีเงินไป ก็ไปจัดให้  
ไปจัดรถพยาบาลเข้าไปรับ บ้านไม่มีไปอาศัยบ้านน้องอยู่ พอตีเมื่อก่อนน้องเขา  
ทำงานอยู่ต่างจังหวัด เจออุบัติเหตุมาพิการก็กลายเป็นพิกาสองคนก็เลยไม่มีบ้าน  
อยู่ ท่านนายกก็ไปรวบรวมสมาชิกรวบรวมเงินไปสร้างบ้านให้ใหม่ ท่านนายอำเภอ  
ไปเปิด และก็ไปหาเงินกาชาดมาช่วย ตอนนี้ คุณภาพชีวิตเขาก็ดีขึ้น จากที่เรา  
คิดว่าอย่างไรก็ตาย ก็ไปๆ มาๆ เขาก็อยู่ได้จนทุกวันนี้ พวกเราเห็นแล้วรู้สึก  
ภูมิใจมากเราทำแล้วมันได้ผลก็เกิดเป็นความภูมิใจ อันนี้คือการรับประโยชน์ไม่ได้  
เป็นทางวัตถุแต่เป็นทางจิตใจ เวลามันสำเร็จเราก็มีความภูมิใจ...

(กานต์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

4.2.5 การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (Appreciation and Quality) คณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ และเครือข่ายสุขภาพชุมชนดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุจนประสบความสำเร็จจนเกิดคุณค่าทั้งกับตนเอง ผู้สูงอายุและญาติ ดังนี้

4.2.5.1 ประชาชนหรือผู้รับบริการเห็นคุณค่า และชื่นชมการทำงาน ด้านการดูแลผู้สูงอายุของคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ และเครือข่ายสุขภาพชุมชน เห็นได้จากเวลาไปลงหน้างานจริงจะมีคนเห็นอกเห็นใจ มีการหยิบบิ้น มีการควักกระเป๋า ลงแขกลงขันกันทุกครั้ง ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

*...เวลาที่ไปลงงานจริงจะเกิด เกิดดราม่า ความเห็นอกเห็นใจ มีการหยิบบิ้น มีการควักกระเป๋า ลงแขกลงขันกันทุกครั้ง ผมสนใจ Part นี้ ถ้ามันเกิด Part นี้ แสดงว่าเกิดปิติ เกิด Appreciation ของคนที่ร่วมมือกันทำ...*

(ดิฉัน นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

4.2.5.2 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ให้เกียรติ ชื่นชมในความสำเร็จในทุกเวที ให้คุณค่ากับเครือข่ายตั้งแต่ระดับผู้นำ มองเห็นคุณค่าของภาคส่วนต่างๆ ที่จะร่วมมือกัน และการมองเห็นคุณค่าของพลังของผู้ตามทั้งหมด ผู้นำหน่วยงานให้คุณค่าการทำงานแก่ผู้ปฏิบัติงาน มองเห็นคุณค่าของพลัง ภาคส่วนต่างๆ จากการแสดงออกทั้งทางภาษากาย ภาษาพูด การกระทำจริง ลงแขกลงขัน ซึ่งไม่จำเป็นต้องเป็นเรื่องเงินทอง การอำนวยความสะดวก เห็นคุณค่าผู้ปฏิบัติ เวลาเครือข่ายมารับบริการที่โรงพยาบาล เมื่อโทรมาหา ก็บอกทีมงานให้อำนวยความสะดวก เขาก็จะนำสิ่งดีๆ ที่เราบริการไปบอกต่อในหมู่บ้านทำให้เราได้ความร่วมมือเพิ่มขึ้น การบริการที่ดี ด้วยความเป็นมิตรอาจมีค่ายิ่งกว่าเรื่องเงินเรื่องทอง ผลของสิ่งเหล่านี้จะทำให้ภาคีเครือข่ายรู้สึกผูกพันกัน เห็นคุณค่าซึ่งกันและกัน เราเห็นระบบ เราทำคนเดียวไม่ได้ เครือข่ายในระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health system: DHS) ถ้าไม่เห็นคุณค่าคงจะไม่ทำ และการทำออกมาคงไม่ได้แบบนี้ ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

*...มีการให้เกียรติ การให้คุณค่า กับเครือข่ายตั้งแต่ระดับผู้นำ มองเห็นคุณค่าของภาคส่วนต่างๆ ที่เราจะร่วมมือกัน และการมองเห็นคุณค่าของพลังของผู้ตาม*

ทั้งหมด เพราะหลายเรื่องผู้ตามเป็นคนทำ...

...เราตั้งใจ Engagement เราก็จะได้ ถ้าเราตั้งใจให้คุณค่า เราก็มองเห็นคุณค่าของพลัง ภาคส่วนต่างๆ ธรรมชาติตัวนั้น ภาษากาย ภาษาพูด การกระทำจริง ลงแขกลงขัน ไม่จำเป็นต้องเป็นเรื่องเงินทอง การอำนวยความสะดวก เราเห็นคุณค่าเขา เขามาโรงพยาบาล เขาโทร กริ่ง เราก็บอกทีมงานให้อำนวยความสะดวกให้เขา เขาไปบอกต่อ กันทั้งหมู่บ้าน อันนี้ น่าจะยิ่งกว่าเรื่องเงินเรื่องทอง ผลของสิ่งเหล่านี้ จะเป็น Engagement เราเห็นคุณค่าซึ่งกันและกันเราเห็นระบบ เราทำคนเดียวไม่ได้ เห็นคุณค่าเห็น Value ซึ่งกันและกัน ทำไมต้องเอ่ยคำนี้ เพราะว่าเครือข่ายในระบบ DHS ถ้าเราไม่เห็นคุณค่าเราคงไม่ทำ การทำออกมาคงไม่ได้แบบนี้...

(ดิฉันทน์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

...เราก็ชื่นชมเขาในเวทีที่สำเร็จ แล้วก็เอาไปเผยแพร่ ให้ท่านนายกตรงนั้นดี ตรงนี้ดีเรื่องนั้นดี ก็ชื่นชมกันให้กำลังใจกันซึ่งเรื่องนี้เป็นเรื่องที่สำคัญบางวิธีนั้นเขาได้รางวัลเราก็ส่งเสริมไปที่จังหวัดบ้างให้ได้รับรางวัลกองทุนดีเด่นเขาก็จะมีรางวัลให้แล้ว ก็เป็นการประกาศเกียรติคุณในที่ประชุมแล้วก็จะส่งเสริมการชื่นชมกันตลอด...

(กานต์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

4.3 ปัจจัยและเงื่อนไขอะไรบ้าง ที่ทำให้เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนสามารถดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ/ประสิทธิผล

4.3.1 ต้องเชื่อว่าระบบการดูแลผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่ดี เชื่อในกัลยาณมิตร ในบรรยากาศเพราะอุปสรรคมีมาก เวลาลงมือปฏิบัติจริงจะมีข้อจำกัด ภาระงานต่างๆ ถ้าไม่เชื่อมั่นในระบบจริงๆ จะเกิดความท้อถอย การเชื่อว่าระบบนี้ดี จะทำให้เรามองเห็นชุมพลังต่างๆ ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

...อันที่ 1 คือ ต้องเชื่อว่ามันดี เชื่อจริงๆ เพราะอุปสรรคเยอะ เอาเข้าจริงๆ เวลา มีข้อจำกัด ภาระงานต่างๆ ถ้าไม่แม่นยำเราอาจจะผิดคิวหรือลูกน้องอาจจะผิดคิว

การเชื่อว่าระบบนี้ดี เพราะเรามองเห็นขุมพลังต่างๆ...

(ดิฉัน นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

4.3.2 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลต้องเห็นถึงกรอบแนวคิดใหม่ เพราะของเดิมผู้อำนวยการเป็นเจ้าของทรัพยากร อาจจะหวงแหนทรัพยากร ไม่แบ่งปันให้ปฐมภูมิ จะมองเพียงว่าเป็นเรื่องของโรงพยาบาล เพราะฉะนั้น ต้องมีมุมมองที่ออกนอกรั้วโรงพยาบาล แล้วมาแชร์ทรัพยากรร่วมกัน ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

...ข้อที่ 2 จะต้องเห็นถึงกรอบแนวคิดใหม่ เพราะของเดิมผู้อำนวยการ เป็นเจ้าของทรัพยากร อาจจะหวงแหนทรัพยากร ไม่แบ่งปันให้ปฐมภูมิหรืออะไรต่อมิอะไรได้ จะมองเพียงว่าเป็นเรื่องของโรงพยาบาล เพราะฉะนั้น 1.ต้องเชื่อมั่นดี 2.ต้องมีมุมมองที่ออกนอกรั้วโรงพยาบาล แล้วมาแชร์ทรัพยากรร่วมกัน...

(ดิฉัน นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

4.3.3 สมรรถนะของผู้นำ คือ ผู้นำหรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลก็ตามต้องมีสมรรถนะ มุมมอง มีกระบวนทัศน์ (Paradigm) เชื่อระบบ แล้วก็มองนอกรั้วโรงพยาบาล เองงานเป็นตัวตั้ง มีตรวม กัลยาณมิตร เป็นเพื่อนกัน ทำงานเป็นเพื่อนกัน ซึ่งตัวนี้ในเกณฑ์มาตรฐานระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS) ไม่ได้เขียนเอาไว้ เขียนแต่การร่วมมือกัน มีการแบ่งปันทรัพยากรร่วมกัน ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

...ผมอยากจะขีดเส้นใต้ปัจจัยความสำเร็จ นอกจากคำว่า ระบบ แล้ว ต้องมีคำว่า สมรรถนะของผู้นำ คือ ผู้นำหรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลก็ตามต้องมีสมรรถนะ มุมมอง มี Paradigm เชื่อระบบ แล้วก็มองนอกรั้วโรงพยาบาล เองงานเป็นตัวตั้ง มีตรวมกัลยาณมิตร เป็นเพื่อนกัน ทำงานเป็นเพื่อนกัน ผมว่าตัวนี้ในเกณฑ์มาตรฐาน DHS ไม่ได้เขียนเอาไว้นะ เขียนแต่การร่วมมือกัน มีการแบ่งปัน ทรัพยากรร่วมกัน ผมว่าอันนั้นมันเป็นส่วนตัว ถ้าไม่เชื่อ ผมว่าอันนี้การแบ่งปันไม่ เกิดนะ มีแต่หวง...



(ดิณณ์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

4.3.4 ผู้นำให้ความสำคัญและเข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจัง ผู้นำ คือ นายอำเภอให้ความสำคัญและเข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการดูแลผู้สูงอายุ อาศัยนายอำเภอเป็นการสร้างแรงจูงใจ เป็นแม่เหล็กในการดึงดูดทุกฝ่ายให้เข้ามามีส่วนร่วม ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...ไปสร้างพลังให้ คนในพื้นที่ ผมชอบใช้ตัวนี้คือท่านนายอำเภอ เวลาที่ทำงานแล้วผู้ใหญ่เห็นจะมีความสุข ท่านนายอำเภอก็จะชอบออกไป อาศัยนายอำเภอเป็นแม่เหล็กในการดึงดูดคนให้เข้ามา ถ้าในอำเภอที่เคยถามว่ามีใครบ้าง เราจะไปช่วยยังไงท่านก็จะไปดูไปเยี่ยม อันนี้เป็นการสร้างแรงจูงใจ นายไปนายให้ ให้ความสำคัญ แล้วพวกเราจะอยู่เฉยได้อย่างไรเราก็รวมกันมาทำ...

(กานต์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

4.3.5 ผู้นำ มีความจริงใจ ให้เกียรติซึ่งกันและกัน ช่วยเหลือเกื้อกูล การประสานงานและให้การสนับสนุนซึ่งกันและกัน ระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ทุกระดับ ทั้งในส่วนของโรงพยาบาลสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

...ผมมาอยู่ที่นี้ผมอาจจะไม่เก่งเรื่องงานแต่ว่า ผอ.โรงพยาบาลชวนทำ ท่านเป็นคนชวนผมให้ทำอย่างนั้น ทำอย่างนี้ ผมก็เอาด้วยครับ ท่านขาดเหลืออะไรผมก็จัด คนเข้าไปสนับสนุน ท่านบอกว่าไม่มีคนที่จะทำเรื่องนี้ ท่านเป็นพระเอก ท่านก็จะให้เกียรติเรา เราก็จัดคนไป มันเป็นการให้เกียรติกันว่างั้นเถอะ ท่านให้เกียรติเรา ในฐานะที่เป็นผู้นำด้านปฐมภูมิ ท่านเป็นทุติยภูมิ แต่เรามาจอยกันทำด้วยกัน เป็นเสน่ห์ของท่านในการชวนและประสานงาน...

(กานต์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)



395274695

CU Thesais 5684471727 dissertation / recv: 06082562 15:28:18 / seq: 7

4.3.6 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมีแนวคิดและเห็นคุณค่าของงานด้านปฐมภูมิ เข้าใจบริบท มีใจที่จะทำงาน สามารถรวมใจ รวมพลังเจ้าหน้าที่ทั้งในส่วนของโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และภาคีเครือข่ายในชุมชน สร้างทีมงานที่เป็นหนึ่งเดียวกัน ให้เกียรติซึ่งกันและกัน อีกส่วนหนึ่งจะเป็นเรื่องความสัมพันธ์ และความสนิทสนมส่วนตัวระหว่างผู้อำนวยการโรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอ เนื่องจากเป็นเพื่อนกัน ทำให้คุยกันง่าย บางเรื่องไม่ต้องประชุมใช้วิธีคุยกันส่วนตัวก็ตัดสินใจได้ ดึงคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

...ผอ.โรงพยาบาลท่านมีแนวคิด เห็นคุณค่างานปฐมภูมิ ท่านก็บอกว่าจะทำยังไงที่จะเอาโรงพยาบาลออกนอก ไม่มีรั้วกัน คือ ไม่อยู่แคในโรงพยาบาล ทลายรั้วโรงพยาบาลให้คนออกมาข้างนอก ว่าข้างนอกเขาทำอะไรมันถึงจะดูแลข้างในได้ โรงพยาบาล สาสุขอำเภอ รพ.สต. ภาคีเครือข่ายรวมเป็นทัพเดียวกัน ทีมเดียวกัน ท่านให้เกียรติเราเราให้เกียรติท่าน อีกส่วนหนึ่งเป็นด้วยความสัมพันธ์ส่วนตัว เพราะว่ามันเกิดในช่วงท่านสาสุขอำเภอคนก่อน เป็นเพื่อนกัน ท่านก็สนิทสนมส่วนตัวคุยกัน บางทีไม่ต้องประชุมหรอกแค่คุยกันส่วนตัวก็ตัดสินใจได้ คนที่เข้าใจบริบท มีใจ ถ้าไม่มีใจในเรื่องนี้ทำงานยาก...

(กานต์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

4.3.7 กิจกรรมของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กิจกรรมที่เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนดำเนินการ คือ การติดตามเยี่ยมบ้าน และตรวจคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ และแบ่งแยกกลุ่มผู้สูงอายุ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในแต่ละปี ซึ่งได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพตำบล จากนั้น ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager: CM) จะลงเยี่ยมผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง เพื่อจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุ (Care Plan) และจะมีการประชุมชี้แจงเพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ลงเยี่ยมผู้ป่วย ถ้ามีปัญหาเกินกำลังก็จะประสานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของ รพ.สต. และทีมสหวิชาชีพออกไปเยี่ยมเยียนๆ สมาชิกเครือข่ายแต่ละคนจะมีบทบาทหน้าที่ของตัวเอง เจ้าหน้าที่จะให้ความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อนำไปให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยว่าการดูแลจะต้องทำอย่างไร วัสดุอุปกรณ์ อันไหนขาด ถ้า รพ.สต. สนับสนุนได้ก็จะสนับสนุน แต่ถ้า

สนับสนุนไม่ได้ ก็ขอความร่วมมือจากหน่วยงานที่มีเงิน ทรัพยากร ในพื้นที่ที่จะมีมูลนิธิยื่นจิตที่ออกไป  
 คุณคนใช้ร่วมกัน ดั่งคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

...ในส่วนของติดบ้าน ติดเตียง ก็จะมี อสม. ที่ดูแลในคุ้ม ในละแวกของเขาอยู่แล้ว  
 ดูแลในเรื่องของการตรวจคัดกรองแต่ละปี จะได้งบจากท้องถิ่นในการตรวจ  
 สุขภาพก็แบ่งแยกกลุ่มด้วย จากนั้น CM จะลงเยี่ยมทำ Care Plan แล้วประชุม  
 CG และ อสม. เพื่อลงเยี่ยมผู้ป่วย ก็มี อสม. เป็นหัวเรี่ยวหัวแรงที่จะดูแลในกลุ่ม  
 ของเขา ถ้ามีปัญหาเกินกำลังก็จะประสานมาทางเราๆ ก็จะออกไปเยี่ยมเยียน  
 แล้วก็ประสานทีมสหวิชาชีพ แต่ละคนก็มีบทบาทหน้าที่ของตัวเอง อสม., เราก็ค  
 ให้ความรู้ อสม. อสม. ให้ความรู้ญาติว่าการดูแลจะต้องทำอะไร วัสดุอุปกรณ์  
 อันไหนขาด ถ้าเรา Support ได้เราก็จะ Support ให้ ถ้า Support ไม่ได้เราก็  
 ขอความร่วมมือจากหน่วยงานที่มีเงิน ทรัพยากรเหนือกว่าเรา แงวนี่ก็จะม  
 เหมือนมูลนิธิยื่นจิตออกไปดูคนใช้...

(ณัชชา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 8 มิถุนายน 2561)

4.4 ปัญหา / อุปสรรคที่พบจากการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพพระดับชุมชนในการดูแล  
 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

4.4.1 ระเบียบจำกัดโครงสร้างคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ไร่ไม่เกิน 21  
 คน และระบุเลยว่าคณะกรรมการทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชนต้องประกอบด้วยใครหรือ  
 ตัวแทนจากหน่วยงานใดบ้าง เพราะบางอำเภอ หรือบางพื้นที่บุคคล หรือหน่วยงานที่มีศักยภาพใน  
 การขับเคลื่อนการดำเนินงานอาจไม่ใช่ตามระเบียบที่กำหนดก็ได้ แล้วแต่บริบทของแต่ละพื้นที่ ซึ่ง  
 ข้อจำกัดตรงจุดนี้มีผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานอย่างมาก ดั่งคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก  
 ตอนหนึ่งว่า

...เข้าใจเจตนาของการออกกฎบัญญัติ การให้ตั้งกรรมการ พขอ. ว่าต้องมาจาก  
 ภาคส่วนต่างๆ ตรง Concept นั้นเห็นด้วย 100 เปอร์เซ็นต์ แต่ตรงกรอบนั้นมัน  
 สร้างคอก หรือข้อจำกัดในการทำงานจริง กลายเป็นว่าแทนที่จะเกิดพลังเกิดออร่า

เกิดอะไร มันไปจำกัดอยู่ที่ภายใต้ 21 คน แล้วก็ไปสร้างอนุอะไรเข้ามา เพราะฉะนั้น โดยตัว Main concept ดีว่ามาจากภาคส่วน แต่โดยตัว Spec ของ คำสั่ง ไปสร้างกรอบซึ่งเล็กไป เพราะฉะนั้นถ้าต้องการให้ภาคส่วนประชาชน ก็อาจจะเติมเต็มมากกว่าส่วนราชการ ท้องที่ ท้องถิ่น เอาส่วนประชาชน NGO จิตอาสา เข้าไปเติม แล้วไม่ต้องไปเขียนว่า 21 คน...

(ติณณ์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

4.4.2 ระเบียบการเบิกจ่ายงบประมาณไม่ชัดเจน แต่ก็ไม่ได้ติดขัดเรื่องการบริการ บางแห่งบริการไปไม่ได้เบิกเงิน ซึ่งปัญหาเรื่องการเบิกจ่ายงบประมาณที่เกิดขึ้น เนื่องมาจากส่วนกลางเขาไม่ได้อธิบายขั้นตอนการเบิกจ่ายงบประมาณที่ชัดเจนให้หน่วยบริการ และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) รับทราบ ทำให้ขาดความมั่นใจว่าจะอะไรใช้งบประมาณได้ สิ่งไหนใช้ไม่ได้ และถ้าเบิกได้จะต้องเบิกอย่างไร บางครั้งต้องตัดสินใจกันเอง ซึ่งความจริงปัญหาตรงนี้จะมียุทธวิธีรองรับที่ชัดเจน แต่ทางการเงินจังหวัดกับทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ยังเข้าใจเรื่องระเบียบที่ไม่ตรงกัน เช่น การเงินจังหวัดบอกว่าไม่ได้ แต่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) บอกว่าได้ แต่ขอเอกสาร หลักฐาน หรือระเบียบเพื่ออ้างอิง ก็ยังไม่ได้เลยเกิดปัญหาเกือบทุกที่ ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

...เราขับเคลื่อนผ่าน LTC เพียงแต่อาจจะมียุทธวิธีเรื่องการเบิกจ่ายนิดหน่อย เราก็ไม่ได้ติดขัดเรื่องการบริการนะ บางแห่งบริการไปแต่ไม่ได้เบิกเงิน...

...ปัญหาเรื่องการเบิกจ่าย คือ ส่วนกลางเขาไม่ได้กำหนดให้เรา 1 2 3 บางทีให้เราตัดสินใจเอง แล้วที่นี้เราพูดในระบบแล้วของจังหวัดเขาไม่มั่นใจ ไปประชุมต่างจังหวัดเขาก็ไม่มั่นใจ อันนี้เบิกได้ อันนี้เบิกไม่ได้ ถ้าเบิกได้จะต้องเบิกยังไง ปัญหาตรงนี้ใช้มีระเบียบรองรับที่ชัดเจนว่าอย่างไร ทางการเงินจังหวัดกับทาง สปสช. มันยังไม่ไปด้วยกัน ทางนี้ก็บอกไม่ได้นะ แต่ สปสช. ก็บอกว่าได้อยู่นะ แต่คำว่าได้เนี่ย ขอเอกสารขอหลักฐานขอระเบียบมาอ้างอิง มันก็ยังไม่ได้มันก็เลยเกิดปัญหาเกือบทุกที่ในจังหวัด...

(กานต์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

4.5 ข้อเสนอแนะการเสริมสร้างความเข้มแข็งเพื่อให้เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนสามารถดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ/ประสิทธิผล

4.5.1 ผู้นำต้องให้ความสำคัญกับระบบการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ ช่วงแรกของการดำเนินงานผู้อำนวยการโรงพยาบาลกับสาธารณสุขอำเภอมีส่วนสำคัญมาก ต้องเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันจริงๆ เพื่อชักชวนเครือข่ายในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ให้มองเห็นคุณภาพชีวิตร่วมกัน เพราะสาธารณสุขอำเภอเป็นเลขา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นรองประธาน สิ่งเหล่านี้ก็จะต้องใช้เหตุผล พูดง่ายๆ คือ ผู้เสนอเรื่องให้นายอำเภอ เสนอให้เครือข่าย ต้องอาศัยผู้นำสองคนนี้ ดังนั้น ในฐานะผู้นำต้องให้ความสำคัญกับระบบการดูแลผู้สูงอายุ เป็นผู้บริหารเครือข่าย บริหารเพื่อให้เกิดผลผลิต ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

...ในช่วงเพาะเมล็ดพันธุ์ของ พชอ. มันเริ่มมาจากสาธารณสุข เพราะฉะนั้น ผู้อำนวยการโรงพยาบาล กับสาธารณสุขอำเภอ สำคัญครับ สองคนนี้ต้อง Inner เดียวกันจริงๆ แล้วชวนเครือข่ายในกรรมการ พชอ. มองเห็นคุณภาพชีวิตร่วมกัน เพราะสาธารณสุขอำเภอเป็นเลขา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นรอง สิ่งเหล่านี้ก็จะต้องใช้เหตุผล พูดง่ายๆ คือ ผู้ซึ่ง ชงให้นายอำเภอ ชงให้เครือข่าย ในช่วง 3-5 ปีนี้ ต้องอาศัยผู้นำสองคนนี้ เป็นผู้บริหารเครือข่าย บริหารเพื่อให้เกิดผลผลิตของการ Colaborative ตรงนี้...

(ดิฉันทน์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

4.6 ปัจจัยและเงื่อนไข ที่ช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

4.6.1 ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS) ปัจจัยเงื่อนไขเชิงระบบ เกิดจากตัวระบบสุขภาพระดับอำเภอถูกออกแบบ เพื่อให้เกิดการนำพลังของเครือข่ายมาใช้ร่วมกัน ในการแก้ปัญหาสาธารณสุข ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

...ตัวระบบสุขภาพอำเภอมันถูกออกแบบ เพื่อให้เกิดการนำพลังของเครือข่ายมาใช้

ร่วมกัน ในการแก้ปัญหาสาธารณสุข อันนี้คำตอบของคำถามในเชิงระบบ...

(ดิฉัน นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

4.6.2 ผู้นำทั้งในฝั่งของสาธารณสุข และผู้นำที่อยู่นอกหน่วยงานสาธารณสุข มองเห็น โอกาสของการประสานความร่วมมือ เชื่อมโยงการทำงาน มองเห็นคุณค่า และพลังของผู้ตามทั้งหมด คือ ผู้นำในส่วนของฝั่งสาธารณสุข และผู้นำที่อยู่นอกหน่วยงานสาธารณสุขที่มีอยู่ในอำเภอ ไม่ว่าจะท้องที่ท้องถิ่น เป็นเรื่องของความเข้าใจถึงโอกาสของการประสาน เชื่อมโยงการทำงาน การให้เกียรติ การให้คุณค่า กับเครือข่ายตั้งแต่ระดับผู้นำ มองเห็นคุณค่าของภาคส่วนต่างๆ ที่เราจะร่วมมือกัน และการมองเห็นคุณค่าของพลังของผู้ตามทั้งหมด เพราะหลายเรื่องผู้ตามเป็นคนทำ รายละเอียดผู้นำไม่ได้ทำ เพราะฉะนั้นคุณค่าของผู้ทำทั้งหมดมีคุณค่าหมดเลย ดั่งคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

...แต่ถัดจากนั้นคือการมองเห็น ความเข้าใจของ 2 ส่วน คือ ผู้นำ ผู้นำในส่วนของฝั่งสาธารณสุขเอง และผู้นำที่อยู่นอกหน่วยงานสาธารณสุข ซึ่งมีอยู่รายล้อมเรา ที่มีอยู่ในอำเภอ ไม่ว่าจะท้องที่ท้องถิ่น คือ ความเข้าใจถึงโอกาสของการประสาน เชื่อมโยงการทำงาน การให้เกียรติ การให้คุณค่า กับเครือข่ายตั้งแต่ระดับผู้นำ มองเห็นคุณค่าของภาคส่วนต่างๆ ที่เราจะร่วมมือกัน และการมองเห็นคุณค่าของพลังของผู้ตามทั้งหมด เพราะหลายเรื่องผู้ตามเป็นคนทำ รายละเอียดผู้นำไม่ได้ทำ เพราะฉะนั้นคุณค่าของผู้ทำทั้งหมด มีคุณค่าหมดเลย...

(ดิฉัน นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

4.6.3 ผู้นำทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอต้องร่วมมือกันอย่างจริงจัง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอต้องทำเป็นตัวอย่างให้เห็นถึงความร่วมมืออย่างจริงจัง ทั้งในเวทีประชุมเป็นทางการ หรือการลงมือทำกิจกรรมต่างๆซึ่งจะเป็นการสื่อสารที่ทรงพลัง โดยใช้ระบบสุขภาพเป็นกรอบแนวคิดดำเนินงาน ในส่วนของผู้ปฏิบัติเมื่อเห็นผู้นำทำก็จะทำตาม ต้องมีการเสริมพลังให้กับผู้ปฏิบัติและเครือข่ายนอกหน่วยงาน ซึ่งผลผลิตสุดท้ายจะได้เพื่อน และ

เครือข่ายร่วมทำงาน จะมีความรู้สึกต่อกันมากกว่าความเป็นตำแหน่งหน้าที่ รู้สึกเป็นกัลยาณมิตร เป็นเพื่อนที่ทำงานร่วมกันในอำเภอ ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...ก็เริ่มจากตัวผู้นำเอง ทั้งฝั่งโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ ทำเป็นตัวอย่างให้เขาเห็นทั้งในเวทีประชุมเป็นทางการ หรือกิจกรรมนูนนี่นั่น เราก็ให้ความร่วมมือ นี่คือการสื่อสารที่ทรงพลัง โดยใช้กรอบแนวคิดของระบบสุขภาพอำเภอนั้นแหละ แล้วในส่วนของผู้ตามเมื่อเห็นเขาทำตาม เราก็เสริมพลัง ไปฝั่งแนวคิดของเราแล้วในฝั่งเครือข่ายสุดท้ายผลผลิตของมันก็จะได้เพื่อน เราจะรู้สึกมากกว่าความเป็นตำแหน่งหน้าที่ รู้สึกเป็นกัลยาณมิตร เป็นเพื่อนที่ทำงานร่วมกันในอำเภอขามสะแกแสง...

(ดิฉันทน์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

4.6.4 วัฒนธรรมของคนในชุมชนที่อยู่แบบพึ่งพาอาศัยกัน ในสังคมชนบทวัฒนธรรมของคนในชุมชนที่อยู่แบบพึ่งพาอาศัยกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน และมีการถ่ายทอดมาจากรุ่นสู่รุ่นมานาน ทำให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง นอกจากนี้ ผู้นำของอำเภอขามสะแกแสงที่ได้รับการคัดเลือกมาเป็นผู้นำท้องถิ่น กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน อสม. หรือแม้แต่ส่วนราชการต่างๆ เป็นบุคคลที่ค่อนข้างจะดี น่ารัก คุยกันแล้วเข้าใจ ให้ความร่วมมือกัน เป็นอำเภอที่มีขนาดเล็กไม่ได้มีโครงสร้างองค์กรใหญ่ ทำให้รู้จักกันหมด เกิดความสัมพันธ์ที่ดีเป็นกันเอง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้พูดกันง่ายรวมกันง่าย ไม่ได้แตกแยก ไม่ได้แบ่งฝักฝ่าย ไม่ได้มีทะเลาะเบาะแว้งกัน ทำให้ได้รับความร่วมมือที่มันดี ใครมาอยู่ก็รู้สึกชอบ ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

...ผมว่าเป็นวัฒนธรรมของที่นี่ ที่มันพึ่งมาถ่ายทอดมาจากรุ่นสู่รุ่นมานานว่าเขาเคยทำแบบนี้เขาอยู่ด้วยกันแบบนี้และเป็นภาวะผู้นำของที่นี่ด้วยผมว่า ผู้นำที่ได้รับการคัดเลือกมาเป็น ของท้องถิ่นเอง กำนันผู้ใหญ่บ้านเอง อสมเอง หรือแม้แต่ส่วนราชการต่างๆ ที่มา มันเป็นอย่างที่ค่อนข้างจะดี มีแต่คนที่น่ารักมีแต่คนที่คุยกันแล้ว มันเป็นอำเภอเล็กด้วย มันไม่ได้มีโครงสร้างองค์กรใหญ่ ก็เลยรู้จักกันหมด ความสนุกส่วนตัว ก็เป็นส่วนหนึ่งของที่นี่ที่ทำให้เป็นอะไรที่พูดกันง่ายรวมกันง่าย

ไม่ได้แตกแยกไม่ได้แบ่งฝักฝ่าย ไม่ได้มีพื้นหลังที่ทะเลาะเบาะแว้งกันก็เลยได้รับ  
ความร่วมมือที่มันดี ใครมาอยู่ก็รู้สึกชอบ...

(กานต์ นามสมมติ, สัมภาษณ์, 25 มิถุนายน 2561)

4.7 ปัจจัยและเงื่อนไข ที่ช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดำเนินงาน  
ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

#### 4.7.1 การพัฒนาทักษะการฟังที่ดี (active listening)

4.7.1.1 การแลกเปลี่ยนข้อมูลและการถอดบทเรียน การแลกเปลี่ยนข้อมูลที่ได้จากการ  
เยี่ยมผู้สูงอายุ โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) และผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager:  
CM) จะมานั่งพูดคุย แลกเปลี่ยน และถอดบทเรียน เช่น ไปเยี่ยมผู้ป่วยเจออะไรมาบ้าง มีอะไรที่  
ประทับใจ มีอะไรที่ควรปรับปรุงแก้ไข ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นภาพทางบวกทำให้เกิดความสุข ดังคำให้  
สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

...มาแล้วแลกเปลี่ยนกันว่ามีปัญหาอะไรในการดูแล การพูดคุยของเรานี้แหละ  
CG CM จะมานั่งพูดคุยกัน แลกเปลี่ยนบทเรียนกันถอดบทเรียนกัน ไปเยี่ยมได้เจอ  
อะไรมาบ้างมีอะไรที่ประทับใจมีอะไรที่แบบว่าควรปรับปรุงแก้ไข เราก็ร่วมพูดคุย  
กัน ในกลุ่มของ CG ที่เขาไม่เจอปัญหาแบบนี้เขาก็ได้แลกเปลี่ยนกันมานั่งคุยกัน  
แลกเปลี่ยนกันว่าเจออะไรมาส่วนใหญ่จะเป็นภาพออกมาทางบวกได้ความสุข...

(ณัชชา นามสมมติ, สัมภาษณ์ 8 มิถุนายน 2561)

4.7.2.2 การสื่อสารแบบสองทาง การสื่อสารของสมาชิกเครือข่ายจะเป็นการสื่อสารแบบ  
สองทาง เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน ไม่ใช่แค่สอนอย่างเดียว จะเป็นลักษณะที่ชวนพูดชวนคุยแล้วก็  
เก็บประเด็น ถ้าให้สมาชิกรับฟังอย่างเดียว จะฟังหรือไม่ฟังก็ไม่รู้ แต่ถ้าบอกให้ลองเล่ามาไปดูคนไข้มา  
เป็นอย่างไรบ้าง ลองเล่าให้ฟังดู จะได้เป็นตัวอย่างเรียนรู้ด้วยกันถ้ามีคนไปเจอปัญหาจะแก้ปัญหา  
อย่างไร เป็นลักษณะแบบนี้มากกว่าแลกเปลี่ยนกัน ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

...คือมันไม่ใช่แค่สอนอย่างเดียวมันเป็นลักษณะที่ชวนพูดชวนคุยมากกว่าพอพูดคุย



แล้วเราก็เก็บประเด็นเอาเพราะว่า รอให้เขานั่งฟังอย่างเดียว เขาก็จะฟังหรือไม่ ฟังก็ไม่รู้ ถ้าเราบอกให้เขาลองเล่ามาไปดูคนไข้มาเป็นอย่างไรบ้าง ลองเล่าให้ฟังดู จะได้เป็นตัวอย่างเรียนรู้ด้วยกันถ้าคนไข้ไปเจอปัญหาจะแก้ปัญหาอย่างไรเป็น ลักษณะแบบนี้มากกว่าแลกเปลี่ยนกัน...

(ณัชชา นามสมมติ, สัมภาษณ์ 8 มิถุนายน 2561)

#### 4.7.2 การพัฒนาทักษะการสนทนาที่ดี (dialogue)

4.7.2.1 การแลกเปลี่ยนข้อมูลที่ได้จากการเยี่ยมผู้สูงอายุ โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) และผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager: CM) จะมานั่งพูดคุย แลกเปลี่ยน และถอดบทเรียน เช่น ไปเยี่ยมผู้ป่วยเจออะไรมาบ้าง มีอะไรที่ประทับใจ มีอะไรที่ควรปรับปรุงแก้ไข ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นภาพทางบวกก็เกิดความสุข ดึงคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...มาแล้วแลกเปลี่ยนกันว่ามีปัญหาอะไรในการดูแล การพูดคุยของเรานี้แหละ CG CM จะมานั่งพูดคุยกัน แลกเปลี่ยนบทเรียนกันถอดบทเรียนกัน ไปเยี่ยมได้เจออะไรมาบ้างมีอะไรที่ประทับใจมีอะไรที่แบบว่าควรปรับปรุงแก้ไข เราก็ร่วมพูดคุยกัน ในกลุ่มของ CG ที่เขาไม่เจอปัญหาแบบนี้เขาก็ได้แลกเปลี่ยนกันมานั่งคุยกัน แลกเปลี่ยนกันว่าเจออะไรมาส่วนใหญ่จะเป็นภาพออกมาทางบวกได้ความสุข...

(ณัชชา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 8 มิถุนายน 2561)

4.7.2.2 ความคุ้นเคย ความเป็นกันเอง และความไว้วางใจระหว่างสมาชิกเครือข่าย ดึงคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...ความคุ้นเคย เป็นกันเอง ความไว้วางใจ ทำให้เขากล้าที่เล่าสิ่งต่างๆ ที่ไปพบให้เรา ฟัง แต่มันก็เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน...

(ณัชชา นามสมมติ, สัมภาษณ์ 8 มิถุนายน 2561)

#### 4.7.3 การพัฒนาทักษะการปฏิบัติงาน (action)

4.7.3.1 ติดตามประเมินผลการดำเนินงานทุกเดือน เดือนละ 1 ครั้ง โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) จะต้องเอาเอกสารที่ไปเยี่ยมผู้ป่วย รายงานการเยี่ยมมาตรวจสอบเพื่อดูความถูกต้อง และสอดคล้อง กับแผนการดูแลผู้สูงอายุ (Care Plan) ที่เราเขียนไว้หรือไม่ มีคำแนะนำอะไรบ้าง และใช้เป็นข้อมูล/หลักฐานส่งเบิกเป็นคำตอบแทน ค่าเบี้ยเลี้ยง ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

*...ประเมินทุกเดือน เดือนละครั้ง 1 จะต้องเอาเอกสารที่เขาไปเยี่ยม มีเขียนเพื่อ เบิกเบี้ยเลี้ยงเบิกอะไรดูความ ผิดถูกว่ามันสอดคล้อง กับ Care Plan ที่เราเขียนไว้ คำแนะนำอะไรบ้างก็ต้องมาตรวจดูส่งเบิกเป็นคำตอบแทน...*

(ณัชชา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 8 มิถุนายน 2561)

4.7.3.2 มีการพูดคุย มีการปรึกษา แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสะท้อนการปฏิบัติงาน เช่น การส่งภาพการวัดความดันโลหิตให้ผู้ป่วยว่าถูกต้องหรือไม่ การดูแลผู้ป่วยที่สวนปัสสาวะ Urine Bag และ Urine Tube โดย Care Give จะถ่ายภาพเพื่อขอคำปรึกษาเจ้าหน้าที่ ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

*... มาเล่ากันแล้วก็ดูจากรูปภาพเส้นบางที่การวัดความดัน เวลาส่งรูปมา มันไม่ใช่เนะ ต้องวางตรงตำแหน่งหัวใจ แล้วก็การดูถุงปัสสาวะตอนที่ถ่ายมาถ้าจะให้ดี ถุงมันต้องต่ำกว่า ก็จะต้องแนะนำกันไป อันนี้เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ไม่ใช่เอามาประจาน คนนี้ดูถูกดูผิด บางทีการที่ไปดูมันก็อาจจะหลงลืมไปบ้าง ลืมให้ความสำคัญกับตรงนั้นไปบ้างมันก็เป็นไปได้...*

(ณัชชา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 8 มิถุนายน 2561)

4.7.3.3 การฝึกทักษะการปฏิบัติจากหน้างานจริง ทำให้เกิดทักษะการปฏิบัติ และมีฝึกปฏิบัติจากหน้างาน การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวันแรก หน้างานเจ้าหน้าที่และเครือข่ายทั้งหมดจะลงไปพร้อมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) เพื่อไปวิเคราะห์อาการของผู้ป่วยว่าจะต้องดูแลอะไรเป็นพิเศษ เพราะว่าถ้าคนไข้ที่ซับซ้อนก่อนที่จะออกจากโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่พยาบาลจะต้องให้ความรู้



395274695

CU Thesais 5684471727 dissertation / recv: 06082562 15:28:18 / seq: 7

และฝึกให้แก่ผู้ดูแลในระดับหนึ่ง เช่น การให้อาหารทางสายยาง (Feed) การเตรียมอาหาร การดูแลเรื่องสายสวนปัสสาวะ (Urine Tube) ถ้าจะให้ CG ไปเจ้าหน้าที่ก็ต้องออกไปทำงาน ไปดูผู้ป่วย ร่วมกันไปเรียนรู้ร่วมกันตรงหน้างาน ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตอนหนึ่งว่า

...ที่ผ่านมามันก็โอเคอยู่แต่ถ้ามีกรณีแบบนี้ วันแรกหน้างานเราต้องไปแล้วก็เอา CG ไปด้วย เครือข่ายทั้งหมดนั้นแหละไปด้วยกัน ว่ามันเป็นแบบนี้จะต้องดูแลอะไรเป็นพิเศษ เพราะว่าถ้าคนไข้ที่ซับซ้อนก่อนที่จะออกจากโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่พยาบาลจะต้องทราบในระดับหนึ่ง เช่นการพรีชอาหาร เตรียมอาหาร ดูแลเรื่องสาย Urine อันนี้เขาทราบยากในระดับหนึ่งละ ที่นี้ถ้าจะให้ CG ไปเราก็ต้องออกไปทำงาน ไปดูเคสร่วมกันไปเรียนรู้ร่วมกันตรงหน้างาน...  
...ทักษะการปฏิบัติงานก็ลงปฏิบัติจริง ในพื้นที่หน้างาน ทำให้ดูให้เขาลองทำ...  
...ถ้าทำถูกก็บอกว่าทำถูกถ้าทำผิด ก็ไม่ถึงกับปล่อยให้เขาทำผิดเพราะว่าเราก็ดูอยู่กับคนป่วยด้วย ก็เหมือนจับมือทำมันจะเป็นแบบนี้มากกว่า...

