



## รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

การพัฒนาเครือข่ายทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ  
Social Network Development for the Elderly care

รศ.ดร.ยวดี รอดจากภัย

Assoc.Prof.Dr.Yuvadee Rodjarkpai

รศ.ดร.กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ

Assoc.Prof.Dr.Kunwadee Rojpaisarnkit

โครงการวิจัยประเภทงบประมาณเงินรายได้  
จากเงินอุดหนุนรัฐบาล (งบประมาณแผ่นดิน)  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560  
มหาวิทยาลัยบูรพา

รหัสโครงการ Hu 099/2560  
สัญญาเลขที่ 140/2560

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์  
การพัฒนาเครือข่ายทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ  
Social Network Development for the Elderly care

รศ.ดร.ยวดี รอดจากภัย  
Assoc.Prof.Dr.Yuvadee Rodjarkpai  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
รศ.ดร.กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ  
Assoc.Prof.Dr.Kunwadee Rojpaisarnkit  
มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ ฉะเชิงเทรา

มีนาคม 2562

## กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากงบประมาณเงินรายได้จากเงินอุดหนุนรัฐบาล (งบประมาณแผ่นดิน) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 มหาวิทยาลัยบูรพา ผ่านสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ เลขที่สัญญา 140/2560 รายงานการวิจัยฉบับนี้เป็นงานวิจัยที่อยู่ภายใต้โครงการพัฒนาระบบสุขภาพ และคุณภาพชีวิตพอเพียงของผู้สูงอายุไทยในภาคตะวันออก (Development of sufficiency health and Quality of life in elderly, the eastern region of Thailand.) การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความอนุเคราะห์จากผู้บริหาร คณาจารย์ นักวิชาการ สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี ฉะเชิงเทรา จันทบุรี สระแก้ว และจังหวัดตราด ที่ได้สละเวลา และมีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ และในการจัดทำวิจัยครั้งนี้ ได้รับทุนอุดหนุนงานวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ยุวดี รอดจากภัย

ชื่อเรื่อง : การพัฒนาเครือข่ายทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ

ผู้วิจัย : ยุวดี รอดจากภัย กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ

ปีที่ทำวิจัย : 2560

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและวิเคราะห์เครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ พัฒนาเครือข่าย และประเมินเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้สูงอายุ จำนวน 150 คน และผู้ให้บริการ จำนวน 45 คน ในจังหวัดชลบุรี ฉะเชิงเทรา จันทบุรี สระแก้ว และจังหวัดตราด เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ด้วยแบบสัมภาษณ์ และแบบสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired Samples t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย การศึกษาและวิเคราะห์เครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุมีทั้งหน่วยงานภาครัฐ เอกชน กลุ่มอาสาสมัคร และวัด กิจกรรมที่มีจะมีกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ การพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วม เมื่อวัดผลผู้สูงอายุในด้านการรับรู้คุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า ดีขึ้น และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และในผู้ให้บริการ การรับรู้คุณค่าในตนเอง และการรับรู้พลังอำนาจ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเอง และการรับรู้พลังอำนาจ ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า ดีขึ้น และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ผลการประเมินเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า กระบวนการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วม เป็นสิ่งที่ทำให้เครือข่ายเกิดการขยายเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุ มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิด และประสบการณ์ ซึ่งกันและกัน และทำให้เกิดกิจกรรมที่หลากหลายที่เป็นประโยชน์

การพัฒนาเครือข่ายทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุ และควรดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

Title : Social Network Development for the Elderly care

Researchers : Yuvadee Rodjarkpai, Kunwadee Rojpaisarnkit 2017

### **Abstract**

This research was an action research. Operational Research. The objective was to study and analyze social networks that care for the elderly, Develop network, and assess social networks that care for the elderly. The sample group consisted of 150 elderly people and 45 service providers in Chonburi, Chachoengsao, Chanthaburi, Sa Kaeo and Trat provinces. The instruments of this study composed of interview form and conversation guideline. Analyzing quantitative data with statistics, percentage, mean, standard deviation, Paired Samples t-test and qualitative data analysis with content analysis.

The results of the research, social networks that care for the elderly were both government agencies, private groups, volunteers and temple. The activities were physical activities, mental, social and spiritual health. Take care of the elderly using the empowerment process, social support and participation. When measuring the elderly in self-efficacy and health behaviors, it was found that the mean score of self-efficacy and health behaviors during pre-test and post-test showed better and significantly different ( $p < 0.05$ ) and in service providers Self-efficacy and perceived empowerment during the pre-test and post-test, it was found that there was a significant difference ( $p < 0.05$ ). The results of the social network assessment that looked after the elderly found that the social network development process by using empowerment, social support and participation were the causes to increase the number of elderly people exchange knowledge, ideas and experiences to each other and causes a variety of useful activities.

The development of social networks in caring for the elderly. Therefore is useful for the elderly and should continue.

## สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ .....	ก
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	ค
สารบัญ .....	ง
สารบัญตาราง .....	ฉ
สารบัญแผนภูมิ .....	ช
บทที่	
1 บทนำ .....	1
ความสำคัญ และที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย .....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	2
ขอบเขตของการวิจัย .....	2
นิยามตัวแปร .....	2
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย .....	3
กรอบแนวคิดการวิจัย .....	3
2 แนวคิด ทฤษฎี และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	4
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ .....	4
แนวคิดของการจัดการระบบดูแลผู้สูงอายุ .....	5
การเสริมสร้างพลังอำนาจ .....	6
การสนับสนุนทางสังคม .....	15
เครือข่าย .....	17
การมีส่วนร่วม .....	30
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	32
3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	39
รูปแบบการวิจัย .....	39
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	40
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	41
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	41
ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม .....	42
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	42

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย .....	44
ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง .....	44
ผลการศึกษาและวิเคราะห์เครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ .....	44
ผลการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ .....	45
ผลการประเมินเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ .....	53
5 สรุปและอภิปรายผล .....	54
สรุปผลการวิจัย .....	54
อภิปรายผลการวิจัย .....	55
ข้อเสนอแนะการวิจัย .....	56
บรรณานุกรม .....	57
ภาคผนวก .....	63
ภาคผนวก 1 แบบฟอร์มใบยินยอมให้ทำการวิจัย .....	64
ภาคผนวก 2 แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา .	65
ภาคผนวก 3 ตัวอย่างเครื่องมือ .....	66
ภาคผนวก 4 ภาพกิจกรรม .....	74
ภาคผนวก 5 ประวัติผู้วิจัย .....	77

## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1	จำนวนและร้อยละลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ (N = 150) ..... 46
ตารางที่ 2	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการรับรู้คุณค่าในตนเอง และ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง .... 49
ตารางที่ 3	เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเอง และ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุระหว่างก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง .... 50
ตารางที่ 4	จำนวนและร้อยละลักษณะทั่วไปของผู้ให้บริการ (N = 45) ..... 50
ตารางที่ 5	จำนวนและร้อยละของผู้ให้บริการ จำแนกตามระดับการรับรู้คุณค่าในตนเอง ของผู้ให้บริการ และการรับรู้พลังอำนาจตนเองของผู้ให้บริการ ระหว่างก่อน การทดลองและหลังการทดลอง ..... 52
ตารางที่ 6	เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ให้บริการ และการรับรู้พลังอำนาจของผู้ให้บริการระหว่างก่อนการทดลองและหลังการ ทดลอง ..... 52



## สารบัญแผนภูมิ

	หน้า
แผนภูมิที่ 1    กรอบแนวคิดการวิจัย .....	3
แผนภูมิที่ 2    รูปแบบการวิจัย .....	39
แผนภูมิที่ 3    แผนภูมิการทดลอง .....	40

## สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ .....	ก
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	ค
สารบัญ .....	ง
สารบัญตาราง .....	ฉ
สารบัญแผนภูมิ .....	ช
บทที่	
1 บทนำ .....	1
ความสำคัญ และที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย .....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	2
ขอบเขตของการวิจัย .....	2
นิยามตัวแปร .....	2
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย .....	3
กรอบแนวคิดการวิจัย .....	3
2 แนวคิด ทฤษฎี และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	4
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ .....	4
แนวคิดของการจัดการระบบดูแลผู้สูงอายุ .....	5
การเสริมสร้างพลังอำนาจ .....	6
การสนับสนุนทางสังคม .....	15
เครือข่าย .....	17
การมีส่วนร่วม .....	30
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	32
3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	39
รูปแบบการวิจัย .....	39
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	40
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	41
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	41
ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม .....	42
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	42

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย .....	44
ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง .....	44
ผลการศึกษาและวิเคราะห์เครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ .....	44
ผลการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ .....	45
ผลการประเมินเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ .....	53
5 สรุปและอภิปรายผล .....	54
สรุปผลการวิจัย .....	54
อภิปรายผลการวิจัย .....	55
ข้อเสนอแนะการวิจัย .....	56
บรรณานุกรม .....	57
ภาคผนวก .....	63
ภาคผนวก 1 แบบฟอร์มใบยินยอมให้ทำการวิจัย .....	64
ภาคผนวก 2 แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา .	65
ภาคผนวก 3 ตัวอย่างเครื่องมือ .....	66
ภาคผนวก 4 ภาพกิจกรรม .....	74
ภาคผนวก 5 ประวัติผู้วิจัย .....	77

## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1	จำนวนและร้อยละลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ (N = 150) ..... 46
ตารางที่ 2	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการรับรู้คุณค่าในตนเอง และ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง .... 49
ตารางที่ 3	เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเอง และ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุระหว่างก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง .... 50
ตารางที่ 4	จำนวนและร้อยละลักษณะทั่วไปของผู้ให้บริการ (N = 45) ..... 50
ตารางที่ 5	จำนวนและร้อยละของผู้ให้บริการ จำแนกตามระดับการรับรู้คุณค่าในตนเอง ของผู้ให้บริการ และการรับรู้พลังอำนาจตนเองของผู้ให้บริการ ระหว่างก่อน การทดลองและหลังการทดลอง ..... 52
ตารางที่ 6	เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ให้บริการ และการรับรู้พลังอำนาจของผู้ให้บริการระหว่างก่อนการทดลองและหลังการ ทดลอง ..... 52

## สารบัญแผนภูมิ

	หน้า
แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย .....	3
แผนภูมิที่ 2 รูปแบบการวิจัย .....	39
แผนภูมิที่ 3 แผนภูมิการทดลอง .....	40

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย

สถานการณ์แนวโน้มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ผู้สูงอายุในอนาคตจะมีบุตรจำนวนน้อยลงที่จะมาให้การเกื้อหนุน การอยู่คนเดียวหรืออยู่กับคู่สมรส เท่านั้นที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สถานะสุขภาพอายุมากขึ้นโอกาสเกิดโรคเรื้อรังสูงขึ้น และพบหลายโรค ร่วมกัน รวมทั้งพบอุบัติเหตุน่าเศร้า (Institute for population and social research Mahidol University, 2010) ในปี พ.ศ. 2563 มีการคาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้จำนวน 10,034,234 คน และผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงจำนวน 741,766 คน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนา ผู้สูงอายุ, 2552)

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2551) ศึกษาเรื่อง “รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550” ผลการศึกษาดังกล่าว พบว่า รัฐบาลและเอกชนได้จัดบริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น สถานสงเคราะห์คนชรา บัตรสุขภาพ บัตรประจำตัว ผู้สูงอายุ บริการเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุที่ยากจน การลดหย่อนค่าโดยสารรถไฟ เป็นต้น เมื่อพิจารณาความต้องการการช่วยเหลือจากรัฐบาล พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่หรือร้อยละ 82.9 ต้องการมีบัตรประจำตัวผู้สูงอายุเพื่อใช้ในการรักษาพยาบาลฟรี ร้อยละ 74.1 ต้องการเข้าร่วมโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ร้อยละ 70.4 ต้องการมีบัตรสุขภาพเพื่อลดหย่อนค่ารักษาพยาบาล ยังมีผู้สูงอายุอีกร้อยละ 24.4 ที่ต้องการพักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราของรัฐ และร้อยละ 18.4 ต้องการพักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราของเอกชน ผู้สูงอายุที่อยู่นอกเขตเทศบาลต้องการให้รัฐบาลช่วยเหลือในทุก ๆ ด้านมากกว่าผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบสัดส่วนความต้องการช่วยเหลือจากรัฐบาลของผู้สูงอายุในภาคต่าง ๆ พบว่า ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือต้องการให้รัฐบาลช่วยเหลือแทบทุกด้านมากที่สุด โดยเฉพาะในเรื่องการขอมีบัตรประจำตัวผู้สูงอายุ

การใช้บริการสวัสดิการต่าง ๆ ที่รัฐจัดให้กับผู้สูงอายุนั้น พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 74.1 ได้รับเบี้ยยังชีพจากทางราชการ โดยสัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชนบทได้รับเบี้ยยังชีพจากทางราชการมากกว่าในเขตเทศบาล (ร้อยละ 79.0 และ 63.0 ตามลำดับ) ผู้สูงอายুর้อยละ 52.8 มีการใช้บริการจากบัตรประจำตัวผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชนบทมีสัดส่วนการใช้บริการจากบัตรประจำตัวผู้สูงอายุมากกว่าในเขตเทศบาล (ร้อยละ 61.3 และ 33.9 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาเป็นรายภาค พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพจากทางราชการมากที่สุดร้อยละ 81.0

สำหรับกรุงเทพมหานคร มีผู้สูงอายุที่ใช้บริการสวัสดิการต่าง ๆ ที่รัฐจัดให้สำหรับผู้สูงอายุน้อยกว่าภาคอื่น ๆ คือ ร้อยละ 14.1 มีการใช้บริการบัตรประจำตัวผู้สูงอายุ ร้อยละ 17.1 ใช้บริการโครงการบัตร 30 บาทรักษาทุกโรค และร้อยละ 54.4 ได้รับเบี้ยยังชีพจากทางราชการความต้องการที่จะให้รัฐจัดสวัสดิการต่างๆเพิ่มจากที่มีอยู่ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 92 ต้องการให้รัฐบาลจัดสวัสดิการเพิ่มในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ โดยจัดศูนย์ดูแลกลางวันสำหรับผู้สูงอายุ จัดบ้านพักสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง และต้องการให้รัฐบาลจัดหางานหรือกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัย เพื่อจะได้มีงานทำมีรายได้ ผู้สูงอายุร้อยละ 89.1 ต้องการให้มีการลดหย่อนภาษีให้กับบุคคลที่เลี้ยงดูผู้สูงอายุ เพื่อแบ่งเบาภาระของบุตรหลานที่ดูแลผู้สูงอายุ เมื่อเปรียบเทียบความต้องการช่วยเหลือจากรัฐบาล การใช้บริการสวัสดิการ และความต้องการให้รัฐบาลจัดสวัสดิการเพิ่มของผู้สูงอายุชายและหญิงนั้นไม่แตกต่างกัน

จากสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นและความต้องการของผู้สูงอายุที่มีความหลากหลาย และยังไม่ได้รับการดูแลที่ทั่วถึงประกอบกับเครือข่ายทางสังคม ภาครัฐ เอกชน และชมรมอาสาสมัครต่างต่างที่ทำหน้าที่ดูแลยังดำเนินการได้ไม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลงและต่อเนื่อง

ดังนั้นการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนจึงเป็นกลไกสำคัญต่อการแก้ไขปัญหาดังกล่าวข้างต้นโดยมีการดำเนินการวิจัยในพื้นที่และครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาและวิเคราะห์เครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ
2. เพื่อพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ
3. เพื่อประเมินเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ

### ขอบเขตของการวิจัย

ศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการและเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับองค์กร สถานศึกษา สถานบริการสุขภาพ และหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

### นิยามตัวแปร

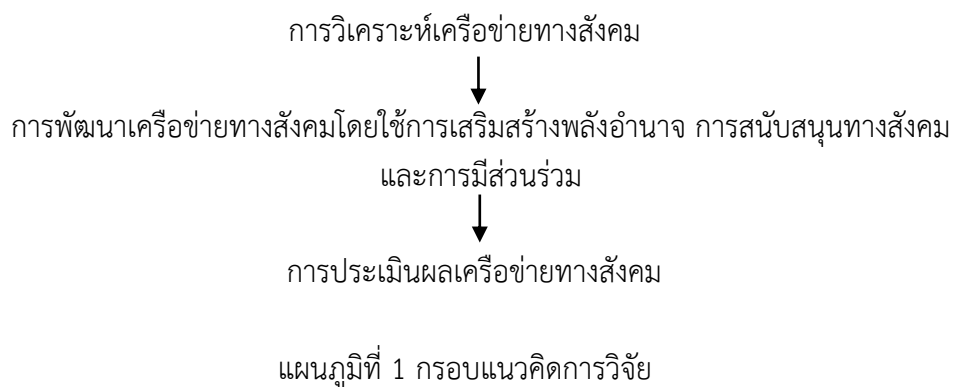
ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่อยู่ในภาคตะวันออก ผู้ให้บริการ หมายถึง ผู้ที่ให้ความช่วยเหลือ จัดเตรียมให้การดูแลผู้สูงอายุ แต่ไม่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ

เครือข่ายทางสังคม หมายถึง องค์กร กลุ่มที่มีการให้ความช่วยเหลือทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อดูแลผู้สูงอายุ

### ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ได้การพัฒนาเครือข่ายทางสังคมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
2. ข้อกำหนด บทบาท และการเชื่อมโยงประสานของเครือข่าย
3. ข้อเสนอแนะนโยบายการดำเนินงานจัดบริการ
4. บทเรียนรู้เกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
5. การเผยแพร่ในวารสาร และหน่วยงานต่าง ๆ ที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

### กรอบแนวคิดการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ





## บทที่ 2

### แนวคิด ทฤษฎี และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

องค์การสหประชาชาติ กำหนดให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลกว่า ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (Nations, 2007)

องค์การอนามัยโลก (WHO) กำหนดให้ผู้สูงอายุคือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีหรือมากกว่า ในประเทศพัฒนาแล้วส่วนใหญ่จะใช้เกณฑ์ที่อายุ 65 ปี (World Health Organization, 2010)

ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2552) ได้แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุไว้ 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 60-69 ปี เป็นผู้สูงอายุที่ยังมีกำลังช่วยเหลือตนเองได้
2. ผู้สูงอายุตอนกลาง อายุ 70-79 ปี เป็นผู้สูงอายุที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วย ร่างกายเริ่มอ่อนแอ มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง
3. ผู้สูงอายุตอนปลาย อายุ 80 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยบ่อยขึ้น อวัยวะเสื่อมสภาพ และอาจมีภาวะทุพพลภาพ