(ณัชชา นามสมมติ, สัมภาษณ์, 8 มิถุนายน 2561)

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสังเกตทั้งแบบมีส่วนร่วม และไม่มีส่วนร่วม และการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยได้นำข้อมูลดังกล่าว มาเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ เพื่อหาองค์ประกอบของการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยพิจารณาประเด็นในภาพรวม ซึ่งได้ข้อสรุปองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ ประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 1.1) การก่อเกิด 1.2) การกำหนดบทบาทหน้าที่ 1.3) การมีส่วนร่วมจัดตั้งเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน 1.4) การมีส่วนร่วมบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน 1.5) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน 1.6) กิจกรรมของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน และ 1.7) การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร 2) การเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน ประกอบด้วย 2.1) การพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2.2) การให้การศึกษา (Education) 2.3) การสนับสนุนทรัพยากร และ 2.4) การเสริมแรงในการทำงาน 3) ปัจจัยและเงื่อนไขของการมีส่วน

ร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน ประกอบด้วย 3.1) ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System) 3.2) ปัจจัยและเงื่อนไขที่ทำให้เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนสามารถดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ/ประสิทธิผล 3.3) ปัญหา / อุปสรรคที่พบจากการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 3.4) ข้อเสนอแนะการเสริมสร้างความเข้มแข็งเพื่อให้เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนสามารถดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ/ประสิทธิผล 2.5) ปัจจัยและเงื่อนไข ที่ช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ 2.6) ปัจจัยและเงื่อนไข ที่ช่วยส่งเสริมการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รายละเอียดดังตาราง 4.8

**ตารางที่ 4.8** องค์ประกอบของการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การมีส่วนร่วมเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน	ข้อค้นพบ
1 การก่อเกิด	-เกิดจากวิวัฒนาการของวัฒนธรรม และสังคมในชนบทที่มีความเอื้ออาทรกัน
2 การกำหนดบทบาทหน้าที่	- มีการมอบหมายหน้าที่ตามหน้าที่หลักของแต่ละคน ไม่มีคำสั่งอย่างเป็นทางการ แต่โดยรวมจะช่วยกัน
3 การมีส่วนร่วมจัดตั้งเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน	- ระยะแรกการจัดตั้งเครือข่ายยังไม่เป็นรูปร่าง เป็นการช่วยเหลือกันตามวิถีชีวิตของคนชุมชนชนบทเริ่มที่จะเป็นรูปเป็นร่างตอนที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก สปสช. จึงมีการแต่งตั้งคณะกรรมการ
4 การมีส่วนร่วมบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน	- ด้านการวางแผน (กำหนดวิสัยทัศน์ ภารกิจ เป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ การตัดสินใจ การวางกฎระเบียบ กิจกรรม และวิธีการทำงาน) -ด้านการจัดองค์กร (โครงสร้างเครือข่าย บทบาทหน้าที่ และการประสานงานภายในเครือข่าย) -ด้านการชี้นำ (ภาวะผู้นำ, แรงจูงใจในการทำงาน, การประสานงาน, และการติดต่อสื่อสาร) -ด้านการควบคุม (การติดตาม การตรวจสอบการ

การมีส่วนร่วมเครือข่ายสุขภาพพระดับชุมชน	ข้อค้นพบ
5 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพพระดับชุมชน	<p>ประเมินผลการปฏิบัติงาน)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การมีส่วนร่วมในการให้/รับรู้ข้อมูลข่าวสารหรือรับรู้ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ</li> <li>- การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหา และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาผู้สูงอายุ</li> <li>- การมีส่วนร่วมค้นหาสาเหตุของปัญหาผู้สูงอายุ</li> <li>- การมีส่วนร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุ</li> <li>-การมีส่วนร่วมในการประเมินผล</li> <li>-การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์</li> </ul>
การเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพพระดับชุมชน	ข้อค้นพบ
1 การพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพัฒนาความสามารถในการแก้ไขปัญหา</li> <li>-การสะท้อนการปฏิบัติงาน</li> <li>-การพูดคุยมาแลกเปลี่ยนกัน</li> <li>-การเรียนรู้ และฝึกปฏิบัติจากหน่วยงาน</li> <li>-การสร้างความสามารถในการสื่อสาร</li> <li>-การสื่อสารสองทาง</li> <li>- การสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง</li> <li>-การมีนโยบายที่ชัดเจน</li> <li>-การเรียนรู้ และฝึกปฏิบัติจากหน่วยงาน</li> </ul>
2 การให้การศึกษา (Education)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดการเรียนการสอนที่เน้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม</li> <li>-การพัฒนาทักษะการฟังที่ดี (มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล, การสื่อสารแบบสองทาง)</li> <li>-การพัฒนาทักษะการสนทนาที่ดี (การแลกเปลี่ยนข้อมูล, ความคุ้นเคย เป็นกันเอง)</li> <li>-การพัฒนาทักษะการปฏิบัติงาน (ติดตามประเมินผล, สะท้อนการปฏิบัติงาน)</li> </ul>
3.การสนับสนุนทรัพยากร	<ul style="list-style-type: none"> <li>-การระดมทุนจากภาคเอกชน</li> <li>-งบประมาณที่ไม่ใช่งบประมาณของโครงการ</li> <li>-การจัดผ้าป่า</li> <li>-การรับบริจาคเสื้อผ้ามือสองนำไปขายที่ตลาดนัด</li> <li>-มูลนิธิริเริ่มจิตเจ้านักศึกษา เพื่อออกเยี่ยมผู้ป่วย</li> <li>-กองทุนการกุศลยาโม</li> </ul>



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / recv: 06082562 15:28:18 / seq: 7

การมีส่วนร่วมเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน	ข้อค้นพบ
4.การเสริมแรงในการทำงาน	<ul style="list-style-type: none"> <li>-การออกหน่วยอำเภอเคลื่อนที่มีการจัดชุดของใช้สำหรับติดตามเยี่ยมและมอบให้กับผู้ป่วย</li> <li>-พัฒนาสังคม ช่วยเรื่องผ้าอ้อมผู้ใหญ่</li> <li>-การชื่นชมและให้กำลังใจ</li> <li>-คณะกรรมการ พชอ. ชื่นชมการทำงานของเครือข่าย</li> <li>-การให้การชื่นชมสมาชิกเครือข่าย</li> <li>-การได้รับงบประมาณและค่าตอบแทนในการเยี่ยมบ้าน</li> </ul>
5.การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร	<ul style="list-style-type: none"> <li>-การประชุมหัวหน้าส่วนจะมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ</li> </ul>
ปัจจัยและเงื่อนไขของการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน	รายละเอียด
การเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน	ข้อค้นพบ
1.ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-การมีทีมงานที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (กำหนดโครงสร้างการทำงาน, กำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ, การประชุมร่วมกันทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ, นำข้อมูลปัญหาสุขภาพมาวิเคราะห์และทำแผน, จัดทำโครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพ และติดตามประเมินผลการดำเนินงาน)</li> <li>-การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (ด้านบุคลากร, ด้านงบประมาณ, ด้านเครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์, ด้านความรู้, ด้านเทคโนโลยี และด้านฐานข้อมูล) <ul style="list-style-type: none"> <li>-ทรัพยากรจากภาครัฐ</li> <li>-การระดมทุนจากภายนอก</li> <li>-การบริหารจัดการด้านการแบ่งปันทรัพยากร</li> <li>-การจัดตั้งทีมสหวิชาชีพ</li> <li>-การบริหารจัดการด้านการพัฒนาบุคลากร</li> <li>-การติดตามนิเทศงาน</li> </ul> </li> <li>-การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น )</li> <li>-การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชน</li> <li>-การมีส่วนร่วมในการให้/รับรู้ข้อมูลข่าวสารหรือ</li> </ul>



395274695

การมีส่วนร่วมเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน	ข้อค้นพบ
	<p>รับรู้ปัญหาสุขภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-มีส่วนร่วมค้นหาปัญหาและจัดลำดับความสำคัญ</li> <li>-มีส่วนร่วมค้นหาสาเหตุของปัญหา</li> <li>-มีส่วนร่วมกำหนดวิธีการแก้ปัญหา</li> <li>-มีส่วนร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหา</li> <li>-มีส่วนร่วมในการประเมินผล</li> <li>-มีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์</li> <li>-การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับและผู้ให้บริการ <ul style="list-style-type: none"> <li>-รู้สึกพึงพอใจกับงานดูแลผู้สูงอายุ</li> <li>-ประชาชน/ผู้รับบริการเห็นคุณค่าและชื่นชมการทำงาน</li> <li>-รู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่าที่ได้ทำงานดูแลผู้สูงอายุ</li> <li>-รู้สึกว่างานดูแลผู้สูงอายุเป็นงานที่มีคุณค่า</li> <li>-ชื่นชมการปฏิบัติงานของเครือข่าย</li> </ul> </li> </ul>
<p>2 ปัจจัยและเงื่อนไขที่ทำให้เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนสามารถดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ/ประสิทธิผล</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-ต้องเชื่อว่าระบบการดูแลผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่ดี</li> <li>-ผอ.รพช.ต้องเห็นถึงกรอบแนวคิดใหม่</li> <li>-สมรรถนะของผู้นำ</li> <li>-ผู้นำ (นายอำเภอ) ให้ความสำคัญและเข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจัง</li> <li>-ผู้นำ (ผอ.รพช., สสอ, ผอ.รพ.สต) มีความจริงใจ ให้เกียรติซึ่งกันและกัน</li> <li>-ผอ.รพ.มีแนวคิดและเห็นคุณค่าของงานด้านปฐมภูมิ</li> <li>-ดำเนินกิจกรรมอย่างบูรณาการสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่หลักของแต่ละภาคส่วน</li> <li>-ดำเนินกิจกรรมอย่างบูรณาการสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่หลักของแต่ละภาคส่วน</li> </ul>
<p>3 ปัญหา / อุปสรรคที่พบจากการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง</p> <p>4.ข้อเสนอแนะการเสริมสร้างความเข้มแข็งเพื่อให้เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนสามารถดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ/ประสิทธิผล</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ระเบียบจำกัดโครงสร้างคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ไว้ไม่เกิน 21 คน</li> <li>- ระเบียบการเบิกจ่ายงบประมาณไม่ชัดเจน</li> <li>- ผู้นำต้องให้ความสำคัญกับระบบการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ</li> </ul>



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / recv: 06082562 15:28:18 / seq: 7

การมีส่วนร่วมเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน	ข้อค้นพบ
5 ปัจจัยและเงื่อนไข ที่ช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	-ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS) -ผู้นำทั้งในฝั่งของสาธารณสุข และนอกหน่วยงานสาธารณสุข มองเห็นโอกาสของการประสานความร่วมมือ เชื่อมโยงการทำงาน มองเห็นคุณค่า และพลังของผู้ตามทั้งหมด -พอ.รพช. กับ สสอ.ต้องเป็นตัวอย่างของความร่วมมืออย่างจริงจัง -วัฒนธรรมชุมชนที่อยู่แบบพึ่งพาอาศัยกัน
6 ปัจจัยและเงื่อนไข ที่ช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	การพัฒนาทักษะการฟังที่ดี (active listening) -การแลกเปลี่ยนข้อมูลและการถอดบทเรียน -การสื่อสารแบบสองทาง การพัฒนาทักษะการสนทนาที่ดี (dialogue) -การแลกเปลี่ยนข้อมูลที่ได้จากการเยี่ยมผู้สูงอายุ -ความคุ้นเคย ความเป็นกันเอง การพัฒนาทักษะการปฏิบัติงาน (action) -ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน เดือนละ 1 ครั้ง -แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสะท้อนการปฏิบัติงาน -การฝึกทักษะการปฏิบัติจากหน้างานจริง

#### 4. รูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

หลังจากที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) และปัจจัยและเงื่อนไขของการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) แล้ว ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาสังเคราะห์ (synthesis) ร่วมกับเอกสารทางวิชาการ ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจของเครือข่ายสุขภาพในประเด็นต่างๆ เพื่อกำหนดเป็นรูปแบบ (Model) การมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้



**ตารางที่ 4. 9** การเปรียบเทียบองค์ประกอบของการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจหรือย้ายสุขภาพเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลกุดตาเพชร อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี กับ ตำบลหนองหัวพาน อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา

ประเด็น	ตำบลกุดตาเพชร	ข้อค้นพบแยกตามพื้นที่	ข้อค้นพบที่เหมือนกัน	ข้อค้นพบที่แตกต่างกัน	สรุปข้อค้นพบ
การมีส่วนร่วมหรือย้ายสุขภาพระดับชุมชน					
1 การก่อเกิด	<ul style="list-style-type: none"> <li>-เกิดจากความจำเป็นของพื้นที่ที่มีผู้สูงอายุและผู้ป่วยติดเตียงมากขึ้น</li> <li>-เป็นพัฒนาการความสัมพันธ์ของกลุ่มคนในชุมชนที่ต้องการทำงานร่วมกัน</li> <li>-ทำงานดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-เกิดจากวัฒนธรรมและสังคมชนบทที่มีความเอื้ออาทรกัน</li> <li>-ปัญหาการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุผู้ป่วยติดเตียง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-มีผู้สูงอายุและผู้ป่วยติดเตียงมากขึ้น</li> <li>-พัฒนาการพัฒนาร่วมกัน</li> <li>-พัฒนาการความร่วมมือของชุมชนที่มีความเอื้ออาทรกัน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-มีผู้สูงอายุและผู้ป่วยติดเตียงมากขึ้น</li> <li>-วัฒนธรรมและสังคมชนบทที่มีความเอื้ออาทรกัน</li> <li>-พัฒนาการความสัมพันธ์ของชุมชนที่มีความเอื้ออาทรกัน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-มีผู้สูงอายุและผู้ป่วยติดเตียงมากขึ้น</li> <li>-วัฒนธรรมและสังคมชนบทที่มีความเอื้ออาทรกัน</li> <li>-พัฒนาการความสัมพันธ์ของชุมชนที่มีความเอื้ออาทรกัน</li> <li>-พัฒนาการความสัมพันธ์ของชุมชนที่มีความเอื้ออาทรกัน</li> </ul>
2 การกำหนดบทบาทหน้าที่	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ระยะเวลาไม่มีคำสั่งอย่างเป็นทางการ แบ่งบทบาทหน้าที่ตามสายงาน และบูรณาการการทำงานให้สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่หลักของแต่ละภาคส่วน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ระยะเวลาไม่มีคำสั่งอย่างเป็นทางการ มอบหมายหน้าที่ตามหน้าที่หลักของแต่ละคน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แบ่งบทบาทหน้าที่ตามสายงานและบูรณาการการทำงานให้สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่หลักของแต่ละคน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-แบ่งบทบาทหน้าที่ตามสายงาน และบูรณาการการทำงานให้สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่หลักของแต่ละคน</li> <li>-ไม่มีคำสั่งมอบหมายหน้าที่อย่างเป็นทางการ</li> </ul>

#### ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

ประเด็น	ชื่อคนพบแยกตามพื้นที่	ชื่อคนพบ ที่เหมือนกัน	ชื่อคนพบ ที่แตกต่างกัน	สรุปข้อค้นพบ
การมีส่วนร่วมเครือข่าย สุขภาพระดับชุมชน (ต่อ)	ตำบลคูเต่าเพชร	ตำบลหนองหัวพาน		
3 การมีส่วนร่วมจัดตั้ง เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน	-ผอ.รพ.สต.มีส่วนร่วมประสาน เครือข่ายในตำบลเข้าร่วม ดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ สนับสนุนงบประมาณ และ เชื่อมโยงเครือข่าย รพช. สนับสนุนด้านวิชาการและ อุปกรณ์การแพทย์ ชักชวน ผู้นำช่วยเหลืออุปกรณ์ วัสดุ ทรัพยากร แรงงานช่างฝีมือ และงบประมาณ	เริ่มแรกการจัดตั้งเครือข่ายยังไม่ เป็นรูปร่าง จะช่วยเหลือกันตาม วิถีชีวิตชนบท เริ่มเป็นรูปร่าง ตอนที่มิ่งบงฯ จาก สปสช. ผอ. รพ.สต. จึงประสานเครือข่ายเข้า ร่วม	ผอ. รพ. สต. เป็นผู้ ประสานเครือข่ายเข้า ร่วมดำเนินงานดูแล ผู้สูงอายุ สนับสนุน งบประมาณ อุปกรณ์ วัสดุ แรงงานช่างฝีมือ	-ผอ.รพ.สต. เป็นผู้ประสาน เครือข่ายเข้าร่วมดำเนินงาน ดูแลผู้สูงอายุ สนับสนุน งบประมาณ อุปกรณ์ วัสดุ แรงงานช่างฝีมือ
4 การมีส่วนร่วมบริหาร จัดการเครือข่ายสุขภาพระดับ ชุมชน	ด้านการวางแผน ด้านการจัดองค์กร ด้านการชี้นำ ด้านการควบคุม	ด้านการวางแผน ด้านการจัดองค์กร ด้านการชี้นำ ด้านการควบคุม	-	- ด้านการวางแผน -ด้านการจัดองค์กร -ด้านการชี้นำ -ด้านการควบคุม

#### ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

ประเด็น	ข้อค้นพบแยกตามพื้นที่	ข้อค้นพบทั้งหมด	ข้อค้นพบที่เหมือนกัน	ข้อค้นพบที่แตกต่างกัน	สรุปข้อค้นพบ
การมีส่วนร่วมเครือข่าย	ข้อค้นพบเฉพาะ	ตำบลหนองหัวพาน			
สุขภาพระดับชุมชน (ต่อ)					
5 การมีส่วนร่วมดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การมีส่วนร่วมให้รับรู้ข้อมูลข่าวสารหรือปัญหาสุขภาพ</li> <li>- การมีส่วนร่วมค้นหาและจัดลำดับความสำคัญปัญหา</li> <li>- การมีส่วนร่วมค้นหาสาเหตุของปัญหา</li> <li>- การมีส่วนร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การมีส่วนร่วมให้รับรู้ข่าวสารหรือปัญหาสุขภาพ</li> <li>- การมีส่วนร่วมค้นหาและจัดลำดับความสำคัญ</li> <li>- การมีส่วนร่วมค้นหาสาเหตุของปัญหา</li> <li>- การมีส่วนร่วมค้นหาสาเหตุของปัญหา</li> <li>- การมีส่วนร่วมดำเนินการแก้ไข</li> <li>- การมีส่วนร่วมประเมินผล</li> <li>- การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์</li> <li>- การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีส่วนร่วมให้รับรู้ข้อมูลข่าวสารหรือปัญหาสุขภาพ</li> <li>- มีส่วนร่วมค้นหาและจัดลำดับความสำคัญปัญหา</li> <li>- การมีส่วนร่วมค้นหาสาเหตุของปัญหา</li> <li>- การมีส่วนร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีส่วนร่วมให้รับรู้ข้อมูลข่าวสารหรือปัญหาสุขภาพ</li> <li>- มีส่วนร่วมค้นหาและจัดลำดับความสำคัญปัญหา</li> <li>- การมีส่วนร่วมค้นหาสาเหตุของปัญหา</li> <li>- การมีส่วนร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหา</li> <li>- การมีส่วนร่วมประเมินผล</li> <li>- ร่วมรับผลประโยชน์</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีส่วนร่วมให้รับรู้ข้อมูลข่าวสารหรือปัญหาสุขภาพ</li> <li>- มีส่วนร่วมค้นหาและจัดลำดับความสำคัญปัญหา</li> <li>- การมีส่วนร่วมค้นหาสาเหตุของปัญหา</li> <li>- การมีส่วนร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหา</li> <li>- การมีส่วนร่วมประเมินผล</li> <li>- ร่วมรับผลประโยชน์</li> </ul>

## ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

ประเด็น	ชื่อค้นพบแยกตามพื้นที่		ชื่อค้นพบที่เหมือนกัน	ชื่อค้นพบที่แตกต่างกัน	สรุปข้อค้นพบ
	ตำบลฤๅษี	ตำบลหนองหัวพาน			
การเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพัฒนาความสามารถในการแก้ไขปัญหา</li> <li>- การสร้างความสามารถในการแก้ไขปัญหา</li> <li>- การสร้างทักษะความเป็นผู้นำ</li> <li>- การสร้างความสามารถในการจัดการ</li> <li>- การควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อม</li> <li>- การสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพัฒนาความสามารถในการแก้ไขปัญหา</li> <li>- การสร้างความสามารถในการแก้ไขปัญหา</li> <li>- การสร้างทักษะความเป็นผู้นำ</li> <li>- การสร้างความสามารถในการสื่อสาร</li> <li>- การสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพัฒนาความสามารถในการแก้ไขปัญหา</li> <li>- การสร้างทักษะความเป็นผู้นำ</li> <li>- การสร้างความสามารถในการสื่อสาร</li> <li>- การสร้างทักษะความเป็นผู้นำ</li> <li>- การสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพัฒนาความสามารถในการแก้ไขปัญหา</li> <li>- การสร้างทักษะความเป็นผู้นำ</li> <li>- การสร้างความสามารถในการสื่อสาร</li> <li>- การสร้างทักษะความเป็นผู้นำ</li> <li>- การสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพัฒนาความสามารถในการแก้ไขปัญหา</li> <li>- การสร้างทักษะความเป็นผู้นำ</li> <li>- การสร้างความสามารถในการสื่อสาร</li> <li>- การสร้างทักษะความเป็นผู้นำ</li> <li>- การสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง</li> <li>- การจัดการ ควบคุมตนเอง และ สิ่งแวดล้อม</li> <li>- การสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง</li> </ul>
2 การให้การศึกษา (Education)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดการเรียนการสอนที่เน้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม</li> <li>- การพัฒนาทักษะการฟังที่ดี (การอบรมให้ความรู้และการบอกและเล่าประสบการณ์ การ นำข้อมูลผู้เกี่ยวข้องที่มีปัญหาเข้ามาเป็นกรณีศึกษา, การประชุมโดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย, การจับบันทึกและอ่านบทวน)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพัฒนาทักษะการฟังที่ดี (มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล)</li> <li>- การพัฒนาทักษะการแลกเปลี่ยนข้อมูล, การสื่อสารแบบสองทาง</li> <li>- การพัฒนาทักษะการสนทนาที่ดี (การแลกเปลี่ยนข้อมูล, ความคุ้นเคยด้วยกันเอง)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพัฒนาทักษะการฟังที่ดี (การอบรมให้ความรู้และการบอกและเล่าประสบการณ์ ปฏิบัติงาน (การประเมินผู้เกี่ยวข้อง)</li> <li>- การพัฒนาทักษะการแลกเปลี่ยนข้อมูล, การสื่อสารแบบสองทาง</li> <li>- การพัฒนาทักษะการสนทนาที่ดี (การประเมินผู้เกี่ยวข้อง)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดการเรียนการสอนที่เน้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม</li> <li>- การพัฒนาทักษะการฟังที่ดี (การอบรมให้ความรู้และการบอกและเล่าประสบการณ์)</li> <li>- การพัฒนาทักษะการสนทนาที่ดี (การประเมินผู้เกี่ยวข้อง)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดการเรียนการสอนที่เน้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม</li> <li>- การพัฒนาทักษะการฟังที่ดี (การอบรมให้ความรู้และการบอกและเล่าประสบการณ์)</li> <li>- การพัฒนาทักษะการสนทนาที่ดี (การประเมินผู้เกี่ยวข้อง)</li> </ul>

**ตารางที่ 4.9 (ต่อ)**

ประเด็น	ข้อค้นพบแยกตามพื้นที่ ตำบลหนองหัวพาน	ข้อค้นพบ เหมือนกัน	ข้อค้นพบ ที่แตกต่างกัน	สรุปข้อค้นพบ
การเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่าย สุขภาพระดับชุมชน (ต่อ)				
2 การให้การศึกษาศึกษา (Education) (ต่อ)	<p>-การพัฒนาทักษะการปฏิบัติงาน (ติดตามประเมินผล, สะท้อนผลการปฏิบัติงาน)</p> <p>-การพัฒนาทักษะการดำเนินงาน (การประเมินผล การดำเนินงาน)</p> <p>-การฝึกอบรบ มี 2 รูปแบบ คือ การอบรมตามหลักสูตรมาตรฐาน และการเสนอประเด็นที่อยากเรียนรู้เพิ่มเติม</p>	<p>-การพัฒนาทักษะการปฏิบัติงาน (การปฏิบัติงาน (การประเมินผล การดำเนินงาน)</p> <p>-การฝึกอบรบ มี 2 รูปแบบ คือ การอบรมตามหลักสูตรมาตรฐาน และการเสนอประเด็นที่อยากเรียนรู้เพิ่มเติม</p> <p><b>ของหัวหน้า:</b></p> <p>-การพัฒนาทักษะการฟังที่ดี (การแลกเปลี่ยนข้อมูล, การสื่อสารสองทาง)</p> <p>-การพัฒนาทักษะการสนทนาที่ดี (ความคุ้นเคย เป็นกันเอง)</p>	<p>กรณีศึกษา, การประชุมโดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย, การจดบันทึกและอ่าน</p> <p>-การพัฒนาทักษะการสนทนาที่ดี (การสะท้อนการเรียนรู้, การสื่อสารสองทาง)</p> <p>-การพัฒนาทักษะการสนทนาที่ดี (การสะท้อนผลการทำงาน, การสนทนาแลกเปลี่ยน เป็นกันเอง)</p> <p>-การพัฒนาทักษะการสนทนาที่ดี (การสะท้อนผล, สะท้อนการปฏิบัติงาน)</p> <p>-การฝึกอบรม มี 2 รูปแบบ คือ การอบรมตามหลักสูตรมาตรฐาน และการเสนอประเด็นที่อยากเรียนรู้เพิ่มเติม</p> <p><b>ของหัวหน้า:</b></p> <p>-การพัฒนาทักษะการฟังที่ดี (การแลกเปลี่ยนข้อมูล, การสื่อสารสองทาง)</p> <p>-การพัฒนาทักษะการสนทนาที่ดี (ความคุ้นเคย เป็นกันเอง)</p>	<p>ปัญหาเป็นกรณีศึกษา, การประชุมโดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย, การจดบันทึกและอ่าน</p> <p>การและเปลี่ยนเรียนรู้, การสื่อสารสองทาง)</p> <p>-การพัฒนาทักษะการสนทนาที่ดี (การสะท้อนผลการทำงาน, การสนทนาแลกเปลี่ยน เป็นกันเอง)</p> <p>-การพัฒนาทักษะการสนทนาที่ดี (การสะท้อนผล, สะท้อนการปฏิบัติงาน)</p> <p>-การฝึกอบรม มี 2 รูปแบบ คือ การอบรมตามหลักสูตรมาตรฐาน และการเสนอประเด็นที่อยากเรียนรู้เพิ่มเติม</p> <p><b>ของหัวหน้า:</b></p> <p>-การพัฒนาทักษะการฟังที่ดี (การแลกเปลี่ยนข้อมูล, การสื่อสารสองทาง)</p> <p>-การพัฒนาทักษะการสนทนาที่ดี (ความคุ้นเคย เป็นกันเอง)</p>

**ตารางที่ 4.9 (ต่อ)**

ประเด็น	ชื่อค้นพบแยกตามพื้นที่	ชื่อค้นพบเหมือนกัน	ข้อค้นพบที่แตกต่างกัน	สรุปข้อค้นพบ
การเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพพระตะบูนชุมชน (ต่อ)	ตำบลคูเต่าเพชร	ตำบลหนองหัวพัน		
2 การให้การศึกษา (Education) (ต่อ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การได้รับการสนับสนุนทรัพยากร (เงิน สิ่งของ อุปกรณ์ และกำลังใจ) ทั้งหมดจากภาครัฐและภาคเอกชน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การสนับสนุนทรัพยากรจากหน่วยงานภาครัฐ</li> <li>- การสนับสนุนทรัพยากรจากภาคเอกชน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพัฒนาทักษะการปฏิบัติงาน (สะท้อนการปฏิบัติงาน)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- และการเสนอประเด็นที่อยากเรียนรู้เพิ่มเติม</li> </ul>
3 การสนับสนุนทรัพยากร	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การได้รับการสนับสนุนทรัพยากรจากหน่วยงานภาครัฐ</li> <li>- การสนับสนุนทรัพยากรจากภาคเอกชน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การสนับสนุนทรัพยากรจากหน่วยงานภาครัฐ</li> <li>- การสนับสนุนทรัพยากรจากภาคเอกชน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การสนับสนุนทรัพยากรจากภาคเอกชน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การสนับสนุนทรัพยากรจากหน่วยงานภาครัฐ</li> <li>- การสนับสนุนทรัพยากรจากภาคเอกชน</li> </ul>
4 การเสริมแรงในการทำงาน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การได้รับการยอมรับและชื่นชมการปฏิบัติงานจากหน่วยงานอื่นๆ ผู้ป่วยญาติ และประชาชนทั่วไป</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การชื่นชมและให้กำลังใจคณะกรรมการ DHS ชื่นชมการทำงานเครือข่าย</li> <li>- การให้การชื่นชมสมาชิกเครือข่าย</li> <li>- การได้รับงบประมาณและค่าตอบแทน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- หนองหัวพัน: - การได้รับงบประมาณและค่าตอบแทน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การชื่นชมและให้กำลังใจกรรมการ DHS ชื่นชมการทำงานเครือข่าย</li> <li>- การชื่นชมสมาชิกเครือข่าย</li> <li>- การได้รับงบประมาณและค่าตอบแทน</li> </ul>



395274695

CU Theses 5684471727 dissertation / recv: 06082562 15:28:18 / seq: 7

### ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

ประเด็น	ข้อมูลเฉพาะที่	ข้อค้นพบเหมือนกัน	ข้อค้นพบที่แตกต่างกัน	สรุปข้อค้นพบ
การเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน (ต่อ)	การประกอบหัวหน้าส่วนจะมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	-การประชุมแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับหัวหน้าส่วน/หน่วยงานในอำเภอ	ภาคประชาฯ: -แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการศึกษาดูงาน	-การศึกษาดูงาน -แลกเปลี่ยนข้อมูลทางโทรศัพท์ หรือ Line -ประชุมแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับหัวหน้าส่วน/หน่วยงาน
ปัจจัยและเงื่อนไขการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานและระดมอาสาสมัครผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	-การประชุมหัวหน้าส่วนจะมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	-การประชุมแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับหัวหน้าส่วน/หน่วยงานในอำเภอ	ภาคประชาฯ: -แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการศึกษาดูงาน	-การศึกษาดูงาน -แลกเปลี่ยนข้อมูลทางโทรศัพท์ หรือ Line -ประชุมแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับหัวหน้าส่วน/หน่วยงาน
1 ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System)	-การมีทีมงานที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน -การแบ่งปันทรัพยากร และบุคลากร -การให้บริการสุขภาพแบบบริบท	-การมีทีมงานที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน -การแบ่งปันทรัพยากร และบุคลากร -การให้บริการสุขภาพตาม	-	-การมีทีมงานที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน -การแบ่งปันทรัพยากร และบุคลากร -การให้บริการสุขภาพตาม

ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

ประเด็น	ข้อค้นพบแยกตามพื้นที่	ข้อค้นพบเหมือนกัน	ข้อค้นพบที่แตกต่างกัน	สรุปข้อค้นพบ
ปัจจัยและเงื่อนไขการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ต่อ)	<p>ที่จำเป็น</p> <p>- การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชน</p> <p>- การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ</p>	<p>การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น</p> <p>- การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชน</p> <p>- การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ</p>	<p>การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น</p> <p>- การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชน</p> <p>- การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ</p>	<p>บริบทที่จำเป็น</p> <p>- การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชน</p> <p>- การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ</p>





**ตารางที่ 4.9 (ต่อ)**

ประเด็น	ข้อค้นพบแยกตามพื้นที่	ข้อค้นพบเหมือนกัน	ข้อค้นพบที่แตกต่างกัน	สรุปข้อค้นพบ
ปัจจัยและเงื่อนไขการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ต่อ)	<p>-ความจริงจัง ตั้งใจและทำอย่างจริงจังต่อเนื่อง</p> <p>-จิตวิญญาณการทำงานในสายวิชาชีพ</p> <p>-ทำงานจนเกิดผลสัมฤทธิ์</p> <p>-ต้องมีใจที่จะทำงาน</p>	<p>-ผู้นำ (ผ.รพช., สสอ, ผอ.รพ.สต) มีความจริงใจ ให้เกียรติซึ่งกันและกัน</p> <p>-ผ.รพ.มีแนวคิดและเห็นคุณค่าของงานด้านปฐมภูมิ</p> <p>-มีความจริงใจ ตั้งใจและทำอย่างจริงจังต่อเนื่อง</p> <p>-จิตวิญญาณการทำงานในสายวิชาชีพ</p> <p>-ทำงานจนเกิดผลสัมฤทธิ์</p> <p>-ต้องมีใจที่จะทำงาน</p> <p>หมองหัวฟาน:</p> <p>-ผู้นำ (ผ.รพช., สสอ, ผอ.รพ.สต) มีความจริงใจ ให้เกียรติซึ่งกันและกัน</p> <p>-ผ.รพ.มีแนวคิดและเห็นคุณค่าของงานด้านปฐมภูมิ</p>	<p>คุณภาพ:</p> <p>-ความจริงใจ ตั้งใจและทำอย่างจริงจังต่อเนื่อง</p> <p>-จิตวิญญาณการทำงานในสายวิชาชีพ</p> <p>-ทำงานจนเกิดผลสัมฤทธิ์</p> <p>-ต้องมีใจที่จะทำงาน</p> <p>หมองหัวฟาน:</p> <p>-ผู้นำ (ผ.รพช., สสอ, ผอ.รพ.สต) มีความจริงใจ ให้เกียรติซึ่งกันและกัน</p> <p>-ผ.รพ.มีแนวคิดและเห็นคุณค่าของงานด้านปฐมภูมิ</p>	<p>-ผู้นำ (ผ.รพช., สสอ, ผอ.รพ.สต) มีความจริงใจ ให้เกียรติซึ่งกันและกัน</p> <p>-ผ.รพ.มีแนวคิดและเห็นคุณค่าของงานด้านปฐมภูมิ</p> <p>-ความจริงใจ ตั้งใจและทำอย่างจริงจังต่อเนื่อง</p> <p>-จิตวิญญาณการทำงานในสายวิชาชีพ</p> <p>-ทำงานจนเกิดผลสัมฤทธิ์</p> <p>-ต้องมีใจที่จะทำงาน</p> <p>-ดำเนินกิจกรรมอย่างบูรณาการสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่หลักของแต่ละภาคส่วน</p>



**ตารางที่ 4.9 (ต่อ)**

ประเด็น	ข้อค้นพบแยกตามพื้นที่	ข้อค้นพบ	ข้อค้นพบที่แตกต่างกัน	สรุปข้อค้นพบ
ปัจจัยและเงื่อนไขการมีส่วนร่วม	ตำบลฤๅษีเทวี	ข้อค้นพบเหมือนกัน		
ร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาว	ตำบลฤๅษีเทวี			
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ต่อ)				
3 ปัญหา / อุปสรรคที่พบจากการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- วัสดุอุปกรณ์ที่ไม่เพียงพอ</li> <li>- ผู้ป่วยและญาติบางคนไม่ให้ความร่วมมือ</li> <li>- ภาระค่าใช้จ่ายที่สูงมาก</li> <li>- กองทุนสุขภาพตำบล และ LTC ไม่ชัดเจน</li> <li>- บุคลากรที่มีความรู้ยังไม่กระจายอยู่ในทุกชุมชน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ระเบียบการเบิกจ่าย</li> <li>- วัสดุอุปกรณ์ที่ไม่เพียงพอ</li> <li>- ผู้ป่วยและญาติบางคนไม่ให้ความร่วมมือ</li> <li>- บุคลากรที่มีความรู้ยังไม่กระจายอยู่ในทุกชุมชน</li> <li>- ระเบียบจำกัดโครงสร้าง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- วัสดุอุปกรณ์ที่ไม่เพียงพอ</li> <li>- ผู้ป่วยและญาติบางคนไม่ให้ความร่วมมือ</li> <li>- บุคลากรที่มีความรู้ยังไม่กระจายอยู่ในทุกชุมชน</li> <li>- ระเบียบจำกัดโครงสร้าง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ระเบียบการเบิกจ่ายงบประมาณไม่ชัดเจน</li> <li>- วัสดุอุปกรณ์ที่ไม่เพียงพอ</li> <li>- ผู้ป่วยและญาติบางคนไม่ให้ความร่วมมือ</li> <li>- บุคลากรที่มีความรู้ยังไม่กระจายอยู่ในทุกชุมชน</li> <li>- ระเบียบจำกัดโครงสร้าง</li> </ul>
				21 คน

**ตารางที่ 4.9 (ต่อ)**

ประเด็น	ชื่อค้นพบแยกตามพื้นที่	ชื่อค้นพบเพิ่มเติม	สรุปข้อค้นพบ
<p>ปัจจัยและเงื่อนไขการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน เพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ต่อ)</p>	<p>ตำบลกุเตาเพชร ตำบลหนองหัวพาน</p>	<p>ชื่อค้นพบเพิ่มเติม</p>	<p>สรุปข้อค้นพบ</p>
<p>4 ข้อเสนอแนะการเสริมสร้างความเข้มแข็งเพื่อให้เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนสามารถดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ/ประสิทธิผล</p>	<p>- ควรปรับกระบวนการเขียนเงื่อนไขของการใช้งบประมาณให้ชัดเจนขึ้น - มีค่าตอบแทนให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในการทำงาน - พัฒนาศักยภาพความรู้ให้ดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง - ถ่ายทอดองค์ความรู้ให้กับกลุ่มอาสาสมัครอื่นๆ</p>	<p>กุดตาเพชร: - ควรปรับกระบวนการใช้งบประมาณให้ชัดเจนขึ้น - มีค่าตอบแทนให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในการทำงาน - พัฒนาศักยภาพความรู้ให้ดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง - การถ่ายทอดองค์ความรู้ให้กับกลุ่มอาสาสมัครอื่นๆ หน่วยงานที่: - ผู้นำต้องให้ความสำคัญกับระบบการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ</p>	<p>- ควรปรับกระบวนการเขียนเงื่อนไขของการใช้งบประมาณให้ชัดเจนขึ้น - ค่าตอบแทนให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในการทำงาน - พัฒนาศักยภาพ ความรู้ให้ดูแลผู้สูงอายุ อย่างต่อเนื่อง - ถ่ายทอดองค์ความรู้ให้กับกลุ่มอาสาสมัครอื่นๆ - ผู้นำต้องให้ความสำคัญกับระบบการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ</p>



**ตารางที่ 4.9 (ต่อ)**

ประเด็น	ชื่อต้นแบบที่ คำบอกพูดเพชร	ชื่อต้นแบบ ที่แตกต่างกัน	สรุปข้อค้นพบ
ปัจจัยและเงื่อนไขการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจ เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงาน การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ต่อ)	คำบอกพูดเพชร	ชื่อต้นแบบ ที่แตกต่างกัน	สรุปข้อค้นพบ
5 ปัจจัยและเงื่อนไขที่ช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ต่อ)	- การทำให้ทุกคนมองเห็นคุณค่าของงานดูแลผู้สูงอายุ - ทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิด - การสื่อสารให้ชุมชนรับทราบข้อมูล และเข้าใจปัญหาของชุมชน - ทูทางสังคม	- ทูทางสังคม  - ท้องถิ่น: - ผู้นำที่พึงประสงค์และนอกหน่วยงานสาธารณสุข มองเห็นโอกาสการประสานความร่วมมือ เชื่อมโยงการทำงาน เห็นคุณค่าและพลังของผู้ตาม - สสอ. ต้องเป็นตัวอย่างความร่วมมืออย่างจริงจัง - วัฒนธรรมชุมชนอยู่แบบพึ่งพากัน	- ผู้นำที่พึงสังสรรค์ และนอกหน่วยงานสาธารณสุข มองเห็นโอกาสการประสานความร่วมมือ เชื่อมโยงการทำงาน เห็นคุณค่าและพลังของผู้ตาม - สสอ. ต้องเป็นตัวอย่างความร่วมมืออย่างจริงจัง - วัฒนธรรมชุมชนอยู่แบบพึ่งพากัน



จากการเปรียบเทียบองค์ประกอบของการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลกุดตาเพชร อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี กับ ตำบลหนองหัวพาน อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา ทำให้เห็นองค์ประกอบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจ ตลอดจนปัจจัยและเงื่อนไขของการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งที่เหมือนและแตกต่างกัน ซึ่งผู้วิจัยสามารถสังเคราะห์รูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้ดังนี้

4.1 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมจัดตั้งเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีส่วนร่วมในการประสานเครือข่ายเข้าร่วมดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ สนับสนุนงบประมาณ อุปกรณ์ วัสดุ แรงงานช่างฝีมือ 2) การมีส่วนร่วมบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน ประกอบด้วย ด้านการวางแผน ด้านการจัดองค์กร ด้านการชี้นำ และด้านการควบคุม 3) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนและการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมให้/รับรู้ข้อมูลข่าวสารหรือปัญหาสุขภาพ การมีส่วนร่วมค้นหาและจัดลำดับความสำคัญปัญหา การมีส่วนร่วมค้นหาสาเหตุของปัญหา การมีส่วนร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหา การมีส่วนร่วมประเมินผล และการมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ โดยมีปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย การทำให้เห็นว่าการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุเกิดผลดีจริงๆ การสร้างค่านิยมที่ดีเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ การปลูกฝังวัฒนธรรมที่ดีเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ การที่ชุมชนมีวัฒนธรรมช่วยเหลือเกื้อกูล การทำหน้าที่อย่างจริงจัง ทุ่มเท การทำให้ทุกคนมองเห็นคุณค่าของงานดูแลผู้สูงอายุ การทำงานร่วมกันอย่างกัลยาณมิตร การสื่อสารให้ชุมชนรับทราบข้อมูล และเข้าใจปัญหาของชุมชน ทุนทางสังคม ระบบสุขภาพระดับอำเภอ การที่ผู้นำทั้งฝั่งสาธารณสุข และนอกหน่วยงานสาธารณสุข มองเห็นโอกาสการประสานความร่วมมือ เชื่อมโยงการทำงาน เห็นคุณค่าและพลังของผู้ตาม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนกับสาธารณสุขอำเภอต้องเป็นตัวอย่างความร่วมมืออย่างจริงจัง และวัฒนธรรมชุมชนอยู่แบบพึ่งพาอาศัยกัน



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

4.2 การเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 1) การพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย การพัฒนาความสามารถในการแก้ไขปัญหา การสร้างความสามารถในการสื่อสาร การสร้างทักษะความเป็นผู้นำและการสร้างความสามารถในการจัดการควบคุมตนเองและ สิ่งแวดล้อม 2) การให้การศึกษา (Education) การจัดการเรียนการสอนที่เน้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม ดังนี้ 2.1) การพัฒนาทักษะการพึ่งพิงที่ดี ประกอบด้วย การอบรมให้ความรู้และการบอกและเล่าประสบการณ์การ การนำข้อมูลผู้ป่วยที่มีปัญหามาเป็นกรณีศึกษา การประชุมโดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย,การจดบันทึกและอ่านบททวนการและเปลี่ยนเรียนรู้ และการสื่อสารสองทาง 2.2) การพัฒนาทักษะการสนทนาที่ดี ประกอบด้วย การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน การสนทนาแลกเปลี่ยนข้อมูล และความคุ้นเคยเป็นกันเอง 2.3) การพัฒนาทักษะการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย การติดตามประเมินผล และการสะท้อนการปฏิบัติงาน 3) การฝึกอบรม มี 2 รูปแบบ ประกอบด้วย การอบรมตามหลักสูตรมาตรฐาน และการเสนอประเด็นที่อยากเรียนรู้เพิ่มเติม 4) การสนับสนุนทรัพยากร ประกอบด้วย การสนับสนุนทรัพยากรจากหน่วยงานภาครัฐ และการสนับสนุนทรัพยากรจากภาคเอกชน 5) การเสริมแรงในการทำงาน ประกอบด้วย การชื่นชมและให้กำลังใจ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอชื่นชมการทำงานของเครือข่าย การชื่นชมสมาชิกเครือข่าย และการได้รับงบประมาณและค่าตอบแทน 6) การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ประกอบด้วย การศึกษาดูงาน การแลกเปลี่ยนข้อมูลทางโทรศัพท์ หรือ Line และการประชุมแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับหัวหน้าส่วน/หน่วยงาน โดยมีปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพพระดับชุมชนในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีดังนี้ 1) การพัฒนาทักษะการพึ่งพิงที่ดี ประกอบด้วย การพัฒนาความสามารถในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการสื่อสารแบบสองทาง 2) การพัฒนาทักษะการสนทนาที่ดี ประกอบด้วย การแลกเปลี่ยนข้อมูลจากการเยี่ยม,ความคุ้นเคย ความเป็นกันเอง และการถอดบทเรียนทั้งกรณีที่ทำสำเร็จและไม่สำเร็จ 3) การพัฒนาทักษะการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย การประเมินผล/วิเคราะห์ผล นำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การฝึกปฏิบัติจริงจากหน้างาน และการสะท้อนการปฏิบัติงาน

4.3 การมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จะเกิดประสิทธิภาพสูงสุดขึ้นอยู่กับปัจจัยภายนอก มีดังนี้ 1) ระบบสุขภาพพระดับอำเภอ (District Health System)



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7



ประกอบด้วย การมีทีมงานที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน และการทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ 2) ปัจจัยที่ทำให้เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนสามารถดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ/ประสิทธิผล ประกอบด้วย ผู้นำ (ผอ.รพช., สสอ, ผอ.รพ.สต) มีความจริงใจ ให้เกียรติซึ่งกันและกัน ผอ.รพ. มีแนวคิดและเห็นคุณค่าของงานด้านปฐมภูมิ ความจริงใจ ตั้งใจและทำอย่างจริงจังต่อเนื่อง การมีจิตวิญญาณการทำงานในสายวิชาชีพ การทำงานจนเกิดผลสัมฤทธิ์ ต้องมีใจที่จะทำงาน และการบูรณาการกิจกรรมที่สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่หลักของแต่ละหน่วยงาน 3) ควรมีการแก้ไข และปรับปรุงปัจจัยภายนอกเพื่อส่งเสริมเข้มแข็งของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน ประกอบด้วย ควรปรับกฎระเบียบเงื่อนไขการใช้งานใช้งบประมาณให้ชัดเจนขึ้น มีค่าตอบแทนให้ผู้ที่เสียสละทำงาน การพัฒนาศักยภาพความรู้ให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุและญาติอย่างต่อเนื่อง การถ่ายทอดองค์ความรู้ให้กับกลุ่มอาสาสมัครอื่นๆ และผู้นำต้องให้ความสำคัญกับระบบการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุนอกจากนี้ ต้องมีการแก้ไขปัจจัยที่เป็นปัญหา / อุปสรรคต่อการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขาด ประสิทธิภาพ ประกอบด้วย ระเบียบการเบิกจ่ายงบประมาณไม่ชัดเจน วัสดุอุปกรณ์ที่ไม่เพียงพอ ผู้ป่วยและญาติบางบ้านไม่ให้ความร่วมมือ บุคลากรที่มีความรู้ยังไม่กระจายอยู่ในทุกชุมชน และการที่ระเบียบจำกัดโครงสร้างคณะกรรมการ DHS ไว้ไม่เกิน 21 คน รายละเอียดดังภาพที่ 4.3



395274695

CD :Thesis 568471727 dissertation / recv: 06082562 15:28:18 / seq: 7



จากภาพที่ 4.3 สามารถขยายความได้ดังนี้

## รูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

### 1.1 การมีส่วนร่วมจัดตั้งเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องเป็นผู้ริเริ่มเข้าไปกระตุ้นให้ประชาชนและหน่วยงานภาครัฐอื่นๆ โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ให้เกิดความตระหนักในปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สร้างความตื่นตัวให้เกิดความสนใจรวมตัวกัน และผลักดันให้เกิดการรวมตัวเกิดเป็นเครือข่ายการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเนื่องจากปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ซับซ้อนมากขึ้น ไม่ใช่มีเฉพาะปัญหาเรื่องสุขภาพเท่านั้น ยังมีปัญหาอื่นๆ อีกมาก เช่น ปัญหาที่อยู่อาศัย ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาคุณภาพชีวิต ปัญหาการกินการอยู่ เป็นต้น ดังนั้น การทำงานแค่จิตอาสาคงไม่พอ จึงต้องคืนข้อมูลให้ชุมชนรับทราบพร้อมทั้งประสานภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกพื้นที่เข้ามาร่วมเป็นเครือข่ายในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การที่จะสามารถดึงภาคส่วนต่างๆ เข้ามาร่วมเป็นเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องมีส่วนร่วมในงานของภาคส่วนอื่น ๆ ในพื้นที่ และมีความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชนและหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนอื่นๆ เมื่อเกิดเป็นเครือข่ายแล้วจะร่วมกันระดมทรัพยากร และแบ่งปันทรัพยากรเพื่อใช้ในการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ แรงงานช่างฝีมือ เป็นต้น หลังจากเกิดเครือข่ายฯ แล้ว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังคงต้องเป็นศูนย์กลางการประสานงานของเครือข่าย โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีศักยภาพสามารถเป็นแรงผลักดันเสริมที่มีพลังจากระดับอำเภอลงสู่ระดับตำบล/ชุมชน เพื่อส่งเสริมการเกิดของเครือข่ายและการดำเนินการอย่างต่อเนื่องของเครือข่าย

### 1.2 การมีส่วนร่วมบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน

#### 1.2.1 ด้านการวางแผน

1) เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนที่ดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะต้องมีการกำหนดวิสัยทัศน์/อุดมการณ์/ปรัชญาในการทำงานร่วมกันของสมาชิก การมีวิสัยทัศน์ร่วม (Shared Vision) เป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดเป้าหมายร่วมกันในอนาคต ส่วนอุดมการณ์เป็นที่ยึดเหนี่ยวสมาชิกเข้าด้วยกัน ซึ่งเป็นแรงจูงใจให้สมาชิกเกิดจิตสำนึกและเข้าร่วมกิจกรรมของเครือข่าย เชื่อมั่นในศักยภาพของกันและกันและเชื่อมั่นในศักยภาพของเครือข่าย ทำให้เครือข่ายมีพลัง เกิดเอกภาพ และช่วยบรรเทาความขัดแย้งอันเกิดจากมุมมองที่แตกต่างลงไป

2) การกำหนดเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ เครือข่ายต้องมีเป้าหมายที่ชัดเจน และมีผลต่อการเข้าร่วมและคงอยู่ของสมาชิก เพราะสมาชิกรู้ว่าเป็นสมาชิกของเครือข่ายเพื่ออะไร และเครือข่ายสามารถตอบสนองต่อความต้องการได้หรือไม่ นอกจากนี้ ตัวเป้าหมายเองจะเป็น



395274695

CU-Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

ตัวกำหนดกิจกรรมของเครือข่ายที่จะตามมาอีกด้วย เช่น เป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ ผู้สูงอายุได้รับการทางสาธารณสุขและบริการทางสังคมในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan) มีระดับคะแนน ADL ดีขึ้นจากกลุ่มติดเตียงเป็นติดบ้านและกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคม และมีการดูแลต่อเนื่องจนกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านเปลี่ยนมาเป็นกลุ่มติดสังคม และผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเปลี่ยนระดับ ADL ได้ จะได้รับการดูแลจนกว่าจะเสียชีวิต และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนฯ ก็จะร่วมกันทำกิจกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้น 3) การวางแผน และการตัดสินใจร่วมสมาชิกเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนต้องมีส่วนร่วมในการวางแผน และการตัดสินใจการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยผ่านช่องทางการประชุมร่วมกันอย่างเป็นทางการเช่น เวทีจัดทำแผนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เวทีประชุมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเวทีประชุมชมรมผู้สูงอายุ นอกจากการต้องมีการร่วมวางแผนและการตัดสินใจนอกเวทีประชุมด้วย เช่น ต้องมีการนำข้อมูลปัญหาที่พบจากการเยี่ยมผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ด้านสภาพแวดล้อมด้านครอบครัว และสังคม มาปรึกษา นำข้อมูลมารายงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อใช้วางแผนแก้ไขต่อไป

4) กิจกรรมร่วม เครือข่ายต้องมีกิจกรรมที่สมาชิกร่วมกันดำเนินงานเพื่อการบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายของเครือข่าย กิจกรรมเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะช่วยให้สมาชิกทั้งในและนอกเครือข่าย มีโอกาสในการพบปะหรือและมีการเรียนรู้ร่วมกัน การมีกิจกรรมต่อกัน เช่น เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรม และร่วมดำเนินกิจกรรมในการแก้ไขปัญหา โดยเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาในที่ประชุมเวทีทำแผน ว่าตอนนี้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว ต้องทำกิจกรรมอะไรบ้าง และมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมที่ต้องให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในการลงมือปฏิบัติงานจริง การร่วมแสดงความคิดเห็นการทำงานร่วมกัน และการติดตามประเมินผล จะช่วยให้เครือข่ายนั้นมีความต่อเนื่อง ที่สำคัญ คือ เป็นการผลักดันให้ภารกิจ/กิจกรรมนั้นบรรลุผลสำเร็จ

### 1.2.2 ด้านการจัดองค์กร

1) โครงสร้าง และบทบาทหน้าที่ โครงสร้างของเครือข่ายควรมีรูปแบบตามแนวราบหรือแนวนอน ที่เอื้ออำนวยให้เกิดการประสานงานและการควบคุมการปฏิบัติงานของสมาชิก มีความเป็นทางการน้อย มีส่วนร่วมในการตัดสินใจมาก มีการสื่อสารกระจายทั่วถึง และเป็นโครงสร้างเครือข่ายที่เน้นการประสานงาน/การมอบหมายงาน และความร่วมมือในแนวราบเป็นหลัก อาศัยความสัมพันธ์ระหว่างแกนนำที่เป็นจุดเชื่อมต่อ (Node) ของแต่ละเครือข่าย โครงสร้างเครือข่ายแบบนี้จึงให้ความสำคัญกับแกนนำหรือผู้นำเครือข่าย ซึ่งภาวะผู้นำของเครือข่ายมีความสำคัญมากในการผลักดันไปสู่ความสำเร็จของผลงาน ทั้งนี้การใช้ภาวะผู้นำในการขับเคลื่อน เป็นการอาศัยทุนทางสังคมที่มีอยู่เดิมในรูปของความสัมพันธ์เชิงเครือญาติและความสัมพันธ์ฉันท์มิตรในการประสานงาน

และขอความร่วมมือในการดำเนินงาน ซึ่งเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนต้องมีการกำหนดโครงสร้างและบทบาทหน้าที่สมาชิกเครือข่าย ทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, ผู้นำชุมชน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และจิตอาสาอื่น ๆ โดยสมาชิกร่วมกันกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละคน ซึ่งปัจจุบันมีการจัดทำคำสั่งคณะกรรมการต่างๆ เป็นลายลักษณ์อักษรมากขึ้น

### 1.2.3 ด้านการชี้แนะ

1) ภาวะผู้นำ และแรงจูงใจในการทำงาน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ผอ.รพ.สต.) ต้องเป็นผู้ที่มีภาวะผู้นำ มีความสามารถในการชักจูงโน้มน้าวให้ผู้อื่นเห็นความสำคัญที่จะต้องกระทำความร่วมมือกันและจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นต่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกเครือข่ายและผลสำเร็จของเครือข่าย นอกจากนี้ยังต้องมี ความซื่อสัตย์สุจริต ขยัน เสียสละเพื่อประโยชน์ของส่วนรวม ทำให้เกิดทุนทางสังคมและความสัมพันธ์อันดีมิตรในการประสานงานและขอความร่วมมือในการดำเนินงาน ส่วนผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager: CM) จะต้องมีภาวะผู้นำและสามารถสร้างแรงจูงใจในการทำงานกับกับผูปฏิบัติระดับหมู่บ้าน/ชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นต้น

### 2) การสื่อสาร

2.1) ใช้การสื่อสาร 2 ช่องทาง ได้แก่การสื่อสารที่เป็นทางการและการสื่อสารที่ไม่เป็นทางการ โดยมีรูปแบบหลากหลาย การสื่อสารที่เป็นทางการได้แก่ การแจ้งข้อมูลข่าวสารผ่านหอกระจายข่าว ไลน์กลุ่ม ทางโทรศัพท์ การใช้ความสัมพันธ์ทางสังคมและวัฒนธรรมระหว่างผู้นำและสมาชิกในการติดต่อและรับข้อมูลข่าวสารความรู้ระหว่างกัน การพูดคุยปรึกษาหารือระหว่างแกนนำเครือข่ายสุขภาพฯ ด้วยกัน และระหว่างแกนนำกับสมาชิก และระหว่างสมาชิกกับสมาชิก เป็นต้น ส่วนการสื่อสารที่เป็นทางการ ได้แก่ การประชุมประจำเดือน การประชุมประจำปี การประชุมตามวาระพิเศษต่าง ๆ การจัดประชุมชี้แจงแลกเปลี่ยน ความคิดเห็นและหาข้อสรุปร่วมกัน ตลอดจนการติดต่อด้วยเอกสาร โดยเน้นการสื่อสารที่มีประสิทธิผล และข้อมูลข่าวสารกระจายทั่วทั้งเครือข่ายฯ

2.2) การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์บทบาทของเครือข่าย และมวลสมาชิก ผลการดำเนินงาน และความสำเร็จ ไปสู่สมาชิก บุคคล กลุ่มและองค์กรอื่นๆ ที่ยังไม่ได้เป็นสมาชิกของเครือข่ายเพื่อสร้าง การยอมรับในเครือข่าย เพื่อระดมความร่วมมือ ระดมทรัพยากรและสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานแก่สมาชิกและประชาชนทั่วไป ซึ่งจะทำให้เครือข่ายดำเนินงานด้วยความมั่นคง และขยายเครือข่ายสมาชิกให้กว้างขวางออกไปมากขึ้น ผ่านช่องทางหลากหลายโดยผู้นำและสมาชิกเครือข่ายสุขภาพ เช่น เป็นแหล่งศึกษาดูงาน การประชาสัมพันธ์ผ่านเวทีประชุมต่างๆ การประชาสัมพันธ์ทางโซเชียลมีเดีย เป็นต้น

### 3) การประสานงาน

ผู้ประสานงานหลักคือเครือข่ายสุขภาพ คือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทำหน้าที่ประสานงานบริหาร และจัดการเครือข่ายในภาพรวมทั้งหมด ส่วนผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager: CM) จะประสานการทำงานกับผู้ปฏิบัติระดับหมู่บ้าน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver: CG) โดยการประสานงานจะมีทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการและเป็นลักษณะเป็นการประสานงานในแนวราบ ไม่ใช่การบังคับบัญชาสั่งการ

**การติดต่อสื่อสารและการประสานงาน** ภายในเครือข่ายมีความสำคัญมาก เพราะทำหน้าที่หลายประการ เช่น ควบคุมพฤติกรรมของสมาชิก จูงใจ สร้างความพึงพอใจให้แก่สมาชิก ให้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ แก่สมาชิก เป็นต้น

1.2.4 ด้านการควบคุม เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนฯ มีการติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลการปฏิบัติงานหลายวิธี เช่น การสุ่มถามจากญาติผู้ป่วย ติดตามผู้ป่วยที่บ้าน อีกช่องทางหนึ่งจะดูจากรายงานการเยี่ยมบ้านที่ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager: CM) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver: CG) จัดทำขึ้นและต้องมีการเปรียบเทียบกับ care plan ที่จัดทำไว้ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละคน

1.3. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนและการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์

1.3.1 เครือข่ายสุขภาพฯ ต้องจัดให้สมาชิกเครือข่ายและประชาชนทั่วไปมีส่วนร่วมในการให้ / รับรู้ข้อมูลข่าวสาร รับรู้ปัญหาสุขภาพหรือปัญหาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เกิดขึ้นในชุมชน เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนมีส่วนร่วมในการให้/รับรู้ข้อมูลข่าวสาร โดยจะมีรูปแบบทั้งการจัดประชุมอย่างเป็นทางการ การจัดเวทีประชาคมสุขภาพ การประชุมประจำเดือนของผู้นำชุมชน การประชุมประจำเดือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้และรับข้อมูล และรูปแบบไม่เป็นทางการเช่นการค้นพบปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนแล้วมีการรายงานผ่านช่องทางที่หลากหลาย เช่น การแจ้งทางโทรศัพท์ นอกจากนี้ยังมีรูปแบบเอกสาร สิ่งพิมพ์ การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านทางสื่อต่าง ๆ การจัดนิทรรศการ

1.3.2 การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหา และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนฯ ต้องยึดหลักการมีส่วนร่วมตั้งแต่การเริ่มต้นค้นหาปัญหา การวินิจฉัยสาเหตุทางเลือกในการแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจดำเนินการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ผู้นำต้องสนับสนุนให้เกิดบรรยากาศร่วมคิดร่วมตัดสินใจตั้งแต่แรก จึงจะก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญมากของการเจริญเติบโตของเครือข่าย โดยในแต่ละปีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะต้องการนำข้อมูลทะเบียนราษฎร์ของผู้สูงอายุมาตรวจสอบร่วมกันระหว่างเครือข่ายสุขภาพแล้วจัด

แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุด้วยการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) แล้วแบ่งผู้สูงอายุออกเป็นกลุ่มติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง ทำให้ทราบข้อมูลเพื่อนำมาจัดลำดับความสำคัญของปัญหา นอกจากนี้ต้องจัดเวทีในการร่วมกันค้นหาปัญหา และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เช่น ทำแผนกองทุนสุขภาพตำบลที่องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เวทีประเมินการคัดกรองภาวะสุขภาพของแต่ละปี เวทีประชุมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เวทีประชุมผู้สูงอายุ โดยสมาชิกเครือข่ายฯ ต้องร่วมกันคิด เพื่อค้นหาปัญหา และช่วยกันจัดลำดับว่าจะแก้ไขเรื่องอะไรก่อนตามความจำเป็น บางอย่างสามารถทำพร้อมกันได้ก็ควรทำพร้อมกันไป

1.3.3 การมีส่วนร่วมค้นหาสาเหตุของปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ โดยหลังจากทราบปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มแต่ละคนแล้ว แกนนำเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนฯ ต้องกระตุ้นให้ร่วมกันคิดว่าปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละคนมีสาเหตุมาจากอะไร และจะมีวิธีการ หรือทำกิจกรรมอะไรบางอย่างในการแก้ไขปัญหาให้กับผู้สูงอายุ จะทำอย่างไรเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและให้การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับบริการดูแลด้านสุขภาพและบริการด้านสังคมถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพและชุดสิทธิประโยชน์ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่น ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี เข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียม ส่วนข้อมูลที่ได้จากชุมชนก็นำมาวิเคราะห์หาสาเหตุร่วมกันในที่ประชุม นอกจากนี้ เวลาไปเยี่ยมผู้ป่วยจะต้องสังเกตว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติอะไรบ้าง ต้องนำปัญหาที่พบมาแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขช่วยกันค้นหาสาเหตุ และวางแผนแก้ไขปัญหา จะเห็นว่าสมาชิกเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนและประชาชนอยู่ใกล้ชิดเหตุการณ์ รับทราบและเผชิญปัญหานั้นเอง การมีส่วนร่วมวิเคราะห์ปัญหา ทำให้เกิดการแก้ไขปัญหาโดยพึ่งตนเอง

1.3.4 การมีส่วนร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหา ขั้นการดำเนินการเป็นขั้นตอนที่สมาชิกเครือข่ายสุขภาพฯ มีส่วนร่วมในการสร้างประโยชน์โดยการสนับสนุนทรัพยากร วัสดุ อุปกรณ์ และแรงงานหรือเข้าร่วมบริหารงาน ประสานการดำเนินการขอความช่วยเหลือจากภายนอก โดยเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนมีส่วนร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหา โดยจะเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาในที่ประชุมเวทีทำแผนกองทุนสุขภาพตำบล เมื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ต้องทำอะไรบ้าง ถ้าไม่ทำอะไรจะเกิดอะไรขึ้น กลุ่มผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง จะมีการติดตามเยี่ยมบ้าน มีการฟื้นฟูสมรรถภาพ จะมีการวิเคราะห์ว่าส่วนใดที่เกินความสามารถของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เช่น case ที่มีปัญหาค่อนข้างซับซ้อน เรื่องบ้าน ที่อยู่อาศัยที่จะต้องซ่อมแซม เครือข่ายสุขภาพที่เป็นกลุ่มกำนันผู้ใหญ่บ้านต้องเข้ามาร่วมจัดการเรื่องดังกล่าว เป็นต้น ส่วนผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager: CM) จะมีส่วนร่วมในการวางแผน Care plan และดำเนินการตามแผนร่วมกับผู้ดูแล



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

ผู้สูงอายุ (Care Give), อสม. ผู้นำชุมชน และประชาชนในชุมชนแล้วแต่สภาพปัญหาของผู้สูงอายุ แต่ละคนที่ต้องแก้ไข

1.3.5 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล เครือข่ายสุขภาพพระดัมชุมชนฯ จะต้องมีส่วนร่วมในการตรวจสอบถึงปัญหาอุปสรรคในการดำเนินดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและร่วมกันในการหาทางแก้ปัญหาอุปสรรคนั้น เพื่อให้งานหรือภารกิจการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถสำเร็จลุล่วงตามเป้าหมาย และมีกรร่วมตรวจสอบและติดตาม การดำเนินการตามโครงการหรือกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ว่าเป็นไปตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์หรือไม่

1.3.6 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ผลประโยชน์ที่เครือข่ายสุขภาพพระดัมชุมชนฯ ได้รับจากการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ คือ เกิดความภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าในสิ่งที่ทำ นอกจากนี้การดูแลผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดียังช่วยลดภาระงาน เพราะถ้ายังติดบ้าน ติดเตียง ก็ต้องดูแลเป็นพิเศษ ถ้าเขาเปลี่ยนจากติดเตียงเป็นกลุ่มติดสังคม หรือใช้ชีวิตได้ตามปกติเจ้าหน้าที่ก็ไม่ต้องดูแลมาก เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุ

#### 1.4 กระบวนการเรียนรู้

1.4.1 การจัดการเรียนการสอนที่เน้นให้ผู้เรียน (เครือข่ายสุขภาพพระดัมชุมชนฯ) มีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนการสอน หรือเรียกว่าการศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empower Education) ที่มีจุดมุ่งหมายในการดูแลสุขภาพ ซึ่งมีกระบวนการเรียนรู้ที่เริ่มจากการฟัง (listening) การสนทนา (dialogue) และการปฏิบัติงาน (action) โดยให้เครือข่ายสุขภาพพระดัมชุมชนฯ นำประสบการณ์การทำงานในพื้นที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่พบในการปฏิบัติงานจริงมาใช้เป็นกรณีศึกษา (case study) โดยจัดให้ผู้มีส่วนร่วมในการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดระหว่างกันให้ร่วมระบุงปัญหา วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา และแนวทางแก้ไขปัญหา และสะท้อนกลับผลการปฏิบัติงานเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย ซึ่งวิธีวิธีการเรียนรู้แบบนี้ส่งเสริมให้เกิดการเพิ่มคุณค่าแห่งตน (self-esteem), การรับรู้ความสามารถในตนเอง (self-efficiency), การปรับปรุงตนเอง (self-improvement), ความรู้สึกไว้นือเชื่อใจ (a feeling of trust), ความรู้สึกผูกพัน (a sense of attachment), ความพึงพอใจในตนเอง (personal satisfaction), มีเชาว์ปัญญาในการจัดการ (manage), หรือควบคุม (control), เพิ่มความสามารถในการแก้ปัญหา (problem solving), เพิ่มความสามารถในการสื่อสาร (communication), เพิ่มความสามารถในด้านภาวะผู้นำ (leadership), และทักษะการจัดการ (management skills)

1.4.2 การฝึกอบรม ซึ่งมี 2 รูปแบบคือ การอบรมตามหลักสูตรมาตรฐานที่กำหนดโดยผู้จัดทำหลักสูตรจากส่วนกลาง นอกจากนั้นเครือข่ายสุขภาพยังต้องมีส่วนร่วมในการเสนอประเด็นที่อยากเรียนรู้เพิ่มเติม ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการค้นพบในการปฏิบัติงานแล้วต้องการศึกษา



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7



1.4.3 ส่งเสริมให้มีกระบวนการเรียนรู้ที่หลากหลาย มีเทคนิควิธีการที่นำมาใช้ในการเรียนรู้ร่วมกันหลายๆ วิธี เลือกตามความเหมาะสมกับสมาชิกและกิจกรรมที่จัดในแต่ละครั้ง ไม่ซ้ำซากอยู่เพียงเทคนิควิธีการเดียว เช่น การศึกษาดูงาน/เป็นแหล่งรับศึกษาดูงาน การถอดบทเรียนร่วมกัน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การใช้ระบบพี่เลี้ยง เป็นต้น

1.5 การสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนต้องได้รับการสนับสนุนทรัพยากร ทั้งในด้านเงิน สิ่งของ อุปกรณ์ บุคลากร รวมทั้งข้อมูลที่สำคัญต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งทรัพยากรนี้ต้องมาจากทั้งจากภาครัฐและภาคเอกชน โดยการสนับสนุนมีหลากหลายรูปแบบเพื่อให้ภารกิจดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนฯ ดำเนินการร่วมกันนั้นบรรลุถึงเป้าหมาย

1.6 การเสริมแรงในการทำงานให้แก่เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนมีความภูมิใจ และพึงพอใจกับการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุแข็งแรง มีสุขภาพที่ดีขึ้น ช่วยแบ่งเบาภาระของคนในครอบครัว ผู้สูงอายุและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ในการเสริมแรงในการทำงานนี้ มีทั้งการเสริมแรงภายในเครือข่ายและจากภายนอกเครือข่าย โดยได้รับการยอมรับและชื่นชมผลการปฏิบัติงานทั้งจากหน่วยงานอื่นและตัวผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยเอง และประชาชนทั่วไป ทำให้เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนมีแรงจูงใจในการทำงานเพิ่มมากขึ้น

## 2. ปัจจัยและเงื่อนไขมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.1 ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System) ที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีลักษณะดังนี้

2.1.1 การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team)

2.1.2 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community participation)

2.1.3 การทำงานจนเกิดคุณค่า ทั้งกับผู้รับบริการ และผู้ให้บริการเอง (Appreciation and Quality)

2.1.4 การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development)

2.1.5 การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential care)

2.1.1 การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team) การมีทีมงานที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน การดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้สำเร็จนั้น จำเป็นต้องอาศัยทีมงานทำงานร่วมในหลายระดับ หลายภาคส่วน ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการบริหาร



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

จัดการที่มีคุณภาพ มุ่งเน้นการทำงานร่วมกัน และเชื่อมประสานงานกัน มุ่งสู่การบรรลุเป้าหมายที่ทุกภาคส่วนร่วมตั้งไว้ ประกอบด้วย

1) การกำหนดโครงสร้างการทำงาน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ใช้โครงสร้างการทำงานตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ประกอบด้วย 3 ภาคส่วนคือ ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ตามความเหมาะสม และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ และมีการแต่งตั้งคณะกรรมการที่มีความเหมาะสมกับการดำเนินงานของแต่ละโครงการ และมีการแต่งตั้งคณะกรรมการ LTC

2) การกำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ โดยเน้นให้กรรมการเข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบและกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละส่วนว่าส่วนไหนมีความเหมาะสมที่จะทำอะไร และมีความสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ มีการบูรณาการการทำงานร่วมกันตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน และเป็นการแก้ไขปัญหาหลายๆ อย่างได้พร้อมๆ กัน

3) มีการประชุมร่วมกันทั้งแบบเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ ความถี่ของการประชุม ยึดตามความจำเป็น และเหมาะสม

4) มีการนำข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่มาวิเคราะห์ และนำไปใช้วางแผนขับเคลื่อนการดำเนินการแก้ไขปัญหา โดยใช้ฐานข้อมูลของสาธารณสุข

5) มีการจัดทำโครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ตามลำดับความสำคัญ

2.1.2 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community participation) ทุกภาคส่วนในระดับอำเภอมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการพัฒนา ประกอบด้วย

1) การมีส่วนร่วมในการให้/รับรู้ข้อมูลข่าวสารหรือรับรู้ปัญหา สุขภาพที่เกิดขึ้น หน่วยงานด้านสาธารณสุขจะเข้าไปมีส่วนร่วมในเวทีประชาคมของกำนันผู้ใหญ่บ้าน เข้าไปประชาสัมพันธ์เรื่องของการประเมินสุขภาพ ซึ่งในเวทีการประชุมประจำเดือนกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สาธารณสุขอำเภอ หรือตัวแทน จะเข้ามาประชุมทุกเดือน และมีการให้ข้อมูลประเด็นปัญหาเรื่องสุขภาพ เช่น ประชาสัมพันธ์เรื่องการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุ โรคไข้เลือดออกกระบาด กำนันผู้ใหญ่บ้านก็จะนำความรู้นี้ไปถ่ายทอดให้ประชาชนในหมู่บ้าน

2) การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหาและจัดลำดับความสำคัญ การค้นหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาจะใช้เวทีของการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยจับประเด็นปัญหาสำคัญของจัดลำดับความสำคัญเพื่อขับเคลื่อน เช่น ปัญหาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3) การมีส่วนร่วมค้นหาสาเหตุของปัญหา หน่วยงานสาธารณสุขจะเป็นหน่วยงานหลักในการให้ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ แล้วข้อมูลจะถูกนำมาเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการ

พขอ. โดยคณะกรรมการฯ ที่ร่วมประชุมก็จะต้องมีส่วนร่วมในการหาสาเหตุ หาทางแก้ไข ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

4) การมีส่วนร่วมกำหนดวิธีการแก้ปัญหา

5) การมีส่วนร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหา

6) มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ใช้ทั้งแบบวิชาการและแบบธรรมชาติ คือ การประเมินความร่วมมือไม่ร่วมมือของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง คินข้อมูลให้แก่ชุมชน และนำผลการประเมินผลการดำเนินงานด้านการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาวิเคราะห์ และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยการประเมินผลเน้นความยืดหยุ่นและไม่เป็นทางการ

7) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ผลประโยชน์ที่คณะกรรมการ พขอ. ได้รับความจากการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ คือ ความสุข ความภูมิใจ และรู้สึกพึงพอใจ เป็นการรับผลประโยชน์ร่วมกันเมื่องานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประสบความสำเร็จ ถ้าผู้ป่วยคนใดที่ได้รับการดูแลแล้วดีขึ้น การรับประโยชน์ไม่ได้เป็นทางวัตถุแต่เป็นทางจิตใจเกิดความภาคภูมิใจ

2.1.3 การทำงานจนเกิดคุณค่า ทั้งกับผู้รับบริการ และผู้ให้บริการเอง (Appreciation and Quality) เครือข่ายสุขภาพอำเภอ/คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) สนับสนุนให้เครือข่ายบริการปฐมภูมิมีการจัดบริการสุขภาพที่มีความครอบคลุมและมีคุณภาพแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนให้ความเหมาะสม สอดคล้องกับความจำเป็นหรือความต้องการ และสภาพปัญหาทางด้านสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีการยกย่องเชิดชูคณะทำงานและเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนที่ปฏิบัติงานดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประสบผลสำเร็จ เป็นการสร้างคุณค่าให้เกิดขึ้น มีความภาคภูมิใจต่อผลงานที่มีคุณภาพ ทั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอและเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรวมทั้งญาติก็มีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

2.1.4 การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development) การดำเนินงานด้านการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีการกึ่งที่กว้างขวาง แต่ทรัพยากรมีอยู่อย่างจำกัด จากจัดสรรทรัพยากรต้องมีความโปร่งใส ยุติธรรม สอดคล้องกับภาระงาน และได้รับการยอมรับจากทุกฝ่าย นอกจากนี้ สถานการณ์ด้านกำลังคนมีแนวโน้มลดลงขณะที่จำนวนผู้สูงอายุและความต้องการบริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ภาระงานของเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้น ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพต้องมีการแบ่งปันทรัพยากรอย่างเหมาะสม ดังนี้

1) การแบ่งปันทรัพยากร (Resource sharing) ประกอบด้วย

1.1) ด้านบุคลากร มีการสร้างให้เกิดการนำร่วม คือ ร่วมกันกำหนดวิสัยทัศน์ เป้าประสงค์ ค่านิยม ความคาดหวังในผลการดำเนินงาน และการเกื้อกูลกันและกัน ทำให้เกิดความร่วมมือกันในการทำงานมีการแบ่งปันทรัพยากรด้านเจ้าหน้าที่ระหว่างโรงพยาบาลชุมชน และ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ตามความรู้ ความสามารถในแต่ละสาขา และความจำเป็นของพื้นที่

1.2) ด้านงบประมาณ งบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงาน มี 2 ส่วน คือ งบประมาณแผ่นดิน เป็นเงินที่ได้รับการจัดสรรมาจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และเงินที่มาจากท้องถิ่น และงบประมาณที่ไม่ใช่งบประมาณแผ่นดิน ซึ่งมีหลากหลาย เช่น เงินบริจาค เงินที่เกิดจากการระดมทุน และเงินที่ได้รับจากกองทุนต่างๆ ซึ่งเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) จะมีความสามารถในการระดมทุนจากงบประมาณที่ไม่ใช่งบประมาณแผ่นดินได้เป็นจำนวนมาก

1.3) ด้านเครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ มีคลังวัสดุหรือธนาคารเครื่องมือสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อให้ผู้ป่วยยืมใช้ เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องกระตุ้นหัวใจ เตียงคนไข้ อุปกรณ์ช่วยเดิน และอุปกรณ์อย่างอื่น ๆ ซึ่งอุปกรณ์ดังกล่าวได้มาจากทั้งงบประมาณและการบริจาค

1.4) ด้านความรู้ การพัฒนาความรู้ให้กับสมาชิกเครือข่ายจะเป็นไปโดยธรรมชาติ ก็คือ สมาชิกของเครือข่ายไม่ว่าจะเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, อสม., ผู้ดูแลผู้สูงอายุ หรือจิตอาสา จะได้รับการพัฒนาความรู้ และการฝึกทักษะ โดยการสอน และการอบรมจนทุกคนสามารถไปเป็นผู้เชี่ยวชาญในบทบาทต่างๆที่ร่วมกันดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง นอกจากนี้ จะต้องใช้วิธีการสอน และฝึกปฏิบัติที่หน้างาน เพราะว่าการสอนโดยทฤษฎีเป็นแค่จุดเริ่มต้นของการสร้างแนวคิด จะไม่ครอบคลุม จะมีคำถาม หรือข้อประเด็นสงสัยอีกตามมา ฉะนั้น การสอนที่หน้างานจะครอบคลุมกว่า แนะนำแล้วจะทำให้เกิดความสะดวกและเข้าใจมากกว่า

1.5) ด้านเทคโนโลยี ใช้เทคโนโลยีการสื่อสารที่แต่ละคนมีอยู่ และใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ของกระทรวงสาธารณสุขในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย โปรแกรม HosXP ในการบันทึกข้อมูล ใช้โทรศัพท์มือถือ หรือไลน์ ในการสื่อสารข้อมูล หรือขอคำปรึกษา แล้วจึงนำข้อมูลเหล่านั้นมาแบ่งปันคืนข้อมูล เช่น การส่งภาพแผลผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่ และผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อขอคำปรึกษาจากแพทย์ ทุกอย่างจะเป็นกลไกที่อยู่ภายใต้เทคโนโลยีที่เราจับต้องได้

1.6) ด้านฐานข้อมูล ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ของกระทรวงสาธารณสุขในการรวบรวมข้อมูล คือ ใช้โปรแกรม HosXP ในการบันทึกข้อมูล และมีการคืนข้อมูลให้บุคคลเป้าหมายเพื่อนำไปวิเคราะห์วางแผนในการทำงาน นอกจากนี้ ภาควิชาเครือข่ายในพื้นที่ เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. จะส่งข้อมูลผู้สูงอายุให้กับคณะกรรมการหมู่บ้าน หรือทางสาธารณสุข ทำให้รับทราบข้อมูลถึงสภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุรวมถึงผู้ป่วยติดเตียงและส่งต่อไปยังท้องถิ่น หรืออำเภอด้วย



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

2) ทรัพยากรจากภาครัฐ ทรัพยากรจากภาครัฐที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จะได้จากงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), งบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบล นอกจากนี้ องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) สนับสนุนงบประมาณใช้สำหรับสร้างบ้าน ซึ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีฐานะยากจน ก็จะได้รับพิจารณาเป็นอันดับต้น ๆ

3) การระดมทุนในการดูแลผู้สูงอายุ การระดมทุนจากภาคเอกชนมีหลายรูปแบบ หรือมีหลายระดับ เช่น การบริจาคเงินจ้างนักบริบาลเพื่อดูแลคนไข้ติดเตียง มีการจัดผ้าป่าสามัคคี กองทุนจิตอาสา การสนับสนุนเตียงผู้ป่วยหนักที่ต้องใช้เครื่อง EKG และอุปกรณ์เครื่องใช้สำหรับผู้ป่วย จากภาคเอกชน เป็นต้น