นอกจากนั้น ยังมีการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม ตามการประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ดังนี้ (กลุ่มพัฒนา อสม. ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 2554)

**กลุ่มที่ 1 ติดสังคม** ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นและสังคม ชุมชนได้ สามารถเดินขึ้นบันไดเองโดยไม่ต้องช่วยเหลือ เดินออกนอกบ้านได้ เดินตามลำพังบนทางเรียบได้ รับประทานอาหารด้วยตนเองได้ดี ใช้สื่งด้วยตนเองได้อย่างเรียบร้อย

**กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน** ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ไม่สามารถเดินตามลำพังบนทางเรียบได้ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ ต้องการความช่วยเหลือขณะรับประทานอาหาร ต้องการความช่วยเหลือพาไปห้องน้ำ

**กลุ่มที่ 3 ติดเตียง** ผู้สูงอายุที่ป่วยและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการ/ทุพพลภาพ ไม่สามารถย้ายตนเองขณะนั่งได้ ไม่สามารถขยับได้ในท่านอน การรับประทานอาหารกลืนลำบาก แม้ว่าผู้ดูแลจะป้อนอาหารให้ ต้องขยับภายในท่านอนหรืออยู่บนเตียง สวมใส่ผ้าอ้อมตลอดเวลา ต้องเปลี่ยนผ้าอ้อมเป็นประจำ

## แนวคิดของการจัดการระบบดูแลผู้สูงอายุ

หลักการ การดูแล ต้องผสมผสาน (Integrated care)

- การดูแลแบบองค์รวม โดยดูแลทั้งด้านร่างกาย ปัญหาสุขภาพทั่วไป โรคเรื้อรังที่พบบ่อย เบาหวาน ความดัน จิตใจ ภาวะเครียด/ซึมเศร้า เศรษฐกิจ/สังคม/ความยากจน/ถูกทอดทิ้ง/ด้อยโอกาส จิตวิญญาณ การขาดสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ การขาดความสุขในชีวิต

- การดูแลในมิติการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคและการฟื้นฟูสภาพ

- การดูแลที่ครอบคลุมทั้งกับผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และครอบครัวชุมชน

- การดูแลที่ครอบคลุมลักษณะบริการ Home care, day care, chronic care, terminal care

- การประสานการดูแลร่วมกับหน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้อง (Co-ordination) เพื่อสนับสนุนการดูแลอย่างต่อเนื่องและ ระบบสนับสนุน ได้แก่ กิจกรรม คู่มือแนวทางดูแล ระบบส่งต่อระบบให้คำปรึกษาแก่เจ้าหน้าที่ การเชื่อมระบบข้อมูลผู้ป่วย Social welfare จัดบริการทางด้านสวัสดิการสังคม จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ส่งเสริมอาชีพ การหารายได้ เพื่อสร้างความภาคภูมิใจและลดการพึ่งพิง

- บทบาทชุมชน (รวมถึงผู้ดูแลและครอบครัว) การเตรียมชุมชนให้มีความเข้าใจสภาพผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และสังคม อาทิ การเตรียมความพร้อมต่อการลดภาวะโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง การสร้างการมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของปัญหาผู้สูงอายุในชุมชน โดยผ่านชมรมผู้สูงอายุ แกนนำผู้สูงอายุ อาสาสมัครผู้สูงอายุ มีเวทีในการแลกเปลี่ยนความรู้จากการทำงานกิจกรรมต่อเนื่องที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและศาสนา การระดมความช่วยเหลือจากชุมชน การจัดตั้งกองทุนสนับสนุนผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ เช่น กองทุนกายอุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ การทอดผ้าป่าช่วยเหลือผู้สูงอายุ/ผู้ด้อยโอกาสในชุมชน วัด ท้องถิ่นหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

- บทบาทเจ้าหน้าที่สาธารณสุข Care Provider ให้บริการด้านสุขภาพ ด้านการรักษาพยาบาล ฟื้นฟูสภาพโดยตรง ให้ข้อมูลทางวิชาการ ระบุปัจจัยกระทบต่อสุขภาพ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลป้องกัน สร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มที่ป่วยและไม่ป่วย Care manager สนับสนุน ต่อยอดสิ่งที่ทำดีอยู่แล้ว ประสานเชื่อมโยงกับแหล่งบริการ หรือแหล่งทรัพยากรอื่น เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพ คุณภาพอย่างต่อเนื่อง Advocate and empowerment กระตุ้นสนับสนุน และเสริมศักยภาพ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลชุมชน และผู้เกี่ยวข้องให้มีบทบาท เข้ามามีส่วนร่วมหลักในการดูแลและจัดการปัญหา

- บทบาท อปท. Law enforcement พิทักษ์สิทธิ์ของผู้สูงอายุที่ เป็นผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส ผู้ถูกทอดทิ้ง ดำเนินการช่วยเหลือให้เป็นไปตามกฎหมาย Resource support สนับสนุนงบประมาณ กองทุน ให้กับผู้สูงอายุในชุมชน หรือหน่วยงานอื่นในการจัดการปัญหาผู้สูงอายุ

### **การเสริมสร้างพลังอำนาจ**

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เป็นแนวคิดที่มีความซับซ้อนและกว้างขวาง และมีผู้ให้ความหมายไว้ต่างๆ ดังนี้

#### **ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ**

Rappaport (1984) ได้ให้คำจำกัดความของการสร้างพลังว่าเป็นกระบวนการที่บุคคล กลุ่มและชุมชนมีความสามารถในการควบคุมชีวิตของตน

Wallerstein & Bernstein (1988) ให้ความหมายของการสร้างพลังว่าเป็นการกระทำทางสังคม (Social Action Process) ที่ส่งเสริมให้บุคคล องค์กร และชุมชนสามารถควบคุมตนเอง หรือมีความสามารถในการเลือก และกำหนดอนาคตของตน ชุมชนและสังคม

Minkler (1990) กล่าวว่า การสร้างพลังเป็นกระบวนการที่บุคคล และชุมชนมีความสามารถในการควบคุม และร่วมมือกันกระทำในการเปลี่ยนแปลงชีวิต และสิ่งแวดล้อมที่ตนอาศัยอยู่

Webster (2005) ให้ความหมายการเสริมสร้างพลังอำนาจไว้ 3 ประการคือ 1.การให้อำนาจที่เป็นทางการ หรือที่ถูกต้องตามกฎหมาย 2.การจัดหาหรือให้โอกาส และ3.การส่งเสริมความเป็นตัวเอง

#### **ความสำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจ**

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการที่เน้นให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในการเรียนการสอนอย่างแท้จริง โดยมีการให้ผู้เรียนร่วมกันระบุปัญหาของตน วิเคราะห์หาสาเหตุโดยใช้ วิจารณ์ญาณ หากลวิธีที่ใช้แก้ไขปัญหา เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่ต้องการ และส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดพลังในตนเอง และในกลุ่ม

#### **หลักการของการศึกษาเพื่อสร้างพลัง**

การศึกษาเพื่อสร้างพลังมีหลักการที่สำคัญดังต่อไปนี้ (Bishop et al. 1988; Arnold & Bruke 1983)

1. การเรียนการสอนที่เน้นการสร้างพลังให้แก่บุคคลโดยการสนับสนุนให้บุคคลมองเห็นความสัมพันธ์ของตนเองกับสิ่งแวดล้อม และเชื่อว่าตนสามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสุขภาพของตนเอง ชุมชน และสังคมได้

2. การเรียนรู้ที่เริ่มต้นจากประสบการณ์ของผู้เรียน แล้วให้ผู้เรียนคิดวิเคราะห์โดยใช้ วิจารณ์ญาณเพื่อโยงปัญหาต่างๆ ของบุคคลเข้ากับปัจจัยทางสังคมที่เป็นสาเหตุ การเกิดความเข้าใจ

ดังกล่าวจะนำไปสู่การปรับปรุงพฤติกรรมที่บุคคลกระทำอยู่หรือที่จะกระทำในอนาคตให้เป็นไปในทางที่ถูกต้องและเหมาะสม

3. การเรียนรู้ที่ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมอย่างแท้จริง โดยส่งเสริมให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในทุก ๆ ขั้นตอน ตั้งแต่การเลือกประเด็นในการเรียนรู้ที่เป็นที่สนใจและมีความสำคัญต่อผู้เรียน การวางแผนกิจกรรม การมีส่วนร่วมในการสนทนา และจัดกิจกรรมการเรียนรู้ การประเมินผลตนเอง ตลอดจนการประเมินผลโครงการ

4. การเรียนรู้ร่วมกันเป็นกลุ่ม (Collective Learning) คือการที่ทุกคนสอน ทุกคนเรียน โดยครูจะเปลี่ยนบทบาทหน้าที่มาเป็นผู้สนับสนุนการเรียนรู้ หรือผู้ประสานงานแทนการเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ตามบทบาทเดิม การที่ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิด ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน นอกจากจะทำให้แต่ละคนได้เกิดความรู้ใหม่ที่สอดคล้องกับความเป็นจริงแล้วยังช่วยให้รู้สึกการเป็นกลุ่ม มีการคิดและกระทำร่วมกันซึ่งการร่วมกลุ่มกันนี้จะทำให้ผู้เรียนรู้สึกว่ามีพลัง สนับสนุนมากพอที่จะกระทำการแก้ไขปัญหา หรือเปลี่ยนแปลงสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ต้องการ

5. การเรียนรู้ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยเป็นการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะ ความรู้ และทักษะ ซึ่งอาจเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทันที หรือมีการเปลี่ยนแปลงภายหลังเมื่อได้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ นอกจากนี้กระบวนการเรียนรู้จะนำไปสู่การกระทำเพื่อการเปลี่ยนแปลงโดยจะมีการสนับสนุน และกระตุ้นให้ผู้เรียน มีการวางแผนร่วมกัน สำหรับการปฏิบัติเพื่อการเปลี่ยนแปลง

6. การเรียนการสอนที่มีความยืดหยุ่น และเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องโดยจะมีการปรับเนื้อหาวิธีการ และสื่อการเรียนให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้เรียน และกลุ่ม รวมทั้งการเรียนรู้จะไม่จำกัดเฉพาะในห้องเรียนเนื่องจากผู้เรียนสามารถเรียนรู้สิ่งต่างๆ จากประสบการณ์จริง และจากการลงมือปฏิบัติด้วยตนเองได้ตลอดเวลา

7. การเรียนการสอนที่มีความสนุกสนานไม่น่าเบื่อ

8. เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง

นอกจากนี้ยังมีการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1991) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการการช่วยเหลือบุคคลในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิต ซึ่งทำให้บุคคลมีพลัง มีความผาสุก และตระหนักในศักยภาพของตนเองในการรักษาสุขภาพ การเสริมสร้างพลังอำนาจจะช่วยให้บุคคลเข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่างๆ ทั้งในส่วนบุคคล และสังคมมาใช้ให้เกิดประโยชน์กับสุขภาพของตน ครอบครัว และชุมชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ตามแนวคิดของ Gibson กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจมี 4 ขั้นตอน คือ

- 1) การค้นพบความจริง การรู้จักตนเอง
- 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ
- 3) การตัดสินใจเลือกทางออก หรือวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม
- 4) การคงไว้ซึ่งพฤติกรรม

#### ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบความจริง การรู้จักตนเอง

การค้นพบความจริง เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการพยายามทำให้ญาติผู้ดูแลยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพที่เป็นจริง ทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ในขั้นนี้จะมีการตอบสนองของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านสติปัญญา การรับรู้ และด้านพฤติกรรม

การตอบสนองด้านอารมณ์ เมื่อบุคคลรับรู้และตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น ก็จะทำให้เกิดความรู้สึกสับสน ไม่แน่ใจ ต่อต้าน วิดกกังวล ภาวะกรวย กลัวโกรธ ซึ่งอาการทั้งหมดเกิดจากการที่บุคคลไม่สามารถยอมรับกับปัญหาที่เกิดขึ้นในสภาพความยุ่งยากซับซ้อนของปัญหา ความไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ รวมทั้งการขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลที่จะเกิดขึ้นต่อไป

การตอบสนองทางสติปัญญา การรับรู้ เมื่อบุคคลรู้สึกสูญเสียความรู้สึกสามารถหรือไม่มั่นใจ ระยะนี้บุคคลจะแสวงหาความช่วยเหลือจากสิ่งรอบข้าง โดยการหาข้อมูลความรู้ให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ไม่ว่าจะเป็นการอ่านหนังสือ วารสารทางวิชาการ การถามจากแพทย์พยาบาล ผู้ป่วยคนอื่นที่ประสบเหตุการณ์ที่คล้ายคลึงกัน เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจเหตุการณ์และสถานการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้น ในระยะนี้บุคคลจะใช้ข้อมูลความรู้ทั้งหมดที่ได้จากการแสวงหาจากแหล่งต่าง ๆ มาใช้ประกอบการตัดสินใจ ในการแก้ปัญหาและสถานการณ์ต่างๆ

การตอบสนองต่อพฤติกรรม โดยบุคคลจะรับรู้และตระหนักว่าการดูแลตนเองเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของตน การที่บุคคลคิดว่าสิ่งที่ทำได้เป็นสิ่งที่ดีที่สุดที่สามารถทำได้ขณะนี้ มองปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่ดี และพยายามทำความเข้าใจกับปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจนสามารถรู้ชัดว่าสิ่งที่ตนเองต้องการการดูแลอย่างแท้จริงคืออะไร เกิดความเข้าใจ ชัดเจนในการดูแลและตระหนักถึงความสำคัญของตนเอง ใช้ประสบการณ์การแก้ปัญหาที่ผ่านมาประยุกต์กับสถานการณ์ใหม่ ในขั้นนี้การกระทำของบุคคลจะได้รับข้อมูลย้อนกลับจากบุคคลที่เกี่ยวข้องว่าการวิตกกังวลจนเกินไป จะทำให้รู้สึกสับสน คับข้องใจ และไม่มั่นใจ จนในที่สุดจะตระหนักได้เองถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นและการกระทำของตน และจะเริ่มเปลี่ยนความคิดว่า ถ้าเปลี่ยนมาคิดในแง่ดี ปัญหาทุกอย่างก็จะสามารถแก้ไขได้ดีกว่า ดังนั้นบุคคลจะพยายามปรับตัวโดยคิดในแง่ดี และจะกระทำสิ่งทุกอย่างเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

## ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ

การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ให้อาจารย์ผู้ดูแลได้ทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์อย่างรอบคอบ เพื่อตัดสินใจและจัดการกับปัญหาในการดูแลได้อย่างเหมาะสม เป็นการฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับสถานการณ์ปัญหา การแสวงหาทางเลือก การพิจารณาอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ เมื่อบุคคลสามารถค้นพบปัญหาตามสภาพการณ์จริง และเกิดความรู้สึกค้ำข้องใจในการดูแลจะส่งผลให้บุคคลได้พัฒนาตนเองขึ้น ช่วยให้เห็นมุมมองปัญหา ประเมินและพิจารณาวิเคราะห์ถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดในแง่มุมต่างๆ ให้เกิดความเข้าใจชัดเจนเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ในขั้นนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนารู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง จะทำให้เกิดความคิดว่าทุกสิ่งทุกอย่างไม่ได้ไร้ความสามารถ สิ่งที่สามารถทำได้เป็นสิ่งที่มีความสำคัญ บุคคลจะได้มาซึ่งทางเลือกต่างๆ ในการปฏิบัติ หลังจากการคิดวิเคราะห์อย่างละเอียดแล้วจะช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาขึ้น ตระหนักถึงความเข้มแข็งของตนเอง ความสามารถ ความถูกต้องของตนเอง เกิดความรู้สึกมั่นใจในความรู้ ความสามารถ การตัดสินใจ ทักษะของตนเองในการตัดสินใจ

## ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกทางออก หรือวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม

การตัดสินใจเลือกทางออก หรือวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม เพื่อควบคุมและจัดการกับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง มีการเผชิญหน้าเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่น เพื่อเป็นสิ่งที่ช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง หลังจากผ่านทั้งสองขั้นตอนดังกล่าวข้างต้น ในขั้นตอนนี้บุคคลจะตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด ซึ่งบุคคลจะมีทางเลือกหลายวิธีการขึ้นอยู่กับการแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหาของบุคคล ซึ่งอาจมีความแตกต่างกัน โดยการตัดสินใจเลือกที่ดีที่สุดขึ้นอยู่กับปัจจัย ดังต่อไปนี้

1. เป็นวิธีที่แก้ปัญหให้แก่ตนเองได้
2. สอดคล้องกับการดูแลรักษาของทีมสุขภาพ
3. ได้รับความเอาใจใส่และสามารถตอบสนองความต้องการของตนเอง
4. ผ่านการร่วมปรึกษาและได้รับการยอมรับจากทีมสุขภาพ
5. เป็นวิธีที่สร้างความยอมรับ และสามารถเปิดกว้างในการที่ผู้อื่นจะนำไปใช้ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้

ในการตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม บุคคลจะมีพันธะสัญญากับตนเอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การป้องกัน โดยคิดว่าการให้การดูแลเป็นการป้องกันตนเอง เป็นภาระหน้าที่ และความรับผิดชอบของตน ดังนั้นจึงกระทำ

2. การเรียนรู้ในการแก้ปัญหา เป็นการเรียนรู้ที่จะแก้ปัญหามาจากการใช้ประสบการณ์เดิม และการเรียนรู้ร่วมกับทีมสุขภาพ
3. การเรียนรู้ในการคงพฤติกรรม ไม่ย่อท้อต่อความตั้งใจในการกระทำ
4. การเจรจาต่อรองเกี่ยวกับการรักษาในโรงพยาบาล โดยคิดว่าตนเองเป็นบุคคลสำคัญ และเป็นส่วนหนึ่งในการรักษา การได้นำศิลปะและความเข้าใจมาผสมผสานกับความรู้ที่มีอยู่มาใช้ในการดูแล การได้นำปัญหาของผู้ป่วยมาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับทีมสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ หากการกระทำดังกล่าวเป็นที่ยอมรับ จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีพลังอำนาจ
5. การสร้างความรู้สึกมีส่วนร่วม การต้องการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการดูแล และการตัดสินใจในการรักษา จะทำให้บุคคลพยายามแสวงหาข้อมูลที่ทันสมัย เป็นประโยชน์จากบุคคลอื่นในทีมสุขภาพ จากการแสวงหาข้อมูลความรู้ด้วยตนเอง การสร้างสัมพันธภาพและการมีส่วนร่วมอภิปรายปัญหากับทีมสุขภาพ การทำงานเป็นทีม ช่วยให้ตัดสินใจแก้ปัญหาเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น

#### ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งพฤติกรรม

การคงไว้ซึ่งพฤติกรรม ถือเป็นข้อผูกพันในการปฏิบัติ ในระยะนี้เมื่อพบปัญหาในการปฏิบัติตามทางเลือกแล้ว พยาบาลและผู้ดูแลจะร่วมมือกันแก้ปัญหาซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เมื่อนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จ บุคคลจะรู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถและจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการแก้ปัญหานั้นสำหรับใช้ในครั้งต่อไป

แนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ดูแล มีการตัดสินใจและควบคุมชีวิตส่วนบุคคลด้วยตนเอง เป็นการเสริมพลังทางจิตใจ สร้างพลังในการพึ่งตนเอง เพื่อให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี

สุกัญญา ไหมม่วงศ์ (2546) ศึกษาวิจัยการสร้างพลังผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด : กรณีศึกษาในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุน จังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จำนวน 30 คน ใช้เวลาในการศึกษา 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าจากการเสริมพลังผู้ป่วยเบาหวานโดยจัดการประชุมปฏิบัติการ การประชุมกลุ่มย่อยและการติดตามสนับสนุนผู้ป่วยที่ครอบครัวและชุมชนทำได้ ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถวิเคราะห์ปัญหา วางแผน และนำไปปฏิบัติ ในการคุมอาหารและออกกำลังกายด้วยตัวผู้ป่วยเอง และมีครอบครัวเป็นผู้สนับสนุนสำคัญ และมีการตระหนักในคุณค่าตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเอง และการปฏิบัติในการคุมอาหารและออกกำลังกาย สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่  $p < 0.05$  และหลังการศึกษาระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$

ยุวดี รอดจากภัย รัชณี สรรเสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัง (2548) ศึกษาวิจัย การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยญาติผู้ดูแล จำนวน 45 คน ที่อำเภอศรีราชา ญาติผู้ดูแลที่เข้าร่วมในการวิจัยได้รับการสร้างเสริมพลังตามกิจกรรมที่กำหนดขึ้น ตามกระบวนการของกิบสัน โดยกิจกรรมที่จัดขึ้นเป็นรายบุคคล การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และกระบวนการกลุ่ม เพื่อให้ทราบถึงรายละเอียดเกี่ยวกับโรค และการฝึกทักษะในการให้การดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง ผลการวิจัยพบว่า หลังการดำเนินการโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง มีการรับรู้พลังอำนาจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมการดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ )

ประสิทธิ์ กมลพรมงคล ยุวดี รอดจากภัย และวรรณภา อัครชัยสุวิกรม (2553) ศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1 อำเภอหนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1 อำเภอหนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี โดยประยุกต์การเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง 33 คน กลุ่มควบคุม 33 คน กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ เป็นเวลา 5 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired Sample t-test และ Independent Sample t-test ผลการวิจัยโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพมีผลทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้พลังอำนาจ มีความเชื่อด้านสุขภาพในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

นิภาพรรณ อธิคมานนท์ ยุวดี รอดจากภัย และ กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ (2554) ศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ของกิบสัน (Gibson, 1993) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi Stage Sampling) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นเวลา 9 สัปดาห์ ดังนี้ ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ และการชี้แจงการดำเนินการวิจัย แลกเปลี่ยนประสบการณ์



ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) กิจกรรมการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณของผู้สูงอายุ ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 4) กิจกรรม วิธีการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 5) กิจกรรมการคงไว้ซึ่งพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง ครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 7) กิจกรรมเพื่อตามพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการเสริมพลังอำนาจเพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ยั่งยืน ครั้งที่ 6 (สัปดาห์ที่ 9) กิจกรรมประเมินผลการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ในภาพรวมทั้งหมดเป็นรายบุคคล เก็บข้อมูลหลังการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามชนิดเติม เพื่อประเมินการรับรู้หลังจากเสร็จสิ้นการทดลองทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป การรับรู้พลังอำนาจของผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test และ Independent t-test ผลการวิจัยโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ พบว่าระดับการรับรู้พลังอำนาจของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีการรับรู้พลังอำนาจที่สูงขึ้นและมีพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วิภา เพ็งเสงี่ยม พัทธราภรณ์ ไชยสังข์ วาสนา พงษ์สุภษะ และศิริรัตน์ จุมจะนะ (2558) ศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง และทดสอบประสิทธิผลต่อพฤติกรรม การดูแลของผู้อยู่ดูแล ระยะการดำเนินงานมี 2 ระยะ คือ 1) การพัฒนาโปรแกรม โดยประยุกต์แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจร่วมกับการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง และการสนับสนุนทางสังคม และ 2) การทดสอบโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างจากอาสาสมัครที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและยินดีเข้าร่วมการวิจัย โดยมีเกณฑ์ การคัดเลือก และเกณฑ์การคัดออก งานวิจัยนี้มีตัวอย่างสองกลุ่ม และมีขนาดเท่ากัน แบ่งเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 34 คน เครื่องมือของการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ดูแล 2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ตามแนวคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมแบบไม่มีส่วนร่วม 3) แบบวัดพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง และ 4) แบบประเมินพฤติกรรมปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของผู้ดูแล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสถิติ independent t-test และ paired t-test ผลการวิจัยพบ 1) จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุติดเตียง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสและบุตร พบว่า ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลค่อนข้างดีจากการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยอาศัยปัจจัยภายในครอบครัวเป็นพื้นฐานสำคัญส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้ที่มั่นใจแสดงถึงความสัมพันธ์ภาพค่อนข้างดี แต่การทำหน้าที่ระยะยาวส่งผลให้ประสบปัญหาหลายประการได้แก่ ด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และปัญหาด้านการเงิน ซึ่งผู้ดูแลหลักต้องมีภาระดูแล ส่งผลให้มีความต้องการที่จะได้รับความช่วยเหลือแบ่ง

เบาภาาระหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน กลุ่มเพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน และผู้นำศาสนา  
 2) ภายหลังกการให้โปรแกรม 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติด  
 เดียงและคะแนนพฤติกรรมกการปฏิบัติกการดูแลผู้สูงอายุติดเดียงของผู้ดูแลสูงกว่าก่อนให้โปรแกรม  
 และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.000$ ) ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย ควรมีการ  
 ติดตามผลของโปรแกรมในระยะยาวภายหลังกการทดลองเพื่อศึกษาความคงทนของโปรแกรม  
 และควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้พลังอำนาจกับพฤติกรรมกการดูแลผู้สูงอายุติดเดียง

วิภา เพ็งเสียม พัชรภักดิ์ ไชยสังข์ และปัญญภรณ์ ยะเกษม (2558) ศึกษาวิจัยเรื่อง  
 ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจ และการปฏิบัติกการดูแลผู้สูงอายุ  
 ภาวะสมองเสื่อม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็น การวิจัยกึ่ง  
 ทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลัง  
 อำนาจและการปฏิบัติกการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน  
 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของโรงพยาบาล  
 ส่งเสริมสุขภาพสมเด็จพระย่า 84 ตำบลบึงน้ำรักษ์ อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานีที่มีผู้สูงอายุภาวะสมอง  
 เสื่อมในความรับผิดชอบดูแล ความรุนแรงระดับน้อย-ปานกลางระหว่างเดือนสิงหาคมถึงเดือนตุลาคม  
 พ.ศ. 2557 กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองเข้าโปรแกรม 5 ครั้ง ใช้เวลา 10 สัปดาห์กลุ่มควบคุมได้รับ  
 การให้ความรู้ตามปกติ เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ  
 โดยประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังอำนาจ และการปฏิบัติกการ  
 ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยงได้ค่า  
 สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Chronbach's Coefficient Alpha) เท่ากับ 0.86 และ 0.89  
 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน  
 มาตรฐานค่าสถิติ t-test independent และ pair t-test ผลวิจัยพบว่าภายหลังกการทดลอง กลุ่มที่  
 ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม  
 การสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  
 ( $p\text{-value}<0.000$ ) และภายหลังกการใช้โปรแกรมการสร้างพลังอำนาจ กลุ่มที่ใช้โปรแกรมการสร้าง  
 พลังอำนาจต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตนมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมอง  
 เสื่อมสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ  
 ทางสถิติ ( $p\text{-value}<0.000$ ) เช่นกัน สรุปและข้อเสนอแนะ ผลการวิจัยเป็นแนวทางให้บุคลากรในทีม  
 สุขภาพนำโปรแกรมไปใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม  
 ในชุมชน และควรมีการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มผู้ดูแล (Care giver) เช่น  
 บุตร หรือญาติของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

เนติยา แจ่มทิม สีนีพร ยืนยง และปริญทร์ ศรีศศลักษณ์ (2559) ศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชากรที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโคกคราม อำเภอบางปลาม้า จ.สุพรรณบุรี การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรองจากประชาชนที่มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป จากโรงพยาบาลบางปลาม้า ตำบลโคกคราม อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 30 คน ใช้ระยะเวลา 3 เดือนในการเก็บข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นตามแนวคิดของกิบสัน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มีระดับคะแนนความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001 ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ เป็นข้อเสนอแนะให้บุคลากรที่ทำงานในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน ควรมีการนำรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงไปใช้ โดยมีการกระตุ้นส่งเสริมให้ประชาชนมีการเสริมสร้างพลังอำนาจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง เพื่อดูแลสุขภาพไม่ให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง การสอนนักศึกษาพยาบาล ควรมีการสอดแทรกความรู้ของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ให้มีการพัฒนากระบวนการคิด วิเคราะห์เกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพประชาชนต่อไป

จุฑารัตน์ รังษา ยุวดี รอดจากภัย และไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ (2559) ศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษากึ่งการทดลอง กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งแต่ละกลุ่มประกอบด้วยผู้ดูแล 30 ราย และผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน 30 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการบริการตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์และเครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือด สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ paired t-test และ independent t-test ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

### แรงสนับสนุนทางสังคม

Caplan, Robinson & French (1976) ได้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่คุณค่าได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลอาจเป็นด้านข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางอารมณ์ ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้รับต้องการ

House (1981) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการให้การสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ประเภท คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เช่น การให้กำลังใจ การให้การยอมรับนับถือ
2. การสนับสนุนในการให้ประเมินผล (Appraisal Support) เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ การให้การรับรอง
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เช่น การให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำ การให้ข่าวสาร
4. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) เช่น เครื่องมือ เวลา สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2543) ได้กล่าวถึงแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 5 แหล่ง คือ

1. ครอบครัวและญาติพี่น้อง
2. กลุ่มเพื่อน
3. ด้านศาสนา หรือแหล่งอุปถัมภ์ต่าง ๆ
4. กลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข
5. กลุ่มวิชาชีพอื่น ๆ

การนำแรงสนับสนุนทางสังคมไปประยุกต์ใช้ในงานวิจัยที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุจะให้การสนับสนุนทางอารมณ์เป็นส่วนใหญ่ งานวิจัยที่เกี่ยวกับเรื่องของการสูบบุหรี่ จะใช้แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มาจากครอบครัว บุตร หลาน เป็นต้น กลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพจะให้การสนับสนุนในการให้การประเมินผล และด้านข้อมูลข่าวสาร แรงสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่จะเป็นไปในเชิงบวกมากกว่าเชิงลบ การให้แรงสนับสนุนทางสังคมในเชิงบวกจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์อย่างต่อเนื่อง

กอบกุล พันธุ์รัตนอิสระ (2551) ศึกษาวิจัยเรื่อง การปรับรูปแบบบริการร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน ซึ่งสาเหตุเกิดจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ผู้วิจัยสนใจที่จะหากลวิธีที่จะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ มีความมุ่งหมายเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน จึงศึกษาผลของการปรับรูปแบบบริการร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 60 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน โดยผู้ป่วยเบาหวานทั้งสองกลุ่ม เป็นผู้ป่วยที่รับบริการตรวจรักษาที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลปะคำ ในกลุ่มทดลองจัดให้มีกิจกรรมกลุ่ม 3 ครั้ง แต่ครั้งห่างกัน 4 สัปดาห์ โดยมีกลุ่มเพื่อนผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี เป็นผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคม การเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถาม เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน ความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหาร การวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบสมมติฐานใช้ t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคุณลักษณะทางประชากรสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมคล้ายกัน และมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมการปฏิบัติตัว ความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน หลังการให้โปรแกรมกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมการปฏิบัติตัว ความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคเบาหวานมากกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.001$ ) และมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารลดลงกว่าก่อนการทดลอง และทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.001$ )

ภรณ์ นิลภรณ์ ยุวดี รอดจากภัย และ ศิริพร จันทร์ฉาย (2554) ศึกษาวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี โดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน โดยกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ประกอบด้วย การจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การอภิปรายกลุ่ม และการนำเสนอตัวแบบ เพื่อให้เด็กได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้ ความคิดเห็น และให้รางวัล พร้อมทั้งด้าน

แรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วัดผลก่อน และหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถาม ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของนักเรียน ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร การรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยใช้สถิติการวิเคราะห์แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired Samples t-test และ Independent Sample t-test ผลการวิจัยนี้ พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร การรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ข้อเสนอแนะจากโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ควรนำไปประยุกต์ใช้กับ นักเรียนกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป

### **เครือข่าย**

#### **ความหมายของเครือข่าย**

มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

อรรรณพ พงษ์วาท (2539) ให้ความหมาย เครือข่ายว่า เครือข่ายเป็นการเชื่อมโยงเอา ความพยายาม และการดำเนินงานของฝ่ายต่าง ๆ โดยที่แต่ละฝ่ายยังคงปฏิบัติการกิจหลักของตน อย่างไม่สูญเสียเอกลักษณ์และปรัชญาของตนเอง

เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ (2543) ได้เสนอแนวคิดที่ว่า เครือข่าย มีความหมายมากกว่า การที่คนมา “รวมกัน” แต่ไม่ได้ “รวมกัน” ในการทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เปรียบเสมือนเอาก้อนอิฐมารวมกัน ย่อมไม่เกิดประโยชน์อันใด การเชื่อมโยงกันจะเกิดขึ้นเมื่อเอาอิฐแต่ละก้อนมาก่อรวมกันเป็นกำแพง โดยมีการประสานอิฐแต่ละก้อนเข้าด้วยกันอย่างมีระบบ เครือข่ายจึงหมายถึง การรวมตัวเพื่อ แลกเปลี่ยนกัน นำเอาส่วนดี หรือจุดแข็งของแต่ละฝ่ายมาสนับสนุนกันและกัน เกิดการผนึกกำลัง (Synergy) ในลักษณะ 1+1 ได้ผลรวมมากกว่า 2 เสมอ ( $1+1>2$ ) เป็นการรวมกันให้เกิด “พลังทวีคูณ” ไม่ใช่ทวีบวก ผลลัพธ์ที่ได้จากการทำงานเป็นเครือข่ายจึงต้องดีกว่าผลลัพธ์ของการนำเอาผลลัพธ์ของ การต่างคนต่างทำแล้วนำมารวมกัน

วิทย์ เทียงบุรณธรรม (2543) ให้ความหมายว่า เครือข่าย คือ สิ่งที่คล้ายร่างแห ตาข่าย ร่างแห มีแผนงานประสานซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

กาญจนา แก้วเทพ (2548) ให้ความหมายของเครือข่ายไว้ว่า เครือข่าย เป็นรูปแบบหนึ่ง ของการประสานงานของบุคคล กลุ่มหรือองค์กรหลายองค์กรที่ต่างก็มีทรัพยากรของตัวเอง มี เป้าหมายวิธีการทำงาน และมีเป้าหมายของตนเอง บุคคล กลุ่มหรือองค์กร โดยมีการประสานงานกัน อย่างยาวนาน

เสรี พงศ์พิศ (2548) ได้ให้ความหมายของเครือข่ายว่า เครือข่าย หมายถึง กลุ่มบุคคล หรือกลุ่มองค์กรที่สมัครใจสื่อสารสัมพันธ์กัน หรือดำเนินกิจกรรมบางอย่างร่วมกัน โดยไม่ทำให้แต่ละคน หรือแต่ละองค์กรสูญเสีย ความเป็นอิสระ

ไพโรจน์ กลิ่นกุหลาบ (2549) ได้ให้ความหมายของเครือข่ายว่า เครือข่าย หมายถึง การแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิด ข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์ และการเรียนรู้ระหว่างบุคคล กลุ่มบุคคล องค์กร และแหล่งความรู้ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง จนเป็นระบบที่เชื่อมโยงกัน ส่งผลให้เกิดการเผยแพร่และการประยุกต์ความรู้ใหม่ ๆ เพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาชีพ หรือทางสังคม

Paul Starkey (1997) ให้ความหมายของ “เครือข่าย” ว่า คือ กลุ่มของคนหรือองค์กรที่สมัครใจแลกเปลี่ยนข่าวสารข้อมูลระหว่างกัน หรือทำกิจกรรมร่วมกัน ในลักษณะที่บุคคลหรือองค์กรสมาชิกยังคงมีความเป็นอิสระในการดำเนินกิจกรรมของตน การสร้างเครือข่ายเป็นการทำให้บุคคลและองค์กรที่กระจัดกระจายได้ติดต่อและแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร และการร่วมมือกันด้วยความสมัครใจ อีกทั้งให้สมาชิกในเครือข่ายมีความสัมพันธ์กันฉันท์เพื่อนที่ต่างก็มีความเป็นอิสระมากกว่า สร้างการคบค้าสมาคมแบบพึ่งพิง

สรุปได้ว่า เครือข่าย หมายถึง กลุ่มหรือองค์กรหลาย ๆ กลุ่มมารวมตัวกัน มีการแลกเปลี่ยนข่าวสาร ประสบการณ์การเรียนรู้ ประสานเชื่อมโยง สร้างความสัมพันธ์ สร้างสรรค์กิจกรรม ร่วมกันเพื่อการทำงานให้บรรลุเป้าหมาย โดยที่สมาชิกในเครือข่ายยังมีอิสระในการดำเนินกิจกรรมของตน