4) การบริหารจัดการด้านการแบ่งปันทรัพยากร ทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงานส่วนใหญ่เป็นของภาครัฐ ในการจัดสรรทรัพยากรจะผ่านกระบวนการของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ในส่วนของกองทุน Long Term Care จะมีคณะกรรมการของกองทุนเป็นผู้พิจารณา และงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนจากภาคเอกชน จะมีการตั้งคณะกรรมการขึ้นมาพิจารณาจัดสรรให้เกิดความเหมาะสม และเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของผู้บริจาคที่บริจาค

5) การจัดตั้งทีมสหวิชาชีพหรือทีมสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ จะมีการจัดตั้งทีมสหวิชาชีพหรือทีมสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือให้คำปรึกษาเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และสมาชิกเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยส่วนใหญ่ทีมสหวิชาชีพจะลงไปดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน มีภาวะยากลำบาก เช่น กลุ่ม Stroke จะไปลงไปทุกราย โดยมีนักกายภาพเป็นหลัก มีพยาบาล มีเภสัชกรไปดูแลเรื่องยา

6) การบริหารจัดการด้านการพัฒนาบุคลากร (human development) คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) จะมีการจัดทำแผนด้านการพัฒนาบุคลากรและการอบรมฟื้นฟูความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง นอกจากนี้ ก็ยังมีการพัฒนาความรู้ให้กับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.), ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care give: CG) โดยใช้งบประมาณของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สช.), กองทุนตำบล และหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น

2.1.5 การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential care) เน้นการจัดการปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่สอดคล้องตามบริบทและวัฒนธรรม รวมทั้งสภาพปัญหาสุขภาพครอบคลุม ทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึงบริการ (Accessibility) อย่างเท่าเทียม ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity) การเชื่อมโยงประสาน (Coordination) การให้บริการ แบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensiveness) และชุมชนมีส่วนร่วม (Community Participation) ประกอบด้วย



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

1) สํารวจข้อมูลผู้สูงอายุ คัดกรองสุขภาพโดยใช้แบบประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ ผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน และแยกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง เพื่อใช้เป็นข้อมูลวางแผนการดูแล

2) วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ ทำการประเมินสุขภาพ เพื่อค้นหาปัญหา และจัดทำ Care Plan

3) ให้บริการด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการคืนข้อมูลให้กับเครือข่ายที่เป็นเจ้าของร่วมกัน แยกเป็นรายบุคคล ซึ่งมีความซับซ้อนของปัญหาที่แตกต่างกัน จากนั้นจึงวางแผนลงเยี่ยมผู้ป่วย

2.2 ปัจจัยและเงื่อนไขที่ทำให้ระบบสุขภาพอำเภอสามารถผลักดันให้เกิดการทำงานร่วมกัน ในระดับอำเภอเป็นหนึ่งเดียวกัน (Unity District Health Team), การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community participation), การทำงานจนเกิดคุณค่า ทั้งกับผู้รับบริการ และผู้ให้บริการเอง (Appreciation and Quality), การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development), การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential care) ประกอบด้วย

2.2.1 ความเชื่อมั่น คือ ต้องเชื่อมั่นว่าการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุเป็นงานที่มีคุณค่า เชื่อในศักยภาพมิตร ในบรรยากาศการทำงาน เพราะอุปสรรคในการดำเนินงานมีมาก เวลาลงมือปฏิบัติจริงจะมีข้อจำกัด ภาระงานต่างๆ ถ้าไม่เชื่อมั่นในระบบจริงๆ จะเกิดความท้อถอย การเชื่อว่าระบบนี้ดี จะทำให้มองเห็นชุมพลังต่างๆ

2.2.2 ต้องเห็นถึงกรอบแนวคิดใหม่ เพราะแนวคิดเดิมจะมองว่าผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนเป็นเจ้าของทรัพยากร อาจจะหวงแหนทรัพยากร ไม่แบ่งปันให้ปฐมภูมิ จะมองเพียงว่าเป็นเรื่องของโรงพยาบาล เพราะฉะนั้น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลต้องมีมุมมองที่ออกนอกรั้วโรงพยาบาล แล้วมาแชร์ทรัพยากรร่วมกัน

2.2.3 สมรรถนะของผู้นำ คือ ผู้นำหรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนต้องมีสมรรถนะ มุมมอง มีกระบวนทัศน์ (Paradigm) เชื้อระบบ แล้วก็มองออกนอกรั้วโรงพยาบาล เอางานเป็นตัวตั้ง มัดรวมศักยภาพมิตร ทำงานด้วยความเป็นเพื่อนกันมีความร่วมมือกัน มีการแบ่งปันทรัพยากรร่วมกัน

2.2.4 การที่นายอำเภอให้ความสำคัญและเข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจัง นายอำเภอในฐานะประธานคณะกรรมการระบบสุขภาพอำเภอให้ความสำคัญและเข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการดูแลผู้สูงอายุ ต้องอาศัยนายอำเภอในการสร้างแรงจูงใจ เป็นแม่เหล็กในการดึงดูดทุกฝ่ายให้เข้ามามีส่วนร่วม

2.2.5 ผู้นำมีความจริงใจ ให้เกียรติซึ่งกันและกัน ช่วยเหลือเกื้อกูล การประสานงานและให้ การสนับสนุนซึ่งกันและกัน ระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ทุกระดับทั้งในส่วนของทั้งโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

2.2.6 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนมีแนวคิดและเห็นคุณค่าของงานด้านปฐมภูมิ เข้าใจบริบท มีใจที่จะทำงาน สามารถรวมใจ รวมพลังเจ้าหน้าที่ทั้งในส่วนของโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และภาคีเครือข่ายในชุมชน สร้างทีมงานที่เป็นหนึ่งเดียวกัน ให้เกียรติซึ่งกันและกัน

2.2.7 การมองเห็นและความเข้าใจถึงโอกาสการประสานและเชื่อมโยงการทำงาน ผู้นำ ทั้งฝ่ายสาธารณสุข และผู้นำที่อยู่นอกหน่วยงานสาธารณสุขที่มีอยู่ในอำเภอ ไม่ว่าจะท้องที่ ท้องถิ่น หรือ หัวหน้าส่วนราชการต่างๆ ต้องมองเห็น และเข้าใจถึงโอกาสในการประสานเชื่อมโยงการทำงาน ต้อง ให้เกียรติ ให้คุณค่า กับเครือข่ายตั้งแต่ระดับผู้นำ มองเห็นคุณค่าของภาคส่วนต่างๆ ที่เราจะร่วมมือกัน และการมองเห็นคุณค่าของพลังของผู้ตามทั้งหมด เพราะหลายเรื่องผู้ตามเป็นคนทำ รายละเอียดผู้นำ ไม่ได้ทำ เพราะฉะนั้น ผู้ปฏิบัติทั้งหมดจึงมีคุณค่า

2.2.8 การแสดงให้เห็นถึงความร่วมมืออย่างจริงจังของผู้นำ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอ ต้องแสดงให้เห็นถึงความร่วมมืออย่างจริงจัง ทั้งในเวทีประชุมเป็นทางการ หรือการลงมือทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งจะเป็นการสื่อสารที่ทรงพลัง โดยใช้ระบบสุขภาพอำเภอเป็นกรอบ แนวคิดการดำเนินงาน โดยผู้ปฏิบัติ เมื่อเห็นผู้นำทำก็จะทำตาม ต้องมีการเสริมพลังให้กับผู้ปฏิบัติ และเครือข่ายนอกหน่วยงาน ซึ่งผลผลิตสุดท้ายจะได้เพื่อน และเครือข่ายร่วมทำงาน จะมีความรู้สึก ต่อกันมากกว่าความเป็นตำแหน่งหน้าที่รู้สึกเป็นกัลยาณมิตร เป็นเพื่อนที่ทำงานร่วมกันในอำเภอ

2.2.9 ผู้นำมีความซื่อสัตย์ ความโปร่งใส

2.2.10 นโยบายมีความชัดเจน ผู้บริหารทุกระดับเห็นด้วย และให้ความสำคัญ มีการสั่ง การ การสื่อสาร ประชาสัมพันธ์นโยบายในเวทีการประชุมต่างๆ ในพื้นที่ทุกระดับ ทำให้เกิดการปลุก กระแสให้ ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม

2.2.11 การทำงานร่วมกันอย่างกัลยาณมิตร ด้วยความจริงใจและความรัก ความผูกพัน ที่มีต่อพื้นที่และประชาชน เปิดใจให้กว้าง เกื้อกูลซึ่งกันและกัน เพราะความเป็นกัลยาณมิตรกันทำให้ ได้มีโอกาสทำงานร่วมกันเครือข่ายอื่นๆ

2.3 ปัจจัยและเงื่อนไขการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับ ชุมชนที่เกิดขึ้นในระดับตำบล

2.3.1 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้ที่มีทุนทางสังคม (Social Capital) นำไปสู่การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือจากผู้นำท้องถิ่น ผู้นำท้องที่ และ ประชาชนในชุมชน

2.3.2 การได้รับคำชื่นชมจากทุกฝ่าย ทำให้เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเกิดกำลังใจใน การทำงานและเป็นแรงผลักดันให้การดำเนินงานดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง บรรลุเป้าหมาย

2.3.3 สมาชิกเครือข่ายสุขภาพพระดับชุมชนทุกคนต้องมีจิตใจเสียสละ และทำงานอย่างเต็มกำลังความสามารถ

2.3.4 ความเสียสละ ความชื่นชม ที่ทีมงานมีความสามัคคี การยอมรับนับถือกันและกัน การช่วยเหลือเกื้อกูลของภาคีในพื้นที่

2.3.5 งบประมาณเป็นส่วนหนึ่งที่เป็นตัวทำให้การดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.3.6 ความมุ่งมั่น ตั้งใจและทำอย่างจริงจังใจของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีการทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง และการได้รับความร่วมมือในการดำเนินงานจากเครือข่ายต่างๆ ในพื้นที่ เพราะเป็นการทำงานที่ได้มอบสิ่งดีๆ และได้ทำประโยชน์ให้กับชุมชน

2.3.7 ทำงานให้เกิดผลสัมฤทธิ์ ด้วยจิตวิญญาณในสายวิชาชีพ ทำให้เห็นว่าทำแล้วสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดีขึ้นจริง ประชาชนและภาคีเครือข่ายในพื้นที่จะเล็งเห็นความสำคัญให้ความร่วมมือ งานก็จะประสบผลสำเร็จ

2.3.8 ต้องเกิดจากการบูรณาการจากหลาย ๆ ภาคส่วน หน่วยงานหลักอย่างสาธารณสุขต้องได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานหรือเครือข่ายอื่นๆ เพราะหากไม่ได้รับการสนับสนุนจะทำให้การดำเนินงานติดขัดและไม่เกิดความต่อเนื่อง เช่น เรื่องงบประมาณ ถ้าใช้งบประมาณเฉพาะสำนักงานสาธารณสุข หรือโรงพยาบาล ก็อาจจะไม่เพียงพอในการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุหรือผู้พิการ ถ้าได้รับการสนับสนุน และได้รับความร่วมมือจากทางท้องถิ่น หรือทางภาคเอกชนก็จะช่วยเสริมสร้างความยั่งยืน

2.3.9 วัฒนธรรมของคนในชุมชน ที่มีวัฒนธรรมอยู่แบบพึ่งพาอาศัยกัน และมีการถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่นมาเป็นเวลานาน

2.3.10 การมีภาวะผู้นำ ผู้นำที่ได้รับการคัดเลือกมาเป็นผู้นำท้องถิ่นไม่ว่าจะเป็น กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน, อสม.หรือแม้แต่ส่วนราชการต่างๆ เป็นบุคคลที่ค่อนข้างจะดี สามารถสื่อสารเพื่อเข้าใจปัญหาหรือสิ่งที่ต้องการพัฒนาร่วมกัน ให้ความร่วมมือกัน

2.3.11 ผู้นำมีความซื่อสัตย์ ความโปร่งใส

2.3.12 ความที่มีจิตอาสาของเครือข่าย คือ การทำงานด้วยใจ รักที่จะทำ มีใจที่เป็นกุศล และมีความสมัครสมานสามัคคีกัน มองเห็นปัญหาที่ร่วมกันและจะช่วยกันแก้ไข

2.3.13 การทำให้ชุมชนเห็นถึงผลดีของการดำเนินงาน การทำให้เห็นถึงผลดีของการร่วมกันดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งอาจจะต้องใช้เวลาสักระยะชุมชนถึงจะเห็นถึงผลดีของการปฏิบัติงาน ต้องสร้างระบบการทำงานให้ดี ทำด้วยความตั้งใจอย่างต่อเนื่อง เมื่อชุมชนเห็นว่าเกิดผลดีจริงๆ ก็จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน



395274695

CU Thesais 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7



2.3.14 การทำงานร่วมกันอย่างกัลยาณมิตร ด้วยความจริงใจและความรัก ความผูกพัน ที่มีต่อพื้นที่และประชาชน เปิดใจให้กว้าง เกื้อกูลซึ่งกันและกัน เพราะ ความเป็นกัลยาณมิตรกันทำให้ ได้มีโอกาสทำงานร่วมกันเครือข่ายอื่นๆ

2.3.15 การสื่อสารเพื่อให้ชุมชนรับทราบข้อมูล และเข้าใจสภาพปัญหาของชุมชน รวมถึง ผลเสียที่เกิดขึ้นต่อชุมชน สังคม และญาติพี่น้องว่าเป็นอย่างไร ซึ่งเมื่อชุมชนรับทราบปัญหาของตนเอง แล้ว จะทำให้เกิดความต้องการที่จะแก้ปัญหา

2.3.16 ส่วนราชการต้องเป็นผู้นำในการดึงความร่วมมือของคนในชุมชน ให้มาช่วยดูแล แก้ไขปัญหา หลังจากนั้นจะต้องสร้างความยั่งยืน ให้ชุมชนยืนหยัดได้ด้วยตนเอง ภาครัฐควรค่อยๆ เป็นผู้ให้การสนับสนุนทรัพยากรและค่อยให้คำชี้แนะ

2.3.17 ปัจจัยและเงื่อนไขที่สำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการ ดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเกิดการเพิ่มคุณค่าแห่งตน (self-esteem), การรับรู้ ความสามารถในตนเอง (self-efficiency), การปรับปรุงตนเอง (self-improvement), ความรู้สึกไว้วางใจ (a feeling of trust), ความรู้สึกผูกพัน (a sense of attachment), ความพึงพอใจในตนเอง (personal satisfaction), มีเชี่ยวชาญในการจัดการ (manage), หรือควบคุม (control), เพิ่มความสามารถในการแก้ปัญหา (problem solving), เพิ่มความสามารถในการสื่อสาร (communication), เพิ่มความสามารถในด้านภาวะผู้นำ (leadership), และทักษะการจัดการ (management skills) ต้องให้การศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empower Education) ซึ่งมี กระบวนการเรียนรู้ที่เริ่มจากการฟัง (listening) การสนทนา (dialogue) และการปฏิบัติงาน (action)



395274695

## บทที่ 5

### สรุปผลการศึกษา อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพพระดัดชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยและเงื่อนไขของการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพพระดัดชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพ การดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) และเพื่อนำเสนอรูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพพระดัดชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) พึ่งพิง ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ กลุ่มเป้าหมายที่มีความเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในเขต อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี และอำเภอสามแฉกแสง จังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ ประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพพระดัดอำเภอ (พขอ.) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขระดับตำบล ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager: CM) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) อาสาสมัคร(จิตอาสา)ที่เป็นสมาชิกเครือข่ายสุขภาพชุมชนในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตัวแทนเครือข่ายสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งสามารถตอบคำถามได้และตัวแทนสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ รวมทั้งสิ้น 42 คน สามารถสรุปผลการวิจัย ได้ดังนี้

#### สรุปผลการศึกษา

การศึกษาวิจัย เรื่อง รูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) สามารถสรุปผลการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

**ตอนที่ 1 ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง**

1. ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพพระดัดชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1.1 การมีส่วนร่วมจัดตั้งเครือข่ายสุขภาพพระดัดชุมชน พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องเป็นผู้ริเริ่มเข้าไปกระตุ้นให้ประชาชนและหน่วยงานภาครัฐอื่นๆ โดยเฉพาะองค์กร



ปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ให้เกิดความตระหนักในปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สร้างความตื่นตัวให้เกิดความสนใจรวมตัวกัน และผลักดันให้เกิดการรวมตัวเกิดเป็นเครือข่ายการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

1.2 การมีส่วนร่วมบริหารเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน ประกอบด้วย

1) ด้านการวางแผน ซึ่งต้องดำเนินการ ดังนี้ คือ (1) เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนที่ดำเนินการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะต้องมีการกำหนดวิสัยทัศน์/อุดมการณ์/ปรัชญาในการทำงานร่วมกันของสมาชิก (2) การกำหนดเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ เครือข่ายต้องมีเป้าหมายที่ชัดเจน และมีผลต่อการเข้าร่วมและคงอยู่ของสมาชิก (3) การวางแผน และการตัดสินใจร่วม สมาชิกเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนต้องมีส่วนร่วมในการวางแผน และการตัดสินใจการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยผ่านช่องทางการประชุมร่วมกันอย่างเป็นทางการ และ (4) กิจกรรมร่วม เครือข่ายต้องมีกิจกรรมที่สมาชิกร่วมกันดำเนินงานเพื่อการบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายของเครือข่าย 2) ด้านการจัดองค์กร ซึ่งต้องดำเนินการดังนี้คือ (1) โครงสร้างของเครือข่ายควรมีรูปแบบตามแนวราบหรือแนวนอน ที่เอื้ออำนวยให้เกิดการประสานงานและการควบคุมการปฏิบัติงานของสมาชิก มีความเป็นทางการน้อย มีส่วนร่วมในการตัดสินใจมาก มีการสื่อสารกระจายทั่วถึง และเป็นโครงสร้างเครือข่ายที่เน้นการประสานงาน/การมอบหมายงาน และความร่วมมือในแนวราบเป็นหลัก อาศัยความสัมพันธ์ระหว่างแกนนำที่เป็นจุดเชื่อมต่อ (Node) ของแต่ละเครือข่าย 3) ด้านการชี้นำ ควรประกอบไปด้วย (1) ภาวะผู้นำ และแรงจูงใจในการทำงาน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ผอ.รพ.สต.) ต้องเป็นผู้ที่มีภาวะผู้นำ มีความสามารถในการชักจูงโน้มน้าวให้ผู้อื่นเห็นความสำคัญที่จะต้องกระทำร่วมกัน (2) การสื่อสาร ต้อง ใช้การสื่อสาร 2 ช่องทาง ได้แก่ การสื่อสารที่เป็นทางการและการสื่อสารที่ไม่เป็นทางการ โดยมีรูปแบบที่หลากหลาย และมีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์บทบาทของเครือข่าย และมวลสมาชิก ผลการดำเนินงาน และความสำเร็จไปสู่สมาชิก บุคคล กลุ่มและองค์กรอื่นๆ ที่ยังไม่ได้เป็นสมาชิกของเครือข่ายเพื่อสร้างการยอมรับในเครือข่าย ระดมความร่วมมือ ระดมทรัพยากรและสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานแก่สมาชิกและประชาชนทั่วไป (3) การประสานงาน ซึ่งผู้ประสานงานหลักเครือข่ายสุขภาพคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทำหน้าที่ประสานงานบริหาร และจัดการเครือข่ายในภาพรวมทั้งหมด ส่วนผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager: CM) จะประสานการทำงานกับผู้ปฏิบัติระดับหมู่บ้าน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) โดยการประสานงานจะมีทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ และเป็นลักษณะเป็นการประสานงานในแนวราบ ไม่ใช่การบังคับบัญชาสั่งการ 4) ด้านการควบคุม เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนฯ มีการติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลการปฏิบัติงานหลายวิธี เช่น การสุ่มถามจากญาติผู้ป่วย ติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน อีกช่องทางหนึ่งจะดูจากรายงานการเยี่ยมบ้านที่ผู้จัดการการดูแล

ผู้สูงอายุ (Care Manager: CM) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) จัดทำขึ้นและต้องมีการเปรียบเทียบกับ Care Plan ที่จัดทำไว้ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละคน

1.3 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนและการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ซึ่งประกอบด้วย 1) เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน ต้องจัดให้สมาชิกเครือข่ายและประชาชนทั่วไปมีส่วนร่วมในการให้/รับรู้ข้อมูลข่าวสาร รับรู้ปัญหาสุขภาพหรือปัญหาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เกิดขึ้นในชุมชน 2) การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหา และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนฯ ต้องยึดหลักการมีส่วนร่วมตั้งแต่การเริ่มต้นค้นหาปัญหา การวินิจฉัยสาเหตุ หาทางเลือกในการแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจดำเนินการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ผู้นำต้องสนับสนุนให้เกิดบรรยากาศการร่วมคิดร่วมตัดสินใจ 3) การมีส่วนร่วมค้นหาสาเหตุของปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ โดยหลังจากทราบปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มแต่ละคนแล้ว แกนนำเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนฯ ต้องกระตุ้นให้สมาชิกเครือข่ายร่วมกันคิดอย่างรอบด้านว่าปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละคนมีสาเหตุที่แท้จริงมาจากอะไร เพื่อการวางแผนแก้ไขปัญหาได้อย่างตรงจุด 4) การมีส่วนร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหา ขั้นการดำเนินการเป็นขั้นตอนที่สมาชิกเครือข่ายสุขภาพฯ มีส่วนร่วมในการสร้างประโยชน์ โดยการสนับสนุนทรัพยากร วัสดุ อุปกรณ์ และแรงงานหรือเข้าร่วมบริหารงานประสานการดำเนินการขอความช่วยเหลือจากภายนอก โดยเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหา 5) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนฯ จะต้องมีส่วนร่วมในการตรวจสอบถึงปัญหาอุปสรรคในการดำเนินดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและร่วมกันในการหาแนวทางในการแก้ปัญหาอุปสรรคนั้น และ 6) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ผลประโยชน์ที่เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน ได้รับจากการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ คือ เกิดความภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าในสิ่งที่ทำ

2. ผลการศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

2.1 การพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 1) การพัฒนาความสามารถในการแก้ไขปัญหา ได้แก่ การพัฒนาความรู้เพื่อให้มีทักษะในการปฏิบัติงาน การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน โดยการพูดคุย บอกเล่า และการดูจากรูปภาพ 2) การสร้างความสามารถในการสื่อสาร ได้แก่ อบรมให้ความรู้อย่างต่อเนื่องและมีการฟื้นฟูทุกปีฝึกทักษะด้านต่างๆ ที่มีความจำเป็นต่อการปฏิบัติงาน การฝึกทักษะการพูดคุย และการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ 3) การสร้างทักษะความเป็นผู้นำ ประกอบด้วย การอบรมให้ความรู้เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่น การพัฒนาทักษะการพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ 4) การสร้างความสามารถในการจัดการควบคุมตนเอง และสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย การอบรมให้ความรู้ในการจัดการ ควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อม การฝึกการวิเคราะห์สิ่งแวดล้อมในบ้านและบริเวณรอบบ้านที่จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

แล้วนำมาแลกเปลี่ยนกัน 5) การสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง ประกอบด้วย การพัฒนาความรู้ด้านต่างๆ อย่างต่อเนื่อง และฟื้นฟูทุกปี การเสริมแรงด้วยการให้กำลังใจ

2.2 การให้การศึกษา (Education) การจัดการเรียนการสอนที่เน้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม ดังนี้ 1) การพัฒนาทักษะการฟังที่ดี ประกอบด้วย การอบรมให้ความรู้และการบอกและเล่าประสบการณ์ การนำข้อมูลผู้ป่วยที่มีปัญหาเป็นกรณีศึกษา การประชุมโดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย การจดบันทึก และอ่านบททวนการและเปลี่ยนเรียนรู้ และการสื่อสารสองทาง 2) การพัฒนาทักษะการสนทนาที่ดี ประกอบด้วย การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน การสนทนาแลกเปลี่ยนข้อมูล และความคุ้นเคยเป็นกันเอง) 3) การพัฒนาทักษะการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย การติดตามประเมินผล และการสะท้อนการปฏิบัติงาน

2.3 การฝึกอบรม มี 2 รูปแบบ ประกอบด้วย การอบรมตามหลักสูตรมาตรฐานที่กำหนดโดยผู้จัดทำหลักสูตรจากส่วนกลาง นอกจากนั้นเครือข่ายสุขภาพยังต้องมีส่วนร่วมในการเสนอประเด็นที่อยากเรียนรู้เพิ่มเติม ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการค้นพบในการปฏิบัติงานแล้วต้องการศึกษา 3) ส่งเสริมให้มีกระบวนการเรียนรู้ที่หลากหลาย มีเทคนิควิธีการที่นำมาใช้ในการเรียนรู้ร่วมกัน หลากหลายวิธี เลือกลงตามความเหมาะสมกับสมาชิกและกิจกรรมที่จัดในแต่ละครั้ง

2.4 การสนับสนุนทรัพยากร ประกอบด้วย การสนับสนุนทรัพยากรจากหน่วยงานภาครัฐ และการสนับสนุนทรัพยากรจากภาคเอกชน ทั้งในด้านเงิน สิ่งของ อุปกรณ์ บุคลากร รวมทั้งข้อมูลที่เป็นต่อการปฏิบัติงาน

2.5 การเสริมแรงในการทำงาน ประกอบด้วย การชื่นชมและให้กำลังใจ กระบวนการสุขภาพระดับอำเภอชื่นชมการทำงานของเครือข่าย การชื่นชมสมาชิกเครือข่าย และการได้รับงบประมาณและค่าตอบแทน

2.6 การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ประกอบด้วย การศึกษาดูงานการทำการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางโทรศัพท์ หรือ Line และการประชุมแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับหัวหน้าส่วน/หน่วยงาน

**ตอนที่ 2 ผลการศึกษาปัจจัยและเงื่อนไขของการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพ การดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice)**

1. ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System) ที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีลักษณะสำคัญ ได้แก่ 1) การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team) 2) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community participation) 3) การทำงานจนเกิดคุณค่า ทั้งกับผู้รับบริการ และผู้ให้บริการเอง



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

(Appreciation and Quality) 4) การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development) และ 5) การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential care)

2. ปัจจัยและเงื่อนไขที่ทำให้เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนสามารถดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ/ประสิทธิผล ประกอบด้วย ผู้นำ (ผอ.รพช., สสอ, ผอ.รพ.สต) มีความจริงใจ ให้เกียรติซึ่งกันและกัน ผอ.รพ. มีแนวคิดและเห็นคุณค่าของงานด้านปฐมภูมิ ความจริงใจ ตั้งใจและทำอย่างจริงจังต่อเนื่อง การมีจิตวิญญาณการทำงานในสายวิชาชีพ การทำงานจนเกิดผลสัมฤทธิ์ ต้องมีใจที่จะทำงาน และการบูรณาการกิจกรรมที่สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่หลักของแต่ละหน่วยงาน

3. ปัญหา / อุปสรรคที่พบจากการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย ระเบียบการเบิกจ่ายงบประมาณไม่ชัดเจน วัสดุอุปกรณ์ที่ไม่เพียงพอ ผู้ป่วยและญาติบางบ้านไม่ให้ความร่วมมือ บุคลากรที่มีความรู้ยังไม่กระจายอยู่ในทุกชุมชน และการที่ระเบียบจำกัดโครงสร้างคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ไว้ไม่เกิน 21 คน

4. ข้อเสนอแนะการเสริมสร้างความเข้มแข็งเพื่อให้เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนสามารถดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ/ประสิทธิผล ประกอบด้วย ควรปรับกฎระเบียบเงื่อนไขการใช้งานให้ชัดเจนขึ้น มีค่าตอบแทนให้ผู้ที่เสียสละทำงาน การพัฒนาศักยภาพความรู้ให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง การถ่ายทอดองค์ความรู้ให้กับกลุ่มอาสาสมัครอื่นๆ และผู้นำต้องให้ความสำคัญกับระบบการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ

5. ปัจจัยและเงื่อนไขที่ช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย การทำให้เห็นว่าการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุเกิดผลดีจริงๆ การสร้างค่านิยมที่ดีเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ การปลูกฝังวัฒนธรรมที่ดีเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ การที่ชุมชนมีวัฒนธรรมช่วยเหลือเกื้อกูล การทำหน้าที่อย่างจริงจัง ทุ่มเท การทำให้ทุกคนมองเห็นคุณค่าของงานดูแลผู้สูงอายุ การทำงานร่วมกันอย่างกัลยาณมิตร การสื่อสารให้ชุมชนรับทราบข้อมูล และเข้าใจปัญหาของชุมชน ทุนทางสังคม ระบบสุขภาพระดับอำเภอ การที่ผู้นำทั้งฝั่งสาธารณสุข และนอกหน่วยงานสาธารณสุข มองเห็นโอกาสการประสานความร่วมมือ เชื่อมโยงการทำงาน เห็นคุณค่าและพลังของผู้ตาม ผอ.รพช. กับ สสอ.ต้องเป็นตัวอย่างความร่วมมืออย่างจริงจัง และวัฒนธรรมชุมชนอยู่แบบพึ่งพาอาศัยกัน

6. ปัจจัยและเงื่อนไข ที่ช่วยส่งเสริมการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีดังนี้ 1) การพัฒนาทักษะการฟังที่ดี ประกอบด้วย การพัฒนาความสามารถในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการสื่อสารแบบสองทาง 2) การพัฒนาทักษะการสนทนาที่ดี ประกอบด้วย การแลกเปลี่ยนข้อมูลจากการเยี่ยม ความคุ้นเคย ความเป็น



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

กันเอง และการถอดบทเรียนทั้งกรณีที่ทำสำเร็จและไม่สำเร็จ 3) กาพัฒนาทักษะการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย การประเมินผล/วิเคราะห์ผล นำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การฝึกปฏิบัติจริงจากหน่วยงาน และการสะท้อนการปฏิบัติงาน

### ตอนที่ 3 การนำเสนอรูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

สามารถสังเคราะห์รูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมจัดตั้งเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีส่วนร่วมในการประสานเครือข่ายเข้าร่วมดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ สนับสนุนงบประมาณ อุปกรณ์ วัสดุ แรงงานช่างฝีมือ 2) การมีส่วนร่วมบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน ประกอบด้วย ด้านการวางแผน ด้านการจัดองค์กร ด้านการชี้แนะ และด้านการควบคุม 3) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนและการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมให้/รับรู้ข้อมูลข่าวสารหรือปัญหาสุขภาพ การมีส่วนร่วมค้นหาและจัดลำดับความสำคัญปัญหา การมีส่วนร่วมค้นหาสาเหตุของปัญหา การมีส่วนร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหา การมีส่วนร่วมประเมินผล และการมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ โดยมีปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย การทำให้เห็นว่าการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุเกิดผลดีจริงๆ การสร้างค่านิยมที่ดีเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ การปลูกฝังวัฒนธรรมที่ดีเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ การที่ชุมชนมีวัฒนธรรมช่วยเหลือเกื้อกูล การทำหน้าที่อย่างจริงจัง ทุ่มเท การทำให้ทุกคนมองเห็นคุณค่าของงานดูแลผู้สูงอายุ การทำงานร่วมกันอย่างกัลยาณมิตร การสื่อสารให้ชุมชนรับทราบข้อมูล และเข้าใจปัญหาของชุมชน ทูตทางสังคม ระบบสุขภาพระดับอำเภอ การที่ผู้นำทั้งฝั่งสาธารณสุข และนอกหน่วยงานสาธารณสุข มองเห็นโอกาสการประสานความร่วมมือ เชื่อมโยงการทำงาน เห็นคุณค่าและพลังของผู้ตาม ผอ.รพช. กับ สสอ.ต้องเป็นตัวอย่างความร่วมมืออย่างจริงจัง และวัฒนธรรมชุมชนอยู่แบบพึ่งพาอาศัยกัน

2. การเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 1) การพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย การพัฒนาความสามารถในการแก้ไขปัญหา การสร้างความสามารถในการสื่อสาร การสร้างทักษะความเป็นผู้นำและการสร้างความสามารถในการจัดการ ควบคุมตนเอง

และ สิ่งแวดล้อม 2) การให้การศึกษา (Education) การจัดการเรียนการสอนที่เน้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม ดังนี้ 2.1) การพัฒนาทักษะการฟังที่ดี ประกอบด้วย การอบรมให้ความรู้และการบอกและเล่า ประสบการณ์ การนำข้อมูลผู้ป่วยที่มีปัญหาเป็นกรณีศึกษา การประชุมโดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย, การจดบันทึกและอ่านบททวนการและเปลี่ยนเรียนรู้ และการสื่อสารสองทาง 2.2) การพัฒนาทักษะการสนทนาที่ดี ประกอบด้วย การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน การสนทนาแลกเปลี่ยนข้อมูล และความคุ้นเคย เป็นกันเอง 2.3) การพัฒนาทักษะการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย การติดตามประเมินผล และการสะท้อนการปฏิบัติงาน 3) การฝึกอบรม มี 2 รูปแบบ ประกอบด้วย การอบรมตามหลักสูตร มาตรฐาน และการเสนอประเด็นที่อยากเรียนรู้เพิ่มเติม 4) การสนับสนุนทรัพยากร ประกอบด้วย การสนับสนุนทรัพยากรจากหน่วยงานภาครัฐ และการสนับสนุนทรัพยากรจากภาคเอกชน 5) การเสริมแรงในการทำงาน ประกอบด้วย การชื่นชมและให้กำลังใจ กรรมการ DHS ชื่นชมการทำงานของเครือข่าย การชื่นชมสมาชิกเครือข่าย และการได้รับงบประมาณและค่าตอบแทน 6) การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ประกอบด้วย การศึกษาดูงาน การแลกเปลี่ยนข้อมูลทางโทรศัพท์ หรือ Line และการประชุมแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับหัวหน้าส่วน/หน่วยงาน โดยมีปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง มีดังนี้ 1) การพัฒนาทักษะการฟังที่ดี ประกอบด้วย การพัฒนาความสามารถในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการสื่อสารแบบสองทาง 2) การพัฒนาทักษะการสนทนาที่ดี ประกอบด้วย การแลกเปลี่ยนข้อมูลจากการเยี่ยม, ความคุ้นเคย ความเป็นกันเอง และการถอดบทเรียนทั้งกรณีที่ทำสำเร็จและไม่สำเร็จ 3) การพัฒนาทักษะการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย การประเมินผล/วิเคราะห์ผล นำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การฝึกปฏิบัติจริงจากหน้างาน และการสะท้อนการปฏิบัติงาน

3. การมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จะเกิดประสิทธิภาพสูงสุด ขึ้นอยู่กับปัจจัยภายนอก มีดังนี้ 1) ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System) ประกอบด้วย การมีทีมงานที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชน และการทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ 2) ปัจจัยที่ทำให้เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนสามารถดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ/ประสิทธิผล ประกอบด้วย ผู้นำ (ผอ.รพช., สสอ, ผอ.รพ.สต) มีความจริงใจ ให้เกียรติซึ่งกันและกัน ผอ.รพ. มีแนวคิดและเห็นคุณค่าของงานด้านปฐมภูมิ ความจริงใจ ตั้งใจและทำอย่างจริงจังต่อเนื่อง การมีจิตวิญญาณการทำงานในสายวิชาชีพ การทำงานจนเกิดผลสัมฤทธิ์ ต้องมีใจที่จะทำงาน และการบูรณาการกิจกรรมที่สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่หลักของแต่ละหน่วยงาน 3) ควรมีการแก้ไข และปรับปรุงปัจจัยภายนอกเพื่อส่งเสริมเข้มแข็งของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน ประกอบด้วย ควรปรับ



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7



กฎระเบียบเงื่อนไขการใช้งานให้ชัดเจนขึ้น มีค่าตอบแทนให้ผู้ที่เสียสละทำงาน การพัฒนา ศักยภาพความรู้ให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง การถ่ายทอดองค์ความรู้ให้กับกลุ่มอาสาสมัครอื่นๆ และผู้นำต้องให้ความสำคัญกับระบบการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุนอกจากนี้ ต้องมีการแก้ไขปัจจัยที่เป็นปัญหา/อุปสรรคต่อการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพพระดับชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ ฟังฟังขาดประสิทธิภาพ ประกอบด้วย ระเบียบการเบิกจ่ายงบประมาณไม่ชัดเจน วัสดุอุปกรณ์ที่ไม่เพียงพอ ผู้ป่วยและญาติบางบ้านไม่ให้ความร่วมมือ บุคลากรที่มีความรู้ยังไม่กระจายอยู่ในทุกชุมชน และการที่ระเบียบจำกัดโครงสร้างคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ไว้ไม่เกิน 21 คน

## อภิปรายผล

### ตอนที่ 1 รูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟัง

1.1 ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟัง

1.1.1 การมีส่วนร่วมจัดตั้งเครือข่ายสุขภาพพระดับชุมชน พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องเป็นผู้ริเริ่มเข้าไปกระตุ้นให้ประชาชนและหน่วยงานภาครัฐอื่นๆ โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ให้เกิดความตระหนักในปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟัง สร้างความตื่นตัวให้เกิดความสนใจรวมตัวกัน และผลักดันให้เกิดการรวมตัวเกิดเป็นเครือข่ายการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟัง สาเหตุดังกล่าวเกิดจากประชาชน ผู้นำชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนต่าง ซึ่งหน่วยงานหลักในการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนในเรื่องของการดูแลเรื่องที่เกี่ยวข้องกับ ความเจ็บป่วย และพัฒนาการด้านร่างกาย และจิตใจของประชาชน ซึ่งหน่วยงานหลักที่ใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชนที่สุดคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลนั้นๆ เป็นผู้นำในการดำเนินงานในด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชน ได้มองเห็นถึงความสำคัญของผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยที่ไม่สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ ต้องอาศัยการดูแลช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวันจากบุคคลอื่น ซึ่งในปัจจุบันปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟังที่ซับซ้อนมากขึ้น บทบาทของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่ใช่มีเฉพาะการดูแลในเรื่องปัญหาเรื่องสุขภาพเท่านั้น ยังมีปัญหาอื่นๆ อีกมาก เช่น ปัญหาที่อยู่อาศัย ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาคุณภาพชีวิต ปัญหาการกินการอยู่ เป็นต้น ซึ่งการทำงานแค่จิตอาสาคงไม่พอ จึงต้องคืนข้อมูลให้ชุมชนรับทราบพร้อมทั้งประสานภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกพื้นที่เข้ามาร่วมเป็นเครือข่ายในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟัง การที่จะสามารถดึงภาคส่วนต่างๆ เข้ามาร่วมเป็นเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องมีส่วนร่วมใน



395274695

งานของภาคส่วนอื่น ๆ ในพื้นที่ และมีความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชนและหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน  
 อื่นๆ เมื่อเกิดเป็นเครือข่ายแล้วจะร่วมกันระดมทรัพยากร และแบ่งปันทรัพยากรเพื่อใช้ในการ  
 การดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ แรงงาน  
 ช่างฝีมือ เป็นต้น หลังจากเกิดเครือข่ายแล้ว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังคงต้องเป็น  
 ศูนย์กลางการประสานงานของเครือข่าย ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่มี  
 ศักยภาพสามารถเป็นแรงผลักดันเสริมที่มีพลังจากระดับอำเภอลงสู่ระดับตำบล/ชุมชน เพื่อส่งเสริม  
 การเกิดของเครือข่ายและการดำเนินการอย่างต่อเนื่องของเครือข่าย การที่ทุกฝ่ายได้สังเกตเห็นถึง  
 ความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุร่วมกันทำให้เกิดเครือข่ายสุขภาพชุมชนขึ้นและดำเนินการเพื่อ  
 เป้าหมายของเครือข่ายด้วยความเข้มแข็งมาอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับแนวคิดของสนธยา พลศรี  
 (2550) ที่กล่าวว่า การเกิดเครือข่ายเป็นผลจากการเกิดปัญหา ทำให้ทุกภาคส่วนต้องรวมพลังกัน  
 สมาชิกส่วนใหญ่จะมีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกัน เช่น อาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกัน อาชีพเดียวกัน หรือ  
 เกี่ยวข้องกัน ดำรงชีวิตร่วมกันหรือเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน เป็นต้น มีการแลกเปลี่ยนความรู้  
 ประสบการณ์แสวงหาแนวทางในการแก้ปัญหาที่ชุมชนเผชิญร่วมกันสอดคล้องกับแนวคิดของ พระ  
 มหาสุทิตย์ อากาศโร (อบอุ่น) (2548) ที่พบว่า สถานการณ์ และประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน มี  
 จำเป็นต้องใช้ความเป็นเครือข่ายในการแก้ปัญหา และสร้างพลังในการเรียนรู้ เพื่อให้เกิดการพัฒนา  
 กิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง เครือข่ายลักษณะนี้ จะเกิดขึ้นหลังจากสถานการณ์นั้นเกิดความสับสน  
 อย่างเต็มที่ และมีผู้ประสานงานเพื่อให้เครือข่ายมีความต่อเนื่อง ซึ่งโครงสร้างความสัมพันธ์ของ  
 เครือข่ายในลักษณะนี้ จะมีการรวมพลังอย่างแน่นหนา และมีการปรับบทบาทต่อการพัฒนาในแง่มุมที่  
 หลากหลาย ทำให้การทำงานของเครือข่ายเกิดความเข้มแข็ง เกิดประสิทธิภาพและความต่อเนื่อง  
 อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการมีส่วนร่วมจัดตั้งเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนตำบล กุดตาเพชร อำเภอลำสนธิ  
 จังหวัดลพบุรี และเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนตำบลหนองหัวพาน อำเภอขามสะแกแสง จังหวัด  
 นครราชสีมา จะมีลักษณะคล้ายกัน คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องเป็นผู้ริเริ่ม  
 เข้าไปกระตุ้นให้ประชาชนและหน่วยงานภาครัฐอื่นๆ และผลักดันให้เกิดการรวมตัวเกิดเป็นเครือข  
 ายการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แต่จะเข้าไปช่วยในฐานะของผู้สนับสนุน และผู้  
 อำนวยความสะดวกให้การจัดตั้งเครือข่ายทำได้ง่ายขึ้นเท่านั้น ไม่ได้เข้าไปครอบงำ บงการ ในการก่อ  
 ตัวของเครือข่ายแต่อย่างใด ภาคประชาชนยังคงเป็นแกนหลักในการดำเนินงาน สอดคล้องกับแนวคิด  
 การก่อรูปเครือข่ายของเกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ (2543) ที่เสนอว่า การก่อรูปของเครือข่ายควร  
 ดำเนินการทั้งสองแนวทางควบคู่กัน คือ หน่วยงานภาครัฐเป็นผู้ริเริ่มเข้าไปกระตุ้นให้ประชาชนเกิด  
 ความตระหนักในปัญหา สร้างความตื่นตัวให้เกิดความสนใจรวมตัวกัน ผลักดันให้เกิดการรวมตัวของ  
 ประชาชน ควบคู่กับการที่ประชาชนเกิดความตระหนักและตื่นตัวในปัญหาใดปัญหาหนึ่งที่เกิดขึ้น  
 แล้วลงมือริเริ่มในการรวมตัวกันเข้าเป็นกลุ่มเพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหาให้ลุล่วงหรือบรรเทาไป โดย



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

พิจารณาถึงความสามารถในการรวมตัวของประชาชน หากประชาชนกลุ่มใดมีความสามารถในการรวมตัวเป็นเครือข่ายได้เอง หน่วยงานภาครัฐก็ไม่ควรเข้าไปครอบงำ บงการ (manipulate) ในการก่อตัวของเครือข่าย แต่หากกลุ่มใดที่ยังขาดสมรรถนะเพียงพอในการจัดตั้งกลุ่มขึ้นเอง หน่วยงานภาครัฐก็อาจเข้าไปช่วยในฐานะของผู้สนับสนุน (supporter) และ ผู้อำนวยความสะดวก (facilitator) ให้การจัดตั้งเครือข่ายทำได้ง่ายขึ้น ความหมายว่า หน่วยงานราชการต้องลดบทบาทในการคิดแทนประชาชนให้น้อยลง เปิดช่องทางและโอกาสให้กลุ่มองค์กร ชุมชน ประชาคม ได้ทำงาน และมีอำนาจในการตัดสินใจเรื่องต่างๆ มากขึ้น โดยภาครัฐควรปรับรูปแบบบทบาทเป็นผู้ส่งเสริมอำนาจการ สนับสนุน ให้กลุ่มองค์กรประชาชนมีอิสระ มีส่วนร่วมรับผิดชอบ และร่วมสร้างสรรค์สังคมในการทำงานร่วมกันเป็นเครือข่าย

### 1.1.2 การมีส่วนร่วมบริหารเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน ประกอบด้วย

1) ด้านการวางแผน ซึ่งต้องดำเนินการ ดังนี้ คือ (1) เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนที่ดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะต้องมีการกำหนดวิสัยทัศน์/อุดมการณ์/ปรัชญาในการทำงานร่วมกันของสมาชิก (2) การกำหนดเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ เครือข่ายต้องมีเป้าหมายที่ชัดเจน และมีผลต่อการเข้าร่วมและคงอยู่ของสมาชิก (3) การวางแผน และการตัดสินใจร่วม สมาชิกเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนต้องมีส่วนร่วมในการวางแผน และการตัดสินใจการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยผ่านช่องทางการประชุมร่วมกันอย่างเป็นทางการ และ (4) กิจกรรมร่วม เครือข่ายต้องมีกิจกรรมที่สมาชิกร่วมกันดำเนินงานเพื่อการบรรลุวัตถุประสงค์ และเป้าหมายของเครือข่าย 2) ด้านการจัดองค์กร ซึ่งต้องดำเนินการดังนี้ คือ (1) โครงสร้างของเครือข่ายควรมีรูปแบบตามแนวราบหรือแนวนอน ที่เอื้ออำนวยให้เกิดการประสานงานและการควบคุมการปฏิบัติงานของสมาชิก มีความเป็นทางการน้อย มีส่วนร่วมในการตัดสินใจมาก มีการสื่อสารกระจายทั่วถึง และเป็นโครงสร้างเครือข่ายที่เน้นการประสานงาน/การมอบหมายงานและความร่วมมือในแนวราบเป็นหลัก อาศัยความสัมพันธ์ระหว่างแกนนำที่เป็นจุดเชื่อมต่อ (Node) ของแต่ละเครือข่าย 3) ด้านการชี้นำ ควรประกอบไปด้วย (1) ภาวะผู้นำ และแรงจูงใจในการทำงาน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ผอ.รพ.สต.) ต้องเป็นผู้ที่มีภาวะผู้นำ มีความสามารถในการชักจูงโน้มน้าวให้ผู้อื่นเห็นความสำคัญที่จะต้องกระทำร่วมกัน (2) การสื่อสาร ต้อง ใช้การสื่อสาร 2 ช่องทาง ได้แก่การสื่อสารที่เป็นทางการและการสื่อสารที่ไม่เป็นทางการ โดยมีรูปแบบที่หลากหลาย และมีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์บทบาทของเครือข่าย และมวลสมาชิก ผลการดำเนินงาน และความสำเร็จ ไปสู่สมาชิก บุคคล กลุ่มและองค์กรอื่นๆ ที่ยังไม่ได้เป็นสมาชิกของเครือข่ายเพื่อสร้างการยอมรับในเครือข่าย ระดมความร่วมมือ ระดมทรัพยากรและสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานแก่สมาชิกและประชาชนทั่วไป (3) การประสานงาน ซึ่ง ผู้ประสานงานหลักเครือข่ายเครือข่ายสุขภาพฯ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทำหน้าที่

ประสานงานบริหาร และจัดการเครือข่ายในภาพรวมทั้งหมด ส่วนผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager: CM) จะประสานการทำงานกับผู้ปฏิบัติระดับหมู่บ้าน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) โดยการประสานงานจะมีทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการและเป็นลักษณะเป็นการประสานงานในแนวราบ ไม่ใช่การบังคับบัญชาสั่งการ 4) ด้านการควบคุม เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนฯ มีการติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลการปฏิบัติงานหลายวิธี เช่น การสุ่มถามจากญาติผู้ป่วย ติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน อีกช่องทางหนึ่งจะดูจากรายงานการเยี่ยมบ้านที่ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager: CM) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) จัดทำขึ้นและต้องมีการเปรียบเทียบกับ Care Plan ที่จัดทำไว้ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละคน องค์ประกอบของการบริหารจัดการเครือข่ายดังกล่าวถือได้ว่าเป็นความชัดเจน สามารถดำเนินการเพื่อนำพาให้การดำเนินการบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพชุมชนดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ และองค์ประกอบของการดำเนินการดังกล่าวสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นและสามารถก่อเกิดการพัฒนาระบบเครือข่ายได้อย่างแท้จริง สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนา ประมุขกุล (2544) ที่พบว่า เครือข่ายการเรียนรู้ของชุมชนมีองค์ประกอบของการบริหาร 4 ประการ คือ 1) สมาชิกเครือข่าย เนื่องจากเครือข่ายเกิดจากการเชื่อมโยงของสมาชิก จึงจำเป็นต้องมีคณะกรรมการประสานงานให้เครือข่ายดำเนินไปได้โดยราบรื่น 2) กรรมการ และผู้ประสานงาน เพื่อทำหน้าที่ประสานงานให้เกิดการจัดการที่ดี 3) เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ เครือข่ายต้องมีเป้าหมายที่ชัดเจน สามารถทำให้เป็นจริงได้ 4) กิจกรรม ที่เกิดจากความคิด การตัดสินใจร่วมของสมาชิก การศึกษาของสัมพันธ์ เตชะอธิก (2540) ที่พบว่า องค์ประกอบการบริหารเครือข่ายการเรียนรู้ในงานพัฒนาชุมชน มี 7 ประการ คือ 1) อุทิศการณ์ร่วมกัน เป็นสิ่งสำคัญในการยึดเหนี่ยวการรวมกลุ่มเป็นเครือข่ายเอาไว้ 2) เป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมกัน 3) ผลประโยชน์ร่วมกัน 4) คน ประกอบด้วย (1) ผู้นำ ต้องได้รับการยอมรับ มีบารมี มีความสามัคคี ปฏิบัติดี มีความสามารถและคิดถึงส่วนรวมอย่างแท้จริง (2) สมาชิก มีทั้งเข้าร่วม กิจกรรมสม่ำเสมอ บางครั้ง และเป็นผู้คอยอยู่เฉยๆ (3) ชาวบ้าน มีผลต่อการดำรงอยู่ และความเข้มแข็งของเครือข่าย เพราะเป็นผู้คนที่เฝ้าดู ติดตาม วิพากษ์วิจารณ์ 5) การบริหารจัดการ ประกอบด้วย (1) การตัดสินใจร่วมของสมาชิก (2) โครงสร้างและบทบาทหน้าที่ (3) สถานที่และวัสดุอุปกรณ์ (4) กฎ กติกาของเครือข่าย (5) การสื่อสารระหว่างผู้นำกับสมาชิก (6) การควบคุมตรวจสอบ (6) กิจกรรม การฝึกฝน และการปฏิบัติจริง และ 7) งบประมาณ สอดคล้องกับนันทิยา หุตานวัตร และณรงค์ หุตานวัตร (2546) ที่เสนอว่า เครือข่ายการเรียนรู้ในงานพัฒนาชุมชน มีองค์ประกอบ 10 ประการ คือ 1) อุทิศการณ์ ภารกิจและวัตถุประสงค์ 2) ผู้นำและสมาชิก 3) โครงสร้างแบบแนวนอนที่เอื้ออำนวยให้เกิดการประสานงานและการควบคุมการปฏิบัติงานของสมาชิก 4) วัฒนธรรม เป็นสิ่งเชื่อมโยงสมาชิกเครือข่ายเข้าด้วยกัน ชุมชนที่มีวัฒนธรรมเข้มแข็งการรวมกันเป็นเครือข่ายก็จะมี ความเข้มแข็งด้วย 5) ระบบผลประโยชน์ เป็นสิ่งจูงใจ หรือรางวัล ทั้งที่เป็นนามธรรม คือ



395274695

CT :Thesis 5684471727 dissertation / recv : 06082562 15:28:18 / seq : 7

ความพึงพอใจ และรูปธรรม คือ วัตถุประสงค์ของต่างๆ 6) การติดต่อสื่อสารและการประสานงานทำได้ 2 ช่องทาง คือ แบบเป็นทางการ คือ การติดต่อตามสายงานหรือโครงสร้างของเครือข่าย และแบบไม่เป็นทางการ คือ การติดต่อด้วยการพูดเป็นการส่วนตัว 7) การมีส่วนร่วมของสมาชิกและผู้นำประกอบด้วย การร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมกระทำและร่วมรับผลประโยชน์ 8) กฎระเบียบ 9) การเงิน ต้องมีระบบบัญชีควบคุมไม่ให้รั่วไหลหรือทุจริต และ 10) กิจกรรม

1.1.3. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพพระดั่งชุมชนและการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ประกอบด้วย 1) เครือข่ายสุขภาพพระดั่งชุมชน ต้องจัดให้สมาชิกเครือข่ายและประชาชนทั่วไปมีส่วนร่วมในการให้/รับรู้ข้อมูลข่าวสาร รับรู้ปัญหาสุขภาพหรือปัญหาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เกิดขึ้นในชุมชน 2) การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหา และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเครือข่ายสุขภาพพระดั่งชุมชนฯ ต้องยึดหลักการมีส่วนร่วมตั้งแต่การเริ่มต้นค้นหาปัญหา การวินิจฉัยสาเหตุ หาทางเลือกในการแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจดำเนินการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ผู้นำต้องสนับสนุนให้เกิดบรรยากาศร่วมคิดร่วมตัดสินใจ 3) การมีส่วนร่วมค้นหาสาเหตุของปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ โดยหลังจากทราบปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มแต่ละคนแล้ว แกนนำเครือข่ายสุขภาพพระดั่งชุมชน ต้องกระตุ้นให้ร่วมกันคิดว่าปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละคน 4) การมีส่วนร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหา ขั้นการดำเนินการเป็นขั้นตอนที่สมาชิกเครือข่ายสุขภาพฯ มีส่วนร่วมในการสร้างประโยชน์ โดยการสนับสนุนทรัพยากร วัสดุ อุปกรณ์ และแรงงานหรือเข้าร่วมบริหารงาน ประสานการดำเนินการขอความช่วยเหลือจากภายนอก โดยเครือข่ายสุขภาพพระดั่งชุมชนมีส่วนร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหา 5) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล เครือข่ายสุขภาพพระดั่งชุมชนฯ จะต้องมีส่วนร่วมในการตรวจสอบถึงปัญหาอุปสรรคในการดำเนินดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและร่วมกันในการหาทางแก้ปัญหาลุอุปสรรคนั้นและ 6) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ผลประโยชน์ที่เครือข่ายสุขภาพพระดั่งชุมชน ได้รับจากการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ คือ เกิดความภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าในสิ่งที่ทำ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการเครือข่ายอย่างต่อเนื่องทุกขั้นตอนของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายอย่างทั่วถึง และดำเนินการร่วมกันอย่างกระตือรือร้นดังกล่าวย่อมนำพาเครือข่ายมีความเข้มแข็ง และก้าวสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้อย่างดียิ่ง สอดคล้องกับแนวคิดของ เจมส์ คัดด์ ปิ่นทอง (2526) กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนานั้น ประชาชนจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการปฏิบัติงาน เริ่มจากการค้นหาปัญหาและสาเหตุ การวางแผนดำเนินกิจกรรมแก้ไขปัญหาคารปฏิบัติงาน การร่วมรับประโยชน์ และการติดตามประเมินผล อคิน รพีพัฒน์ (2531) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของชาวบ้านมี 5 ระดับ คือ 1) การค้นหาปัญหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา 2) การค้นหาสาเหตุแห่งปัญหา 3) การค้นหาแนวทาง/วิธีการในการแก้ปัญหา 4) การดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาลุและ 5) การประเมินผลกิจกรรมการพัฒนา และ สอดคล้องกับ Cohen and Uphoff (1980) ที่แบ่งการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 แบบ คือ 1) มีส่วนร่วม



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

ตัดสินใจ ได้แก่ ริเริ่มตัดสินใจ ดำเนินการตัดสินใจ และตัดสินใจปฏิบัติการ 2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกร ได้แก่ สนับสนุนทรัพยากร การบริหาร การประสานความร่วมมือ 3) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ ได้แก่ ประโยชน์ด้านวัสดุ ด้านสังคม และส่วนบุคคล

1.2 ผลการศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

1.2.1 จากผลการศึกษาการสร้างเสริมพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน โดยการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า 1) การพัฒนาความสามารถในการแก้ไขปัญหา ได้แก่ การพัฒนาความรู้เพื่อให้มีทักษะในการปฏิบัติงาน การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน โดยการพูดคุย บอกล่า และการดูจากรูปภาพ 2) การสร้างความสามารถในการสื่อสาร ได้แก่ อบรมให้ความรู้อย่างต่อเนื่องและมีการฟื้นฟูทุกปี ฝึกทักษะด้านต่างๆ ที่มีความจำเป็นต่อการปฏิบัติงาน การฝึกทักษะการพูดคุย และการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ 3) การสร้างทักษะความเป็นผู้นำ ประกอบด้วย การอบรมให้ความรู้เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่น การพัฒนาทักษะการพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ 4) การสร้างความสามารถในการจัดการควบคุมตนเอง และสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย การอบรมให้ความรู้ในการจัดการ ควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อม การฝึกการวิเคราะห์สิ่งแวดล้อมในบ้านและบริเวณรอบบ้านที่จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแล้วนำมาแลกเปลี่ยนกัน 5) การสร้างเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง ประกอบด้วย การพัฒนาความรู้ด้านต่างๆ อย่างต่อเนื่อง และฟื้นฟูทุกปี การเสริมแรงด้วยการให้กำลังใจ สอดคล้องกับ Wallerstein and Bernstein (1988) ที่กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจมีสิ่งที่มีมากกว่าการเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเองและเพิ่มประสิทธิภาพในตัวเองหรือสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในบุคคล สิ่งนั้น คือ ความสามารถในการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม และเน้นพัฒนาความสามารถในการตัดสินใจ และแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง เกิดความนับถือเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง โดยให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และความคิดซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้เรียนเห็นคุณค่าในตนเอง (Self Esteem) มีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self Efficacy) สูงขึ้น ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น คือ สามารถเสริมพลังอำนาจบุคคล ครอบครัว และชุมชน ที่เกี่ยวข้องกับการปรับปรุงตัวเอง, ความรู้สึกไว้น้อยเชื่อใจ, การรับรู้ความสามารถในตนเอง, ความรู้สึกผูกพัน, ความรู้สึกพึงพอใจในตนเอง, มีเชี่ยวชาญในการจัดการหรือควบคุม, เพิ่มความสามารถในการแก้ไขปัญหา, เพิ่มความสามารถในการสื่อสาร, เพิ่มความสามารถในด้านภาวะผู้นำและทักษะการจัดการ ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและเกิดความเป็นธรรมทางสังคม

1.2.2 กระบวนการเรียนรู้ ควรดำเนินการดังนี้ คือ 1) การจัดการเรียนการสอนที่เน้นให้ผู้เรียน (เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนฯ) มีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนการสอนหรือเรียกว่า การศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empower Education) ที่มีจุดมุ่งหมายในการดูแลสุขภาพ

2) การฝึกอบรมซึ่งเป็นการอบรมตามหลักสูตรมาตรฐานที่กำหนดโดยผู้จัดทำหลักสูตรจากส่วนกลาง นอกจากนั้นเครือข่ายสุขภาพยังต้องมีส่วนร่วมในการเสนอประเด็นที่อยากเรียนรู้เพิ่มเติม ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการค้นพบในการปฏิบัติงานแล้วต้องการศึกษา 3) ส่งเสริมให้มีกระบวนการเรียนรู้ที่หลากหลาย มีเทคนิควิธีการที่นำมาใช้ในการเรียนรู้ร่วมกันหลากหลายวิธี เลือกตามความเหมาะสมกับสมาชิกและกิจกรรมที่จัดในแต่ละครั้ง ซึ่งมีกระบวนการเรียนรู้จะเริ่มจากการฟัง (listening) การสนทนา (dialogue) และการปฏิบัติงาน (action) โดยให้เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนฯ นำประสบการณ์การทำงานในพื้นที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่พบในการปฏิบัติงานจริงมาใช้เป็นกรณีศึกษา (case study) โดยจัดให้มีส่วนร่วมในการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดระหว่างกัน ให้ร่วมระบุ ปัญหา วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา และแนวทางแก้ไขปัญหา และสะท้อนกลับผลการปฏิบัติงานเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย ซึ่งวิธีวิธีการเรียนรู้แบบนี้ส่งเสริมให้เกิดการเพิ่มคุณค่าแห่งตน (self-esteem), การรับรู้ความสามารถในตนเอง (self-efficacy), การปรับปรุงตนเอง (self-improvement), ความรู้สึกไว้วางใจ (a feeling of trust), ความรู้สึกผูกพัน (a sense of attachment), ความพึงพอใจในตนเอง (personal satisfaction), มีเชาวน์ปัญญาในการจัดการ (manage), หรือควบคุม (control), เพิ่มความสามารถในการแก้ปัญหา (problem solving), เพิ่มความสามารถในการสื่อสาร (communication), เพิ่มความสามารถในด้านภาวะผู้นำ (leadership), และทักษะการจัดการ (management skills) จากประเด็นการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ดังกล่าว เป็นการเรียนรู้ที่อย่างเสมอภาคกันระหว่างผู้ให้ความรู้กับผู้เรียนรู้ ทำให้ผู้เรียนเรียนรู้ได้อย่างกระตือรือร้นการเรียนรู้ที่ให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนตั้งแต่ขั้นการวางแผน ขั้นกิจกรรมการเรียนรู้ ขั้นการวัดประเมินผล และขั้นนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในงานจะทำให้ผู้เรียนเห็นคุณค่าของสิ่งที่เรียนรู้และมีความมั่นใจในตนเอง เกิดพลังอำนาจในตนเองตามมา และประการสำคัญการจัดให้มีกระบวนการเรียนรู้ที่หลากหลาย จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานเครือข่ายสุขภาพทำได้เลือกเรียนรู้ตามที่ตนถนัดและสนใจอย่างแท้จริงทำให้การเรียนรู้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพตามมา เนื่องจากการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสำคัญและความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการมีพลังในการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานเครือข่าย สอดคล้องกับแนวคิดของ Wallerstein and Bernstein (1988) ที่กล่าวว่า การปฏิบัติเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจนั้น ต้องเป็นการกระทำและมีการสะท้อนให้เห็นถึงกระบวนการที่เกิดขึ้นว่า สามารถช่วยให้ประชาชนเรียนรู้จากการชวนชวายเป็นหมู่คณะในการเปลี่ยนแปลงและกลายเป็นความสัมพันธ์ที่ลึกซึ้งที่เอาชนะปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในชุมชนของพวกเขา ชุมชนต้องตระหนักถึงความยากลำบากและความซับซ้อนของการจัดการกับปัญหาสังคมในโลกแห่งความจริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาสังคมที่เชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดกับความไม่เสมอภาคด้านสุขภาพ สอดคล้องกับของ Freire (2002) ที่เสนอตัวแบบการศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย 1) ความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับความรู้และประสบการณ์จะเป็นตัวกำหนด



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

รูปแบบการศึกษาของเขาเอง 2) การสนทนาระหว่างประชาชนนำไปสู่การจิตสำนึกเชิงวิพากษ์เกี่ยวกับสาเหตุที่เป็นรากเหง้าของปัญหาสังคม และ 3) ฐานรากของโปรแกรมในตัวแบบการศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ สร้างทักษะ ความเชื่อมั่นและโอกาสสำหรับปัจเจกบุคคลและการปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม และ Wallerstein and Bernstein (1988) ที่เสนอว่า ขั้นตอนของการจัดการศึกษาเพื่อการสร้างเสริมพลังอำนาจ ว่าประกอบด้วย การฟัง การสนทนา และการลงมือปฏิบัติ (listening, dialogue, action) นอกจากนี้ Gibson (1991) ได้เสนอว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลให้มีส่วนร่วมในการควบคุมองค์ประกอบที่มีผลต่อสุขภาพ ทำให้คนเกิดความตระหนักรู้ถึงปัญหา และสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา ตระหนักถึงศักยภาพ และข้อจำกัดของตนเองในการเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขปัญหาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสังคมของตนเอง และสอดคล้องกับข้อเสนอของ Fleury (1991) ที่กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลคิดและตระหนักรู้ถึงทางเลือกของตนเองในการเปลี่ยนแปลงตนเอง และสิ่งแวดล้อมได้อย่างอิสระตามความต้องการของตนเอง เป็นกระบวนการที่ใช้พลังขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดพลังอำนาจในบุคคล ซึ่งพลังขับเคลื่อน คือ มโนภาพของบุคคล และระบบสนับสนุน ซึ่งร่วมกันเสริมสร้างพลังให้บุคคลเกิดพลังอำนาจ สามารถควบคุมผลลัพธ์ทางสุขภาพตนเองได้

1.2.3 การสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือช่่วยสุขภาพระดับชุมชนต้องได้รับการสนับสนุนทรัพยากร ทั้งในด้านเงิน สิ่งของ อุปกรณ์ บุคลากร รวมทั้งข้อมูลที่เป็นต่อการปฏิบัติงาน ในการศึกษาประเด็นการสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงานของเครือข่าย พบว่า ทรัพยากรดังกล่าวมาจากทั้งจากภาครัฐและภาคเอกชน เป็นทรัพยากรที่แต่ละหน่วยงานมีอยู่แล้วในหน่วยงานของตน โดยการสนับสนุนมีหลากหลายรูปแบบ เพื่อให้ภารกิจดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนฯ ดำเนินการร่วมกันนั้นบรรลุถึงเป้าหมาย การสนับสนุนทรัพยากรดังกล่าวถือว่าเป็นการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้การดำเนินงานของเครือข่ายบรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวคิดของนักวิชาการหลายท่านที่ได้กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคมว่า การสนับสนุนทางสังคมมีหลากหลายด้าน เช่น การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) คือ การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ การแสดงถึง ความห่วงใย (House, 1981) ความผูกพัน ความอบอุ่นใจ และความรู้สึกเชื่อมั่นและไว้วางใจ (Schaefer, 1981) การให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับ เห็นคุณค่าและการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Thoits, 1982) การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) คือ การให้คำแนะนำ (Suggestion) การตักเตือน การให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสารรูปแบบต่างๆ (House, 1981) ในการแก้ปัญหาหรือการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรม และการกระทำของบุคคล (Schaefer, 1981) การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrumental support) คือการให้ความช่วยเหลือในสิ่งของเงินทอง หรือบริการ ระดับของการให้แรงสนับสนุนทาง



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7



สังคม (Schaefer, 1981) การช่วยเหลือด้านแรงงาน อุปกรณ์ ที่จะทำให้บุคคลที่ได้รับนั้นสามารถดำรงบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบได้ตามปกติ (Thoits, 1982) รวมถึงเวลาที่ได้รับแรงสนับสนุน (House, 1981) และการสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล (Appraisal support) คือ การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feed Back) การเห็นพ้องหรือให้รับรอง (Affirmation) ผลการปฏิบัติ หรือการบอกให้ทราบผลถึงผลดี ที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น (House, 1981) และสอดคล้องกับแนวคิดของปารีชาติ วลัยเสถียร และคณะ (2546) ที่พบว่า ขั้นตอนหนึ่งของการมีส่วนร่วมเพื่อการพัฒนาชุมชน คือ ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างประโยชน์โดยการสนับสนุนทรัพย์ วัสดุ อุปกรณ์ และแรงงานหรือเข้าร่วมบริหารงานประสานการดำเนินการขอความช่วยเหลือจากภายนอก และ Cohen and Uphoff (1980) ที่พบว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมการพัฒนาชุมชน คือ การมีส่วนร่วมปฏิบัติการของสมาชิก ได้แก่ สนับสนุนทรัพยากรการบริหาร และการประสานความร่วมมือ

1.2.4 การเสริมแรงในการทำงานให้แก่เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนมีความภูมิใจ และพึงพอใจกับการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุแข็งแรง มีสุขภาพที่ดีขึ้น จากการศึกษาพบว่า การส่งเสริมสนับสนุนโดยกระบวนการเสริมแรงให้แก่เครือข่ายสุขภาพชุมชนนั้นเป็นการ ช่วยแบ่งเบาภาระของคนในครอบครัว ผู้สูงอายุและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในการเสริมแรงในการทำงานนี้ มีทั้งการเสริมแรงภายในเครือข่ายและจากภายนอกเครือข่าย โดยได้รับการยอมรับและชื่นชมผลการปฏิบัติงานทั้งจากหน่วยงานอื่นและตัวผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยเอง และประชาชนทั่วไป ทำให้เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนมีแรงจูงใจในการทำงานเพิ่มมากขึ้น การเสริมแรงในการทำงานก่อให้เกิดพลังอำนาจในการปฏิบัติงานของเครือข่ายสุขภาพชุมชนตามมา สอดคล้องกับแนวคิดของ Spreitzer (1995) ที่กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน คือ แรงจูงใจภายใน (Intrinsic Motivation) ที่เพิ่มขึ้น ที่รับรู้ได้ผ่านกระบวนการรับรู้หรือการจดจำ (Cognition) 4 ประการ อันได้แก่ การรับรู้ด้านความหมาย (Meaning) การรับรู้ด้านความสามารถในการทำงาน (Competence) การรับรู้ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง (Self-Determination) และ การรับรู้ด้านผลกระทบต่อหน่วยงาน (Impact) เขาจึงได้เสนอองค์ประกอบเสริมสร้างพลังอำนาจในงานด้านโครงสร้างแรงจูงใจ ซึ่งผ่านการทดสอบการวิเคราะห์องค์ประกอบแบบยืนยัน (Confirmatory factor analysis) แล้ว พบว่า มี 4 องค์ประกอบตรงตามที่ Thomas & Velthouse (1990) ได้ระบุไว้ คือ การรับรู้ความหมายของงาน ความสามารถในการทำงาน การตัดสินใจด้วยตนเอง และผลกระทบต่อหน่วยงาน



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / recv: 06082562 15:28:18 / seq: 7

## ตอนที่ 2 ปัจจัยและเงื่อนไขมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.1 ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System) ที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีลักษณะสำคัญ ได้แก่ 1) การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team) 2) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community participation) 3) การทำงานจนเกิดคุณค่า ทั้งกับผู้รับบริการ และผู้ให้บริการเอง (Appreciation and Quality) 4) การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development) และ 5) การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential care) ปัจจัยดังกล่าวมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน สอดคล้องกับสำนักบริหารการสาธารณสุข (2557) ที่กล่าวว่า ระบบสุขภาพอำเภอมีความสำคัญต่อระบบงานการดูแลสุขภาพของประชาชน คือ 1) สามารถเชื่อมต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพจากนโยบายสู่การปฏิบัติ ซึ่งระดับอำเภอมีความใกล้ชิดมากพอต่อการรับรู้ถึงปัญหา ความต้องการ และความจำเป็นในพื้นที่ (local needs) โดยสามารถกำหนดนโยบาย วางแผนการพัฒนาทั้งอำเภอได้อย่างเหมาะสม 2) สามารถประสานงานและกระจายทรัพยากรในส่วนบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ การสนับสนุนทางวิชาการ การจัดการและใช้ประโยชน์ระบบข้อมูลร่วมกับองค์กรภาคีในพื้นที่อย่างครอบคลุมและเป็นธรรมสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และ 3) สามารถบูรณาการของทุกภาคส่วนเพื่อการพัฒนาทั้งในเชิงบริหารจัดการ บริการสุขภาพและสังคมได้อย่างเป็นระบบ โดยมีเป้าหมายสำคัญ คือ 1) ทำให้คุณภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้น สามารถพึ่งตนเองและดูแลสุขภาพตนเองได้ดีเพิ่มมากขึ้น และชุมชนไม่ทอดทิ้งกัน 2) สถานะสุขภาพ (health status) ของประชาชนในอำเภอดีขึ้นสามารถจัดการปัญหาสุขภาพได้ด้วยตนเอง ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและมีศักยภาพพอที่จะเผชิญกับปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป 3) เกิดเครือข่ายความร่วมมือในการจัดการสุขภาพที่เข้มแข็ง มีพลังในการขับเคลื่อนการสร้างสุขภาวะในอำเภอ และพร้อมรับมือกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นและ 4) ทำให้การบริการสุขภาพมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ผู้ให้บริการมีความสุขในการทำงาน

2.2 ปัจจัยและเงื่อนไขที่ทำให้เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนสามารถดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ/ประสิทธิผล ประกอบด้วย ผู้นำ (ผอ.รพช., สสอ, ผอ.รพ.สต) มีความจริงใจ ให้เกียรติซึ่งกันและกัน ผอ.รพ. มีแนวคิดและเห็นคุณค่าของงานด้านปฐมภูมิ สอดคล้องกับแนวคิดของสัมพันธ์ เตชะอริก (2540) ที่กล่าวว่า ผู้นำเป็นผู้กุมความอยู่รอดของเครือข่าย หากผู้นำได้รับการยอมรับ มีบารมี มีความสามัคคี ปฏิบัติดี มีความสามารถและคิดถึงส่วนรวมอย่างแท้จริง ก็จะสามารถนำเครือข่ายไปสู่ความสำเร็จ และสร้าง



395274695

CU Thesais 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

ความเข้มแข็งให้แก่เครือข่ายได้ และยังพบว่า เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนต้องมีความจริงจัง ตั้งใจ และทำอย่างจริงจังต่อเนื่อง การมีจิตวิญญาณการทำงานในสายวิชาชีพ ต้องมีใจที่จะทำงาน สอดคล้องกับแนวคิดของ R. Putnam (1993) ที่กล่าวว่า ทูทางสังคมเป็นชุดของความสัมพันธ์ระหว่างคนเป็นความสัมพันธ์ที่มีผลมาจากความตั้งใจบนพื้นฐานของความคาดหวังในสิ่งที่ต้องใช้ร่วมกันเป็นชุดของการมีค่านิยมร่วมกันและการมีสำนึกของความไว้วางใจระหว่างกัน สิ่งเหล่านี้ถือเป็นโครงสร้างของความสัมพันธ์ระหว่างคนสองคนหรือมากกว่าที่ได้แสดงออกมา และส่งผลต่อกิจกรรมที่ได้กระทำ สอดคล้องกับแนวคิดของ J.S Coleman (1998) ที่อธิบายว่า ทูทางสังคมเป็นชุดของค่านิยมที่ไม่เป็นทางการหรือบรรทัดฐาน/จารีตที่จะจัดว่าเป็นทูทางสังคมได้นั้นต้องเป็นสิ่งที่สอดคล้องกับศีลธรรมความดีงาม ซึ่งประเด็นนี้ทำให้ความหมายของทูทางสังคมมีความชัดเจนยิ่งขึ้นว่าจะต้องเป็นเรื่องที่สอดคล้องกับศีลธรรมอันดีงามเท่านั้น ถึงแม้ว่าความสัมพันธ์ของสมาชิกจะมีความเอื้ออาทรต่อกันมีความไว้วางใจกัน มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีการมุ่งประโยชน์ร่วมกัน และเป็นความสัมพันธ์กันอย่างไม่เป็นทางการก็ตาม แต่ถ้าความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้ไม่สอดคล้องกับหลักศีลธรรมความดีงาม ก็ไม่ถือว่าเป็นเรื่องของทูทางสังคม นอกจากนี้ ปัจจัยด้านการทำงานจนเกิดผลสัมฤทธิ์ และการบูรณาการกิจกรรมที่สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่หลักของแต่ละหน่วยงาน ยังทำให้เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนสามารถดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ/ประสิทธิผล สอดคล้องกับสำนักบริหารการสาธารณสุข (2557) ที่กล่าวถึง ความสำคัญของระบบสุขภาพอำเภอที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานด้านสุขภาพในชุมชน คือ สามารถบูรณาการของทุกภาคส่วนเพื่อการพัฒนาทั้งในเชิงบริหารจัดการ บริการสุขภาพและสังคมได้อย่างเป็นระบบ

2.3 ปัจจัยและเงื่อนไขที่ช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย การทำให้เห็นว่าการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุเกิดผลดีจริงๆ การสร้างค่านิยมที่ดีเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ การปลูกฝังวัฒนธรรมที่ดีเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ การที่ชุมชนมีวัฒนธรรมช่วยเหลือเกื้อกูล การทำหน้าที่อย่างจริงจัง ทุ่มเท การทำให้ทุกคนมองเห็นคุณค่าของงานดูแลผู้สูงอายุ การทำงานร่วมกันอย่างกัลยาณมิตร การสื่อสารให้ชุมชนรับทราบข้อมูล และเข้าใจปัญหาของชุมชน ทูทางสังคม ระบบสุขภาพระดับอำเภอ การที่ผู้นำทั้งฝั่งสาธารณสุข และนอกหน่วยงานสาธารณสุข มองเห็นโอกาสการประสานความร่วมมือ เชื่อมโยงการทำงาน เห็นคุณค่าและพลังของผู้ตาม ผอ.รพช. กับ สสอ.ต้องเป็นตัวอย่างความร่วมมืออย่างจริงจัง และวัฒนธรรมชุมชนอยู่แบบพึ่งพาอาศัยกัน สอดคล้องกับ Randolph (1995) ที่กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน เป็นการสนับสนุนหรือส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจในการทำงานและการให้อำนาจแก่บุคคลให้มีอำนาจกระทำการภายใต้เรื่องที่เป็นประโยชน์หรือสำคัญต่อองค์กร สอดคล้องกับแนวคิดของ Gibson (1991) การเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน ว่าเป็นการยอมรับและ



395274695

CT :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

ชื่นชม การส่งเสริม การพัฒนา และการรับรู้ความสามารถของตนเองของ บุคคล และความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด และก่อให้เกิดความรู้สึกมั่นใจว่าตนเองมีอำนาจและความสามารถที่จะควบคุมหรือแก้ปัญหาต่างๆ ได้ด้วยตนเอง และสิ่งที่เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายคือการมีทุนทางสังคมของผู้นำเครือข่ายสอดคล้องกับ แนวคิดของ ทรรศิน สุขโต (2543) ที่กล่าวว่า ทุนทางสังคมได้แก่ ธรรมชาติที่มนุษย์รู้จักและใช้อย่างเอื้ออาทร ความเชื่อ ความคิดความอ่าน การประดิษฐ์คิดค้นสิ่งประดิษฐ์คิดค้น ทั้งที่เป็นวัตถุและนามธรรมที่เอื้อให้มนุษย์กับธรรมชาติและมนุษย์กับมนุษย์อยู่ร่วมกันอย่างเอื้ออาทรต่อกัน

2.4 ปัจจัยและเงื่อนไข ที่ช่วยส่งเสริมการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีดังนี้ 1) การพัฒนาทักษะการฟังที่ดี ประกอบด้วย การพัฒนาความสามารถในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการสื่อสารแบบสองทาง 2) การพัฒนาทักษะการสนทนาที่ดี ประกอบด้วย การแลกเปลี่ยนข้อมูลจากการเยี่ยม ความคุ้นเคย ความเป็นกันเอง และการถอดบทเรียนทั้งกรณีที่ทำสำเร็จและไม่สำเร็จ 3) การพัฒนาทักษะการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย การประเมินผล/วิเคราะห์ผล นำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การฝึกปฏิบัติจริงจากหน้างาน และการสะท้อนการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับ Wallerstein และ Bernstein (1988) ที่เสนอว่า ขั้นตอนของการจัดการศึกษาเพื่อการสร้างเสริมพลังอำนาจ ว่าประกอบด้วย การฟัง การสนทนา และการลงมือปฏิบัติ (listening, dialogue, action) นอกจากนี้ Gibson (1991) ได้เสนอว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลให้มีส่วนร่วมในการควบคุมองค์ประกอบที่มีผลต่อสุขภาพ ทำให้คนเกิดความตระหนักถึงปัญหา และสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา ตระหนักถึงศักยภาพ และข้อจำกัดของตนเองในการเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขปัญหา เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสังคมของตนเอง และสอดคล้องกับข้อเสนอของ Fleury (1991) ที่กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลคิด และตระหนักถึงทางเลือกของตนเองในการเปลี่ยนแปลงตนเอง และสิ่งแวดล้อมได้อย่างอิสระตามความต้องการของตนเอง เป็นกระบวนการที่ใช้พลังขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดพลังอำนาจในบุคคล ซึ่งพลังขับเคลื่อน คือ มโนภาพของบุคคล และระบบสนับสนุน ซึ่งร่วมกันเสริมสร้างพลังให้บุคคลเกิดพลังอำนาจ สามารถควบคุมผลลัพธ์ทางสุขภาพตนเองได้

### **ตอนที่ 3 รูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง**

รูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้ดังนี้

3.1 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมจัดตั้งเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน 2) การมีส่วนร่วมบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน 3) การมีส่วนร่วมใน

การดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนและการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ โดยต้องคำนึงถึงปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อทำให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายอย่างสมบูรณ์ในทุกขั้นตอน