### **ประเภทของเครือข่าย**

เครือข่ายสามารถแบ่งได้หลายประเภท ทั้งนี้พิจารณาได้จากสมาชิก พื้นที่ กิจกรรมหลัก วัตถุประสงค์และโครงสร้างในลักษณะองค์กรของเครือข่ายเอง (เสรี พงศ์พิศ, 2548)

การแบ่งประเภท รูปแบบและลักษณะความสัมพันธ์ของเครือข่ายเพื่อสร้างความเข้าใจและมองเห็นภาพความเคลื่อนไหวของเครือข่ายต่าง ๆ ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น พัฒนาการของความเป็นเครือข่ายในสังคมไทยในปัจจุบันมีกระบวนการเกิดขึ้นของเครือข่าย ในภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาครัฐฯ ภาคธุรกิจ เอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) และภาคประชาชน รวมทั้งในด้านแนวคิด กิจกรรม ก็มีกระบวนการแบ่งประเภทและรูปแบบของเครือข่ายออกเป็นลักษณะต่าง ๆ ดังนั้นประเภทและรูปแบบของเครือข่าย จึงมีความแตกต่างกันไปตามนิยามและกิจกรรมที่แต่ละกลุ่มหรือผู้ใช้กิจกรรมเครือข่ายกำหนดขึ้น

เกณฑ์ในการจัดประเภทและรูปแบบของเครือข่าย คือ

1. เครือข่ายเชิงพื้นที่ (Area) การรวมตัวของกลุ่ม องค์กร เครือข่ายโดยอาศัยพื้นที่ ดำเนินการในการทำงานร่วมกัน เป็นกระบวนการพัฒนาที่อาศัยกิจกรรมที่เกิดขึ้นในพื้นที่เป็นเป้าหมายนำทาง และเป็นการพัฒนาแบบบูรณาการ ยึดเอาพื้นที่เป็นที่ตั้งแห่งความสำเร็จในการ

ทำงานร่วมกันของทุกฝ่าย โครงสร้างความสัมพันธ์ของเครือข่ายเชิงพื้นที่ในสังคมไทยนั้น ส่วนใหญ่จะมีลักษณะของการประสานงาน เข้าสู่บริการจัดการในส่วนกลางหรือในเขตพื้นที่ตามการปกครองขนาดใหญ่ เช่น ในระดับจังหวัด โดยมีเครือข่ายที่มีความเข้มแข็งเป็นแกนนำหลักในการประสานงาน ลักษณะการแบ่งเครือข่ายเชิงพื้นที่ สามารถแบ่งได้หลายระดับตามพื้นที่และกิจกรรมที่เกิดขึ้น

### 1.1 การแบ่งเครือข่ายตามระบบการปกครองของภาครัฐ

เครือข่ายระดับหมู่บ้าน ตำบล และอำเภอ เช่น เครือข่ายประชาคม อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

เครือข่ายระดับจังหวัด เช่น เครือข่ายประชาคม จังหวัดน่าน

เครือข่ายระดับภูมิภาค เช่น เครือข่ายป่าชุมชนภาคเหนือ

เครือข่ายระดับประเทศ เช่น เครือข่ายสมาพันธ์เกษตรกรแห่งประเทศไทย

เครือข่ายองค์กรระหว่างประเทศ เช่น องค์กรสหประชาชาติ (United Nations Development Programme หรือ UNDP)

### 1.2 การแบ่งพื้นที่ตามความสำคัญของทรัพยากรธรรมชาติ

อาศัยพื้นที่ทางกายภาพเป็นฐานกำหนดกิจกรรมและประเด็นปัญหา มีการโยกกลุ่มองค์กร และเครือข่ายย่อยในพื้นที่ให้เข้ามาร่วมปรึกษาหารือและหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ร่วมกัน โดยใช้กระบวนการในรูปแบบต่าง ๆ เช่น คณะกรรมการร่วม การบูรณาการการจัดการเชิงพื้นที่ หรือการใช้ประเด็นกิจกรรมเป็นภารกิจในการทำงานร่วมกัน โดยกิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นจะมีความสัมพันธ์ทางด้าน เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมและการตั้งทรัพยากรที่มาจากพื้นที่ขึ้นมาใช้ เป็นสำคัญ เช่น เครือข่ายอ่าวปัตตานี

2. เครือข่ายเชิงประเด็นกิจกรรม (Issue network) เครือข่ายที่ใช้ประเด็นกิจกรรม หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นปัจจัยหลักในการรวมกลุ่มองค์กร จัดการในประเด็นกิจกรรมนั้น ๆ อย่างจริงจัง และพัฒนาให้เกิดความร่วมมือกับภาคีอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

เครือข่ายประเด็นกิจกรรมนั้น จะเกิดจากความสนใจของกลุ่มคน ที่รวมตัวกัน และไม่ยึดติดกับพื้นที่ดำเนินการ แต่ประเด็นกิจกรรมจะเป็นตัวกำหนด ความเป็นเครือข่าย เช่น

เครือข่ายป่าชุมชน

เครือข่ายภูมิปัญญาชาวบ้าน

เครือข่ายผู้สูงอายุ

3. เครือข่ายแบ่งตามโครงสร้างหน้าที่ เครือข่ายที่เกิดขึ้นโดยอาศัยภารกิจ/ กิจกรรม และการก่อตัว เพื่อผลประโยชน์ในกลุ่ม มุ่งเน้นการดำเนินการ ภายใต้กรอบแนวคิด หลักการ ของกลุ่มผลประโยชน์นั้น ๆ ลักษณะโครงสร้าง มีการก่อตัวตามภารกิจของกลุ่มผลประโยชน์ โดยได้รับการ



สนับสนุนจากกลุ่ม ในการจัดตั้งเครือข่ายหรือเสริมสร้างความรู้เพื่อพัฒนาให้สอดคล้องกับกิจกรรม/ภารกิจได้ เช่น

เครือข่ายภาครัฐ มีความจำเป็นต่อการพัฒนาและการสร้างความมั่นคงให้ประเทศชาติ ถ้ารัฐขับเคลื่อนสังคมให้ไปอย่างเป็นระบบ ในช่วงแรกระบบของภาครัฐได้ก่อให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์เชิงอำนาจและการรวมศูนย์ อย่างไรก็ตามในระยะต่อมา ภาครัฐได้ปฏิรูปกระบวนการทำงาน เน้นการมีส่วนร่วมมากขึ้น เช่น ส่งเสริมเครือข่ายประชาชนให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาภาครัฐ ตัวอย่างเครือข่ายภาครัฐ สามารถจัดประเภทตามโครงสร้างและภารกิจของหน่วยงาน เช่น เครือข่ายสถาบันการศึกษา เครือข่ายกองทุนหมู่บ้านและเครือข่าย 1 ตำบล 1 ผลิตภัณฑ์ หรือ OTOP เป็นต้น กลุ่มองค์กรเครือข่ายที่เกิดจากการจัดตั้งภาครัฐเหล่านี้ เน้นการทำงานร่วมกันในระดับพื้นที่เป็นผู้ให้มากกว่าผู้รับ แต่ขาดการวางแผนร่วมกันระหว่างชาวบ้านและภาครัฐ ก่อให้เกิดกระบวนการพัฒนาเป็นเครือข่ายที่ไม่ยั่งยืน ดังนั้นภาครัฐจึงได้มีการปรับตัวที่จะปฏิบัติงานร่วมกับชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมากขึ้น โดยเห็นได้จากองค์กรอิสระของภาครัฐที่เกิดขึ้นมากมายในปัจจุบัน มุ่งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของฝ่ายต่าง ๆ เช่น สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (พอช.) กองทุนหมู่บ้าน

ข้อจำกัดของเครือข่ายภาครัฐ คือ กระบวนการดำเนินการขาดการวางแผนที่มีมาจากการมีส่วนร่วมภาคประชาชน ขาดความยืดหยุ่นในกระบวนการทำงานและขาดการกระจายความรับผิดชอบให้กับชุมชนท้องถิ่นอย่างแท้จริง และขาดการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของผู้คนในสังคม รวมทั้งปัญหาการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่บางส่วน

ข้อดีของเครือข่ายภาครัฐ คือ การเสริมสร้างมวลชนและส่งเสริมการพัฒนาที่ตอบสนองต่อนโยบายของรัฐ และการพัฒนาประเทศในภาครวม โดยมีระเบียบการจัดการที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะของตนเองและขับเคลื่อนสังคมด้วยกิจกรรมที่หลากหลายตามภารกิจของกระทรวง

เครือข่ายภาครัฐกิจเอกชน ส่วนใหญ่จะเป็นรวมตัวของผู้ทำงานในธุรกิจประเภทเดียวกันเพื่อการประสานผลประโยชน์และลดต้นทุนการผลิตและเพิ่มผลตอบแทนภายใต้ความร่วมมือในฐานะการเป็นหุ้นส่วน ซึ่งจะเห็นได้จากการที่กลุ่มองค์กรในภาครัฐกิจต่าง ๆ มารวมตัวกันเป็นเครือข่ายภาครัฐกิจ เช่น สภาหอการค้า สภาอุตสาหกรรม สสมาคมผู้ส่งออก เป็นต้น ในปัจจุบัน เครือข่ายภาครัฐกิจเอกชน นำไปสู่การพัฒนาสังคม เป็นธุรกิจเพื่อสังคม และมีแนวโน้มในการทำธุรกิจที่สามารถรับใช้และคืนประโยชน์ให้สังคมมากขึ้น โดยเฉพาะบริษัทขนาดใหญ่ ดังนั้น เครือข่ายในภาครัฐกิจจึงมีการพัฒนากระบวนการทำงานร่วมกับภาครัฐและภาคประชาชน ในลักษณะของการเข้าร่วมเป็นเครือข่าย เช่น เครือข่ายรัฐวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (Small and Medium Enterprises หรือ SMEs) เพื่อการพัฒนาผลิตภัณฑ์ เครือข่ายธุรกิจ เพื่อปฏิรูปการศึกษา เครือข่ายธุรกิจเพื่อการพัฒนาชุมชน

ข้อดีของเครือข่ายภาคธุรกิจเอกชน คือ มีกระบวนการทำงานที่รวดเร็ว สามารถระดมทุนเพื่อการจัดการ และสามารถพัฒนาตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสียของเครือข่ายภาคธุรกิจเอกชน คือ การคำนึงถึงผลประโยชน์ตอบแทนมากเกินไป ไม่สามารถลงทุนเพื่องานพัฒนาสังคมได้อย่างเต็มที่

เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน มีพัฒนาการมาจากการช่วยเหลือด้านมนุษยธรรมขององค์กรระหว่างประเทศ ที่เข้ามาสนับสนุนกระบวนการทำงานและการเรียนรู้ของภาคประชาชน สนับสนุนให้องค์กรและภาคประชาชนดำเนินการจัดการในประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นในสังคม มีเป้าหมายเพื่อร่วมคลี่คลายปัญหาในสังคม ส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการพัฒนาและมีความสามารถในการพึ่งพาตนเอง โดยมีบทบาทในการนำเสนอและ ผลักดันการแก้ไขปัญหาของผู้ด้อยโอกาสในสังคมให้ปรากฏขึ้น เช่น ในด้านสิทธิมนุษยชน หรือสวัสดิการและแรงงาน

ข้อดีขององค์กรพัฒนาเอกชน คือ การเสนอทางเลือกในการพัฒนาสังคมอย่างจริงจัง ส่งเสริมให้ประชาชนมีทางเลือกในการพึ่งพาตนเอง และเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศ

ข้อเสียขององค์กรพัฒนาเอกชน คือ งบประมาณในการดำเนินงานจำกัด การดำเนินงานที่ขัดต่อกลุ่มอิทธิพล การขาดจิตสำนึกของกลุ่มผลประโยชน์บางกลุ่ม

เครือข่ายภาคประชาชน เป็นการรวมตัวของปัจเจกบุคคลกลุ่มคนและเครือข่าย โดยอาศัยวัฒนธรรมชุมชน ระบบเทคโนโลยี และกระบวนการทำงานร่วมกัน เป็นเครื่องเสริมให้เกิดการรวมตัว ทั้งนี้เนื่องมาจาก การเห็นความจำเป็นในการแก้ไขปัญหา การเรียนรู้และการถ่ายทอดประสบการณ์ร่วมกัน โดยเป็นกระบวนการที่เป็นไปตามธรรมชาติ และนับว่ามีบทบาทที่สำคัญต่อการพัฒนาประเทศ เพราะเป็นพลังของแผ่นดินที่เกี่ยวข้องกับประชาชนจำนวนมาก

ข้อจำกัดของเครือข่ายประชาชน อยู่ที่การขาดการเรียนรู้ในเชิง มหาภาคและระดับโลก การปรับตัวของชุมชน การจัดระบบการจัดการตัวเอง การสนับสนุนอย่างเป็นระบบทั้งจากภาครัฐและภาคเอกชน การขาดผู้นำรวมทั้งการขาดระบบการจัดการเครือข่ายที่จะทำให้เครือข่ายมีกิจกรรมที่ต่อเนื่อง เช่น เครือข่ายประมงพื้นบ้าน

ข้อดีอยู่ที่ การใช้ระบบวัฒนธรรม ความเชื่อ ความไว้วางใจและการเข้าถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในระดับชุมชน เป็นเครื่องมือในการเชื่อมโยงและการสานความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน และพัฒนาบนพื้นฐานแห่งความเข้าใจและความสอดคล้องในวิถีชีวิต

**กิจกรรมของเครือข่าย** มีหลากหลายในด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพ อาจแบ่งออกเป็น 2 ด้าน ดังนี้

1. ด้านสุขภาพ
2. ด้านสิ่งแวดล้อม

### กิจกรรมของเครือข่ายด้านสุขภาพ

เครือข่ายด้านสุขภาพในประเทศไทยมีจำนวนมาก และมีกิจกรรมที่แตกต่างกันตามประเภท และรูปแบบของแต่ละเครือข่าย เช่น

1. มูลนิธิหมอชาวบ้าน มีกิจกรรมที่สำคัญคือส่งเสริม สนับสนุน และดำเนินงานในการกระจายความรู้และวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นทางการแพทย์และการสาธารณสุขอื่น เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลรักษาตนเองและครอบครัวกับชุมชนที่อาศัยอยู่ได้ ให้การศึกษาอบรมแก่บุคคลหรือคณะบุคคลต่างๆ เพื่อให้มีความรู้ความสามารถในการสาธารณสุขเบื้องต้น ส่งเสริมและสนับสนุนการค้นคว้าวิจัยทางการแพทย์และการสาธารณสุขอื่นที่เหมาะสมและส่งเสริมงานวัฒนธรรมร่วมมือกับองค์กรการกุศลอื่น ๆ เพื่อสาธารณประโยชน์ สนับสนุนสิทธิของบุคคลซึ่งเป็นผู้บริโภค ด้านสุขภาพ ให้ได้รับข้อมูลข่าวสารเพื่อคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ตลอดจนให้การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารทางสื่อสารมวลชนทุกรูปแบบ

2. เครือข่ายด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ มีกิจกรรมที่สำคัญคือ ทำหน้าที่เป็นกลไกหรือสนับสนุนกลไกเชื่อมโยง และประสานการทำงานของเครือข่ายข้อมูลข่าวสารสุขภาพในภาพรวมเฉพาะประเด็น หรือ ในระดับพื้นที่ ทำงานร่วมกับเครือข่ายที่ดำเนินการด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ โดยการสนับสนุนด้านวิชาการ หรือ สนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สนับสนุนเครือข่ายในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่มีอยู่ เป็นข้อมูลสถิติ องค์ความรู้ด้านสุขภาพ หรือรายงานสุขภาพ เพื่อการใช้ประโยชน์ในระดับต่าง ๆ

ซึ่งประกอบไปด้วยเครือข่ายย่อยดังนี้

2.1 เครือข่าย แผนงาน ดัชนีและรายงานสุขภาพ ได้แก่ เครือข่ายการจัดการภาพรวมของแผนงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ เครือข่ายพัฒนาดัชนีชี้วัดสุขภาพระดับชาติ และเครือข่ายรายงานสุขภาพ

2.2 เครือข่าย ข้อมูลสถานะสุขภาพทั่วไป ได้แก่ เครือข่ายข้อมูลการตาย เครือข่ายข้อมูลความพิการ และเครือข่ายข้อมูลภาวะโรค

2.3 เครือข่าย ข้อมูลสภาวะสังคม ได้แก่ เครือข่ายข้อมูลความสุขและสุขภาพปัญญา เครือข่ายข้อมูลครอบครัว เครือข่ายข้อมูลสุขภาพชุมชน และเครือข่ายข้อมูลปัจจัยทางสังคมที่กระทบสุขภาพ

2.4 เครือข่าย ข้อมูลโรคและการบาดเจ็บ ได้แก่ เครือข่ายข้อมูลโรคติดต่อ เครือข่ายข้อมูลโรคเมเร็ง เครือข่ายข้อมูลโรคหัวใจหลอดเลือด เบาหวาน เครือข่ายข้อมูลอุบัติเหตุ เครือข่ายข้อมูลสุขภาพจิต

2.5 เครือข่าย ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยคุกคาม ได้แก่ เครือข่ายข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ เครือข่ายข้อมูลสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย และเครือข่ายข้อมูลอุบัติเหตุ

2.6 เครือข่าย ข้อมูลสุขภาพตามกลุ่มอายุ ได้แก่ เครือข่ายข้อมูลสุขภาพเด็ก เครือข่ายข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ และเครือข่ายข้อมูลสุขภาพวัยเจริญพันธุ์

2.7 เครือข่าย ข้อมูลทรัพยากรและค่าใช้จ่ายสุขภาพ ได้แก่ เครือข่ายข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพ เครือข่ายข้อมูลสถานพยาบาล เครือข่ายข้อมูลค่าใช้จ่ายสุขภาพ และเครือข่ายข้อมูลหลักประกันสุขภาพ

2.8 เครือข่าย ข้อมูลระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ เครือข่ายข้อมูลสมรรถนะระบบบริการสุขภาพ เครือข่ายข้อมูลบริการปฐมภูมิ เครือข่ายข้อมูลบริการโรงพยาบาล เครือข่ายข้อมูลส่งเสริมสุขภาพ เครือข่ายข้อมูลการแพทย์แผนไทย และเครือข่ายข้อมูลระบบยา