3.2 การเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 1) การพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) การให้การศึกษา (Education) การจัดการเรียนการสอนที่เน้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม 3) การฝึกอบรม มี 2 รูปแบบ ประกอบด้วย การอบรมตามหลักสูตรมาตรฐาน และการเสนอประเด็นที่อยากเรียนรู้เพิ่มเติม 4) การสนับสนุนทรัพยากร 5) การเสริมแรงในการทำงาน ประกอบด้วย การชื่นชมและให้กำลังใจ กรรมการ DHS ชื่นชมการทำงานของเครือข่าย การชื่นชมสมาชิกเครือข่าย และการได้รับงบประมาณและค่าตอบแทน 6) การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร โดยต้องคำนึงถึงปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้การสร้างเสริมพลังอำนาจเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

3.3 การมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จะเกิดประสิทธิภาพสูงสุดขึ้นอยู่กับปัจจัยภายนอก มีดังนี้ 1) ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System) 2) ปัจจัยที่ทำให้เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนสามารถดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ/ประสิทธิผล 3) ควรมีการแก้ไข และปรับปรุงปัจจัยภายนอกเพื่อส่งเสริมเข้มแข็งของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน

โดยรูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้จากการศึกษาค้นคว้านี้ เหมาะสำหรับนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ชนบท เนื่องจากพื้นที่ที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้เป็นเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ชนบททั้ง 2 แห่ง จึงน่าจะเหมาะสมเพราะมีบริบทที่คล้ายกัน



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

## ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ซึ่งอาจเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการจัดการให้เกิดการมีส่วนร่วมและเสริมพลังอำนาจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และการศึกษาค้างต่อไป ดังนี้

### 1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 จากการศึกษา พบว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของรัฐบาล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่มี ความชัดเจนในเรื่องนโยบายด้านงบประมาณในการดำเนินการของหน่วยงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทำให้การดำเนินงานไม่มีความคล่องตัวเท่าที่ควร ยังคงใช้หลักของจิตอาสาเข้ามาช่วยอย่างต่อเนื่องซึ่งรัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีนโยบายและระเบียบการใช้จ่ายเงินงบประมาณเพื่อให้การดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ชัดเจนและเกิดความคล่องตัวให้ มากขึ้น

1.2 ควรมีการกำหนดนโยบายให้ชัดเจนว่า หน่วยงานใดควรให้การสนับสนุนในเรื่องใดบ้าง เพื่อจะทำให้ไม่เกิดความซ้ำซ้อนในการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพราะจากการศึกษาพบว่า เครือข่ายดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระดับชุมชนต้องตัดสินใจเอาเองว่าจะต้องไปขอความอนุเคราะห์เรื่องใดกับหน่วยงานใดบ้าง ซึ่งเป็นการตัดสินใจขอความช่วยเหลือตามความเข้าใจของเครือข่ายเอง บางครั้งอาจไม่ได้รับความสะดวกเท่าที่ควร ดังนั้นรัฐบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดนโยบายหรือระเบียบให้ชัดเจนว่า หน่วยงานใดจะต้องดำเนินการหรือให้ความช่วยเหลือในเรื่องใดให้เกิดความชัดเจน

1.3 จากการศึกษาพบว่า เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนที่ดำเนินการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อตั้งขึ้นในลักษณะความสมัครใจและลักษณะของจิตอาสา ดำเนินการตามนโยบายหรือข้อตกลงร่วมกันระหว่างคณะกรรมการที่ก่อตั้งขึ้นมา ซึ่งแต่ละเครือข่ายต่างมีนโยบายและแนวทางเป็นของตนเอง ทำให้การทำงานไม่เป็นเอกภาพเท่าที่ควร ดังนั้นเพื่อให้เกิดความเป็นเอกภาพอย่างแท้จริงทางรัฐบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับสูงขึ้นไปควรกำหนดให้ชัดเจนว่าคณะกรรมการเครือข่ายควรได้มาอย่างไร มีใครบ้าง จำนวนเท่าใด และออกกฎระเบียบเพื่อการดำเนินการ และค่าตอบแทนที่เป็นนโยบายจากส่วนกลางให้ชัดเจน



395274695

CU Thesais 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

## 2 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

2.1 การเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่เครือข่ายและบุคคลที่ปฏิบัติงานให้กับเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน ก่อให้เกิดการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นไปอย่างราบรื่น ดังนั้นควรมีการให้สิ่งสนับสนุนเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนให้มีความต่อเนื่อง เช่น การให้อิสรภาพในการทำงาน การสนับสนุนงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ และ สิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน การยกย่องเชิดชูเกียรติของผู้ปฏิบัติงานที่มีจิตอาสา เป็นต้น

2.2 การศึกษาพบว่าผู้ปฏิบัติงานของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนมาจากผู้มีจิตอาสาหลากหลายระดับการศึกษา บางคนมีความรู้สำหรับที่จะใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่มากพอ หรือขาดความรู้ในด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติงานที่ไม่มีประสิทธิภาพ ตามมาดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการอบรมให้ความรู้ และทักษะในการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุของเครือข่ายสุขภาพชุมชนให้มีความต่อเนื่อง และจริงจัง เพื่อการดูแลผู้สูงอายุของผู้มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุจะได้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลสูงสุด

2.3 ชุมชนแต่ละชุมชนมีภาคเอกชน องค์กรเอกชนและองค์กรการกุศลอยู่บ้าง ซึ่งองค์กรเหล่านี้มีพลังอำนาจที่จะสามารถให้การสนับสนุนและส่งเสริมการปฏิบัติงานของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนได้ ดังนั้นเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนควรมีการประสานงานให้องค์กรเอกชน องค์กรการกุศล และองค์กรภาครัฐอื่นๆ ได้เข้ามามีส่วนร่วมให้มากขึ้น เพื่อให้เกิดการช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในด้านต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้เป็นไปอย่างราบรื่น

## 3 ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

3.1 ควรมีการวิจัยรูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ต้องการการดูแลในกลุ่มอื่นๆ ซึ่งจะทำให้มีการใช้รูปแบบดังกล่าวนี้กับผู้ต้องการการดูแลกลุ่มอื่นๆอย่างกว้างขวางมากขึ้น

3.2 ควรมีการศึกษาประเภทของพลังอำนาจที่มีประสิทธิผลสูงสุดต่อ การดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อนำประเภทของพลังอำนาจนั้นไปใช้ในการปฏิบัติงานด้านอื่นๆ ของเครือข่ายสุขภาพชุมชนต่อไป

3.3 ควรมีการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมที่มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการสร้างความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีความเข้มแข็ง ต่อเนื่องและยั่งยืน

## บรรณานุกรม

### ภาษาไทย

กัญญ์สิริ จันทรเจริญ. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับทักษะชีวิตของนักศึกษา

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุข  
ภาคใต้. ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2559

เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. การจัดการเครือข่าย : กลยุทธ์สำคัญสู่ความสำเร็จของการปฏิรูป

การศึกษา. กรุงเทพฯ: บริษัท ชัคเซสมิเดีย จำกัด, 2543.

กรมอนามัย. เครือข่ายผู้สูงอายุ. [ออนไลน์]. ม.ป.ป. แหล่งที่มา: [http://hp.anamai.](http://hp.anamai.moph.go.th/soongwai/statics/about/network/topic001.php)

[moph.go.th/soongwai/statics/about/network/topic001.php](http://hp.anamai.moph.go.th/soongwai/statics/about/network/topic001.php) [1 มิถุนายน 2557]

กรมอนามัย. โครงการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และเฝ้าระวังโรคกลุ่มผู้สูงอายุภายใต้ชุดสิทธิ  
ประโยชน์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2551. กรุงเทพฯ:กรมอนามัย, 2551.

กรมอนามัย. รายงานประจำปี 2555. [ออนไลน์]. 2555. แหล่งที่มา: [www.anamai.](http://www.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=5309)

[moph.go.th/ewt\\_dl\\_link.php?nid=5309](http://www.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=5309) [20 มิถุนายน 2557]

กรมสุขภาพจิต. แนวทางการรณรงค์เพื่อเสริมสร้างสุขภาพจิตวัยทำงาน

และวัยสูงอายุในพื้นที่. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2553.

กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. กรุงเทพฯ:  
ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย กิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก,  
2553.

กษิตตา พานทอง. กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพของผู้สูงอายุสาขาวิชาการส่งเสริม  
สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต,  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่, 2551.

คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ. ร่างแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2  
(พ.ศ. 2545-2564). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว, 2545.

งามเนตร จรัสสูงเนิน. องค์การชุมชนเครือข่ายเพื่อการจัดการทรัพยากรธรรมชาติในเขตพื้นที่ลุ่มน้ำ  
กรณีศึกษาขององค์กรชุมชนเครือข่ายลุ่มน้ำแม่ราก-แม่เลา ตำบลป่าแป๋ อ.แม่แตง จ.เชียงใหม่.  
วิทยานิพนธ์ มหาบัณฑิต คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2538.

จอห์น โนเดล และ นภาพร ชโยวรรณ. การสูงอายุทางประชากรและการอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุใน  
ประเทศไทย แนวโน้มในอดีต สถานการณ์ปัจจุบันและความท้าทายในอนาคต. กองทุน  
ประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทยและสำนักงานภาคพื้นเอเชียและแปซิฟิก,



2552.

- จำเรียง งามศิริ. **สภาพการปฏิบัติงานของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน กรณีศึกษาสำนักงานพัฒนาสังคมและสวัสดิการกรุงเทพ 7 (ตลิ่งชัน).** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย, 2552.
- จิรชาติ ชุมภู. **การเสริมสร้างพลังอำนาจในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ สถานสงเคราะห์คนชราวัยทองนิเวศน์ จังหวัดเชียงใหม่.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่, 2552.
- จุฬารภรณ์ โสตะ. **แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. วารสารศูนย์บริการวิชาการ เล่ม 3 2549: 8-12.**
- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วิทยาลัยประชากรศาสตร์ และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. **โครงการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ ๒ (พ.ศ.๒๕๔๕-๒๕๖๔) ระยะที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๕๐ - ๒๕๕๔).** กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2556.
- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วิทยาลัยประชากรศาสตร์ และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. **รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2554.** กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2555.
- เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง. **การบริหารการพัฒนาชนบท.** กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์, 2526.
- ชนิดา รักษ์พลเมือง. **พื้นฐานการศึกษา: หลักการและแนวคิดทางสังคม.** กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี, 2534.
- ชาย โพธิสิตา และสุชาดา ทวีสิทธิ์. **ครอบครัวไทยในสถานการณ์เปลี่ยนผ่านทางสังคมและประชากร.** กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม, 2552.
- ณัฐพร วงษ์ศุทธิภากร. **จากนโยบายสู่การปฏิบัติทำอะไรผู้สูงวัยสุขภาพดี.** เอกสารประกอบการบรรยาย. นนทบุรี: กรมอนามัย, มปป.
- ถนอมรัตน์ ประสิทธิ์เมตต์ และเพชรฯ ชวนะพันธุ์. (2559). **ประสิทธิผลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตสุขภาพที่ 4. สระบุรี : ศูนย์อนามัยที่ 2 สระบุรี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข**
- ทวีทอง หงส์วิวัฒน์. **การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา.** กรุงเทพฯ: ศักดิ์โสภณาการพิมพ์, 2527.
- ธันช กนกเทศ. **การพัฒนามาตรฐาน และตัวชี้วัดทางสังคมด้านความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก, 2549.
- ธนา ประมุขกุล. **เครือข่าย. เอกสารประกอบการจัดทำมาตรฐานโปรแกรมวิชาการสู่ความเป็นเลิศ.** กรุงเทพฯ: สำนักงานมาตรฐานการศึกษา สำนักงานสภามหาวิทยาลัยราชภัฏ, ม.ป.ป..



395274695

CD Theses 5684471727 dissertation / recv: 06082562 15:28:18 / seq: 7

ธนา ประมุขกุล. ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เขต 6. ขอนแก่น. **วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัย**  
**สิ่งแวดล้อม เล่ม 3 พ.ศ. 2544: 3-4.**

ธีรพงษ์ แก้วหาวงษ์. **กระบวนการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง ประชาคม ประชาสังคม.** ขอนแก่น:  
โครงการจัดตั้งมูลนิธิเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง ชมรมนักวิชาการสาธารณสุข  
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 2544.

นรินทร์ชัย พัฒนพงศา. **เอกสารประกอบการฝึกอบรมเครือข่ายเกษตรกรปศุสัตว์.** กรุงเทพฯ:  
สำนักงานปศุสัตว์เขต 5 กรมปศุสัตว์, 2543.

นฤมล นิราทร. **การสร้างเครือข่ายการทำงาน: ข้อควรพิจารณาบางประการ.** คณะสังคม  
สงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2543.

นเรศ สงเคราะห์สุข. **จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ.** เชียงใหม่: สำนักงานโครงการพัฒนาที่สูง  
ไทย-เยอรมัน, 2541.

นवलศรี เพ็ชรนวล. **การศึกษาเปรียบเทียบผลการดำเนินงานของสถานสงเคราะห์คนชราระหว่างกรม  
พัฒนา และสวัสดิการกึ่งองค์การบริการส่วนจังหวัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิต,  
สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, กรุงเทพฯ, 2548.

นันทิยา หุตานุกัฏ และณรงค์ หุตานุกัฏ. **การพัฒนาองค์กรชุมชน.** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ:  
สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน), 2546.

ปภาณิน ฉ่ำพึ้ง. **การศึกษาการมีส่วนร่วมการดูแลผู้สูงอายุของโรงพยาบาลอานันทมหิตลตำบล  
เขาสามยอต อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี.** วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต คณะ  
รัฐศาสตร์ สถาบันรัชภาควัย, 2560.

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนักงาน. **สำนักบริหารการสาธารณสุข. การขับเคลื่อนระบบสุขภาพ  
อำเภอ (รสบ.) District Health System (DHS).** นนทบุรี: ปลัดกระทรวงสาธารณสุข,  
สำนักงาน, 2557.

ประภาพร มโนรัตน์. **รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับครูเกษียณ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาตรี  
บัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก, 2553.

ประหยัด จตุพรพิทักษ์กุล. **เครือข่ายการเรียนรู้เกี่ยวกับระบบเกษตรกรรมทางเลือกของ  
ชุมชน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,  
2538.

ปราณี อิ่มสมบัติ. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกในกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ  
จังหวัดอ่างทอง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2546.

ปาน กิมปี. **การพัฒนาเครือข่ายการเรียนรู้การศึกษานอกโรงเรียนเพื่อการพึ่งตนเองของ  
ชุมชน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิต พัฒนาการศึกษ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,

2540.

ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ. **กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา**. พิมพ์ครั้งที่ 1.

กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.), 2543.

ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ. **กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา**. พิมพ์ครั้งที่ 2.

กรุงเทพฯ: อูษาการพิมพ์, 2546.

ปาริชาติ สถาปัตตานนท์ และชัยวัฒน์ ธีระพันธุ์. **สื่อสารกับสังคมเครือข่าย**.

กรุงเทพมหานคร: สถาบันการวิจัยและพัฒนาประชาสังคม, 2546.(อัดสำเนา)

ปิยาภรณ์ ศิริภาณุมาศ. **ปัญหาและแนวทางพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพในการส่งเสริม**

**สุขภาพผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์ สาขาวิชาพัฒนศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2546.

ปิ่นนเรศ กาดอุดม, คณิตสร แก้วแดง และธัสมน นามวงษ์. **พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ**

**ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**. จันทบุรี: วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี สถาบัน

พระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2550.

ปฐิติ มอนซอน. **กรอบแนวคิดในการประเมินศักยภาพเครือข่ายสังคม**. กรุงเทพมหานคร:

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ, 2546.(อัดสำเนา)

ผกามาศ กมลพรวิจิตร, วิภาดา ท้าวประยูร และมนู วาทีสุนทร. **บทบาทและความสัมพันธ์ของ**

**วัด และพระสงฆ์กับผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

กระทรวงสาธารณสุข, 2549.

พระมหาสุทิตย์ อาภากรโร (อบอุ้น). **เครือข่าย: ธรรมชาติความรู้และการจัดการ**. พิมพ์ครั้งที่ 2.

กรุงเทพฯ: โครงการเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข (สรส.): พิสิษฐ์ ไทย ออฟเซต,  
2548.

พิมพ์วัลย์ บุญมงคล และคณะ. **ศักยภาพประชาคมในการจัดการปัญหาความรุนแรงต่อ**

**ผู้หญิงและเด็ก**. นครปฐม: เจริญดีการพิมพ์, 2546.

พิศมัย รัตนโรจนสกุล. **“ทุนชุมชน : เงื่อนไขในการดำรงอยู่ของชุมชนในระบบทุนนิยม”**.

วิทยานิพนธ์การศึกษาศาสตรบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ,

2546.

เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์. **การพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน**.

**วารสารวิจัยทางการแพทย์** 5(2) ,183-197, 2544.

เพ็ญศรี เปลี่ยนขำ. **การสาธารณสุขมูลฐาน**. ราชบุรี: ชมรมรักการพิมพ์, 2542.

พัชรี สีโรรส. **คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชน**. กรุงเทพฯ: คณะรัฐศาสตร์

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2546.

- ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์ และ ยุวดี รอดจากภัย. การศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. ปีที่ 9 ฉบับที่ 2(กรกฎาคม – ธันวาคม). 2557.
- เฟื่องฟ้า ภูธรรักษ์ และ คณะ. กลยุทธ์การเสริมสร้างพลังอำนาจของหัวหน้าหอผู้ป่วยแก่บุคลากร: เปรียบเทียบโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพและโรงพยาบาลที่รอการรับรองคุณภาพในภาคใต้. วารสาร
- สงขลานครินทร์เวชสาร. ปีที่ 24 ฉบับที่ 1 (มกราคม- กุมภาพันธ์), 2549.
- มงคล ชาวเรือ. การพัฒนาเครือข่ายการเรียนรู้เพื่อชุมชน ตอนที่ 1. วารสารพัฒนาชุมชน. 42 (10), 28-32, 2546. **มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย**. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2549. กรุงเทพฯ :มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2549.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2552. กรุงเทพฯ :มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2553.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2554. กรุงเทพฯ: บริษัท พงษ์พาณิชย์เจริญผล จำกัด, 2555.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2557. กรุงเทพฯ :มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2557.
- ยุวัฒน์ วุฒิเมธี. **หลักการพัฒนาชุมชนและหลักการพัฒนาชนบท**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ไทยอนุเคราะห์, 2546.
- โรงพยาบาลลำสนธิ. การดูแลผู้สูงอายุ Long term care ที่มีภาวะพึ่งพิง ประสบการณ์ในพื้นที่. ลพบุรี: โรงพยาบาลลำสนธิ, มปป.
- รุจา ภู ไพบูลย์. การสร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: โนเบิล, 2547.
- เรือง สุขสวัสดิ์. **แนวทางและบทบาทในการพัฒนาองค์กรชาวบ้าน องค์กรประชาชน กับทางเลือกการพัฒนาแบบพึ่งตนเอง**. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยสังคมจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530.
- วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ. รายงานเบื้องต้นโครงการวิจัยระบบการดูแลระยะยาวเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงเพื่อวัยสูงอายุ. เอกสารอัดสำเนา, 2553.
- วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง. รายงานการวิจัยเรื่อง การ4สังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อจัดทำข้อเสนอการปฏิรูประบบบริการสุขภาพและสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2545.
- วสันต์ วิเชียร. หลักการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุของชุมชนเทศบาลตำบลหนองหอย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารพุทธศาสตร์ศึกษา. ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม – ธันวาคม). 2560.

วิพรรณ ประจวบเหมาะ. รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2555.

วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยร่วมกับ มูลนิธิสถาบันวิจัย และพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.), นนทบุรี: บริษัท เอสเอส พลัส มีเดีย จำกัด, 2556.

วิภาวี ชูแก้ว และคณะ. กระบวนการสร้างหุ้นส่วนสุขภาพเพื่อการดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมชุมชน พิทักษ์ธรรมตำบลสำโรงใต้ อำเภอพระประแดงจังหวัดสมุทรปราการ. วารสาร วคก.วิชาการ ปีที่ 20 ฉบับที่ 40 มกราคม - มิถุนายน 2560.

วิไล ตาปะสี และคณะ. รูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลวังตะกุง จังหวัดนครปฐม.วารสารเกื้อการุณย์.ปีที่ 24 ฉบับ 1 (มกราคม - มิถุนายน). 2560.

วาทีณี บุญชะลิกษ์. นโยบายและทิศทางนโยบายด้านผู้สูงอายุในอนาคต. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัย ประชากร และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2545.

วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วมกับมูลนิธิสถาบันวิจัย และพัฒนา ผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2554. กรุงเทพมหานคร : บริษัท พงษ์พาณิชย์เจริญผล จำกัด , 2555.

วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วมกับมูลนิธิสถาบันวิจัย และพัฒนา ผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2555. กรุงเทพมหานคร : บริษัท พงษ์พาณิชย์เจริญผล จำกัด , 2556.

วิมลลักษณ์ ชูชาติ. การกำหนดรูปแบบของกระบวนการสร้างเครือข่ายการเรียนรู้สำหรับ การอนุรักษ์ทรัพยากรป่าไม้. วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศึกษา ภาควิชาสารัตถศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.

วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจภาวะสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552. นนทบุรี: สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข, 2544.

วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย. ครั้งที่4 พ.ศ. 2551-2. นนทบุรี: สำนักวิจัยระบบสาธารณสุข, 2554.

วิไลลักษณ์ รุ่งเมืองทอง. การประเมินโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน กรณีศึกษา จังหวัดเพชรบุรี. กรุงเทพฯ: คณะพัฒนาสังคม และสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิต พัฒนบริหารศาสตร์, 2553.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. ศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน: กลไกการดำเนินงาน เพื่อความยั่งยืน. กรุงเทพฯ: มิสเตอร์ก๊อปปี้ (ประเทศไทย), 2550.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. บูรณาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ. (พิมพ์ครั้งที่ 1).



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / recv: 06082562 15:28:18 / seq: 7

กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ เจพรีน 2, 2552.

ศิริพันธ์ุ สาสัติย์ และคณะ. **โครงการการศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย.**

นนทบุรี:สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2552.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. **การศึกษาวิเคราะห์ผลกระทบเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศจากผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 – 2583.** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา, 2556.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. **การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา.** กรุงเทพฯ:

โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2548.

สมคิด ปุณศิริ. ผลของการใช้ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. **วารสารกองการพยาบาล.** ปีที่ 36 ฉบับที่ 2 ( กันยายน – ธันวาคม ), 2562

สายทิพย์ สุคติพันธ์. **อุดมการณ์พัฒนากับการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย: ปัญหา**

**ผู้นำกับการกำหนดนโยบายแห่งชาติ.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2534.

สนธยา พลศรี. **เครือข่ายการเรียนรู้ในงานพัฒนาชุมชน.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์, 2550.

สนับสนุนบริการสุขภาพ, กรม. กองสุขศึกษา, 2556. **การสร้างเครือข่ายและการมี**

**ส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน.** นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2556.

สมกุล ถาวรกิจ. **การจัดระบบโครงสร้างเครือข่ายโปรแกรมวิชา.** กรุงเทพฯ: สำนักงาน มาตรฐานการศึกษา สำนักงานสภามหาวิทยาลัยราชภัฏ, ม.ป.ป..

สมสุดา ภู่อพัฒน์ และจุฬารัตน์ วัฒนะ. **การประเมินผลการดำเนินงานโครงการกองทุนดูแลผู้สูงอายุที่ขาดพึ่ง.** กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริม และพิทักษ์ผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2551.

สมใจ โลหะพุนตระกูล. **“จส. 100 สำนักทางสังคมของคนชั้นกลางในเมือง”.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2539.

สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สำนักงาน, 2555. สำเนาหนังสือ ที่ สศ 0001/1964 เรื่อง **ความเห็นและข้อเสนอแนะของสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เรื่อง “การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยชุมชน/ท้องถิ่น”** ลงวันที่ 26 ตุลาคม 2555.

สิน สีสวน. **ปัจจัยที่ส่งเสริมการพัฒนาองค์กรประชาชนในเมือง: กรณีศึกษาสหกรณ์**

**เครดิตยูเนียนชุมชนหลังบ้านมนังคศิลา.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาสังคม

- สงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2530.
- สุดปรีชา เตียตีวีริยะกุล. การศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน.วิทยานิพนธ์  
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารงานสาธารณสุข มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น,  
2560.
- สุพัตรา คงขำ. ทูตทางสังคมกับการบริหารจัดการชุมชนอย่างยั่งยืนกรณีศึกษา: ชุมชนบ้านบ่อน้ำซับ  
หมู่ที่ 1 ตำบลขุนทะเล อำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสาร Veridian E-  
Journal, Silpakorn University (ฉบับภาษาไทย). สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และ  
ศิลปะ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2561
- สุมาลี เอี่ยมสมัย และคณะ. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาล  
ตำบลพุกม่วง อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวง  
สาธารณสุข ปีที่ : 22 ฉบับที่ : 3 เลขหน้า : 77-87 ปี พ.ศ. : 2555.
- สุมิตรา วิชาและคณะ. รูปแบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่ม  
ติดเตียงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ่องห้า อำเภอแม่ทะ  
จังหวัดลำปาง. วารสาร มฉก.วิชาการ. ปีที่ 22 ฉบับที่ 43-44 กรกฎาคม - ธันวาคม 2561.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, นภาพร โชยวรรณ และศศิพัฒน์ ยอดเพชร. การทบทวนองค์ความรู้ด้าน  
ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548.
- สุนันทรา พุทธิมา. เครือข่ายความสัมพันธ์ของผู้นำการเกษตรของชุมชนชนบทภาคเหนือ.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต การศึกษานอกระบบ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2539.
- สุวิทย์ วิบูลย์ผลประเสริฐ. ประชาสังคมกับการพัฒนาสุขภาพ: บทวิเคราะห์ทางวิชาการ.  
พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยสาธารณสุข, 2540.
- สัมพันธ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ. รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน.  
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการ  
เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2549.
- เสรี พงศ์พิศ. ชุมชนเรียนรู้ อยู่เย็นเป็นสุข. กรุงเทพฯ: พลังปัญญา, 2548.
- เสรี พงศ์พิศ. แผนชีวิต เศรษฐกิจชุมชน. กรุงเทพฯ: ภูมิปัญญาไท, 2546.
- เสรี พงศ์พิศ. เครือข่าย. กรุงเทพฯ: สถาบันส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน, 2548.
- สัมพันธ์ เตชะอิก และคณะ. การพัฒนาความเข้มแข็งขององค์กรชาวบ้าน. ขอนแก่น :  
สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น. เจริญวิทย์การพิมพ์, 2540.
- สัมพันธ์ เตชะอิก และคณะ. ศักยภาพและเครือข่ายผู้นำท้องถิ่น. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น:  
สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2537.

- สัมพันธ์ เศษะอิก และคณะ. **ศัพท์พัฒนาเพื่อชุมชนและสังคม**. ขอนแก่น : สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2547.
- สัมพันธ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ. รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*, 1(2), 22-31, 2552.
- สัมพันธ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ. **การสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย**. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2553
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. สิทธิตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ **จดหมายข่าวเพื่อนสร้างสุข**, 6(60), 6-7, 2554.
- สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. **พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546**. [ออนไลน์]. 2550. แหล่งที่มา: <http://www.krisdika.go.th/> [20 พฤษภาคม 2557]
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). **คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2559**. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), มปป.
- สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพชุมชน กรมการพัฒนา. **เอกสารแนวคิดแนวทางและกรณีตัวอย่างการดำเนินงานศูนย์ประสานงานของเครือข่ายองค์กรชุมชน**. กรุงเทพฯ: เอ ที เอ็น โปรดักชั่น, 2547.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. **รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2550** กรุงเทพฯ: สำนักสถิติเศรษฐกิจสังคม และประชาติ 1 สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. [ออนไลน์]. 2555. แหล่งที่มา: <http://popcensus.nso.go.th/file/popcensus-10-01-56-T.pdf> [21 พฤษภาคม 2557]
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. **รายงานผลเบื้องต้นการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557**. กรุงเทพฯ: สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557.
- สำนักบริหารการสาธารณสุข. **การขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (รสบ.) District Health System (DHS)**. นนทบุรี: สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2557.
- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. **ความรู้เกี่ยวกับเรื่องผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, 2551.
- สำนักส่งเสริม และพิทักษ์ผู้สูงอายุ. **แผนปฏิบัติการเชิงย้เข้าด้านผู้สูงอายุในภูมิภาคเอเชีย-แปซิฟิก**. [ออนไลน์], 2553. แหล่งที่มา: [http://www.oppo.opp.go.th/info/Law\\_plan.pdf](http://www.oppo.opp.go.th/info/Law_plan.pdf) [30 พฤษภาคม 2557]



สำนักส่งเสริมสุขภาพ. **คู่มือปฏิบัติงานสำหรับ อสม. เพื่อผู้สูงอายุสายใยรักครอบครัว**

ชุมชน. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2552.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ. **คู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. .** นนทบุรี: กรมอนามัย

กระทรวงสาธารณสุข, 2553.

เสาวนิจ นิจอนันต์ชัย. การสนับสนุนทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัด

สมุทรปราการ. **วารสารกองการพยาบาล. ปีที่ 37 ฉบับที่ 2 ( พฤษภาคม – สิงหาคม). 2553.**

อคิน รพีพัฒน์. **ปัญหาการพัฒนาชนบท : บทเรียนจากยกกระบัตร โครงการพัฒนาชนบท**

**ลุ่มน้ำแม่กลอง. สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2531.**

อนุชาติ พวงสำลี และวีรบุรณ วิสารทสกุล. **ประชาสังคม คำ ความคิด และความหมาย.**

พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา, 2541.

อรพินท์ สฟโชคชัย. **รายงานเอกสารประกอบการประชุม (เล่ม 4) การสร้างการมีส่วนร่วม**

**ของประชาชนในการพัฒนา. การประชุมวิชาการประจำปี 2538 (7-9 ธันวาคม 2538)**

ณ โรงแรมแอมบาสเตอร์ซิตี จอมเทียน จังหวัดชลบุรี: มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. ชลบุรี, 2538.

อรรครา ธรรมาธิกุล. **การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาชุมชน.**

วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2558.

อรรวรรณ คุหา และนันทศักดิ์ ธรรมานวัตร. **โครงการวิจัยเรื่อง การศึกษาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ**

**ที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพในชุมชน. กรุงเทพฯ: ซีจี ทูล, 2552.**

อรรวรรณ แพนคง. **การพยาบาลผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการ**

วิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก, 2553.

ฤทธิชัย แกมมณาค. **รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุ**

**วัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตร**

**มหาบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์, 2559.**

## ภาษาอังกฤษ

Barnes, J. Class and Committees in a Norwegian Island Parish. **Human Relation**, 7,

39-58, 1954.

Boissevain, J. and Mitchell J. **Networking Analysis : Studies in Human interaction.**

The Hague : Mouton & Co, 1973.

Carless SA. Does Psychological Empowerment Mediate the Relationship Citizenship

- Behaviors: A Critical Review of The Theoretical and Empirical Literature and Suggestions for Future Research. *Journal Management*, 26 (3), 115-159,2004.
- Clair, R.P., **An investigation of the relationship between the expression of Alienation and the empowering organization (Organization communication)**. Dissertation Abstracts International. 51-12B, 1990.
- Davis, MD. Psychosocial aspects of aging. In **aging the health care challenge**. Lewis, C.A. Philadelphia: F.A. Davis, 1995.
- Cohen, J. and N.T. Uphoff. **Participation's Place in Rural Development: Seeking Clarify Through Specificity**. *World Development* 8 (March 1980), 1980.
- DuBrin, **Fundamental of Organization Behavior**. Ohio: A South Western, 2000.
- Elloy, D. Effects of ability Utilization, Job Influence and Organization Commitment Employee Empowerment: An Empirical Study. *International Journal of Management, Supplement*, 627-633. 2012.
- Fleury, J.D. Empowering potential: Theory of wellness motivation. **Nursing Research**, 40(5), 286-291, 1991.
- Freire, Paolo. **Pedagogy of the Oppressed**. New York: the Continuum Publishing, 1970.
- Freire, P., **Pedagogy of The Oppress**. London: Penguin Book, 1972.
- Freire. P., **Pedagogy of bope: reliving of the oppressed**. New York, NY: Continuum, 1994.
- Freire, P., **Education for critical consciousness**. New York: Continuum, 2002.
- Gibson, C.H. A Concept analysis of empowerment. **Journal of Advanced nursing**, 16(1), 354-361, 1991.
- Gibson, C.H. **A study of Empowerment in mothers of chronically ill children**. Boston: collage, Boston, 1993.
- Gibson., Ivancevich, and Donelly, **Organizations**. Boston: Irwin McGraw Hill, 2000.
- Hersey, P.,; Blanchard, K. H.,; and Johnson, D.E., **Management of Organizational Behavior**. New jersey: Prentice-Hall, 2001.
- Jones, G.R., **Organizations Theory**. 2<sup>nd</sup> Ed. New York: Addison, 1998.
- Kanchanachitra, C., Lindelow, M., Johnston, T., Hanvoravongchai, P. and et al., **Human**



- resources for health in southeast Asia shortages, distributional challenges, and international trade in health services. *Lancet*. 2011; 377(9767): 769-81,
- Kasting, A., **A Study of Parents and Education: Learning Together in a Preschool Program**. Dissertation. The University of British Columbia, 1991.
- Kirkman, B. L. and Rosen, B. Powering Up Teams. *Journal of Organizational Dynamics*. 28(3): 48-66, 2000.
- Koberg, C. et al., **Antecedents and Outcomes of Empowerment**. *Journal of Group & Organization Management*, 24(1): 71-91, 1999.
- Laschinger, H. K.; Finegan, J.; and Shamine, J., **The Impact of Workplace Empowerment, Organizational Trust on Staff Nurses, Work Satisfaction and Organizational Commitment**. *Journal of Health Care Management Review*. 26(3): 1-21, 2001.
- Liden et al. An Examination of the Mediating Role of Psychological Empowerment on the Relations between the Job, Interpersonal Relationships, and Work Outcomes. *Journal of Apply Psychological*, 85, 407-416, 2000.
- Margaret S. and Westaway. **The impact of chronic diseases on the health and well-being of South Africans in early and later old age**. [Online], 2009. Available from : [www.elsevier.com/locate/archger](http://www.elsevier.com/locate/archger) [2014,May 30]
- Meetoo, D. and Gopaul, H. Empowerment: giving power to people with diabetes, Self-management, *Journal of Diabetes Nursing Vol 9 No 1*, 2005. [Online]. n.d. Available from : [www.thejournalofdiabetesnursing.co.uk/media/1913/files/pdf/idn9-1-28-32.pdf](http://www.thejournalofdiabetesnursing.co.uk/media/1913/files/pdf/idn9-1-28-32.pdf) [2014,January 12]
- Michele D., **Empowerment**. *The Journal of Vital Speeches of The Day*, 62 (15): 474-478, 1996.
- Mooney, **Exploring Paulo Freire's Empowerment Education Model and its Applications to Public Health**. Boston University School of Public Health, nd.
- O'Neill P.A. **Caring for the older adult**. Philadelphia: W.B. Saunders, 2002.
- Osland, J. S.; Kolb, A. and Rubin, I. M., 7<sup>th</sup> ed. **The Organizational Behavior Reader**. Newjersy: Prentice-Hall, 2001.



395274695

CD IThesis 5684471727 dissertation / recv: 06082562 15:28:18 / seq: 7

- Randolph, W. A., & Kemery E. R. Managerial Use of Power Bases in a Model of Managerial Empowerment Practices and Employee Psychological Empowerment. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 18, 95-101, 2011.
- Rappaport, J.et.al., *Study in empowerment: Step Toward Understanding And Action*. New York: Haworth Press, 1984.
- Rindner, E. C., **Using Freirean empowerment for health education with adolescents in primary, secondary, and tertiary psychiatric settings**. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 17 (2),78-84, 2004.
- Sansak, Avorn. **Empowering Women In Rural Development: A Collaborative Action Research Project in Northern Thailand**. Dissertation The University of Western Sydney. Hawkesbury, 1995.
- Srithamrongsawat, S., Bundhamcharoen, K., Saat, S. et al.. **Projection of demand and expenditure for institutional long-term care in Thailand. Health care reform project: Thai-European Cooperation for Health**, 2009.
- United Nations. **Guid to the nation implementation of the Madrid International plan of action on ageing**. New York: United Nations Headquarters, 2008.
- United Nations. **Regional dimensions of the ageing situation united nations**. New York: Printed at United Nations Headquarters, 2008.
- Vachta, K. E., **Participatory Development: Community Forestry in Detroit**, Dissertation Abstracts International. 61-02B: Michigan State University, 1999.
- Vogt, J.F. and Murrell, K.L., **Empowerment in Organizations: How to Spark Exception Performance**. California: Pfeiffer and Company, 1990.
- Wallerstein, N. & Bernstein, E. Empowerment Education: Frere's Ideas Adapted to Health Education, *Health Education Quarterly* 15,4 (Winter 1988): 379-394.
- WHO/UNICEF. **Report of the International Conference on Primary Health Care**. New York: N.P. Press-1978.
- World Health Organization. **Integrating poverty and gender into health programmes: A sourcebook for health professionals: module on ageing**.

N.P.: Regional Office for the Western Pacific, 2006.

Yehuda B. **Apply Empowering: Organization Model**. The Journal of Career Development International. 3(2): 82-87, 1998.

Yurick, A.G. **The aged person and nursing process**. New York: Appleton Century-Crofts, 1980.



395274695

CD IThesis 5684471727 dissertation / recv: 06082562 15:28:18 / seq: 7

## ภาคผนวก



395274695

CU Theses 5684471727 dissertation / recv: 06082562 15:28:18 / seq: 7

ภาคผนวก ก

แบบตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของ  
ร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนา  
ศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง



395274695

CD Theses 5684471727 dissertation / recv: 06082562 15:28:18 / seq: 7



**แบบตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของ  
ร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อ**

**คำชี้แจง**

1. แบบตรวจสอบร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความเหมาะสม และความเป็นไปได้และความเป็นไปได้ของร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่อง “รูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง”

2. แบบตรวจสอบร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนี้ แบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบตรวจสอบร่างรูปแบบ ฯ

ตอนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสมของร่างรูปแบบและปัจจัยเงื่อนไขการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3. ขอความกรุณาโปรดพิจารณาร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ส่งมาพร้อมแบบตรวจสอบร่างรูปแบบฯ แล้วตอบแบบตรวจสอบโดยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงแก้ไข

4. ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ ที่ท่านได้เสียสละเวลาในการตรวจสอบร่างรูปแบบฯ ซึ่งความคิดเห็นของท่านจะเป็นสิ่งที่มีคุณค่าและสำคัญต่อการวิจัย เพื่อผู้วิจัยจะสามารถนำข้อมูลไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีประสิทธิภาพและบรรลุประสิทธิผลมากยิ่งขึ้นต่อไป

นางสาวมนทิดา อุตมานันท์

นิสิตหลักสูตรครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศึกษา

ภาควิชานโยบาย การจัดการและความเป็นผู้นำทางการศึกษา

คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Email: Muttamanun@yahoo.com Tel. 08 1976 7559



ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการ

ชื่อ .....

วุฒิการศึกษาสูงสุด ( ) ปริญญาตรี ( ) ปริญญาโท ( ) ปริญญาเอก

สาขาวิชา .....

ตำแหน่งปัจจุบัน .....

สังกัด .....