2.9 เครือข่าย ข้อมูลระดับพื้นที่ ได้แก่ เครือข่ายข้อมูลภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ ภาคกลาง และกรุงเทพมหานคร

2.10 เครือข่าย มาตรฐานและการจัดการข้อมูล ได้แก่ เครือข่ายมาตรฐานรหัสสุขภาพ เครือข่ายมาตรฐานข้อมูลบริการสุขภาพ เครือข่ายการสำรวจทางสุขภาพ และเครือข่ายการจัดการฐานข้อมูลสุขภาพ

2.11 เครือข่าย หน่วยงานนานาชาติ ได้แก่ องค์การอนามัยโลก เครือข่าย Health Metrics Network (HMN) เครือข่าย Routine Health Information System Network (RHINO) เครือข่าย International Household Survey เครือข่าย และหน่วยงานภายใต้ United Nation ได้แก่ กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (United Nations Population Funds หรือ UNFPA)

2.12 เครือข่าย หน่วยงานระดับชาติ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ

2.13 เครือข่าย อื่นๆ ด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ได้แก่ เครือข่าย Health Information Network (HIN) และ Thai Medical Informatics Association (TMI)

### **กิจกรรมของเครือข่ายด้านสิ่งแวดล้อม**

เครือข่ายด้านสิ่งแวดล้อมในประเทศไทยมีจำนวนมาก และมีกิจกรรมที่แตกต่างกันตามประเภทและรูปแบบของแต่ละเครือข่าย พอยกตัวอย่างบางกิจกรรม ได้แก่

1. สำนักงานสาขามูลนิธิเพื่อนช้าง ณ โรงพยาบาลช้างของมูลนิธิเพื่อนช้าง ในเขตป่าสงวนแม่ยาว มีกิจกรรมที่สำคัญคือช่วยเหลือช้างให้มีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นและในที่สุดสามารถดำรงพันธุ์และปรับตัวอยู่ในสภาพธรรมชาติได้ ช่วยเหลือผู้ที่มีอาชีพเกี่ยวข้องกับช้าง เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับช้าง เผยแพร่ข้อมูลและรายงานสถานการณ์ช้าง ความเคลื่อนไหวต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับช้างสู่สาธารณชน

2. มูลนิธิสิบนาคะเสถียร ได้รับอนุญาตให้ก่อตั้งขึ้นสิบวัน หลังจากพระราชทานเพลิงศพ คือ วันที่ 18 กันยายน 2533 คณะกรรมการ ประกอบด้วยบุคคลหลากหลายสาขาอาชีพ แต่เป็นกลุ่ม

บุคคลที่มีอุดมการณ์ตรงกับสืบมีกิจกรรมที่สำคัญคือให้ความสำคัญกับการปกป้องป่าผืนใหญ่และแหล่งธรรมชาติ ซึ่งเป็นถิ่นที่อยู่ของสัตว์ป่า และความหลากหลายทางชีวภาพเป็นอันดับแรก รองลงมาให้ความสำคัญกับสิ่งมีชีวิตที่เป็นชนิดพันธุ์ที่สำคัญและถูกคุกคาม ในการทำงานที่ต้องตัดสินใจให้อยู่บนพื้นฐานทางวิชาการที่รอบด้าน หรือหากไม่หลีกเลี่ยงได้ต้องมีวิธีแก้ไข ผลกระทบที่สามารถปฏิบัติได้จริงและเป็นที่ยอมรับ อย่างไรก็ตามสมควรคงระบบนิเวศตามธรรมชาติที่เป็นอยู่ ทั้งกระบวนการ และให้ดำเนินการบูรณะถิ่นที่อยู่อาศัยและความหลากหลายทางชีวภาพ เมื่อมีความจำเป็นและเป็นไปได้

3. ชมรมรักษัจฉลามวาฬมีกิจกรรมที่สำคัญคือผลักดันให้ฉลามวาฬในน่านน้ำไทย ได้รับการคุ้มครองทางกฎหมายนั่นก็คือ ให้ “ฉลามวาฬ” ได้รับการบรรจุให้เป็นสัตว์สงวนของประเทศไทย

4. สถาบันสิ่งแวดล้อมไทยเป็นองค์กรพัฒนาเอกชนด้านสิ่งแวดล้อมดำเนินงานในฐานะสถาบันวิชาการอิสระ มิได้แสวงหากำไรเริ่มเปิดดำเนินการ เมื่อเดือนพฤษภาคม 2536 ในฐานะหน่วยปฏิบัติของมูลนิธิสิ่งแวดล้อมไทย โดยมีพื้นฐานปรัชญา การทำงานที่มุ่งเน้นการทำหน้าที่เป็นแหล่งศึกษาวิจัยองค์ความรู้ด้านสิ่งแวดล้อมที่ทันสมัย ถูกต้อง และเชื่อถือได้ นอกจากนี้ เจตนารมณ์หลักของสถาบันฯ ยังมุ่งเน้นการผลักดันให้เกิดการประสานการทำงาน ร่วมกันระหว่างภาคีต่าง ๆ ในสังคม ซึ่งประกอบด้วยภาครัฐ เอกชน ประชาชน องค์กรพัฒนาเอกชน สื่อมวลชน ตลอดจน สถาบันทางวิชาการอื่น ๆ เพื่อเชื่อมโยงสู่การอนุรักษ์และพัฒนาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมให้เกิดความสมดุล อันจะเป็นรากฐานสำคัญสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืนทั้งในระดับประเทศและระดับโลก

#### ข้อจำกัดและปัญหาของเครือข่าย

1. ขาดปัจจัยหรือทุนในการดำเนินงาน
2. การสื่อสารผิด ๆ ในเครือข่าย
3. ความรับผิดชอบในงานที่ได้รับมอบหมาย
4. การแข่งขันกัน
5. ข้อจำกัดทางการเมือง เป็นต้น

#### ตัวอย่างเครือข่ายสากลและเครือข่ายในประเทศไทย

##### 1. เครือข่ายสากล

Culture Link Network [www.culturelink.org](http://www.culturelink.org)

เป็นเครือข่ายความร่วมมือของ 3 องค์กรเพื่อส่งเสริมวัฒนธรรมกับการพัฒนา ได้ร่วมกันสนับสนุนเครือข่ายที่เรียกว่า Creative Exchange ซึ่งมีสมาชิกเครือข่ายกว่า 100 องค์กรและบุคคลจากทั่วโลกที่ใช้วัฒนธรรมเพื่อการพัฒนา มีทั้งหน่วยงานสหประชาชาติ องค์กรพัฒนาระหว่างประเทศ ไปจนถึงองค์กรชุมชนท้องถิ่น นักวิชาการ และคนทำงานด้านวัฒนธรรม องค์กรนี้จดทะเบียนเป็นองค์กรการกุศลในสหราชอาณาจักร

### DPH (Dialogue pour le Progres de l'Homme) [www.webdph.net](http://www.webdph.net)

เป็นมูลนิธิที่ก่อตั้งโดยนักธุรกิจชาวสวิส (Fondation Charles Leopold Mayer pour le Progres de l'Homme) ทำงานส่งเสริมเครือข่ายในกว่า 30 ประเทศ ทั่วโลกที่ทำงานเกี่ยวกับการสร้างสันติภาพ การพัฒนายั่งยืน การฟื้นฟูชุมชน เป็นต้น โดยสำนักงานใหญ่ที่ปารีสเป็นที่ประสานด้านข้อมูล ประสบการณ์ แนวคิดต่าง ๆ เครื่องมือ เทคนิคในการดำเนินงาน มีการจัดคลังข้อมูล ประสานคลังข้อมูลทั่วประเทศ จัดพิมพ์แนวคิดประสบการณ์ต่าง ๆ มากมาย

### GAATW (The Global Alliance Against Traffic in Woman)

[www.inet.co.th/org/gaatw](http://www.inet.co.th/org/gaatw)

เครือข่ายนี้เกิดขึ้นจากการสัมมนาเชิงปฏิบัติการระหว่างประเทศ เรื่องการอพยพเคลื่อนย้ายและการค้าสตรีที่เชียงใหม่เมื่อเดือนตุลาคม ค.ศ.1997 เครือข่ายนี้มีสมาชิกทั่วโลกเป็นบุคคลและองค์กรที่สานต่องานต่าง ๆ ที่เป็นผลมาจากการสัมมนาครั้งนั้น

### AUN HPN (ASEAN University Network, Health Promotion Network)

เครือข่ายนี้เกิดขึ้นจากการได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และมีมหาวิทยาลัยมหิดลเป็นแกนหลักในการดำเนินงาน โดยมีมหาวิทยาลัยในประเทศไทยอีก 4 แห่ง ร่วมดำเนินการ ได้แก่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และมหาวิทยาลัยบูรพา นอกจากนี้มีมหาวิทยาลัยในอาเซียนเข้าร่วมกิจกรรมด้วย ได้แก่ บรูไน กัมพูชา อินโดนีเซีย มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ สิงคโปร์ เวียดนาม ญี่ปุ่น จีน และเกาหลีใต้ กิจกรรมในการดำเนินงานจะเกี่ยวข้องกับการวิจัยในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และการดำเนินงานตามกรอบของ Healthy University

## 2. เครือข่ายในประเทศไทย

**สมาคมฟื้นฟูหมู่บ้านชนบทสงขลา** (Songkhla Village Reconstruction Association หรือ SVIRA) เป็นการรวมตัวกันและดำเนินการจดทะเบียนโดยกลุ่มผู้นำชุมชน เมื่อปี 2536 โดยกลุ่มเหล่านี้ได้รวมตัวกันตั้งแต่ปลายปี 2532 โดยการประสานงานของมูลนิธิหมู่บ้านซึ่งทำการวิจัยกลุ่มออมทรัพย์ 35 กลุ่มเกือบทั้งหมดอยู่ในจังหวัดสงขลา เพื่อเรียนรู้ศักยภาพของการออมทรัพย์ ระบบสวัสดิการและการจัดการโดยชุมชน

**มูลนิธิหมู่บ้าน** (Village Foundation) เกิดจากแนวคิดในการทำงานพัฒนาที่เริ่มจากกระบวนการทัศนแบบที่ 2 คือ การจัดองค์กรชุมชนเพื่อพัฒนาเศรษฐกิจสังคม โดยองค์กรพัฒนาและนักพัฒนาเป็นผู้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง แล้วพัฒนาไปสู่แบบที่ 3 ที่เน้นการพัฒนาต้นแบบและนำไปสู่การรณรงค์เพื่อให้เกิดเป็นนโยบาย และมาถึงแบบที่ 4 ซึ่งเป็นบทบาทการเชื่อมประสานให้เกิดการเรียนรู้ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและให้เกิดเครือข่าย

ThaiVAP เครือข่ายเด็กและเยาวชนภาคเหนือเริ่มก่อรูปขึ้นในช่วงหลังปี 2539 เริ่มจากการจัดค่ายฝึกแกนนำเยาวชนจากจังหวัดเชียงใหม่ ลำพูน พะเยา ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายขององค์กรพัฒนาเอกชนที่เป็นกลุ่มสมาชิกของคณะกรรมการประสานงานเอตส์ภาคเหนือ เอตส์เป็นเพียงประเด็นเริ่มต้นหลังจากนั้นก็ขยายรวมไปถึงประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับชีวิตของเยาวชนมากที่สุดหรือที่สัมพันธ์กับชีวิตของชุมชน เช่น สิ่งแวดล้อม ชาวเขา เป็นต้น

เครือข่ายสถาบันการศึกษาสาธารณสุขศาสตร์และสาขาที่เกี่ยวข้องทั้ง 17 สถาบัน ได้ร่วมมือกันพัฒนาแผนงานการพัฒนาสถาบันการศึกษาสาธารณสุขให้เป็นองค์กรสร้างเสริมสุขภาพซึ่งดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 จนถึง 2554

สมชัย จิรโรจน์วัฒน์ และคณะ (2547) ได้ศึกษาการเสริมสร้างและพัฒนาเครือข่ายเพื่อการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค : ชุมพลังปัญญาของชุมชน ในพื้นที่ ต.ตะพง อ.เมือง จ.ระยองเป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research หรือ PAR) เพื่อพัฒนาระบบการเรียนรู้ในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกของกลุ่ม/ชมรมต่างๆใน ต.ตะพง อ.เมือง จ.ระยอง 18 กลุ่ม จำนวน 31 คน เก็บข้อมูลด้วยวิธีเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณด้วยการใช้แบบสอบถามวัดผลก่อนและหลัง การประชุมตามโปรแกรมที่กำหนด โดยใช้กระบวนการ (Appreciation Influence Control หรือ AIC) และ (Participatory Action Research หรือ PAR) จำนวน 2 วัน และบันทึกผลการคิด วิเคราะห์และการดำเนินการแก้ปัญหาต่างๆเป็นระยะ ร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อกระตุ้นติดตามผลงานและเกิดแนวร่วมในการขับเคลื่อนกิจกรรมต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง ทำการศึกษาระหว่างเดือนมีนาคม-ธันวาคม 2547 รวม 10 เดือน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้ร่วมกันคิด วิเคราะห์ แลกเปลี่ยนประสบการณ์และปัญหาต่างๆในภาพรวมของชุมชน จัดลำดับความสำคัญของปัญหาพบว่า “ตลาดสดน้ำซึ่” เป็นปัญหาสำคัญของชุมชนที่จะต้องร่วมกันแก้ไขโดยได้คิดกิจกรรมที่จะแก้ไขรวม 6 โครงการได้แก่ โครงการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ การปรับปรุงสภาพแวดล้อมตลาด การควบคุมราคาสินค้าและมาตรฐาน การจัดตั้งคณะกรรมการตลาด การจัดแสดงและประกวดสินค้าอาหารที่มีคุณภาพ และโครงการอบรมผู้ผลิต/ผู้ประกอบการ โดย อบต.ตะพง ได้ให้การสนับสนุนงบประมาณและอื่น ๆ ให้เกิดการขับเคลื่อนซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้ใช้แนวร่วมจากสมาชิกของกลุ่ม/ชมรมต่าง ๆ ในตำบล โดยเฉพาะกลุ่มแม่ค้า เป็นตัวขับเคลื่อนโครงการต่าง ๆ ไปแล้วประมาณ 80% มีการจัดตั้งกองทุน เพื่อใช้ปรับปรุงแผงสินค้าของแม่ค้า และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีเจตคติและเชื่อในความสามารถตนเองที่จะดำเนินการแก้ไขปัญหาได้ดีกว่าก่อนการประชุมไม่แตกต่างกัน มีการกำหนดภารกิจและแนวทางพัฒนาของศูนย์การเรียนรู้ให้ดียิ่งขึ้น

วัฒนา โปธา (2548) ศึกษาการจัดการสุขภาพโดยเครือข่ายในตำบล เป็นการศึกษาระดับคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบสถานการณ์การจัดการสุขภาพในตำบล ขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) สถานีอนามัย (สอ.) องค์กรประชาชน และองค์กรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้าน (อสม.) รวมทั้งเพื่อหารูปแบบและข้อเสนอเป็นแนวทางการส่งเสริมสนับสนุนการจัดการสุขภาพโดยเครือข่ายในตำบล โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ คือระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การจัดการสุขภาพในตำบล ตามบทบาทหน้าที่ของกลุ่มเป้าหมาย โดยการสนทนากลุ่ม รับฟังความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับกลุ่มเป้าหมายใน 48 ตำบล จาก 25 จังหวัดในภาคกลาง

ระยะที่ 2 แบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ขั้นตอน ศึกษาในพื้นที่ 10 ตำบล จาก 10 จังหวัดในภาคกลาง มีกลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย คณะกรรมการบริหาร สมาชิก และปลัด อบต. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน และผู้แทนองค์กร อสม. ในตำบล

ขั้นตอนที่ 1 ใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ขั้นตอนที่ 2 จัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดำเนินในระหว่างกลุ่มเป้าหมาย พร้อมทั้งนำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับเครือข่ายในการพัฒนา และจัดศึกษาดูงานเพื่อหารูปแบบและแนวทางการทำงานร่วมกันระหว่าง อบต./ สอ./ อสม. และองค์กรประชาชนในตำบลตลอดจนร่วมกันพิจารณาแนวทางการส่งเสริม และสนับสนุนซึ่งกันและกัน และการสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอกในการจัดการสุขภาพในตำบล

ขั้นตอนที่ 3 ติดตามเพื่อสังเกตการเปลี่ยนแปลงด้านการบริหารจัดการและรับฟังความคิดเห็นเพิ่มเติม

หลังจากดำเนินการตามขั้นตอนที่ 2 ซึ่งผลการศึกษา พบว่า เรื่องการจัดการสุขภาพในตำบลนั้น ภาคประชาชนยังขาดความศรัทธาและขาดความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง เพราะเป็นฝ่ายตั้งรับกิจกรรมการพัฒนาที่ถูกกำหนดมาจากภายนอก และการเร้าจากเทคโนโลยีสมัยใหม่ที่มีประสิทธิภาพในการรักษาโรค ส่งผลให้ประชาชนขาดการเอาใจใส่และใช้ชีวิตด้วยความประมาท และดูหมิ่นดูแคลนว่าภูมิปัญญาที่มีการสั่งสมมายาวนานนั้นล้าสมัย ก่อให้เกิดการมีทัศนคติในการพึ่งพิงผู้อื่นและบุคคลจากภายนอกชุมชน สำหรับในส่วนของอบต. นั้นพบว่า มีทัศนคติที่ต่อการพัฒนาด้านสุขภาพ แต่มีภารกิจที่ต้องดำเนินการหลากหลายที่ต้องดำเนินการให้ครอบคลุมทุกด้านและถูกคาดหวังจากการรับรู้ของสังคมสูงมาก แต่ อบต. ยังมีข้อจำกัด หลายด้าน เช่น ทัศนคติและภูมิหลังของผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งหากชอบคลุกคลีกับประชาชนและชอบทำงานพัฒนา ก็จะเกิดบรรยากาศที่ดีและการติดต่อประสานงานจากภาคประชาชนและหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องจะราบรื่น ในอบต. หากมีบรรยากาศการทำงานแบบเป็นพี่เป็นน้อง ญาติมิตร มีการทำงานเป็นทีม ก็จะส่งผลที่เอื้อต่อการทำงาน สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในตำบลนั้น เนื่องจากมีโครงสร้างการบริหารราชการแผ่นดินที่ต้องรองรับคำสั่งการปฏิบัติภารกิจจากหน่วยงานที่อยู่เหนือขึ้นไป จึงมักไม่ค่อยให้ความสำคัญต่อการประสานงานและสนับสนุนการดำเนินงานของ อบต. และรอพึ่งคำสั่งจากผู้บังคับบัญชา ส่งผลให้การทำงานไม่เอื้อต่อการดำเนินงานในลักษณะเครือข่าย และไม่สอดคล้องต่อการปฏิบัติงานของ อบต. ที่ต้องการการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร วิชาการ วิธีการแนวทางจากหน่วยงานราชการ เพื่อใช้ประกอบการวางแผนและการพัฒนา แต่หากที่ใดมีข้าราชการติดนอกรอบ มีทัศนคติที่ต่องานพัฒนาและทำงานใกล้ชิดกับประชาชน และ อบต. ก็มักจะได้รับการส่งเสริมสนับสนุนการทำงานจาก อบต. ด้วยดีเช่นกัน ซึ่งส่งผลให้ประชาชนได้รับผลประโยชน์ไปด้วย