**ตอนที่ 2** ความคิดเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของร่างรูปแบบการมีส่วนร่วม และการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

1. รูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	เหมาะสม	ควรแก้ไข	ข้อเสนอแนะ
1.1 การมีส่วนร่วมจัดตั้งเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน			
<p>1.1.1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องเป็นผู้ริเริ่มเข้าไปกระตุ้นให้ประชาชนและหน่วยงานภาครัฐอื่นๆ โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ให้เกิดความตระหนักในปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สร้างความตื่นตัวให้เกิดความสนใจรวมตัวกัน และผลักดันให้เกิดการรวมตัวเกิดเป็นเครือข่ายการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เนื่องจากปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ซับซ้อนมากขึ้น ไม่ใช่มีเฉพาะปัญหาเรื่องสุขภาพเท่านั้น ยังมีปัญหาอื่นๆ อีกมาก เช่น ปัญหาที่อยู่อาศัย ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาคุณภาพชีวิต ปัญหาการกินการอยู่ เป็นต้น ดังนั้น การทำงาน แคลจิตอาสาคงไม่พอ จึงต้องคืนข้อมูลให้ชุมชนรับทราบพร้อมทั้งประสานภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกพื้นที่เข้ามาร่วมเป็นเครือข่ายในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การที่จะสามารถดึงภาคส่วนต่างๆ เข้ามาร่วมเป็นเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องมีส่วนร่วมในงานของภาคส่วนอื่น ๆ ในพื้นที่ และมีความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชนและหน่วยงาน ทั้งภาครัฐและเอกชนอื่นๆ เมื่อเกิดเป็นเครือข่ายแล้วจะร่วมกันระดมทรัพยากร และแบ่งปันทรัพยากรเพื่อใช้ในการดำเนินงานการดูแล ระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ แรงงานช่างฝีมือ เป็นต้น หลังจากเกิดเครือข่ายฯ แล้ว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังคงต้องเป็นศูนย์กลางการประสานงานของเครือข่าย โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ/ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีศักยภาพสามารถเป็นแรงผลักดันเสริมที่มีพลังจากระดับอำเภอลงสู่ระดับตำบล/ชุมชน เพื่อส่งเสริมการเกิดของเครือข่ายและการดำเนินการอย่างต่อเนื่องของเครือข่าย</p>			
1.2 การมีส่วนร่วมบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน			
1.2.1 ด้านการวางแผน			
<p>1) เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนที่ดำเนินการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะต้องมีการกำหนดวิสัยทัศน์/อุดมการณ์/ปรัชญาในการทำงานร่วมกันของสมาชิก การมีวิสัยทัศน์ร่วม (Shared Vision) เป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดเป้าหมายร่วมกันในอนาคต ส่วนอุดมการณ์เป็นที่ยึดเหนี่ยวสมาชิกเข้าด้วยกัน ซึ่งเป็นแรงจูงใจให้สมาชิกเกิดจิตสำนึกและเข้าร่วมกิจกรรมของเครือข่าย เชื่อมั่นในศักยภาพของกันและกันและเชื่อมั่นในศักยภาพของเครือข่าย ทำให้เครือข่ายมีพลัง เกิดเอกภาพ และช่วย บรรเทาความขัดแย้งอันเกิดจากมุมมองที่แตกต่างลงไป</p>			
<p>2) การกำหนดเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ เครือข่ายต้องมีเป้าหมายที่ชัดเจน และมีผลต่อการเข้าร่วมและคงอยู่ของสมาชิก เพราะสมาชิกถือว่าเป็นสมาชิกของเครือข่ายเพื่ออะไร และเครือข่ายสามารถตอบสนองต่อความต้องการได้หรือไม่ นอกจากนี้ ตัวเป้าหมายเองจะเป็นตัวกำหนดกิจกรรมของเครือข่ายที่จะตามมาอีกด้วย เช่น เป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ ผู้สูงอายุได้รับการทางสาธารณสุขและบริการทางสังคมในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan) มีระดับคะแนน ADL ดีขึ้นจากกลุ่มติดเตียงเป็นติดบ้านและกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคม และมีการดูแลต่อเนื่องจนกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านเปลี่ยนมาเป็นกลุ่มติดสังคม และผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเปลี่ยนระดับ ADL ได้จะได้รับการดูแลจนกว่าจะเสียชีวิต และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนฯ ก็จะร่วมกันทำกิจกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้น</p>			
<p>3) การวางแผน และการตัดสินใจร่วม สมาชิกเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนต้องมีส่วนร่วมในการวางแผน และการตัดสินใจการดำเนินงานกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยผ่านช่องทางการประชุมร่วมกันอย่างเป็นทางการ เวทีจัดทำแผนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เวทีประชุมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเวทีประชุมชมรมผู้สูงอายุ นอกจากนั้น ยังต้องมีการร่วมวางแผนและการตัดสินใจในเวทีประชุมด้วย เช่น ต้องมีการนำข้อมูลปัญหาที่พบจากการเยี่ยมผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ด้านสภาพแวดล้อม ด้านครอบครัว และสังคม มาปรึกษา นำข้อมูลมารายงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อใช้วางแผนแก้ไขต่อไป</p>			
<p>4) กิจกรรมร่วม เครือข่ายต้องมีกิจกรรมที่สมาชิกร่วมกันดำเนินงานเพื่อการบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายของเครือข่าย กิจกรรมเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะช่วยให้สมาชิกทั้งในและนอกเครือข่าย มีโอกาสในการพบปะหารือและมีการเรียนรู้ร่วมกัน การมีกิจกรรมต่อกัน เช่น เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนด</p>			



1. รูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	เหมาะสม	ควรแก้ไข	ข้อเสนอแนะ
กิจกรรม และร่วมดำเนินกิจกรรมในการแก้ไขปัญห โดยเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาในที่ประชุมเวทีทำแผน ว่าตอนนี้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว ต้องทำกิจกรรมอะไรบ้าง และมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมที่ต้องให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในการลงมือปฏิบัติงานจริง การร่วมแสดงความคิดเห็นการทำงานร่วมกัน และการติดตามประเมินผล จะช่วยให้เครือข่ายนั้นมีความต่อเนื่อง ที่สำคัญ คือ เป็นการผลักดันให้การกิจ/กิจกรรมนั้นบรรลุผลสำเร็จ			
1.2.2 ด้านการจัดองค์กร			
1) โครงสร้าง และบทบาทหน้าที่ โครงสร้างของเครือข่ายควรมีรูปแบบตามแนวราบหรือแนวนอนที่เอื้ออำนวยให้เกิดการประสานงานและการควบคุมการปฏิบัติงานของสมาชิก มีความเป็นทางการน้อย มีส่วนร่วม ในการตัดสินใจมาก มีการสื่อสารกระจายทั่วถึง และเป็นโครงสร้างเครือข่ายที่เน้นการประสานงาน/การมอบหมายงาน และความร่วมมือในแนวราบ เป็นหลัก อาศัยความสัมพันธ์ระหว่างแกนนำที่เป็นจุดเชื่อมต่อ (Node) ของแต่ละเครือข่าย โครงสร้างเครือข่ายแบบนี้จึงให้ ความสำคัญกับแกนนำหรือ ผู้นำเครือข่าย ซึ่งภาวะผู้นำของเครือข่ายมีความสำคัญมากในการผลักดันไปสู่ความสำเร็จของผลงาน ทั้งนี้การใช้ภาวะผู้นำในการขับเคลื่อน เป็นการอาศัย ทุนทางสังคมที่มีอยู่เดิมในรูปของความสัมพันธ์เชิงเครือญาติและความสัมพันธ์อันมีมิตร ในการประสานงานและขอความร่วมมือในการดำเนินงาน ซึ่งเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนต้องมีการกำหนดโครงสร้างและบทบาทหน้าที่สมาชิกเครือข่าย ทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, ผู้นำชุมชน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และจิตอาสาอื่น ฯลฯ โดยสมาชิกร่วมกันกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละคน ซึ่งปัจจุบันมีการจัดทำคำสั่งคณะกรรมการต่างๆ เป็นลายลักษณ์อักษรมากขึ้น			
1.2.3 ด้านการชี้แนะ			
1) ภาวะผู้นำ และแรงจูงใจในการทำงาน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ผอ.รพ.สต.) ต้องเป็นผู้ที่มีภาวะผู้นำ มีความสามารถในการชักจูงโน้มน้าวให้ผู้อื่นเห็นความสำคัญที่จะต้องกระทำการร่วมกันและจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นต่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกเครือข่ายและผลสำเร็จของเครือข่าย นอกจากนี้ยังต้องมี ความซื่อสัตย์สุจริต ชยัน เสียสละเพื่อประโยชน์ของส่วนรวม ทำให้เกิดทุนทางสังคมและความสัมพันธ์อันมีมิตรในการประสานงานและขอความร่วมมือในการดำเนินงาน ส่วนผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager: CM) จะต้องมีภาวะผู้นำและสามารถสร้างแรงจูงใจในการทำงานกับผู้ปฏิบัติระดับหมู่บ้าน/ชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นต้น			
2) การสื่อสาร			
2.1) ใช้การสื่อสาร 2 ช่องทาง ได้แก่การสื่อสารที่เป็นทางการและการสื่อสารที่ไม่เป็นทางการ โดยมีรูปแบบหลากหลาย การสื่อสารที่ไม่เป็นทางการได้แก่ การแจ้งข้อมูลข่าวสารผ่านหอกระจายข่าว ไลน์กลุ่มทางโทรศัพท์ การใช้ความสัมพันธ์ทางสังคมและวัฒนธรรมระหว่างผู้นำและสมาชิกในการติดต่อและรับข้อมูลข่าวสารความรู้อะหว่างกัน การพูดคุยปรึกษาหารือระหว่างแกนนำเครือข่ายสุขภาพฯ ด้วยกัน และระหว่างแกนนำกับสมาชิก และระหว่างสมาชิกกับสมาชิก เป็นต้น ส่วนการสื่อสารที่เป็นทางการ ได้แก่ การประชุมประจำเดือน การประชุมประจำปี การประชุมตามวาระพิเศษต่าง ๆ การจัดประชุมชี้แจงแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและหาข้อสรุปร่วมกัน ตลอดจนการติดต่อด้วยเอกสาร โดยเน้นการสื่อสารที่มีประสิทธิผล และข้อมูลข่าวสารกระจายทั่วทั้งเครือข่ายฯ			
2.2) การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์บทบาทของเครือข่าย และมวลสมาชิก ผลการดำเนินงาน และความสำเร็จ ไปสู่สมาชิก บุคคล กลุ่มและองค์กรอื่นๆ ที่ยังไม่ได้เป็นสมาชิกของเครือข่ายเพื่อสร้าง การยอมรับในเครือข่าย เพื่อระดมความร่วมมือ ระดมทรัพยากรและสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานแก่สมาชิกและประชาชนทั่วไป ซึ่งจะทำให้เครือข่ายดำเนินงานด้วยความมั่นคง และขยายเครือข่ายสมาชิกให้กว้างขวางออกไปมากขึ้น ผ่านช่องทางหลากหลายโดยผู้นำและสมาชิกเครือข่ายสุขภาพ เช่น เป็นแหล่งศึกษาดูงาน การประชาสัมพันธ์ผ่านเวทีประชุมต่างๆ การประชาสัมพันธ์ทางโซเชียลมีเดีย เป็นต้น			
3) การประสานงาน			
3.1) ผู้ประสานงานหลักเครือข่ายสุขภาพฯ คือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทำหน้าที่ประสานงานบริหาร และจัดการเครือข่ายในภาพรวมทั้งหมด ส่วนผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager: CM) จะประสานการทำงานกับผู้ปฏิบัติระดับหมู่บ้าน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver: CG) โดยการประสานงานจะมีทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการและเป็นลักษณะเป็นการประสานงานในแนวราบ ไม่ใช้การบังคับบัญชาสั่งการ			

1. รูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพ การดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	เหมาะสม	ควรแก้ไข	ข้อเสนอแนะ
การติดต่อสื่อสารและการประสานงาน ภายในเครือข่ายมีความสำคัญมาก เพราะทำหน้าที่หลายประการ เช่น ควบคุมพฤติกรรมของสมาชิก จูงใจ สร้างความพึงพอใจให้แก่สมาชิก ให้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ แก่สมาชิก เป็นต้น			
1.2.4 ด้านการควบคุม เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนฯ มีการติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลการปฏิบัติงานหลายวิธี เช่น การสุ่มถามจากญาติผู้ป่วย ติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน อีกช่องทางหนึ่งจะดูจากรายงานการเยี่ยมบ้านที่ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager: CM) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver: CG) จัดทำขึ้น และต้องมีการเปรียบเทียบกับ care plan ที่จัดทำไว้ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละคน			
1.3 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนและการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์			
1.3.1 เครือข่ายสุขภาพฯ ต้องจัดให้สมาชิกเครือข่ายและประชาชนทั่วไปมีส่วนร่วมในการให้ / รับรู้ ข้อมูลข่าวสาร รับรู้ปัญหาสุขภาพหรือปัญหาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เกิดขึ้นในชุมชน เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนมีส่วนร่วมในการให้/รับรู้ข้อมูลข่าวสาร โดยจะมีรูปแบบทั้งการจัดประชุมอย่างเป็นทางการ การจัดเวที ประชาคมสุขภาพ การประชุมประจำเดือนของผู้นำชุมชน การประชุมประจำเดือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้และรับข้อมูล และรูปแบบไม่เป็นทางการเช่นการค้นพบปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนแล้วมีการรายงานผ่านช่องทางที่หลากหลาย เช่น การแจ้งทางโทรศัพท์ นอกจากนี้ยังมีรูปแบบเอกสาร สิ่งพิมพ์ การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านทางสื่อต่าง ๆ การจัดนิทรรศการ			
1.3.2 การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหา และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนฯ ต้องยึดหลักการมีส่วนร่วมตั้งแต่การเริ่มต้นค้นหาปัญหา การวินิจฉัยสาเหตุ ทางเลือกในการแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจดำเนินการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ผู้นำต้องสนับสนุนให้เกิด บรรยากาศร่วมคิดร่วมตัดสินใจตั้งแต่แรก จึงจะก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของการเจริญเติบโตของเครือข่าย โดยในแต่ละปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะต้องการนำข้อมูลทะเบียนราษฎรของผู้สูงอายุมาตรวจสอบร่วมกัน ระหว่างเครือข่ายสุขภาพแล้วจัดแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุด้วยการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลแอคทีวิตี้ (Barthel Activities of Daily Living : ADL) แล้วแบ่งผู้สูงอายุออกเป็นกลุ่ม ดิสabled ติดบ้าน ติดเตียง ทำให้ทราบข้อมูลเพื่อนำมาจัดลำดับความสำคัญของปัญหา นอกจากนี้ต้องจัดเวทีในการร่วมกันค้นหาปัญหา และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เช่น ทำแผนกองทุนสุขภาพตำบลที่องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เวทีประเมินการคัดกรองภาวะสุขภาพของแต่ละปี เวทีประชุมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เวทีประชุมผู้สูงอายุ โดยสมาชิกเครือข่ายฯ ต้องร่วมกันคิด เพื่อค้นหาปัญหา และช่วยกันจัดลำดับว่าจะแก้ไขเรื่องอะไรก่อนตามความจำเป็น บางอย่างสามารถทำพร้อมกันได้ก็ควรทำพร้อมกันไป			
1.3.3 การมีส่วนร่วมค้นหาสาเหตุของปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ โดยหลังจากทราบปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มแต่ละคนแล้ว แยกนำเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนฯ ต้องกระตุ้นให้ร่วมกันคิดว่าปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละคนมีสาเหตุมาจากอะไร และจะมีวิธีการ หรือทำกิจกรรมอะไรบ้างในการแก้ไขปัญหาให้กับผู้สูงอายุ จะทำอย่างไรเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและให้การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับบริการดูแล ด้านสุขภาพและบริการด้านสังคมถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพและชุดสิทธิประโยชน์ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่นผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี เข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียม ส่วนข้อมูลที่ได้จากชุมชนก็ได้นำมาวิเคราะห์หาสาเหตุร่วมกันในที่ประชุม นอกจากนี้ เวลาไปเยี่ยมผู้ป่วยจะต้องสังเกตว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติอะไรบ้าง ต้องนำปัญหาที่พบมาแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ช่วยกันค้นหาสาเหตุ และวางแผนแก้ไขปัญหา จะเห็นว่าสมาชิกเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนและประชาชนอยู่ใกล้ชิดเหตุการณ์ รับทราบและเผชิญปัญหานั้นเอง การมีส่วนร่วมวิเคราะห์ปัญหาทำให้เกิดการแก้ไขปัญหาโดยพึ่งตนเอง			
1.3.4 การมีส่วนร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหา ขั้นการดำเนินการเป็นขั้นตอนที่สมาชิกเครือข่ายสุขภาพฯ มีส่วนร่วมในการสร้างประโยชน์โดยการสนับสนุนทรัพย์ วัสดุ อุปกรณ์ และแรงงานหรือเข้าร่วมบริหารงาน ประสานการดำเนินการขอความช่วยเหลือจากภายนอก โดยเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนฯ มีส่วนร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหา โดยจะเสนอแนวทางแก้ไขปัญหานั้นที่ประชุมเวทีทำแผนกองทุนสุขภาพตำบล เมื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ต้องทำอะไรบ้าง ถ้าไม่ทำอะไรก็จะเกิดอะไรขึ้น กลุ่มผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง จะมี การติดตามเยี่ยมบ้าน มีการฟื้นฟูสมรรถภาพ จะมีการวิเคราะห์ว่าส่วนใด ที่เกินความสามารถของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เช่น case ที่มีปัญหาค่อนข้างซับซ้อน เรื่องบ้าน ที่อยู่อาศัยที่จะต้องซ่อมแซม เครือข่ายสุขภาพที่เป็นกลุ่มกัน ผู้ใหญ่บ้านต้องเข้ามาบริหารจัดการเรื่องดังกล่าว เป็นต้น ส่วนผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager: CM) จะมีส่วนร่วมในการวางแผน Care plan และดำเนินการตามแผนร่วมกับ			

1. รูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	เหมาะสม	ควรแก้ไข	ข้อเสนอแนะ
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver), อสม. ผู้นำชุมชน และประชาชนในชุมชนแล้วแต่สภาพปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละคนที่ต้องแก้ไข			
1.3.5 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนจะต้องมีส่วนร่วมในการตรวจสอบถึงปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและร่วมกันในการหาทางแก้ปัญหาอุปสรรคนั้น เพื่อให้งานหรือภารกิจการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถสำเร็จลุล่วงตามเป้าหมายและมีการร่วมตรวจสอบและติดตาม การดำเนินการตามโครงการหรือกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงว่าเป็นไปตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์หรือไม่			
1.3.6 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ผลประโยชน์ที่เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน ได้รับจากการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ คือ เกิดความภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าในสิ่งที่ทำ นอกจากนี้ การดูแลผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดียังช่วยลดภาระงาน เพราะถ้ายังติดบ้าน ติดเตียง ก็ต้องดูแลเป็นพิเศษ ถ้าเขาเปลี่ยนจากติดเตียงเป็นกลุ่มติดสังคม หรือใช้ชีวิตได้ตามปกติเจ้าหน้าที่ก็ไม่ต้องดูแลมาก เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุ			
1.4 กระบวนการเรียนรู้			
1.4.1 การจัดการเรียนการสอนที่เน้นให้ผู้เรียน (เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนฯ) มีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนการสอน หรือเรียกว่าการศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empower Education) ที่มีจุดมุ่งหมายในการดูแลสุขภาพ ซึ่งมีกระบวนการเรียนรู้ที่เริ่มจากการฟัง (listening) การสนทนา (dialogue) และการปฏิบัติงาน (action) โดยให้เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนฯ นำประสบการณ์การทำงานในพื้นที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่พบในการปฏิบัติงานจริงมาใช้เป็นกรณีศึกษา (case study) โดยจัดให้มีส่วนร่วมในการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดระหว่างกัน ให้ร่วมระบุมปัญหา วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา และแนวทางแก้ไขปัญหา และสะท้อนกลับผลการปฏิบัติงานเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย ซึ่งวิธีวิธีการเรียนรู้แบบนี้ส่งเสริมให้เกิดการเพิ่มคุณค่าแห่งตน (self-esteem), การรับรู้ความสามารถในตนเอง (self-efficacy), การปรับปรุงตนเอง (self-improvement), ความรู้สึกไว้นั่นเชื่อใจ (a feeling of trust), ความรู้สึกผูกพัน (a sense of attachment), ความพึงพอใจในตนเอง (personal satisfaction), มีเชาวน์ปัญญาในการจัดการ (manage), หรือควบคุม (control), เพิ่มความสามารถในการแก้ปัญหา (problem solving), เพิ่มความสามารถในการสื่อสาร (communication), เพิ่มความสามารถในด้านภาวะผู้นำ (leadership), และทักษะการจัดการ (management skills)			
1.4.2 การฝึกอบรม ซึ่งมี 2 รูปแบบคือ การอบรมตามหลักสูตรมาตรฐานที่กำหนดโดยผู้จัดทำหลักสูตรจากส่วนกลาง นอกจากนั้นเครือข่ายสุขภาพยังต้องมีส่วนร่วมในการเสนอประเด็นที่อยากเรียนรู้เพิ่มเติม ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการค้นพบในการปฏิบัติงานแล้วต้องการศึกษา			
1.4.3 ส่งเสริมให้มีกระบวนการเรียนรู้ที่หลากหลาย มีเทคนิควิธีการที่นำมาใช้ในการเรียนรู้ร่วมกันหลายๆ วิธี เลือกตามความเหมาะสมกับสมาชิกและกิจกรรมที่จัดในแต่ละครั้ง ไม่ซ้ำซากอยู่เพียงเทคนิควิธีการเดียว เช่น การศึกษาคูณาน/เป็นแหล่งรับศึกษาคูณาน การถอดบทเรียนร่วมกัน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การใช้ระบบพี่เลี้ยง เป็นต้น			
1.5 การสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนต้องได้รับการสนับสนุนทรัพยากร ทั้งในด้านเงิน สิ่งของ อุปกรณ์ บุคลากร รวมทั้งข้อมูลที่เป็นต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งทรัพยากรนี้ต้องมาจากทั้งจากภาครัฐและภาคเอกชน โดยการสนับสนุนมีหลากหลายรูปแบบ เพื่อให้ภารกิจดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนฯ ดำเนินการร่วมกันนั้นบรรลุถึงเป้าหมาย			
1.6 การเสริมแรงในการทำงานให้แก่เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนมีความภูมิใจ และพึงพอใจกับการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุแข็งแรง มีสุขภาพที่ดีขึ้น ช่วยแบ่งเบาภาระของคนในครอบครัวผู้สูงอายุและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ในการเสริมแรงในการทำงานนี้ มีทั้งการเสริมแรงภายในเครือข่ายและจากภายนอกเครือข่ายโดยได้รับการยอมรับและชื่นชมผลการปฏิบัติงานทั้งจากหน่วยงานอื่นและตัวผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยเอง และประชาชนทั่วไป ทำให้เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนมีแรงจูงใจในการทำงานเพิ่มมากขึ้น			



2. ปัจจัยและเงื่อนไขการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	เหมาะสม	ควรแก้ไข	ข้อเสนอแนะ
<p><b>21 ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System) ที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีลักษณะดังนี้</b></p> <p>2.1.1 การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team)</p> <p>2.1.2 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community participation)</p> <p>2.1.3 การทำงานจนเกิดคุณค่า ทั้งกับผู้รับบริการ และผู้ให้บริการเอง (Appreciation and Quality)</p> <p>2.1.4 การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development)</p> <p>2.1.5 การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่เป็น (Essential care)</p>			
<p>2.1.1 การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team) การมีทีมงานที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน การดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้สำเร้จนั้น จำเป็นต้องอาศัยทีมงานร่วมในหลายระดับ หลายภาคส่วน ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการที่มีคุณภาพ มุ่งเน้นการทำงานร่วมกัน และเชื่อมประสานงานกัน มุ่งสู่การบรรลุเป้าหมายที่ทุกภาคส่วนร่วมตั้งไว้ ประกอบด้วย</p>			
<p>1) การกำหนดโครงสร้างการทำงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ใช้โครงสร้างการทำงานตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ประกอบด้วย 3 ภาคส่วน คือ ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ตามความเหมาะสม และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ และมีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการที่มีความเหมาะสมกับการดำเนินงานของแต่ละโครงการ และมีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการ LTC</p> <p>2) การกำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ โดยเน้นให้กรรมการเข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบและกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละส่วนว่าส่วนไหนมีความเหมาะสมที่จะทำอะไร และมีความสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ มีการบูรณาการการทำงานร่วมกันตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน และเป็นการแก้ไขปัญหาหลายๆ อย่างได้พร้อมๆ กัน</p>			
<p>3) มีการประชุมร่วมกันทั้งแบบเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ ความถี่ของการประชุมยึดตามความจำเป็น และเหมาะสม</p>			
<p>4) มีการนำข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่มาวิเคราะห์ และนำไปใช้วางแผนขับเคลื่อนการดำเนินการแก้ไขปัญหา โดยใช้ฐานข้อมูลของสาธารณสุข</p>			
<p>5) มีการจัดทำโครงการแก้ไขปัญหาลุทธิภาพในพื้นที่ตามลำดับความสำคัญ</p>			
<p>2.1.2 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community participation) ทุกภาคส่วนในระดับอำเภอมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการพัฒนา ประกอบด้วย</p>			
<p>1) การมีส่วนร่วมในการให้/รับรู้ข้อมูลข่าวสารหรือรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น หน่วยงานด้านสาธารณสุขจะเข้าไปมีส่วนร่วมในเวทีประชุมของกำนันผู้ใหญ่บ้าน เข้าไปประชาสัมพันธ์เรื่องขอประเด็นสุขภาพ ซึ่งในเวทีการประชุมประจำเดือนกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สาธารณสุขอำเภอ หรือตัวแทน จะเข้ามาประชุมทุกเดือน และมีการให้ข้อมูลประเด็นปัญหาเรื่องสุขภาพ เช่น ประชาสัมพันธ์เรื่องการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุ โรคไข้เลือดออกระบาด กำนันผู้ใหญ่บ้านก็จะนำความรู้ไปถ่ายทอดให้ประชาชนในหมู่บ้าน</p>			
<p>2) การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหาและจัดลำดับความสำคัญ การค้นหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาจะใช้เวทีของการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยจับประเด็นปัญหาสำคัญของจัดลำดับความสำคัญเพื่อขับเคลื่อน เช่น ปัญหาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง</p>			
<p>3) การมีส่วนร่วมค้นหาสาเหตุของปัญหา หน่วยงานสาธารณสุขจะเป็นหน่วยงานหลักในการให้ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ แล้วข้อมูลจะถูกนำมาเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการ พชอ. โดยคณะกรรมการฯ ที่ร่วมประชุมก็จะต้องมีส่วนร่วมในการหาสาเหตุ หาทางแก้ไข ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</p>			
<p>4) การมีส่วนร่วมกำหนดวิธีการแก้ปัญหา</p>			
<p>5) การมีส่วนร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหา</p>			
<p>6) มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ใช้ทั้งแบบวิชาการและแบบธรรมชาติ คือ การประเมินความร่วมไม้ร่วมมือของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง คั้นข้อมูลให้แก่ชุมชน และนำผลการประเมินผลการ</p>			

ดำเนินงานด้านการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาวิเคราะห์ และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยการประเมินผลเน้นความยืดหยุ่นและไม่เป็นทางการ			
7) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ผลประโยชน์ที่คณะกรรมการ พขอ. ได้รับจากการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ คือ ความสุข ความภูมิใจ และรู้สึก พึ่งพอใจ เป็นการรับผลประโยชน์ร่วมกัน เมื่องานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประสบความสำเร็จ ถ้าผู้ป่วยคนใดที่ได้รับการดูแลแล้วดีขึ้น การรับประโยชน์ไม่ได้เป็นทางวัตถุแต่เป็นทางจิตใจ เกิดความภาคภูมิใจ			
2.1.3 การทำงานจนเกิดคุณค่า ทั้งกับผู้รับบริการ และผู้ให้บริการเอง (Appreciation and Quality) เครือข่ายสุขภาพอำเภอ/คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) สนับสนุนให้เครือข่ายบริการปฐมภูมิมีการจัดบริการสุขภาพที่มีความครอบคลุมและมีคุณภาพแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนให้มีความเหมาะสม สอดคล้องกับความจำเป็นหรือความต้องการ และสภาพปัญหาทางด้านสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีการยกย่องเชิดชูคณะทำงานและเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนที่ปฏิบัติงานดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประสบผลสำเร็จ เป็นการสร้างคุณค่าให้เกิดขึ้น มีความภาคภูมิใจต่อผลงานที่มีคุณภาพ ทั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอและเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรวมทั้งญาติที่มีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ			
2.1.4 การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development) การดำเนินงานด้านการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีการกึ่งที่กว้างขวาง แต่ทรัพยากรมีอยู่อย่างจำกัด การจัดสรรทรัพยากรต้องมีความโปร่งใส ยุติธรรม สอดคล้องกับภาระงาน และได้รับการยอมรับจากทุกฝ่าย นอกจากนี้ สถานการณ์ด้านกำลังคนมีแนวโน้มลดลง ขณะที่จำนวนผู้สูงอายุและความต้องการบริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ภาระงานของเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้น ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพต้องมีการแบ่งปันทรัพยากรอย่างเหมาะสม ดังนี้			
1) การแบ่งปันทรัพยากร (Resource sharing) ประกอบด้วย			
1.1) ด้านบุคลากร มีการสร้างให้เกิดการนำร่วม คือ ร่วมกันกำหนดวิสัยทัศน์ เป้าประสงค์ ค่านิยม ความคาดหวังในผลการดำเนินงาน และการเกื้อกูลกันและกัน ทำให้เกิดความร่วมมือกันในการทำงานมีการแบ่งปันทรัพยากรด้านเจ้าหน้าที่ระหว่างโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ตามความรู้ ความสามารถในแต่ละสาขา และความจำเป็นของพื้นที่			
1.2) ด้านงบประมาณ งบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงาน มี 2 ส่วน คือ งบประมาณแผ่นดิน เป็นเงินที่ได้รับการจัดสรรมาจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และเงินที่มาจากท้องถิ่น และงบประมาณที่ไม่ใช่งบประมาณแผ่นดิน ซึ่งมีหลากหลาย เช่น เงินบริจาค เงินที่เกิดจากการระดมทุน และเงินที่ได้รับจากกองทุนต่างๆ ซึ่งเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานด้านการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) จะมีความสามารถในการระดมทุนจากงบประมาณที่ไม่ใช่งบประมาณแผ่นดินได้เป็นจำนวนมาก			
1.3) ด้านเครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ มีคลังวัสดุหรือธนาคารเครื่องมือสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสำหรับผู้ป่วยเฝ้าไข้ เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องกระตุ้นหัวใจ เตียงคนไข้ อุปกรณ์ช่วยเดิน และอุปกรณ์อย่างอื่นๆ ซึ่งอุปกรณ์ดังกล่าวได้มาจากทั้งงบประมาณและจากการบริจาค			
1.4) ด้านความรู้ การพัฒนาความรู้ให้กับสมาชิกเครือข่ายจะเป็นไปโดยธรรมชาติ ก็คือสมาชิกของเครือข่ายไม่ว่าจะเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, อสม., ผู้ดูแลผู้สูงอายุ หรือจิตอาสา จะได้รับการพัฒนาความรู้ และการฝึกทักษะ โดยการสอน และการอบรมจนทุกคนสามารถไปเป็นผู้เชี่ยวชาญในบทบาทต่างๆ ที่ร่วมกันดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง นอกจากนี้ จะต้องใช้วิธีการสอน และฝึกปฏิบัติที่หน้างาน เพราะการสอนโดยทฤษฎีเป็นแค่จุดเริ่มต้นของการสร้างแนวคิด จะไม่ครอบคลุม จะมีคำถามหรือข้อประเด็นสงสัยเชิงลึกตามมา ฉะนั้น การสอนที่หน้างานจะครอบคลุมกว่า แนะนำแล้วจะทำให้เกิดความสะดวกและเข้าใจมากกว่า			
1.5) ด้านเทคโนโลยี ใช้เทคโนโลยีการสื่อสารที่แต่ละคนมีอยู่ และใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ของกระทรวงสาธารณสุขในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย โปรแกรม HosXP ในการบันทึกข้อมูล ใช้โทรศัพท์มือถือ หรือไลน์ ในการสื่อสารข้อมูล หรือขอคำปรึกษา แล้วจึงนำข้อมูลเหล่านั้นมาแบ่งปันคืนข้อมูล เช่น การส่งภาพแผลผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่ และผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อขอคำปรึกษาจากแพทย์ ทุกอย่างจะเป็นกลไกที่อยู่ภายใต้เทคโนโลยีที่เราจับต้องได้			
1.6) ด้านฐานข้อมูล ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ของกระทรวงสาธารณสุขในการรวบรวมข้อมูล คือ ใช้โปรแกรม HosXP ในการบันทึกข้อมูล และมีการคืนข้อมูลให้บุคคลเป้าหมายเพื่อนำไปวิเคราะห์วางแผนในการทำงาน นอกจากนี้ ภาควิชาเครือข่ายในพื้นที่ เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. จะส่งข้อมูลผู้สูงอายุให้กับคณะกรรมการหมู่บ้าน หรือทางสาธารณสุข ทำให้รับทราบข้อมูลถึงสภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ รวมถึงผู้ป่วยติดเตียง และส่งต่อไปยังท้องถิ่น หรืออำเภอด้วย			
2) ทรัพยากรจากภาครัฐ ทรัพยากรจากภาครัฐที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะได้จากงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), งบประมาณจากกองทุนสุขภาพ			

ตำบล นอกจากนี้ องค์การบริหาร ส่วนจังหวัด (อบจ.) สนับสนุนงบประมาณใช้สำหรับสร้างบ้าน ซึ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีฐานะยากจน ก็จะได้รับพิจารณาเป็นอันดับต้น ๆ			
3) การระดมทุนในการดูแลผู้สูงอายุ การระดมทุนจากภาคเอกชนมีหลายรูปแบบ หรือมีหลายระดับ เช่น การบริจาคเงินจ้างนักบริบาลเพื่อดูแลคนไข้ ดัดเตียง มีการจัดผ้าป่าสามัคคี กองทุนจิตอาสา การสนับสนุนเตียงผู้ป่วยหนักที่ต้องใช้เครื่อง EKG และอุปกรณ์เครื่องใช้สำหรับผู้ป่วย จากภาคเอกชน เป็นต้น			
4) การบริหารจัดการด้านการแข่งขันทรัพยากร ทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงานส่วนใหญ่เป็นของภาครัฐ ในการจัดสรรทรัพยากรจะผ่านกระบวนการของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ในส่วนของกองทุน Long Term Care จะมีคณะกรรมการของกองทุนเป็นผู้พิจารณา และงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนจากภาคเอกชน จะมีการตั้งคณะกรรมการขึ้นมาพิจารณาจัดสรรให้เกิดความเหมาะสม และเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของผู้บริจาคที่บริจาค			
5) การจัดตั้งทีมสหวิชาชีพหรือทีมสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ จะมีการจัดตั้งทีมสหวิชาชีพหรือทีมสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือให้คำปรึกษาเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และสมาชิกเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยส่วนใหญ่ทีมสหวิชาชีพจะลงไปดูผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน มีภาวะยากลำบาก เช่น กลุ่ม Stroke จะไปลงไปทุกราย โดยมีนักกายภาพเป็นหลัก มีพยาบาล มีเภสัชกรไปดูแลเรื่องยา			
6) การบริหารจัดการด้านการพัฒนาบุคลากร (human development)คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) จะมีการจัดทำแผนด้านการพัฒนาบุคลากรและการอบรมฟื้นฟูความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง นอกจากนี้ ก็ยังมีการพัฒนาความรู้ให้กับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.), ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver: CG) โดยใช้งบประมาณของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), กองทุนตำบลและหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น			
2.1.5 การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential care) เน้นการจัดการปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่สอดคล้องตามบริบทและวัฒนธรรม รวมทั้งสภาพปัญหาสุขภาพครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึงบริการ (Accessibility) อย่างเท่าเทียม ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity) การเชื่อมโยงประสาน (Coordination) การให้บริการ แบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensiveness) และชุมชนมีส่วนร่วม (Community Participation) ประกอบด้วย			
1) สืบค้นข้อมูลผู้สูงอายุ คัดกรองสุขภาพโดยใช้แบบประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน และแยกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง เพื่อใช้เป็นข้อมูลวางแผนการดูแล			
2) วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ ทำการประเมินสุขภาพ เพื่อค้นหาปัญหา และจัดทำ Care Plan			
3) ให้บริการด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการคืนข้อมูลให้กับเครือข่ายที่เป็นเจ้าของร่วมกัน แยกเป็นรายบุคคล ซึ่งมีความซับซ้อนของปัญหาที่แตกต่างกัน จากนั้นจึงวางแผนลงเยี่ยมผู้ป่วย			
2.2 ปัจจัยและเงื่อนไขที่ทำให้ระบบสุขภาพอำเภอสามารถผลักดันให้เกิดการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอเป็นหนึ่งเดียวกัน (Unity District Health Team), การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community participation), การทำงานจนเกิดคุณค่า ทั้งกับผู้รับบริการ และผู้ให้บริการเอง (Appreciation and Quality), การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development), การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential care) ประกอบด้วย			
2.2.1 ความเชื่อมั่น คือ ต้องเชื่อมั่นว่าการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุเป็นงานที่ดีมีคุณค่า เชื่อในศักยภาพมิตร ในบรรยากาศการทำงาน เพราะอุปสรรคในการดำเนินงานมีมาก เวลาลงมือปฏิบัติจริงจะมีข้อจำกัด ภาระงานต่างๆ ถ้าไม่เชื่อมั่นในระบบจริงๆ จะเกิดความท้อถอย การเชื่อวาระบนี้นี้ จะทำให้มองเห็นมุมมองต่างๆ			
2.2.2 ต้องเห็นถึงกรอบแนวคิดใหม่ เพราะแนวคิดเดิมจะมองว่าผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนเป็นเจ้าของทรัพยากร อาจจะหวงแหนทรัพยากร ไม่แบ่งปันให้ปฐมภูมิ จะมองเพียงว่าเป็นเรื่องของโรงพยาบาล เพราะฉะนั้น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลต้องมีมุมมองที่นอกเหนือโรงพยาบาล แล้วมาแชร์ทรัพยากรร่วมกัน			
2.2.3 สมรรถนะของผู้นำ คือ ผู้นำหรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนต้องมีสมรรถนะ มุมมอง มีกระบวนการทัศน์ (Paradigm) เชื่อระบบ แล้วก็มองออกนอกหัวโรงพยาบาล ความเป็นตัวตั้ง มีตรว			



กัลยาณมิตร ทำงานด้วยความเป็นเพื่อนกันมีความร่วมมือกัน มีการแบ่งปันทรัพยากรร่วมกัน			
2.2.4 การที่นายอำเภอให้ความสำคัญและเข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจัง นายอำเภอในฐานะประธานคณะกรรมการระบบสุขภาพอำเภอให้ความสำคัญและเข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการดูแลผู้สูงอายุ ต้องอาศัยนายอำเภอในการสร้างแรงจูงใจเป็นแม่เหล็กในการดึงดูดทุกฝ่ายให้เข้ามามีส่วนร่วม			
2.2.5 ผู้นำมีความจริงใจ ให้เกียรติซึ่งกันและกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลการประสานงานและให้การสนับสนุนซึ่งกันและกัน ระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ทุกระดับทั้งในส่วนของทั้งโรงพยาบาลสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)			
2.2.6 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนมีแนวคิดและเห็นคุณค่าของงานด้านปฐมภูมิ เข้าใจบริบท มีใจที่จะทำงาน สามารถรวมใจ รวมถึงเจ้าหน้าที่ทั้งในส่วนของ โรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และภาคีเครือข่ายในชุมชน สร้างทีมงานที่เป็นหนึ่งเดียวกัน ให้เกียรติซึ่งกันและกัน			
2.2.7 การมองเห็นและเข้าใจถึงโอกาสการประสานและเชื่อมโยงการทำงาน ผู้นำทั้งฝ่ายสาธารณสุขและผู้นำที่อยู่นอกหน่วยงานสาธารณสุขที่มีอยู่ในอำเภอ ไม่ว่าจะท้องที่ ท้องถิ่น หรือหัวหน้าส่วนราชการต่างๆ ต้องมองเห็นและเข้าใจถึงโอกาสในการประสานเชื่อมโยงการทำงาน ต้องให้เกียรติให้คุณค่ากับเครือข่ายตั้งแต่ระดับผู้นำ มองเห็นคุณค่าของภาคส่วนต่างๆ ที่เราจะร่วมมือกัน และการมองเห็นคุณค่าของพลังของผู้ตามทั้งหมด เพราะหลายเรื่องผู้ตามเป็นคนทำ รายละเอียดผู้นำไม่ได้ทำ เพราะฉะนั้น ผู้ปฏิบัติทั้งหมดจึงมีคุณค่า			
2.2.8 การแสดงให้เห็นถึงความร่วมมืออย่างจริงจังของผู้นำ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอ ต้องแสดงให้เห็นถึงความร่วมมืออย่างจริงจัง ทั้งในเวทีประชุมเป็นทางการ หรือการลงมือทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งจะเป็นการสื่อสารที่ทรงพลัง โดยใช้ระบบสุขภาพอำเภอเป็นกรอบแนวคิดการดำเนินงาน โดยผู้ปฏิบัติ เมื่อเห็นผู้นำทำก็จะทำตาม ต้องมีการเสริมพลังให้กับผู้ปฏิบัติและเครือข่ายนอกหน่วยงานซึ่งผลผลิตสุดท้ายจะได้เพื่อน และเครือข่ายร่วมทำงาน จะมีความรู้สึกต่อกันมากกว่าความเป็นตำแหน่งหน้าที่ รู้สึกเป็นกัลยาณมิตร เป็นเพื่อนที่ทำงานร่วมกันในอำเภอ			
2.2.9 ผู้นำมีความซื่อสัตย์ ความโปร่งใส			
2.2.10 นโยบายมีความชัดเจน ผู้บริหารทุกระดับเห็นด้วย และให้ความสำคัญ มีการสั่งการ การสื่อสาร ประชาสัมพันธ์นโยบายในเวทีการประชุมต่างๆ ในพื้นที่ทุกระดับ ทำให้เกิดการปลุกกระแสให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม			
2.2.11 การทำงานร่วมกันอย่างกัลยาณมิตร ด้วยความจริงใจและความรัก ความผูกพันที่มีต่อพื้นที่และประชาชน เปิดใจให้กว้าง เกื้อกูลซึ่งกันและกัน เพราะความเป็นกัลยาณมิตรกันทำให้ไม่มีโอกาสทำงานร่วมกันเครือข่ายอื่นๆ			
<b>2.3 ปัจจัยและเงื่อนไขการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนที่เกิดขึ้นในระดับตำบล</b>			
2.3.1 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้ที่มีทุนทางสังคม(Social Capital) นำไปสู่การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือจากผู้นำท้องถิ่น ผู้นำท้องที่ และประชาชนในชุมชน			
2.3.2 การได้รับคำชื่นชมจากทุกฝ่าย ทำให้เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเกิดกำลังใจในการทำงานและเป็นแรงผลักดันให้การดำเนินงานดูแลและขยายสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงบรรลุเป้าหมาย			
2.3.3 สมาชิกเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนทุกคนต้องมึจิตใจเสียสละ และทำงานอย่างเต็มกำลังความสามารถ			
2.3.4 ความเสียสละ ความชื่นชม ทีมงานมีความสามัคคี การยอมรับนับถือกันและกัน การช่วยเหลือเกื้อกูลของภาคีในพื้นที่			
2.3.5 งบประมาณเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้การดำเนินงานการดูแลและขยายสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ			
2.3.6 ความมุ่งมั่น ตั้งใจและทำอย่างจริงจังของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีการทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง และภาคีได้รับความร่วมมือใน การดำเนินงานจากเครือข่ายต่างๆ ในพื้นที่ เพราะเป็นการทำงานที่ได้มอบสิ่งดี ๆ และได้ทำประโยชน์ให้กับชุมชน			
2.3.7 ทำงานให้เกิดผลสัมฤทธิ์ ด้วยจิตวิญญาณในสาขาวิชาชีพ ทำให้เห็นว่าทำแล้วสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดีขึ้นจริง ประชาชนและภาคีเครือข่ายในพื้นที่จะเล็งเห็นความสำคัญให้ความร่วมมือ งานก็จะประสบความสำเร็จ			
2.3.8 ต้องเกิดจากการบูรณาการจากหลาย ๆ ภาคส่วน หน่วยงานหลักอย่างสาธารณสุขต้องได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานหรือเครือข่ายอื่นๆ เพราะ หากไม่ได้รับการสนับสนุนจะทำให้การ			