กัตติกา ธนะขว้าง จินตนา รัตนวิฑูรย์ และจามจุรี ทรัพย์ (2554) ได้ศึกษาการพัฒนาเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนและศักยภาพในการดูแลตนเองเพื่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชน ผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรที่สำคัญของประเทศ แต่ที่ผ่านมาผู้สูงอายุถูกมองเป็นเพียงผู้รับการเกื้อหนุนจากครอบครัวและสังคมเท่านั้น การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนและศักยภาพการดูแลตนเองในการส่งเสริมการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชน เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ในผู้สูงอายุตำบลวรนคร อำเภอปัว จังหวัดน่าน เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มและการใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ paired t-test ผลของการพัฒนาเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนและศักยภาพการดูแลตนเอง ก่อให้เกิดกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนที่หลากหลายในการดูแลตนเอง การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน การดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกันและกันในชุมชน รวมถึงการสร้างเสริมสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้ศิลปะและภูมิปัญญาพื้นบ้าน ในการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพภายหลังการพัฒนาเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนนั้น พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มอย่างสม่ำเสมอ มีเครือข่ายเพื่อน การเกื้อหนุนทางสังคมโดยเพื่อน ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และสุขภาวะ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นการส่งเสริมการใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในตัวของผู้สูงอายุ การเสริมพลังและใช้ทุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชน สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุดูแลตนเองในชุมชนได้ นำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดี

เสาวนีย์ ไกรอ่อน และสาริณี วอนแก่น้อย (2558) ได้ศึกษาการพัฒนาระบบเครือข่ายเพื่อดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบเครือข่ายการ ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 14 คน ผู้ดูแลหลัก 11 คน อสม. 15 คน ทีมสหสาขาวิชาชีพ 10 คน โดยการสุ่มแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามสัมภาษณ์ประเมินสภาพปัญหา แบบสอบถามผู้สูงอายุเรื่องความรู้โรคความดันโลหิตสูง และแบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นต่อการพัฒนาระบบเครือข่ายฯ เครื่องมือตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน แล้วนำมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ เก็บรวบรวมข้อมูล 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินสภาพปัญหา โดยการสนทนากลุ่มตัวอย่าง 2) การวางแผน นำปัญหาที่ได้มาประชุมระดมสมองเพื่อออกแบบระบบการดูแลตามสภาพปัญหา 3) นำการพัฒนาระบบไปปฏิบัติ 4) การประเมินผล วิเคราะห์ข้อมูลโดยค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า ระบบการดูแลในคลินิกโรคเรื้อรังมีการพัฒนาการให้คำปรึกษารายกลุ่ม การใช้แถบสีแบ่งระดับความดันโลหิต การสอนการเยี่ยมบ้านและการออกกำลังกายแก่ อสม. การให้บริการอาหารเฉพาะโรค และการส่งต่อเยี่ยมบ้านอย่างเป็นระบบ ส่วนระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ได้จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และการติดตามเยี่ยมบ้านโดย อสม. ทุก 1 เดือน ผู้สูงอายุมีความรู้เพิ่มมากขึ้น กลุ่ม

ตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยมากที่สุดต่อการพัฒนาระบบเครือข่ายเพื่อดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้นการทำงานรูปแบบเครือข่ายจึงเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ

ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ และอนันต์ธมา ปิ่นแก้ว (2558) ได้ศึกษาความสำคัญของเครือข่ายเกื้อหนุนผู้สูงอายุในชุมชน วัตถุประสงค์เพื่อชี้ให้เห็นความสำคัญของเครือข่ายเกื้อหนุนผู้สูงอายุที่มีบทบาทในการดูแลหรือส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสังคมไทย ทั้งนี้เพราะสังคมไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุจึงส่งผลต่อโครงสร้างประชากรโดยภาพรวม เมื่อสัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นจึงก่อให้เกิดปัญหาในหลาย ๆ ด้านต่อผู้สูงอายุ เช่น การถูกทอดทิ้งและมีความต้องการสวัสดิการและการดูแลมากขึ้นปัญหาด้านสุขภาพ และปัญหาเศรษฐกิจและการไร้ที่พำนัก การสร้างเครือข่ายเกื้อหนุนผู้สูงอายุในชุมชนจึงมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือ เป็นช่องทางในการสร้างสัมพันธภาพในสังคม ผู้สูงอายุจะได้รับบริการข้อมูลข่าวสาร และเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในรูปแบบของการรวมกลุ่มกันจากความร่วมมือของครอบครัว ญาติ เพื่อน/ เพื่อนบ้าน ชุมชนและนักวิชาชีพทางสุขภาพเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในชุมชน

ประณีต ส่งวัฒนา วิภา แซ่เซีย ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์ และชนนที กองกลม (2559) ได้ศึกษาการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายชุมชนเมืองในการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบอุทกภัยกลุ่มเปราะบาง: กรณีศึกษาหาดใหญ่ วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อวิเคราะห์ 1) ต้นทุนทางสังคม ปัจจัยสู่ความสำเร็จและอุปสรรค ในการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายอาสาสมัคร 2) ศักยภาพของอาสาสมัครชุมชนเมือง ในการช่วยเหลือผู้ประสบอุทกภัยกลุ่มเปราะบางในพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซาก อำเภอหาดใหญ่ การออกแบบการวิจัย การศึกษาวิจัยและพัฒนา วิธีดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 108 รายประกอบด้วย 1) ประชาชนกลุ่มเปราะบาง และผู้ดูแลที่อยู่ในพื้นที่เสี่ยงต่อน้ำท่วมซ้ำซาก 2) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) 3) เจ้าหน้าที่ศูนย์สาธารณสุข และเทศบาลนครหาดใหญ่ การเก็บข้อมูลแบ่งเป็น 3 ระยะคือ ระยะเตรียมการและวางแผนพัฒนา ระยะปฏิบัติการ และระยะประเมินผล ใช้วิธีการสัมภาษณ์ สทนากลุ่ม สังเกตแบบมีส่วนร่วม และใช้แบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้ นำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยายและวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่เป็นต้นทุนสู่ความสำเร็จในการพัฒนาระบบเครือข่ายชุมชนเมือง คือ อสม. โดยมีมากกว่าครึ่งของผู้เข้าร่วมโครงการ (ร้อยละ 55.7) เป็นผู้ที่มีถิ่นฐานเดิมอยู่ในพื้นที่เสี่ยงต่อน้ำท่วมซ้ำซาก ทุกคนมีจิตอาสาที่จะช่วยเหลือกลุ่มเปราะบางในชุมชน และมีแผนงานช่วยเหลือประชาชน กลุ่มเปราะบางเป็นรายบุคคล ภายใต้การดูแลของเจ้าหน้าที่ศูนย์สาธารณสุขในแต่ละชุมชนซึ่งมีประสบการณ์ ในการช่วยเหลือผู้ประสบอุทกภัย มีการควบคุมกำกับและซ่อมแผนการช่วยเหลือประชาชนกลุ่มเปราะบาง ร่วมกับ อสม.อยู่เป็นประจำ เทศบาลมีแหล่งสนับสนุนด้านงบประมาณ มีการจัดตั้งบ้านพี่เลี้ยง มีแผนงาน ช่วยเหลือผู้ประสบอุทกภัยที่บรรจุอยู่ในแผนประจำปีชัดเจน และจัดให้มีการซ่อมแผนการช่วยเหลือทุกปี ส่วนปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการ

พัฒนาระบบเครือข่ายชุมชนเมือง คือสัดส่วนของ อสม.ในแต่ละชุมชน ยังไม่เหมาะสม การประสานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ยังไม่มีโครงสร้างที่ชัดเจน อสม. เพียงร้อยละ 19.4 มีประสบการณ์ให้การปฐมพยาบาลแก่ผู้ประสบอุทกภัย และอสม. เกินครึ่งไม่เคยมีประสบการณ์ในการปฐมพยาบาล (ร้อยละ 59.3) ไม่มีประสบการณ์การเป็นบ้านพี่เลี้ยง (ร้อยละ 54.6) และไม่มีประสบการณ์ในการอพยพกลุ่มเปราะบางในชุมชน (ร้อยละ 63.0) จึงมีความต้องการเรียนรู้เพิ่มเติมในเรื่องการปฐมพยาบาลกลุ่มเปราะบางหลายเรื่อง อย่างไรก็ตามความรู้และทักษะของ อสม. หลังเข้าร่วมโครงการการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการช่วยเหลือผู้ประสบอุทกภัยกลุ่มเปราะบาง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ ( $p < .05$ ) สรุปได้ว่า รูปแบบการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายชุมชนเมืองเป็นการขับเคลื่อนด้วยความร่วมมือจากสามภาคีมี อสม. เป็นต้นทุนหลักสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จ

### **การมีส่วนร่วม**

#### **ความหมายของการมีส่วนร่วม**

ความหมายของการมีส่วนร่วม มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

สมบุรณ์ อำพนพนารัตน์ (2542) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม หมายถึง แนวทางที่เปิดโอกาสให้ชุมชนนั้น ๆ สามารถเข้ามาเกี่ยวข้องกับเรื่องที่มีผลกระทบร่วมกัน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามที่ต้องการ โดยมีการจัดการควบคุมการใช้และกระจายทรัพยากรซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยการผลิต เพื่อประโยชน์ต่อการดำรงชีวิตทางเศรษฐกิจและสังคมตามความจำเป็น

ยูภาพร รูปงาม (2545) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมเป็นผลมาจากการเห็นพ้องกันในเรื่องของความต้องการและทิศทางของการเปลี่ยนแปลงและความเห็นพ้องต้องกัน จะต้องมีการเกิดความคิดริเริ่มโครงการเพื่อการปฏิบัติ เหตุผลเบื้องต้นของการที่มีคนมารวมกันได้ควรจะต้องมีการตระหนักว่าปฏิบัติการทั้งหมดหรือการกระทำทั้งหมดที่ทำโดยกลุ่มหรือในนามกลุ่มนั้น กระทำผ่านองค์การ ดังนั้นองค์การจะต้องเป็นเสมือนตัวนำให้บรรลุถึงความเปลี่ยนแปลงได้

อรทัย กักผล (2546) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง กระบวนการซึ่งประชาชน หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้มีโอกาสแสดงทัศนะ แลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็น เพื่อแสวงหาทางเลือก และการตัดสินใจต่างๆ เกี่ยวกับโครงการที่เหมาะสม และเป็นที่ยอมรับร่วมกัน ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องจึงควรเข้าร่วมในกระบวนการนี้ตั้งแต่เริ่มจนกระทั่งถึงการติดตาม และประเมินผล เพื่อให้เกิดความเข้าใจและการรับรู้ – เรียนรู้ การปรับเปลี่ยนโครงการร่วมกัน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อทุกฝ่าย

สรฤทธ จันสุข (2553) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม หมายถึง การเข้าร่วมอย่างแข็งขันของกลุ่มบุคคลในขั้นตอนต่าง ๆ ของการดำเนินกิจกรรมอย่างหนึ่ง การมีส่วนร่วมในการสนับสนุนที่เป็นไปในรูปของผู้เข้าร่วมมีส่วนร่วมกระทำให้เกิดผลของกิจกรรมที่เข้าร่วมมิใช่เป็นผู้ร่วมคิดตัดสินใจหรือได้รับประโยชน์เท่านั้น

สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ประชาชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่  
ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผลประโยชน์ เพื่อดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อแก้ไขปัญหาของชุมชนของตนเอง

#### 4 มิติของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมประกอบไปด้วย การดำเนินงาน 4 มิติคือ

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
2. การมีส่วนร่วมในการเสียสละในการพัฒนาและการลงมือปฏิบัติ
3. การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์จากการดำเนินงาน
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

#### เทคนิคการมีส่วนร่วมของประชาชน

พัชรี สีโรส และคณะ (2546) ได้นำเสนอเทคนิคการมีส่วนร่วมของประชาชน ไว้ดังนี้ คือ

1. เทคนิคการมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล

เอกสารข้อเท็จจริง

จดหมายข่าว

รายงานการศึกษา

การจัดทำวิดีโอทัศน์

การจัดตั้งศูนย์ข้อมูลข่าวสาร

การแถลงข่าว

เวทินำเสนอข้อมูล

การสื่อสารผ่านวิทยุกระจายเสียง

การจัดสัมมนาวิชาการให้แก่สื่อมวลชน

หอกระจายข่าวชุมชน

ทัศนศึกษา / การเยี่ยมชมโครงการ

การนำเสนอ

การชี้แจงให้ประชาชนในการประชุมของทางราชการ

2. เทคนิคการมีส่วนร่วมในการรับฟัง ความคิดเห็น

การสัมภาษณ์รายบุคคล

การสนทนากลุ่มย่อย

การแสดงความคิดเห็นผ่านเว็บไซต์

การสำรวจความคิดเห็น

สายด่วน สายตรง

การปรึกษาหารืออย่างเป็นทางการ (ประชาพิจารณ์)

### 3. เทคนิคการมีส่วนร่วม แบบปรึกษาหารือ

เวทีสาธารณะ

การพบปะแบบไม่เป็นทางการ

คณะทำงานเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล

การประชุมเชิงปฏิบัติการ

คณะที่ปรึกษา

นพดล อินทรเสนา (2551) ศึกษาการวิจัยสร้างยุทธศาสตร์การพัฒนาชุมชน โดยการจัดทำแผนชุมชนอย่างมีส่วนร่วม กรณีตำบลแม่ทะ อำเภอมะแมะ จังหวัดลำปาง การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. สร้างยุทธศาสตร์การพัฒนากิจการจัดทำแผนชุมชน ตำบลแม่ทะ อำเภอมะแมะ จังหวัดลำปาง 2. ทดลองดำเนินการตามยุทธศาสตร์ที่สร้างขึ้น 3. ประเมินผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การพัฒนา โดยการจัดเวทีชุมชน 6 เวที คือ เวทีที่ 1 เตรียมชุมชน 2 รวบรวมข้อมูลชุมชน 3 วิเคราะห์ข้อมูลและจัดทำแผนชุมชนระดับหมู่บ้าน 4 จัดทำแผนชุมชนระดับตำบล 5 การศึกษาดูงาน 6 ประชาพิจารณ์แผนชุมชน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสังเกต การสัมภาษณ์ การสำรวจบริบทชุมชน การบันทึกข้อมูลรายรับรายจ่าย หนี้สินครอบครัว และการบันทึกบัญชีครัวเรือน 30 วัน ในการจัดการพัฒนาศักยภาพและทุนชุมชน โดยการจัดทำเป็นแผนชุมชนซึ่งเป็นการรวมตัวกันจัดตั้งกลุ่มอาชีพเพื่อสร้างรายได้เสริมให้แก่ครัวเรือน ผลการสร้างยุทธศาสตร์ทำให้ได้กลุ่มอาชีพ 13 กลุ่มอาชีพ ดังนี้ คือ 1. กลุ่มผลิตปุ๋ยอินทรีย์ 2. กลุ่มทำขนมทองม้วน 3. กลุ่มเลี้ยงปลาในกระชัง 4. กลุ่มนมถั่วเหลือง 5. กลุ่มเกษตรนาข้าว 6. กลุ่มเลี้ยงวัว 7. กลุ่มเลี้ยงปลาบ่อสาธารณะ 8. กลุ่มดอกไม้ประดิษฐ์ 9. กลุ่มผลิตน้ำยาล้างจาน 10. กลุ่มเลี้ยงไก่พันธุ์พื้นเมือง 11. กลุ่มเลี้ยงหมู 12. กลุ่มทำดอกไม้ประดิษฐ์ 13. กลุ่มทำขนมหลังจากการนำเลี้ยงไก่ไปทดลองและทำการประเมินผล ปรากฏว่าสมาชิกมีความพึงพอใจและเชื่อมั่นว่าเป็นแนวทางที่ถูกต้องในการสร้างรายได้ให้แก่สมาชิก สามารถแก้ปัญหารายได้ไม่พอกับรายจ่าย ซึ่งเป็นการยืนยันได้ว่ายุทธศาสตร์นี้สามารถแก้ปัญหาและความต้องการของชุมชนได้จริง ข้อเสนอแนะจากการวิจัยนี้ คือ ควรจัดช่วงเวลาในการจัดเวทีชุมชนให้เหมาะสมโดยคำนึงถึงฤดูกาล ความสะดวกของประชาชน เวลาที่ใช้ในการจัดเวทีชุมชนแต่ละเวทีต้องไม่ทิ้งช่วงเวลานานเกินไปเพราะจะทำให้การรวมตัวกันจัดเวทีทุนเป็นไปด้วยความยากลำบาก ควรทำการวิจัยเพิ่มเติม โดยนำแผนงานหรือโครงการที่นำไปปฏิบัติแล้วประสบผลสำเร็จไปพัฒนาต่อยอดเป็นวิสาหกิจชุมชนและควรจัดทำแผนชุมชนทั้งด้านสังคมเศรษฐกิจและการเมืองเพราะสภาพปัญหาและความต้องการทั้งทางสังคม เศรษฐกิจและการเมือง ล้วนมีผลกระทบและเชื่อมโยงกัน ตลอดจนควรนำแผนชุมชนระดับตำบลไปเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ของอำเภอ และแผนยุทธศาสตร์ของจังหวัด เพื่อการสนับสนุนจากหน่วยงานทั้งระดับอำเภอและระดับจังหวัด ทั้งทางวิชาการและงบประมาณ

แต่ควรระวังไม่ใช่ชุมชนเกิดความรู้สึกว่าควรได้รับการสนับสนุนและเกิดการร้องขอจากหน่วยงาน  
ภาครัฐมากกว่าการคิดที่จะพึ่งตนเอง

ทยากร รุจนวรางกูร (2552) ศึกษาวิจัยเรื่องกลยุทธ์การพัฒนาการมีส่วนร่วมใน  
กระบวนการพัฒนาชุมชนของผู้นำชุมชนตำบลแม่ปะ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก การวิจัยครั้งนี้มี  
วัตถุประสงค์ดังนี้ 1. เพื่อศึกษาสภาพการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาชุมชน ของผู้นำชุมชนตำบล  
แม่ปะ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก 2. เพื่อศึกษาปัญหาการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาชุมชนของ  
ผู้นำชุมชนตำบลแม่ปะ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก 3. เพื่อจัดทำกลยุทธ์การพัฒนาการมีส่วนร่วมใน  
กระบวนการพัฒนาชุมชนของผู้นำชุมชนตำบลแม่ปะ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย  
ได้ดำเนินการวิจัยโดยแบ่งตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้เป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษา  
สภาพ และปัญหาการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาชุมชนของผู้นำชุมชนตำบลแม่ปะ อำเภอแม่สอด  
จังหวัดตาก แบ่งออกเป็น 2 วิธี คือ วิธีที่ 1 การสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลในวิธีนี้ ได้แก่ ผู้นำชุมชนตำบลแม่ปะ  
จำนวน 44 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการพรรณนาวิเคราะห์ วิธีที่ 2 การสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลในวิธีนี้  
ได้แก่ ผู้นำชุมชนตำบลแม่ปะ จำนวน 9 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการพรรณนาวิเคราะห์ ขั้นตอนที่ 2  
จัดทำกลยุทธ์การพัฒนาการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาชุมชนของผู้นำชุมชนตำบลแม่ปะ อำเภอ  
แม่สอด จังหวัดตาก ผู้ให้ข้อมูลในขั้นตอนนี้ ได้แก่ ผู้นำชุมชนตำบลแม่ปะ จำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้  
ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ การระดมความคิดเห็นโดยใช้กระบวนการ AIC วิเคราะห์ข้อมูลโดยการ  
พรรณนาวิเคราะห์

ผลการวิจัยพบว่า

1. สภาพการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาชุมชนของผู้นำชุมชนตำบลแม่ปะ อำเภอ  
แม่สอด จังหวัดตาก

1.1 การมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจในกระบวนการพัฒนาชุมชน พบว่าผู้นำชุมชน  
มีส่วนร่วมโดยการริเริ่มคิดแผนการทำงาน การประชุมวางแผน การเสนอวิธีการหรือความคิดเห็น  
บทบาทหน้าที่ของผู้ดำเนินการ ตลอดจนประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1.2 การมีส่วนร่วมด้านการปฏิบัติในกระบวนการพัฒนาชุมชน พบว่าผู้นำชุมชนมี  
ส่วนร่วมโดยการเข้าร่วมประชุมประจำเดือนของหมู่บ้าน การพบปะพูดคุย สอบถามกับสมาชิกภายใน  
หมู่บ้าน การประสานงานและเข้าร่วมดำเนินการในการทำประชาคม รวมถึงการประสานงานกับ  
หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

1.3 การมีส่วนร่วมด้านผลประโยชน์ในกระบวนการพัฒนาชุมชน พบว่าผู้นำชุมชน  
มีส่วนร่วมในการได้รับผลประโยชน์ทั้งที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม คือ การทำให้ตัวผู้นำชุมชนและ  
ชุมชนเกิดการพัฒนาที่เจริญขึ้น ส่วนทางด้านผลประโยชน์ส่วนตัว คือ การได้รับความนิยมน  
ความไว้วางใจจากสมาชิกในหมู่บ้าน

1.4 การมีส่วนร่วมด้านการประเมินผลในกระบวนการพัฒนาชุมชน พบว่าผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมโดยการตรวจสอบ การติดตามผลการดำเนินการพัฒนา การติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการต่าง ๆ

2. ปัญหาการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาชุมชนของผู้นำชุมชนตำบลแม่ปะ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

2.1 ปัญหาการมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจในกระบวนการพัฒนาชุมชน พบว่าการไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร ขาดการประสานงานกันระหว่างผู้นำชุมชน หรือความขัดแย้งระหว่างผู้นำชุมชนก็เป็นสาเหตุที่ทำให้ไม่มีส่วนร่วม มีการคิดตัดสินใจของกลุ่มผู้นำเพียงบางกลุ่ม

2.2 ปัญหาการมีส่วนร่วมด้านการปฏิบัติในกระบวนการพัฒนาชุมชน พบว่า การไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร ขาดการประสานงานกันระหว่างผู้นำชุมชน การติดภารกิจอื่น ๆ ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมได้ และผู้นำชุมชนบางกลุ่มยังไม่เข้าใจขั้นตอนหรือวิธีการทำให้ได้ข้อมูลที่得不ชัดเจนและไม่ครบถ้วน

2.3 ปัญหาการมีส่วนร่วมด้านผลประโยชน์ในกระบวนการพัฒนาชุมชน พบว่า การที่ประชาชนไม่สนใจที่จะเข้าร่วมเสนอปัญหาหรือความต้องการ เพราะเห็นว่าเป็นหน้าที่ของผู้นำชุมชน และการที่ประชาชนและผู้นำยังไม่เข้าใจในหลักการและขั้นตอนจึงไม่สนใจที่จะมีส่วนร่วม

2.4 ปัญหาการมีส่วนร่วมด้านการประเมินผลในกระบวนการพัฒนาชุมชน พบว่า ผู้นำชุมชนยังไม่เข้าใจและบางคนยังไม่มีประสบการณ์ ผู้นำชุมชนบางส่วนที่ยังไม่เห็นความสำคัญของการเข้าร่วม และการพัฒนาส่วนใหญ่ถูกกำหนดโดยหน่วยงานภาครัฐ จึงมีการติดตามตรวจสอบโดยภาครัฐเช่นกัน

3. กลยุทธ์การพัฒนาการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาชุมชนของผู้นำชุมชนตำบลแม่ปะ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ได้กลยุทธ์ที่สำคัญ ดังนี้

3.1 กลยุทธ์การส่งเสริมให้เกิดการประสานงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐและชุมชน โดยมีกิจกรรมหรือโครงการย่อยคือ

3.1.1 จัดประชาคมหมู่บ้านและประชาคมตำบล โดยเชิญหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมรับฟังปัญหาและความต้องการของชุมชน

3.1.2 จัดตั้งคณะทำงานด้านการประสานงาน โดยให้มีตัวแทนของผู้นำชุมชนและตัวแทนของหน่วยงานภาครัฐต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

3.2 กลยุทธ์การสร้างเครือข่ายเพื่อพัฒนาการทำงานเป็นทีมของผู้นำชุมชนในท้องถิ่น โดยมีกิจกรรมหรือโครงการย่อยคือ

3.2.1 จัดตั้งชมรมผู้นำชุมชนในระดับตำบล เพื่อเป็นเครือข่ายในการพัฒนาร่วมกัน

### 3.2.2 แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารของชมรม โดยมีตัวแทนของแต่ละหมู่บ้าน และตัวแทนจากองค์การบริหารส่วนตำบล

ชญานี ไมเออร์ (2552) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี เพื่อเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุจำแนกตามปัจจัยด้าน คุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านตนเอง ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยด้านบทบาทของผู้สูงอายุ และศึกษาปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านตนเอง ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสังคม ปัจจัย ด้านบทบาทเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์มาจากแหล่งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ และแหล่งข้อมูลในเชิงปริมาณได้มาจากผู้สูงอายุเพศชาย และเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป อาศัยอยู่ในจังหวัดปทุมธานี จาก 4 อำเภอ จำนวน 348 คน และแหล่งข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญ จำนวน 10 คน โดยผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มี ส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนามากที่สุด รองลงมาคือ กิจกรรมทางการเมือง กิจกรรม อาสาสมัครเพื่อชุมชน กิจกรรมทางการศึกษา และศิลปวัฒนธรรม และกิจกรรมทางกีฬา และนันทนาการ ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านตนเอง ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสังคม และปัจจัยด้านบทบาทเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญเสนอว่า ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าร่วมในกิจกรรมทางสังคมซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีทั้งร่างกาย และจิตใจทำให้รู้สึกว่ามีคุณค่าเป็นที่ยอมรับของสังคม และส่งเสริมให้เป็นสังคมแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุ

ยุทธนา พูนพานิช และแสงนภา อุทัยแสงไพศาล (2557) ได้ศึกษาเรื่องรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชนเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ สังคมไทยเป็นสังคมสูงอายุ ซึ่งสัดส่วนประชากรสูงอายุเทียบกับประชากรทั้งหมดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว การเตรียม การรองรับโดยให้เกิดการดูแลโดยชุมชน เพื่อชุมชนเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญ แต่ปัจจุบันยังขาดข้อมูลรูปแบบกิจกรรมที่พึงประสงค์สำหรับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม และต้นทุนที่ชุมชนควรลงทุน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวน และวิเคราะห์ หารูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ที่เหมาะสมสำหรับบริบทของชุมชนในประเทศไทย พร้อมทั้งวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรม และต้นทุนรวมในมุมมองขององค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อเป็นข้อมูลเสนอแนะในการลงทุน ดำเนินการศึกษาในช่วงเดือนเมษายนถึงกันยายน 2556 โดยการทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มในชุมชน รวมทั้งศึกษาต้นทุนกิจกรรม สร้างเป็นสมการต้นทุนรวมในมุมมองขององค์การบริหารส่วนตำบล ผลการศึกษาพบว่า กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1



(พึ่งตนเองได้) คือ จัดให้เข้าร่วมกิจกรรมสังคมอย่างต่อเนื่องในรูปแบบของชมรมผู้สูงอายุ สำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มที่ 2 (ดูแลตนเองได้บ้าง) คือ จัดการดูแลเยี่ยมบ้านเพื่อช่วยเหลือกิจวัตรบางอย่าง ส่วนผู้สูงอายุ กลุ่มที่ 3 (ช่วยเหลือตนเองไม่ได้) คือ จัดให้มีผู้ดูแลซึ่งมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ ด้าน ต้นทุนของชุมชน พบว่า ต้นทุนกิจกรรมในกลุ่ม 1, 2 และ 3 (หน่วยเป็นบาท) คือ  $73,030 + 78.82^*$  จำนวนผู้สูงอายุกลุ่ม 1  $1,71.36^*$  จำนวนผู้สูงอายุกลุ่ม 2 และ  $919^*$  จำนวนผู้สูงอายุกลุ่ม 3 ตามลำดับ และต้นทุนรวมคือ ผลรวมของต้นทุนทั้งสามกลุ่ม ผลการศึกษานี้เป็นข้อมูล เบื้องต้นสำหรับองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อประกันบริการทางสังคมขั้นต่ำที่ผู้สูงอายุในชุมชน

วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ ขวัญใจ อานาจสัจย์ชื่อ รอ.หญิง ศิริพันธ์ สาสัจย์ พรทิพย์ มาลา ธรรม และจินต์ศิธา ณรงค์ศักดิ์ (2557) ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่พึ่งพิงผู้อื่น มีวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพในการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพาโดยการมีส่วนร่วม ระหว่าง ครอบครัว ชุมชน และองค์กรรัฐ เป็นการวิจัย เชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) การดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล เครือข่ายชุมชน และบุคลากรทีมสุขภาพของศูนย์บริการสาธารณสุขแห่งหนึ่งใน กรุงเทพมหานคร การศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ระยะคือ ระยะที่ 1 ประชุมกลุ่ม (Focus Group) ในแต่ละกลุ่มประมาณ 8-10 คน เพื่อหาปัญหาและความต้องการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระบบ สนับสนุนและบริการที่มีอยู่ ระยะที่ 2 ประชุมกลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบของระบบบริการ การวิเคราะห์ ข้อมูลใช้การตรวจสอบในกลุ่มระหว่างกลุ่ม จนกระทั่งได้รูปแบบบริการ นำไปทดลองกับผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงใน 3 ชุมชน ผลการวิจัยพบว่า การนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่พึ่งพิงพาผู้อื่นโดยใช้ ชุมชนเป็นฐานโดยมีอาสาสมัครเป็นผู้ประสานความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุ ระหว่าง ครอบครัว ชุมชน และศูนย์บริการสาธารณสุขไปทดลองใช้ พบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจสูงกว่าก่อนให้บริการ อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเข้าถึงบริการได้สูงขึ้นกว่าก่อนให้บริการอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) อย่างไรก็ตามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและความพึงพอใจในบริการ ของผู้ดูแลไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์ และยุวดี รอดจากภัย (2557) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชน ใน การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิง ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และแนวทางการ ดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยกลุ่มตัวอย่างใน การศึกษาในครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุและผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 415 คน เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง ส่วนใหญ่รู้สึกว่ามีสุขภาพดี ร้อยละ 46.7 และรู้สึกสุขภาพไม่ดีร้อยละ 18.6 พฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายด้านได้ดังนี้ พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือการสุขภาพจิต ที่อยู่อาศัย ค่าเฉลี่ย 3.64 รองลงมาคือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย ค่าเฉลี่ย 3.40 และพฤติกรรมที่ปฏิบัติต่ำที่สุดคือ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ค่าเฉลี่ย 3.03 ระดับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยภาพรวมอยู่ในระดับดีและดีมาก การศึกษาระบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนประกอบด้วย 1) การจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการวางแผนดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม และกำหนดประเด็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพกาย และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน ผู้สูงอายุและประชาชน ในชุมชน เข้าใจแนวคิดและกระบวนการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น โดยประยุกต์แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ แนวคิดการสร้างพลังอำนาจ และแนวคิดการทำงานโดยอาศัยภาคีเครือข่าย ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญในการส่งเสริมความเข้มแข็งให้ชุมชนพัฒนาศักยภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง และเกิดการปฏิบัติด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม

วริยา จันทร์ขำ หทัยชนก บัวเจริญ และชินวุฒิ อาสนวิเชียร (2558) ได้ศึกษาเรื่องรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเอง กรณีศึกษา: องค์การบริหารส่วนตำบลท่างาม อำเภอลือชัยบุรี จังหวัดสิงห์บุรี การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพในชุมชน โดยใช้เครื่องมือการประเมินชุมชนเชิงชาติพันธุ์วรรณาแบบเร่งด่วนเก็บรวบรวมข้อมูล วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาฐานคิด วิเคราะห์ทุนสังคมและศักยภาพ และวิเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อสร้างชุมชนจัดการตนเองขององค์การบริหารส่วนตำบลท่างามอำเภอลือชัยบุรี จังหวัดสิงห์บุรี วิธีการ ศึกษาจากแหล่งข้อมูล 1) ศึกษาจากเอกสารข้อมูลตำบล รายงานประจำปี โครงการ แผนงานโครงการของตำบล 2) การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และไม่มีส่วนร่วม ในกลุ่มผู้บริหาร แกนนำ ท้องถิ่น ท้องที่ ประชาชน หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง จำนวน 105 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้กระบวนการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา เปรียบเทียบเรื่องราว วิเคราะห์แบบตารางเปรียบเทียบ มีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า ผลการศึกษาพบว่า 1) ฐานคิด ทุนสังคม และศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุเพื่อสร้างชุมชนจัดการตนเอง คือ การมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผลประโยชน์ แก้ไขปัญหาโดยใช้ภาคีเครือข่าย สร้างความมีจิตสาธารณะ เพื่อพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพ พัฒนาสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะชุมชน จัดระบบบริการสุขภาพจัดตั้งกองทุน/สวัสดิการ และนำใช้ข้อมูลตำบลมาพัฒนางานอย่างเป็นระบบ 2) รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเอง ใช้ระบบฐานข้อมูลตำบล บูรณาการทุนและศักยภาพทางสังคมภายในและภายนอกพื้นที่ เน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิต สุขภาพความเป็นอยู่ และการพึ่งพาตนเอง ดูแลผู้ที่จะเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุ โดยเน้น 4 มิติ คือ 1) การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

(Long-term care) 2) การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุด้านการเรียนรู้สัมมาอาชีพ 3) การเตรียมความพร้อมก่อนวัยสูงอายุ และ 4) การจัดสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

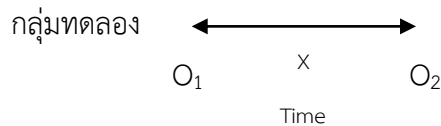
### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Operational Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและวิเคราะห์เครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ พัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ และประเมินเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ ในบทนี้ผู้วิจัยได้กล่าวถึงรายละเอียดในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

- รูปแบบการวิจัย
- ลักษณะประชากร และกลุ่มตัวอย่าง
- ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- การวิเคราะห์ข้อมูล

#### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อศึกษาและวิเคราะห์เครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ พัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ และประเมินเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 รูปแบบการวิจัย

กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ได้รับการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วม

- O<sub>1</sub> = การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง
- O<sub>2</sub> = การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง
- X = การดำเนินงานเป็นเวลา 2 ปี



แผนภูมิที่ 3 แผนภูมิการทดลอง

O<sub>1</sub> – O<sub>2</sub> = ระยะ 12 เดือน ศึกษาวิเคราะห์เครือข่ายทางสังคม กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

O<sub>2</sub> – O<sub>3</sub> = ระยะ 12 เดือนหลัง กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วม และการประเมินเครือข่ายทางสังคม

O<sub>3</sub> – O<sub>4</sub> = ระยะการถ่ายทอด การพัฒนาเครือข่ายทางสังคมในองค์กรที่เกี่ยวข้อง

### ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ

1. ผู้ให้บริการ ประกอบด้วย อาจารย์ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เทศบาล พยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 45 คน
2. กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 150 คน

### ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยมีขั้นตอนดังนี้

ระยะที่ 1 การเตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย

การเตรียมก่อนการดำเนินการวิจัย

1.1 ศึกษาผลงานวิจัย และเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

1.2 คัดเลือกหน่วยงานที่มีความพร้อม และยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

1.3 สร้างความเข้าใจ ชี้แจงโครงการวิจัย และประสานงานโครงการวิจัยในพื้นที่ให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย และบทบาทต่าง ๆ ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้หน่วยงานต่าง ๆ ให้ความร่วมมือ และการประสานงานที่ดี