ภาคผนวก ข

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบร่าง ให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อรูปแบบการมีส่วนร่วม  
และการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพ  
การดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง



395274695

CD Theses 5684471727 dissertation / recv: 06082562 15:28:18 / seq: 7

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจ  
เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มี  
ภาวะพึ่งพิง

1. ดร.นายแพทย์อิทธิพล สูงแข็ง ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
2. นายแพทย์ยงยศ ธรรมวุฒิ ที่ปรึกษาระดับกระทรวง **นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ** (ด้านเวชกรรม  
ป้องกัน)
3. แพทย์หญิงอัจฉรา นิธิอภิญญาสกุล ตำแหน่ง สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ 9  
กระทรวงสาธารณสุข
4. นายแพทย์สุผล ตติยนันทพร นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)  
รองนายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา
5. นายแพทย์ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแก่งคอย รักษาราชการ  
ในตำแหน่งนายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระบุรี
6. นายแพทย์สันติ ลาภเบญจกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าม่วง จังหวัดลพบุรี



395274695



ที่ อว.64.6(2791.01)/62-2134

คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ถนนพญาไท กรุงเทพมหานคร 10330

14 มิถุนายน 2562

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

เรียน ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข (ดร.นายแพทย์อิทธิพล สูงแข็ง)

สิ่งที่ส่งมาด้วย ร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน ฯ

ด้วย นางสาวมนทิรา อุดมานันท์ นิสิตหลักสูตรครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศึกษา ภาควิชา นโยบายน การจัดการและความเป็นผู้นำทางการศึกษา อยู่ระหว่างการค้าเนินงานวิจัยวิทยานิพนธ์เรื่อง "รูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชื่นชนก โควรินทร์ และรองศาสตราจารย์ ดร.วีตนา สำโรงทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ในการนี้จึงขอเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งนี้ นิสิตผู้วิจัยจะได้ประสานงานในรายละเอียดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิดังกล่าวเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาต่อไป และขอขอบคุณมาในโอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุมาลี ชินกุล)

รองคณบดี

ปฏิบัติภาระแทนคณบดี

กลุ่มภารกิจบริการการศึกษา ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-2565-97 ต่อ 6732

เบอร์โทรศัพท์ผู้วิจัย: 08 1976 7559 email: Muttwanung@yahoo.com



ที่ อว.64.6(2791.01)/62- 2125

คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ถนนพญาไท กรุงเทพมหานคร 10330

14 มิถุนายน 2562

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

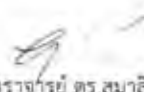
เรียน ที่ปรึกษาระดับกระทรวง นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) (นายแพทย์ยงยศ ธรรมวุฒิ)

สิ่งที่ส่งมาด้วย ร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน ฯ

ด้วย นางสาวมณฑิรา อุดมานันท์ นิสิตหลักสูตรครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศึกษา ภาควิชา นโยบายน การจัดการและความเป็นผู้นำทางการศึกษา อยู่ระหว่างการดำเนินงานวิจัยวิทยานิพนธ์เรื่อง "รูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชินชนก โควินท์ และรองศาสตราจารย์ ดร.วิคณา สำโรงทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ในการนี้จึงขอเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งนี้สัปดาห์วิจัยจะได้ประสานงานในรายละเอียดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิดังกล่าวเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป และขอขอบคุณมาในโอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร.สุมาลี ชีโนกุล)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดี

กลุ่มภารกิจบริการการศึกษา ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-2565-97 คอ 6732

เบอร์โทรที่พท์ผู้วิจัย: 08 1976 7559 email: Muttamanun@yahoo.com



ที่ อว.64.6(2791.01)/62-2127

คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ถนนพญาไท กรุงเทพมหานคร 10330

14 มิถุนายน 2562

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

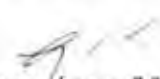
เรียน สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ 9 (แพทย์หญิงอังฉรา นิธิอภิญาสกุล)

สิ่งที่ส่งมาด้วย ร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน ฯ

ด้วย นางสาวมนสิรา อุตมานันท์ นิสิตหลักสูตรครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศึกษา ภาควิชานโยบาย การจัดการและความเป็นผู้นำทางการศึกษา อยู่ระหว่างการดำเนินงานวิจัยวิทยานิพนธ์เรื่อง "รูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชินชนก โควินท์ และรองศาสตราจารย์ ดร.รัตนา สำโรงทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ในกรณีจึงขอเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งนี้ นิสิตผู้วิจัยจะได้ประสานงานในรายละเอียดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิดังกล่าวเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป และขอขอบคุณมาในโอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุมาลี ชีโนกุล)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดี

กลุ่มภารกิจบริการการศึกษา ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-2565-97 ต่อ 6732

เบอร์โทรศัพท์ผู้วิจัย: 08 1976 7559 email: Muttamanun@yahoo.com



ที่ อว.64.6(2791.01)/62-2129

คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ถนนพญาไท กรุงเทพมหานคร 10330

14 มิถุนายน 2562

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพพระคัมภีร์ชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง


เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

สิ่งที่ส่งมาด้วย ร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพพระคัมภีร์ชุมชน ฯ

ด้วย นางสาวมนทิรา มุตมานันท์ นิสิตหลักสูตรครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศึกษา ภาควิชานโยบาย การจัดการและความเป็นผู้นำทางการศึกษา อยู่ระหว่างการดำเนินงานวิจัยวิทยานิพนธ์เรื่อง "รูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพพระคัมภีร์ชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชื่นชนก โควินท์ และรองศาสตราจารย์ ดร.วิดิศา สำโรงทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ในกรณีนี้ จึงขอเชิญ นายแพทย์สุพล ศดิยน์นันทพร ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) รองนายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพพระคัมภีร์ชุมชน ฯ ทั้งนี้ นิสิตผู้วิจัยจะได้ประสานงานในรายละเอียดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดอนุญาตให้ นายแพทย์สุพล ศดิยน์นันทพร เป็นผู้ทรงคุณวุฒิดังกล่าว เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป และขอขอบคุณมาในโอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุมาลี ชีโนกุล)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดี

กลุ่มภารกิจบริการการศึกษา ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-2565-97 ต่อ 6732

เบอร์โทรศัพท์ผู้วิจัย: 08 1976 7559 email: Muttamaniun@yahoo.com





ที่ ศษ.64.6(2791.01)/62- 2128

คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ถนนพญาไท กรุงเทพมหานคร 10330

14 มิถุนายน 2562

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง


เรียน รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์ประสิทธิ์ชัย มิ่งจิตร์)

สิ่งที่ส่งมาด้วย ร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน ฯ

ด้วย นางสาวมนสิรา อุดมานันท์ นิสิตหลักสูตรครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศึกษา ภาควิชานโยบาย การจัดการและความเป็นผู้นำทางการศึกษา อยู่ระหว่างการทำนิพนธ์วิทยานิพนธ์เรื่อง "รูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชินชนก โควินท์ และรองศาสตราจารย์ ดร.รัตนา สำโรงทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ในกรณีนี้จึงขอเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งนี้ นิสิตผู้วิจัยจะได้ประสานงานในรายละเอียดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิดังกล่าวเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป และขอขอบคุณมาในโอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุมาลี ชีโนกุล)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดี

กลุ่มภารกิจบริการการศึกษา ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-2565-97 ต่อ 6732

เบอร์โทรศัพท์ผู้วิจัย: 08 1976 7559 email: Muttamanun@yahoo.com



ที่ ๘๖.๖๔.๖(๒๗๙๑.๐๑)/๖๒- ๒๑๓๐

คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ถนนพญาไท กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๓๐

๑๔ มิถุนายน ๒๕๖๒

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าแร่ จังหวัดสกลนคร (นายแพทย์สันติ ลาภเบญจกุล)

สิ่งที่ส่งมาด้วย ร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน ฯ

ด้วย นางสาวมนทิรา อุดมานันท์ นิสิตหลักสูตรครุศาสตรศึกษบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศึกษา ภาควิชา นโยบายน การจัดการและความเป็นผู้นำทางการศึกษา อยู่ระหว่างการทำนิพนธ์เรื่อง “รูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชินชนก โควินท์ และรองศาสตราจารย์ ดร.วิศนา สำโรงทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ในกรณีนี้จึงขอเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งนี้ นิสิตผู้วิจัยจะได้ประสานงานในรายละเอียดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิดังกล่าวเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป และขอขอบคุณมาในโอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุนาลี ชีโนกุล)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดี

กลุ่มภารกิจบริการการศึกษา ฝ่ายวิชาการ

โทร. ๐-๒๒๑๘-๒๕๖๕-๙๗ ต่อ ๖๗๓๒

เบอร์โทรศัพท์ผู้วิจัย: ๐๘ ๑๙๗๖ ๗๕๕๙ email: Muttamanun@yahoo.com

ภาคผนวก ค

แบบสัมภาษณ์ชุดที่ 1 -แบบสัมภาษณ์ชุดที่ 4



395274695

CU Theslis 5684471727 dissertation / recv: 06082562 15:28:18 / seq: 7

## แบบสัมภาษณ์

**การวิจัยเรื่อง** รูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice)

2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยและเงื่อนไขของการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice)

3. เพื่อนำเสนอรูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

แบ่งผู้ให้สัมภาษณ์เป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
2. สมาชิกเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน
3. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
4. สมาชิกในครอบครัวหรือญาติซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

แบบสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 4 ชุด ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์สมาชิกเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์สมาชิกในครอบครัวหรือญาติซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ

พึ่งพิง



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

**การวิจัยเรื่อง รูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน  
เพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง**

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน  
เพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

**แบบสัมภาษณ์ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)**

**ตอนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

1. ชื่อ .....
2. เพศ .....
3. อายุ .....
4. ตำแหน่ง - ตำแหน่งในงานประจำที่ปฏิบัติ .....
- ตำแหน่งในระบบสุขภาพอำเภอ .....
5. ประสบการณ์การทำงานในระบบสุขภาพอำเภอ จำนวน ..... เดือน / ปี
- ลักษณะงานที่ทำในระบบสุขภาพอำเภอ .....

**ตอนที่ 2 รูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพ**

**การดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง**

**การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team)**

1. อำเภอของท่านมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) หรือไม่ และ  
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เกิดขึ้นได้อย่างไร
2. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของท่าน มีโครงสร้างการทำงานหรือไม่  
อย่างไร
3. มีใครหรือหน่วยงานใดบ้างร่วมเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ  
มีคำสั่งแต่งตั้งหรือไม่ อย่างไร
4. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ของท่าน มีการกำหนดอำนาจหน้าที่ใน  
การปฏิบัติงานหรือไม่ อย่างไร

5. ท่านคิดว่าคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ของท่าน แสดงบทบาทเหมาะสมกับอำนาจหน้าที่หรือไม่ อย่างไรบ้าง

6. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ของท่าน มีการประชุมร่วมกันบ้างหรือไม่ เรื่องอะไรบ้าง บ่อยครั้งแค่ไหน

7. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ของท่านมีการนำข้อมูลปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่มาวิเคราะห์หรือไม่ อย่างไร และนำมาใช้อย่างไร

8. อำเภอของท่านได้จัดทำโครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนหรือไม่ เรื่องอะไรบ้าง มีขั้นตอน หรือวิธีการอย่างไร

9. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ของท่านมีกิจกรรมประเมินผลการดำเนินงานด้านสุขภาพของอำเภอหรือไม่ อย่างไร

10. อำเภอของท่านมีการนำผลการประเมินผลการดำเนินงานด้านสุขภาพมาวิเคราะห์ และพัฒนาอย่างต่อเนื่องหรือไม่ อย่างไร

11. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ของท่านมีการนำข้อมูลสถานการณ์ และปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่มาวิเคราะห์หรือไม่ อย่างไร และนำมาใช้อย่างไร

12. อำเภอของท่านได้จัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพและแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุหรือไม่ เรื่องอะไรบ้าง มีขั้นตอน หรือวิธีการอย่างไร และมีโครงการอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยตรง

13. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ของท่าน มีกิจกรรมประเมินผลการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุหรือไม่ อย่างไร

14. อำเภอของท่านมีการนำผลการประเมินผลการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ มาวิเคราะห์ และพัฒนาอย่างต่อเนื่องหรือไม่ อย่างไร

#### **การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community participation)**

1. ภาคส่วนต่างๆ ในระดับอำเภอ มีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพในขั้นตอนต่างๆ เหล่านี้ อย่างไร

1.1 ร่วมรับรู้

1.2 ร่วมคิด

1.3 ร่วมดำเนินการ



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

1.4 ร่วมประเมินผล

1.5 อื่น ๆ .....

2. ชุมชนหรือเครือข่ายสุขภาพ มีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพในขั้นตอนต่างๆ เหล่านี้  
อย่างไร

1.1 ร่วมรับรู้

1.2 ร่วมคิด

1.3 ร่วมดำเนินการ

1.4 ร่วมประเมินผล

1.5 อื่นๆ .....

**การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development)**

1. การแบ่งปันทรัพยากร (Resource sharing) ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน  
อำเภอของท่านในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้ มีวิธีการอย่างไร

1.1 คน

1.2 เงิน

1.3 เครื่องมือ

1.4 ความรู้

1.5 เทคโนโลยี

1.6 ฐานข้อมูล

2. ทรัพยากรจากภาครัฐ ที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่อำเภอของท่าน  
ได้มาจากหน่วยงานใดบ้าง

3. ในอำเภอของท่านมีการระดมทุนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากภาคเอกชน  
หรือไม่ หากมี ใช้วิธีการใดบ้าง

4. การบริหารจัดการด้านการแบ่งปันทรัพยากร (resource sharing) ในการดูแลผู้สูงอายุ  
ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่อำเภอของท่าน ใช้วิธีการใด มีขั้นตอนอย่างไร



395274695

CD Theses 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

5. อำเภอของท่านมีการจัดตั้งทีมสหวิชาชีพหรือทีมสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือให้คำปรึกษาเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และสมาชิกเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือไม่ อย่างไร

6. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือหน่วยบริการในอำเภอของท่านมีแพทย์ให้คำปรึกษา หรือร่วมในทีมสุขภาพหรือไม่ เรื่องอะไรบ้าง มีคำสั่งชัดเจนหรือไม่

7. ทีมสหวิชาชีพหรือทีมสุขภาพมีการประชุมร่วมกัน เพื่อวางแผนปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือไม่ อย่างไร

8. แพทย์ร่วมออกหน่วยบริการผู้สูงอายุใน รพ.สต. หรือในชุมชน หรือไม่ บ่อยครั้งแค่ไหน

9. มีหน่วยงานใดบ้างให้การสนับสนุนการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอของท่าน และให้การสนับสนุนอย่างไร

10. การบริหารจัดการด้านการพัฒนาบุคลากร (human development) ระดับต่างๆ เพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่อำเภอของท่าน ใช้วิธีการใด มีขั้นตอนอย่างไร

11. อำเภอของท่านมีแผนพัฒนาบุคลากรระดับต่างๆ เพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือไม่ อย่างไร

12. การพัฒนาบุคลากรระดับต่างๆ เพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในอำเภอของท่าน ใช้วิธีการใดบ้าง

13. อำเภอของท่านมีการติดตามนิเทศงานด้านสุขภาพ หรือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยทีมสุขภาพในระดับอำเภอ ระดับตำบล และภาคีเครือข่ายหรือไม่ อย่างไร

#### **การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential care)**

1. อำเภอของท่านมีกลุ่มเป้าหมายการดูแลสุขภาพตามกลุ่มวัยหรือไม่ อย่างไร

2. อำเภอของท่านมีการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มวัยหรือไม่ และมีวิธีการดำเนินการแก้ไขปัญหา หรือให้บริการในแต่ละกลุ่มเป้าหมายอย่างไร

3. อำเภอของท่านมีการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างไร โปรดอธิบายรูปแบบการให้บริการ



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7



4. ภาคีเครือข่ายในอำเภอของท่านได้มีส่วนร่วมในการให้บริการด้านสุขภาพที่จำเป็นในพื้นที่ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือไม่ มีภาคีเครือข่ายใดบ้างที่เข้ามามีส่วนร่วม และมีวิธีการอย่างไร

5. การให้บริการผู้สูงอายุทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ มีการเชื่อมโยงและประสานบริการของสถานพยาบาลระดับต่างๆ และเชื่อมโยงสู่ชุมชนอย่างไร โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

6. อื่น ๆ .....

### ตอนที่ 3 รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และภาคีเครือข่ายสุขภาพในอำเภอของท่านมีแนวทาง ขั้นตอน และวิธีการอย่างไรในการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้

- กระบวนการพัฒนาความสามารถในการแก้ไขปัญหา
- การสร้างความสามารถในการสื่อสาร
- การสร้างทักษะความเป็นผู้นำ
- การสร้างความสามารถในการจัดการและควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อม
- การสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองที่จะสามารถดูแลตนเอง ครอบครัว

และทำงานเพื่อชุมชน

2. ท่านคิดว่า แนวทาง ขั้นตอน และวิธีการที่ใช้ในการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างมีประสิทธิภาพ/ประสิทธิผล คืออะไร และอย่างไร

3. อื่น ๆ .....

### การทำงานจนเกิดคุณค่า ทั้งกับผู้รับบริการ และผู้ให้บริการเอง (Appreciation and Quality)

3. ท่านรู้สึกพอใจในงาน และผลลัพธ์ของการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือไม่ อย่างไร



395274695

4. ประชาชนหรือผู้รับบริการเห็นคุณค่า และชื่นชมการทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เจ้าหน้าที่หรือทีมสุขภาพอำเภอหรือไม่ อย่างไร เรื่องอะไรบ้าง

5. ประชาชนหรือผู้รับบริการเห็นคุณค่า และชื่นชมการทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน หรือไม่ อย่างไร เรื่องอะไรบ้าง

6. ท่านรู้สึกว่าคุณค่าที่ได้มีส่วนร่วมในงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือไม่ อย่างไร

7. ท่านรู้สึกว่างานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นงานที่มีคุณค่าหรือไม่ อย่างไร

8. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีการชื่นชม หรือทำให้คณะทำงานทั้งระดับอำเภอและเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนรู้สึกถึงคุณค่าของการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และทำให้เครือข่ายสุขภาพเกิดความภาคภูมิใจ เห็นคุณค่าของตนเองในการปฏิบัติงานหรือไม่ อย่างไร

9. อื่นๆ .....

#### ตอนที่ 4 ปัจจัยและเงื่อนไขของการมีส่วนร่วม และการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

1. ท่านคิดว่ามีปัจจัยและเงื่อนไขอะไรบ้าง ที่ทำให้เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนสามารถดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ/ประสิทธิผล

2. ปัญหา/อุปสรรคที่พบจากการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีอะไรบ้าง

3. ท่านมีข้อเสนอแนะอย่างไร ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งเพื่อให้เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนสามารถดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ/ประสิทธิผล

4. ท่านคิดว่ามีปัจจัยและเงื่อนไขอะไรบ้าง ที่ช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน ในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่อำเภอของท่าน



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

5. ท่านคิดว่ามีปัจจัยและเงื่อนไขอะไรบ้าง ที่จะส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้

- กระบวนการพัฒนาความสามารถในการแก้ไขปัญหา
- การสร้างความสามารถในการสื่อสาร
- การสร้างทักษะความเป็นผู้นำ
- การสร้างความสามารถในการจัดการและควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อม
- การสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองที่จะสามารถดูแลตนเอง ครอบครัว

และทำงานเพื่อชุมชน

6. ท่านคิดว่ามีปัจจัยและเงื่อนไขอะไรบ้าง ที่ช่วยพัฒนาทักษะการฟังที่ดี (active listening) ให้แก่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ทีมสุขภาพ และเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน เพื่อให้สามารถทำความเข้าใจปัญหาหรือประเด็นหลักของชุมชน สามารถที่จะระบุปัญหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาได้

7. ท่านคิดว่ามีปัจจัยและเงื่อนไขอะไรบ้าง ที่ช่วยพัฒนาทักษะการสนทนาที่ดี (dialogue) ให้แก่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ทีมสุขภาพ และเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน เพื่อกระตุ้นให้เกิดการคิดเชิงวิพากษ์ ร่วมกันวิเคราะห์และอภิปรายปัญหาหรือประเด็นทางสังคม

8. ท่านคิดว่ามีปัจจัยและเงื่อนไขอะไรบ้าง ที่ช่วยพัฒนาทักษะการปฏิบัติงาน (action) ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน



395274695

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน  
เพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

แบบสัมภาษณ์ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์สมาชิกเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนที่มีวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ  
(Best Practice)

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

- 1.1 ชื่อ .....
- 1.2 เพศ .....
- 1.3 อายุ .....
- 1.4 ตำแหน่ง - ตำแหน่งในงานประจำที่ปฏิบัติ .....
- ตำแหน่งในระบบสุขภาพอำเภอ .....
- 1.5 ประสบการณ์การทำงานในระบบสุขภาพอำเภอ จำนวน ..... เดือน / ปี
- ลักษณะงานที่ทำในระบบสุขภาพอำเภอ .....

ตอนที่ 2 รูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพ  
การดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

1. เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุของท่านจัดตั้งขึ้น ปี พ.ศ. ไต สาเหตุที่จัดตั้ง คืออะไร และมีกระบวนการจัดตั้งอย่างไร
2. ท่านมีบทบาทหน้าที่อย่างไร ในเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
3. ท่านมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดตั้งเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือไม่ อย่างไร
4. ท่านมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างไร
  - 4.1 ด้านการวางแผน (กำหนดวิสัยทัศน์ ภารกิจ เป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ การตัดสินใจ การวางกฎระเบียบ กิจกรรม และวิธีการทำงาน)
  - 4.2 ด้านการจัดองค์กร (โครงสร้างเครือข่าย บทบาทหน้าที่ และการประสานงานภายในเครือข่าย)
  - 4.3 ด้านการชี้้นำ (ภาวะผู้นำ, แรงจูงใจในการทำงาน, การประสานงาน, และการติดต่อสื่อสาร)

4.4 ด้านการควบคุม (การติดตาม การตรวจสอบ การประเมินผลการปฏิบัติงาน) เพื่อให้เครือข่ายสามารถดำเนินงานต่อไปได้อย่างถูกต้องตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

5. ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพพระดัตช์ชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างไร ในประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้

- 5.1 การร่วมคิดและตัดสินใจ
- 5.2 การร่วมวางแผน
- 5.3 การร่วมดำเนินการ
- 5.4 การร่วมติดตามประเมินผล
- 5.5 การร่วมรับผลประโยชน์

6. เครือข่ายสุขภาพพระดัตช์ชุมชน มีกระบวนการการค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา กำหนดวิธีการ และดำเนินการในการแก้ไขปัญหาด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างไร

7. เครือข่ายสุขภาพพระดัตช์ชุมชน มีการดำเนินกิจกรรมอะไรบ้าง เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และแต่ละกิจกรรมสมาชิกเข้ามามีส่วนร่วมหรือไม่ อย่างไร

8. เครือข่ายสุขภาพพระดัตช์ชุมชนมีการติดต่อ แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกับหน่วยงานต่างๆ หรือไม่ อย่างไร

9. เครือข่ายสุขภาพพระดัตช์ชุมชนได้รับการสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากเครือข่ายภายนอกใดบ้าง และรูปแบบการสนับสนุนเป็นอย่างไร

### ตอนที่ 3 รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพพระดัตช์ชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

1. เครือข่ายสุขภาพพระดัตช์ชุมชน ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยใช้แนวทาง ขั้นตอน และวิธีการอย่างไร ในประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้

- กระบวนการพัฒนาความสามารถในการแก้ไขปัญหา
- การสร้างความสามารถในการสื่อสาร
- การสร้างทักษะความเป็นผู้นำ
- การสร้างความสามารถในการจัดการและควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อม
- การสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองที่จะสามารถดูแลตนเอง ครอบครัว

และทำงานเพื่อชุมชน



395274695

2. ท่านคิดว่า แนวทาง ขั้นตอน และวิธีการที่ใช้ในการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างมีประสิทธิภาพ/ประสิทธิผล คืออะไร และอย่างไร

#### การทำงานจนเกิดคุณค่า ทั้งกับผู้รับบริการ และผู้ให้บริการเอง (Appreciation and Quality)

3. ท่านรู้สึกพอใจในงาน และผลลัพธ์ของการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือไม่ อย่างไร

4. ประชาชนหรือผู้รับบริการเห็นคุณค่า และชื่นชมการทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน หรือไม่ อย่างไร เรื่องอะไรบ้าง

5. ท่านรู้สึกว่าคุณค่าที่ได้มีส่วนร่วมในงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือไม่ อย่างไร

6. ท่านรู้สึกว่างานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นงานที่มีคุณค่าหรือไม่ อย่างไร

7. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีการชื่นชม หรือทำให้สมาชิกเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนมีความรู้สึกถึงคุณค่าของการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และทำให้สมาชิกเครือข่ายสุขภาพเกิดความภาคภูมิใจ เห็นคุณค่าของตนเองในการปฏิบัติงานหรือไม่ อย่างไร

#### ตอนที่ 4 ข้อคำถามด้านปัจจัยเงื่อนไขของการมีส่วนร่วม และการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

1. ท่านคิดว่ามีปัจจัยและเงื่อนไขอะไรบ้าง ที่ทำให้เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนสามารถดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ/ประสิทธิผล

2. ปัญหา/อุปสรรคที่พบจากการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีอะไรบ้าง

3. ท่านมีข้อเสนอแนะอย่างไร ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งเพื่อให้เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนสามารถดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ/ประสิทธิผล

4. ท่านคิดว่ามีปัจจัยและเงื่อนไขอะไรบ้าง ที่ช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน ในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่อำเภอของท่าน

5. ท่านคิดว่ามีปัจจัยและเงื่อนไขอะไรบ้าง ที่จะส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้



395274695

CU Thesais 5684471727 dissertation / recv: 06082562 15:28:18 / seq: 7

- กระบวนการพัฒนาความสามารถในการแก้ไขปัญหา
- การสร้างความสามารถในการสื่อสาร
- การสร้างทักษะความเป็นผู้นำ
- การสร้างความสามารถในการจัดการและควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อม
- การสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองที่จะสามารถดูแลตนเอง ครอบครัว และทำงานเพื่อชุมชน

6. ท่านคิดว่ามีปัจจัยและเงื่อนไขอะไรบ้าง ที่ช่วยพัฒนาทักษะการฟังที่ดี (active listening) ให้แก่เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน เพื่อให้สามารถทำความเข้าใจปัญหาหรือประเด็นหลักของชุมชน สามารถที่จะระบุปัญหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาได้

7. ท่านคิดว่ามีปัจจัยและเงื่อนไขอะไรบ้าง ที่ช่วยพัฒนาทักษะการสนทนาที่ดี (dialogue) ให้แก่เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน เพื่อกระตุ้นให้เกิดการคิดเชิงวิพากษ์ ร่วมกันวิเคราะห์และอภิปรายปัญหาหรือประเด็นทางสังคม

8. ท่านคิดว่ามีปัจจัยและเงื่อนไขอะไรบ้าง ที่ช่วยพัฒนาทักษะการปฏิบัติงาน (action) ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน

### การวิจัยเรื่อง รูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน เพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

#### แบบสัมภาษณ์ชุด 3 แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

##### ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

- 1.1 ชื่อ .....
- 1.2 เพศ .....
- 1.3 อายุ .....

##### ตอนที่ 2 การได้รับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

- 2.1 ท่านอาศัยอยู่กับใครบ้าง
- 2.2 สมาชิกในครอบครัวให้ความช่วยเหลือดูแลท่านอย่างไรบ้าง
- 2.3 ท่านมีโรคประจำตัวอะไรบ้าง
- 2.4 ท่านได้รับประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ ดังต่อไปนี้ หรือไม่ อย่างไร จากใครบ้าง

- 1) การตรวจโรคเบาหวาน
- 2) การตรวจโรคความดันโลหิตสูง
- 3) การตรวจฟัน
- 4) การคัดกรองสายตา
- 5) การประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้า
- 6) การประเมินภาวะสมองเสื่อม
- 7) การประเมินคัดกรองภาวะหกล้ม
- 8) การคัดกรองภาวะกลืนปัสสาวะ
- 9) การประเมินปัญหาการนอน
- 10) การประเมินข้อเข่าเสื่อม
- 11) ดัชนีมวลกาย (ภาวะโภชนาการ)

2.5 ท่านได้รับการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดังต่อไปนี้ หรือไม่อย่างไร จากใครบ้าง

- 1) รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า
- 2) การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา
- 3) ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้
- 4) การใช้ห้องน้ำ
- 5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน
- 6) การสวมใส่เสื้อผ้า
- 7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น
- 8) การอาบน้ำ
- 9) การกลั่นถ่ายอุจจาระ ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา
- 10) การกลั่นปัสสาวะในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

2.6 ท่านสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อไปนี้อะไรได้บ้าง และปฏิบัติอย่างไร

- 1) รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า
- 2) การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา
- 3) ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้
- 4) การใช้ห้องน้ำ
- 5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน
- 6) การสวมใส่เสื้อผ้า
- 7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / recv: 06082562 15:28:18 / seq: 7



- 8) การอาบน้ำ
- 9) การกลั่นการถ่ายอุจจาระ ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา
- 10) การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

2.7 ท่านรู้สึกว่าคุณมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อไปนี้เพิ่มขึ้นบ้างหรือไม่  
อย่างไร

- 1) รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า
- 2) การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา
- 3) ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้
- 4) การใช้ห้องน้ำ
- 5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน
- 6) การสวมใส่เสื้อผ้า
- 7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น
- 8) การอาบน้ำ
- 9) การกลั่นการถ่ายอุจจาระ ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา
- 10) การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

2.8 มีใครคอยช่วยเหลือท่านในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันหรือไม่ อย่างไร

9. ท่านได้รับคำแนะนำความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพหรือไม่ จากใครบ้าง
10. ท่านคิดว่าท่านได้รับบริการด้านสาธารณสุขที่จำเป็นต่อท่าน เหมาะสม และ  
เพียงพอหรือไม่ อย่างไร
11. ท่านได้รับการดูแลหรือบริการสุขภาพที่บ้านจากใครบ้าง อย่างไร
12. สิ่งที่ท่านต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองมีอะไรบ้างจากใคร และ  
อย่างไร โปรดระบุ (การเงิน ความรู้ วิธีการดูแล วัสดุ อุปกรณ์ ฯลฯ)
13. ขณะนี้ท่านได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมจากใครบ้าง อย่างไร (ข้อมูล  
ข่าวสาร ความรัก ความเห็นอกเห็นใจ และกำลังใจ วัสดุอุปกรณ์ เงิน)
14. ท่านมีความพึงพอใจกับการดูแลหรือบริการที่ได้รับหรือไม่ อย่างไรบ้าง
15. ท่านต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติมจากใคร หรือหน่วยงานใดบ้างต้องการให้  
ช่วยเหลือเรื่องอะไร อย่างไร



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน  
เพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง  
แบบสัมภาษณ์ชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์สมาชิกในครอบครัวหรือญาติซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ  
ที่มีภาวะพึ่งพิง

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

- 1.1 ชื่อ .....
- 1.2 เพศ .....
- 1.3 อายุ .....
- 1.4 ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง .....

ตอนที่ 2 การได้รับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

1. ท่านอาศัยอยู่กับใครบ้าง
2. ท่านดูแลญาติซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างไรบ้าง
3. ญาติของท่านที่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีโรคประจำตัวอะไรบ้าง
4. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ท่านดูแลได้รับการประเมินคัดกรองปัญหา สุขภาพดังต่อไปนี้

หรือไม่ อย่างไร จากใครบ้าง

- 1) การตรวจโรคเบาหวาน
- 2) การตรวจโรคความดันโลหิตสูง
- 3) การตรวจฟัน
- 4) การคัดกรองสายตา
- 5) การประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้า
- 6) การประเมินภาวะสมองเสื่อม
- 7) การประเมินคัดกรองภาวะหกล้ม
- 8) การคัดกรองภาวะกลืนปัสสาวะ
- 9) การประเมินปัญหาการนอน
- 10) การประเมินข้อเข่าเสื่อม
- 11) ดัชนีมวลกาย (ภาวะโภชนาการ)

5. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ท่านดูแลได้รับการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดังต่อไปนี้ หรือไม่ อย่างไร จากใครบ้าง

- 1) รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า
- 2) การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา
- 3) ลูกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้
- 4) การใช้ห้องน้ำ
- 5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน
- 6) การสวมใส่เสื้อผ้า
- 7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น
- 8) การอาบน้ำ
- 9) การก้มการถ่ายอุจจาระ ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา
- 10) การก้มปัสสาวะในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

6. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ท่านดูแลได้รับการประเมินคัดกรองปัญหา สุขภาพ ดังต่อไปนี้ ซ้ำหรือไม่อย่างไร และจากใครบ้าง มีการเปลี่ยนแปลงที่ดี ขึ้นหรือไม่ อย่างไร

- 1) การตรวจโรคเบาหวาน
- 2) การตรวจโรคความดันโลหิตสูง
- 3) การตรวจฟัน
- 4) การคัดกรองสายตา
- 5) การประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้า
- 6) การประเมินภาวะสมองเสื่อม
- 7) การประเมินคัดกรองภาวะหกล้ม
- 8) การคัดกรองภาวะก้มปัสสาวะ
- 9) การประเมินปัญหาการนอน
- 10) การประเมินข้อเข่าเสื่อม
- 11) ดัชนีมวลกาย (ภาวะโภชนาการ)

7. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ท่านดูแลได้รับการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดังต่อไปนี้ ซ้ำหรือไม่อย่างไร และจากใครบ้าง มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นหรือไม่ อย่างไร

- 1) รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า
- 2) การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา
- 3) ลูกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้
- 4) การใช้ห้องน้ำ

- 5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน
- 6) การสวมใส่เสื้อผ้า
- 7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น
- 8) การอาบน้ำ
- 9) การก่อกองถ่ายอุจจาระ ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา
- 10) การก่อกองปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

8. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ท่านดูแลสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อไปนี้ได้หรือไม่ และปฏิบัติอย่างไร

- 1) รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า
- 2) การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา
- 3) ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้
- 4) การใช้ห้องน้ำ
- 5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน
- 6) การสวมใส่เสื้อผ้า
- 7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น
- 8) การอาบน้ำ
- 9) การก่อกองถ่ายอุจจาระ ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา
- 10) การก่อกองปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

9. มีหน่วยงานใดหรือใครคอยช่วยเหลือท่าน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือไม่ อย่างไร

10. ท่านได้รับคำแนะนำความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง และวิธีการดูแลญาติที่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือไม่ อย่างไร จากใครบ้าง

11. ท่านคิดว่าญาติของท่านซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการด้านสาธารณสุขที่จำเป็น เหมาะสม และเพียงพอ หรือไม่ อย่างไร (ทั้งในสถานบริการและที่บ้าน)

12. ท่านและญาติที่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลหรือบริการสุขภาพที่บ้านหรือไม่ จากใครบ้าง อย่างไร



395274695

CU Thesais 5684471727 dissertation / recv: 06082562 15:28:18 / seq: 7

13. สิ่งที่ท่านต้องการความช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีอะไรบ้าง จากใคร และอย่างไรบ้าง โปรดระบุ (การเงิน ความรู้ วิธีการดูแล วัสดุ อุปกรณ์ ฯลฯ)

14. ขณะนี้ท่านได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมในการดูแลญาติที่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือไม่ จากใครบ้าง อย่างไร (ข้อมูลข่าวสาร ความรัก ความเห็นอกเห็นใจ และกำลังใจ อุปกรณ์ เงิน)

15. ท่านมีความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแล หรือบริการที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับหรือไม่ อย่างไรบ้าง

16. ท่านต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติมจากใคร หรือหน่วยงานใดบ้าง อย่างไร เพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีคุณภาพชีวิต ที่ดีขึ้น



395274695

## คำย่อ

### 1. คำย่อภาษาไทย

พขอ.	= พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
สสจ.	= สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
สสอ.	= สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
จนท.สสอ.	= เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
คปสอ.	= คณะกรรมการประสานงานสุขภาพระดับอำเภอ
อสม.	= อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
อบต.	= องค์การบริหารส่วนตำบล
สอบต.	= สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล
รพ.สต.	= โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ผอ.รพ.สต.	= ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
จนท.รพ.สต.	= เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ผอ.	= ผู้อำนวยการ
กศน.	= การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย
พม.	= พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
สปสข.	= สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
อปพร.	= อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน
รพ.	= โรงพยาบาล
รพช.	= โรงพยาบาลชุมชน
ผอ.รพ.	= ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
สภ.	= สถานีตำรวจภูธร
ผอ.รร.	= ผู้อำนวยการโรงเรียน
ศพด.	= ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
ผอ.กศน.	= ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย
'ตร.กม.	= ตารางกิโลเมตร
สจ.	= สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนจังหวัด
สส.	= สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร
อบจ.	= องค์การบริหารส่วนจังหวัด



395274695

CD :Thesis 5684471727 dissertation / rev: 06082562 15:28:18 / seq: 7

## 2. คำย่อภาษาอังกฤษ

CM	= Care Manager
CG	= Caregiver
LTC	= Long Term Care
ADL	= Active of Daily Living
DHS	= District Health System
NCD	= Non – Communicable diseases
EKG	= Electrocardiogram
CUP Board	= Contracted unit of primary care board
NGOs	= Non Governmental Organizations
NG	= Nasogastric tube
HbA1c	= Hemoglobin A1c
KPI	=Key Performance Indicator



395274695

CU Theses 5684471727 dissertation / recv: 06082562 15:28:18 / seq: 7

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวมนทิรา อุตมานันท์
วัน เดือน ปี เกิด	19 กันยายน 2514
สถานที่เกิด	จังหวัดนครราชสีมา
วุฒิการศึกษา	หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย มหาสารคาม ในปี พ.ศ. 2546 หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพัฒนา คณะ มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อปี พ.ศ. 2548



395274695

CD Thesais 5684471727 dissertation / recv: 06082562 15:28:18 / seq: 7