## ระยะที่ 2 การดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยได้แบ่งเป็น 5 ระยะ ดังนี้

2.1 การศึกษา วิเคราะห์เครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุในหน่วยงานที่คัดเลือกไว้

2.2 นำผลการศึกษามาประชุมกลุ่ม เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

2.3 นำผลการศึกษามาดำเนินการกระบวนกรเสริมสร้างพลังอำนาจ การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วม โดยมีกิจกรรม ดังนี้

- ร่วมรับฟังการบรรยายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลท่าโสม อำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด
- ร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายด้วยไม้ตาล
- กิจกรรมแต่งแต้มสีสัน จินตนาการไร้ขีดจำกัด
- คู่มือการจัดหลักสูตรประกาศนียบัตรการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลวังตะเคียน
- กิจกรรมออกกำลังกายด้วยการเต้นบาสโลบ
- กิจกรรมการทำอาหารสำหรับผู้สูงอายุ
- เรียนรู้ภูมิปัญญาผู้สูงอายุบ้านปู่สงกรานต์ การทำหุ่นไม้กระดาน
- ศึกษาวัฒนธรรม 2 ศาสนา โตะวาที และวัดแหลมมะขาม
- ศึกษาเรียนรู้ และเยี่ยมชมศูนย์อาสาสมัคร ร.5

2.4 เมื่อดำเนินโครงการเสร็จสิ้นได้มีการประเมินผลกับผู้สูงอายุ และผู้ให้บริการ

2.5 การประเมินผล ผู้วิจัยร่วมกับทีมงานใช้แบบสัมภาษณ์เก็บข้อมูลผู้สูงอายุ ผู้ให้บริการ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินการ

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบการสนทนากลุ่ม เป็นข้อคำถามที่ใช้ในการสอบถามผู้ให้บริการ ประกอบด้วย อาจารย์ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เทศบาล พยาบาล และอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับเครือข่ายทางสังคม กระบวนการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (ดูภาคผนวก 3)

2. แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ และผู้ให้บริการ

แบบสัมภาษณ์นี้ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์จำนวน 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 สำหรับผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน

- แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป
- แบบสัมภาษณ์การรับรู้คุณค่าในตนเอง
- แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ชุดที่ 2 สำหรับผู้ให้บริการ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน

- แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป
- แบบสัมภาษณ์การรับรู้คุณค่าในตนเอง
- แบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังอำนาจของตนเอง

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำ ข้อคำถามการสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ และผู้ให้บริการ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้อง และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดลองใช้

2. นำแบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ และผู้ให้บริการ ไปทดลองใช้ (Try out) โดยผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง แต่เป็นกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ใช้วิธี Cronbach's alpha coefficient โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ค่าความเชื่อถือได้ควรจะ > 0.6 หรืออย่างน้อย 0.6 (Streiner & Norman, 1995:44) ผลการวิเคราะห์

แบบสัมภาษณ์การรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ = 0.79

แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ = 0.72

แบบสัมภาษณ์การรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ให้บริการ = 0.96

แบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังอำนาจของผู้ให้บริการ = 0.90

#### ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ตามเอกสารรับรองเลขที่ IRB 135/2558

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้อมาตรวจสอบความถูกต้อง นำมาลงรหัส และวิเคราะห์ด้วยเครื่องจักรสมองกล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และในการวิเคราะห์ข้อมูลมีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มเป้าหมาย	ตัวแปร	เครื่องมือ	เกณฑ์ และสถิติ	
ผู้สูงอายุ	พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ	แบบสัมภาษณ์	พฤติกรรมที่ปฏิบัติ	
			ระดับ	ปฏิบัติประจำ = 4 คะแนน
			ต่ำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง = 3 คะแนน
				ปฏิบัติเป็นบางครั้ง = 2 คะแนน
			ปานกลาง	นานๆครั้ง = 1 คะแนน
	ดี	ไม่เคยปฏิบัติ = 0 คะแนน		
	การรับรู้คุณค่าในตนเอง	แบบสัมภาษณ์	ระดับ การรับรู้คุณค่าในตนเอง	
			ระดับ	5 ระดับมากที่สุด
			ไม่ดี	4 ระดับมาก
			ปานกลาง	3 ระดับปานกลาง
ดี			2 ระดับน้อย 1 ระดับน้อยที่สุด	
		ใช้สถิติ Paired Samples t-test		
ผู้ให้บริการ	การรับรู้คุณค่าในตนเอง	แบบสัมภาษณ์	ระดับ การรับรู้คุณค่าในตนเอง	
			ระดับ	5 ระดับมากที่สุด
			ไม่ดี	4 ระดับมาก
			ปานกลาง	3 ระดับปานกลาง
			ดี	2 ระดับน้อย 1 ระดับน้อยที่สุด
	การรับรู้พลังอำนาจของตนเอง	แบบสัมภาษณ์	ระดับ การรับรู้พลังอำนาจของตนเอง	
			ระดับ	5 ระดับมากที่สุด
			ไม่ดี	4 ระดับมาก
			ปานกลาง	3 ระดับปานกลาง
			ดี	2 ระดับน้อย 1 ระดับน้อยที่สุด
		ใช้สถิติ Paired Samples t-test		



## บทที่ 4 ผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Operational Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและวิเคราะห์เครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ พัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ และประเมินเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ ผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาและวิเคราะห์เครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 ผลการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 ผลการประเมินเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ

### ส่วนที่ 1 ผลการศึกษา และวิเคราะห์เครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ

เครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี จะประกอบด้วย กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลท่าบุงญมี สำนักปลัดเทศบาลตำบลท่าบุงญมี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านเกาะโพธิ์ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์บ้านบางละมุง

#### กิจกรรมที่มีการดำเนินการในเครือข่าย มีดังนี้

โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีการจัดกิจกรรมให้ความรู้ ดูแลเรื่องสวัสดิการเบี้ยผู้สูงอายุ โครงการโรงเรียนผู้สูงอายุ มีการแจกผ้าห่มกันหนาว มีการจัดระบบบริการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง ติดบ้าน และติดสังคม มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขออกเยี่ยมบ้าน มีศูนย์การเรียนรู้ และฝึกอบรมด้านผู้สูงอายุชลบุรี มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลท่าบุงญมี มีการจัดทำระเบียบของชมรม ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลท่าบุงญมี มีสมาชิกในชมรมประมาณ 200 – 300 คน มีคณะกรรมการชมรม/ที่ปรึกษา จำนวน 20 คน มีกิจกรรมฝึกทำอาหาร/ขนม ออกจำหน่ายผลิตภัณฑ์สินค้า OTOP ทางสื่ออินเทอร์เน็ต มีกิจกรรมผู้สูงอายุทุกเดือน

เครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดฉะเชิงเทรา ประกอบด้วย โรงพยาบาลบางคล้า มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ เทศบาลตำบลปากน้ำ องค์การบริหารส่วนจังหวัดฉะเชิงเทรา พัฒนาชุมชน และภาคประชาชน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน แกนนำชุมชน

#### กิจกรรมที่มีการดำเนินการในเครือข่าย มีดังนี้

กิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ สวดมนต์ปฏิบัติธรรมทุกวันพระ กิจกรรมเสริมสร้างอาชีพ การส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร

เครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดสระแก้ว ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น นักปกครองในพื้นที่ กลุ่มผู้สูงอายุ และชมรมผู้สูงอายุ

### กิจกรรมที่มีการดำเนินการในเครือข่าย มีดังนี้

การดูแลสุขภาพกาย มีการให้ความรู้การดูแลตนเอง การออกกำลังกายด้วยวิธีการต่าง ๆ การดูแลสุขภาพจิต มีกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ การสวดมนต์ ปฏิบัติธรรม การทัศนศึกษาแหล่งเรียนรู้ต่าง ๆ และมีโรงเรียนผู้สูงอายุ

**เครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดจันทบุรี** ประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสองพี่น้อง อาสาสมัครสาธารณสุข กองสาธารณสุข เทศบาลตำบลสองพี่น้อง

### กิจกรรมที่มีการดำเนินการในเครือข่าย มีดังนี้

การจัดประชุมประจำเดือนในทุกวันที่ 3 ของเดือน

การทำบุญวันสำคัญทางพุทธศาสนาร่วมกัน

การทำบุญและจัดกิจกรรมวันสงกรานต์ และรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ

การเยี่ยมบ้าน

**เครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดตราด** ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนตำบลวังตะเคียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังตะเคียน องค์การบริหารส่วนตำบลท่าโสม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าโสม วัดท่าโสม อบต.ด่านชุมพล นักพัฒนาชุมชน วิทยาลัยชุมชนตราด

### กิจกรรมที่มีการดำเนินการในเครือข่าย มีดังนี้

วิทยาลัยชุมชนตราดดำเนินการจัดการความรู้ เพื่อการดูแลผู้สูงอายุโดยจัดหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีผู้สูงอายุในบ้าน ผู้สูงอายุ และกลุ่มที่มีอาชีพ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จัดอบรมการฝึกอาชีพให้กับผู้สูงอายุ ได้แก่ การทำขนมเปียะขาววัง การปลูกเห็ดฟางคอนโด การเลี้ยงไก่ไข่ การเลี้ยงปลาตุ๊ก การทำปุ๋ยหมัก การทำฮอร์โมนไข่ การทำน้ำหมัก การทำน้ำพริกเผาสับปะรด การปลูกผักแบบปลอดสารพิษ จัดบริการวิชาการการดูแลสุขภาพแบบพึ่งตนเอง ได้แก่ การแช่มือ แช่เท้าด้วยสมุนไพรที่เย็น การทำน้ำคลอโรฟิส โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ การฝึกประกอบอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ การกัวชาลอนพิช

### ส่วนที่ 2 ผลการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ

ผลการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ ทำให้เกิดโอกาสในการพัฒนางานจากการที่เกิดเครือข่ายในการทำงาน ทำให้เกิดการเริ่มต้นการสร้างทีมงานขึ้นมา ทำให้เกิดการสนับสนุนจากทุกภาคส่วน เพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

ผลการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ ผลการวิจัยมีดังนี้

2.1 ผลที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในด้านการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

#### 2.1.1 คุณลักษณะประชากรของผู้สูงอายุ

## 2.1.2 การรับรู้คุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมการสุขภาพของผู้สูงอายุ

## ผลการวิจัยมีดังนี้

## 2.1.1 คุณลักษณะประชากรของผู้สูงอายุ

ข้อมูลในส่วนนี้ พบว่า ผู้สูงอายุเป็นหญิง ร้อยละ 74.0 อายุอยู่ในช่วง 67 – 82 ปี ร้อยละ 50.0 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.0 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.3 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 52.7 การประกอบอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้ส่วนใหญ่ทำ ร้อยละ 54.0 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวอยู่ในช่วงต่ำกว่า 1,500 บาท ร้อยละ 52.7 ความเพียงพอของรายได้ส่วนใหญ่พอเพียง ร้อยละ 49.3 ผู้สูงอายุไม่ได้อยู่ลำพังคนเดียว รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ (N = 150)

ผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	39	26
หญิง	111	74
<b>อายุ</b>		
50 - 66 ปี	67	44.7
67 - 82 ปี	75	50
83 - 100 ปี	8	5.3
( $\bar{X}$ = 69.19, S.D. = 7.743, Min = 57, Max = 98)		
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้ศึกษา	25	16.7
ประถม	99	66
ม.ต้น	14	9.3
ม.ปลาย	8	5.3
ป.ตรี	4	2.7
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	149	99.3
อิสลาม	1	0.7
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	25	16.7
คู่	79	52.7

ผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
หม้าย	42	28.0
หย่า	4	2.7
<b>ประกอบอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้</b>		
ทำ	81	54.0
ไม่ทำ	69	46.0
<b>รายได้</b>		
ต่ำกว่า 1,500 บาท	79	52.7
1,501 – 5,000 บาท	27	18.0
5,001 – 10,000 บาท	29	19.3
< 10,000 บาท	15	10.0
( $\bar{X}$ = 5,239, S.D. = 9,914.506, Min = 0, Max = 80,000)		
<b>ความพอเพียงของรายได้</b>		
พอเพียง	74	49.3
ไม่พอ	56	37.3
มีเหลือเก็บ	7	4.7
มีหนี้สิน	13	8.7
<b>การพักอาศัย</b>		
อยู่ลำพังคนเดียว	13	8.7
อยู่กับลูกชาย	22	14.7
อยู่กับสามี/ภรรยา	62	41.3
อยู่กับหลาน	80	53.3
อยู่กับลูกสาว	58	38.7
อยู่กับพ่อแม่	7	4.7
อยู่กับลูกชาย	67	44.7
อยู่กับพี่น้อง	17	11.3
อยู่กับลูกสะใภ้	34	22.7

สถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ เมื่อจัดอันดับมีดังนี้

เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ	ร้อยละ
ความดันโลหิตสูง	50.7
กระดูกเสื่อม	30.0
ไขข้อ	23.3
เบาหวาน	20.0
หัวใจ	11.3
กระเพาะอาหาร	8.0
หอบหืด	6.0
ไต	4.0
วัณโรค	2.7
มะเร็ง	2.7
ตับ	2.0
อัมพาต	1.4
ต่อมลูกหมากโต	1.3

การเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต เมื่อจัดอันดับมีรายละเอียด ดังนี้ คือ

การเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต	ร้อยละ
ปัญหาการได้ยิน	87.3
ปัญหาการมองเห็นตามัว/ตาพร่า	57.3
ปัญหาเรื่องกระดูก/ปวดข้อ	42.0
กล้ามเนื้อเมื่อยล้า	32.0
ปัญหาเรื่องการนอนไม่หลับ	29.3
การเต้นของหัวใจ/เหนื่อยง่าย	24.7
ปัญหาการทรงตัว	20.7
ปวดศีรษะบ่อยๆ/ปวดหัวข้างเดียว	18.0
การขยับถ่ายอุจจาระ/ท้องผูก/ท้องเสีย	18.0
การขยับถ่ายปัสสาวะ/ปัสสาวะบ่อย/ขัด	18.0
แขนหรือขาอ่อนแรง	14.7
หายใจติดขัด/หอบหืด	12.7
เท้าบวม	11.3

การเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต	ร้อยละ
มีอาการสั้น	6.7
ปัญหาฟันผุ	4.0

2.1.2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้คุณค่าในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

1. ผลการวิเคราะห์ระดับการรับรู้คุณค่าในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ มีผลการวิเคราะห์ ดังนี้

ระดับการรับรู้คุณค่าในตนเอง ก่อนการทดลอง พบว่า มีการรับรู้คุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 100 หลังการทดลอง พบว่า ระดับการรับรู้คุณค่าในตนเองอยู่ในระดับดีเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 17.3

ระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนการทดลอง พบว่า มีพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 88 หลังการทดลอง พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 12 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการรับรู้คุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน (150)	ร้อยละ	จำนวน (150)	ร้อยละ
<b>ระดับการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ</b>				
ต่ำ / ไม่ดี	0	0.0	0	0.0
ปานกลาง	150	100.0	124	82.7
ดี	0	0.0	26	17.3
<b>ระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ</b>				
ไม่ดี	3	2.0	0	0.0
ปานกลาง	132	88.0	132	88.0
ดี	15	10.0	18	12.0

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของผู้สูงอายุในด้านการรับรู้คุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง มีผลการวิเคราะห์ ดังนี้

ด้านการรับรู้คุณค่าในตนเอง พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 21.36 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.86 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 24.29 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.64 และมีคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างของการรับรู้คุณค่าในตนเองก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง 2.17 เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ )

ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 59.98 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.46 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 61.04 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.76 และมีคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 2.08 เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุระหว่างก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		$\bar{d}$	S.D.	t-value	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.				
การรับรู้คุณค่าในตนเอง	21.36	2.864	24.29	3.648	2.173	2.11	70.083	<0.001
พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ	59.98	8.457	61.04	7.759	2.080	2.03	75.330	<0.001

2.2 ผลที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการในด้านการรับรู้คุณค่าในตนเอง และการรับรู้พลังอำนาจตนเอง ผลการวิจัยมีดังนี้

2.2.1 คุณลักษณะประชากรของผู้ให้บริการ

2.2.2 การรับรู้คุณค่าในตนเอง และการรับรู้พลังอำนาจตนเอง

ผลการวิจัยมีดังนี้

2.2.1 คุณลักษณะประชากรของผู้ให้บริการ

ข้อมูลในส่วนนี้พบว่า ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 71.1 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 37 - 56 ปี ร้อยละ 60.0 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 37.8 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** จำนวนและร้อยละลักษณะทั่วไปของผู้ให้บริการ (N = 45)

เพศ	ผู้ให้บริการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชาย		13	28.9
หญิง		32	71.1

ผู้ให้บริการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>อายุ</b>		
16 – 36 ปี	10	22.2
37 – 56 ปี	27	60.0
57 – 77 ปี	8	17.8
( $\bar{X}$ = 44.91, S.D. = 11.43, Min = 22, Max = 71)		
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถม		
ม.ต้น	7	15.6
ม.ปลาย	8	17.8
ปวช.	8	17.8
ปวส./อนุปริญญา	3	6.7
ป.ตรี	17	37.8
สูงกว่า ป.ตรี	2	4.4

2.2.2 ผลที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการในด้านการรับรู้คุณค่าในตนเอง และการรับรู้พลังอำนาจตนเอง ผลการวิจัยดังนี้

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้คุณค่าในตนเองและการรับรู้พลังอำนาจตนเอง ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

1. ผลการวิเคราะห์ระดับการรับรู้คุณค่าในตนเอง และการรับรู้พลังอำนาจตนเอง มีผลการวิเคราะห์ดังนี้

ระดับการรับรู้คุณค่าในตนเองก่อนการทดลองส่วนใหญ่ พบว่า มีการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ให้บริการอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 91.1 หลังการทดลอง พบว่า การรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ให้บริการอยู่ในระดับดี เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 75.6

ระดับการรับรู้พลังอำนาจตนเอง ก่อนการทดลองส่วนใหญ่ พบว่า มีการรับรู้พลังอำนาจตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 91.1 หลังการทดลอง พบว่า การรับรู้พลังอำนาจตนเองของผู้ให้บริการอยู่ในระดับดี เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 95.6 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 5



ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ให้บริการ จำแนกตามระดับการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ให้บริการ และการรับรู้พลังอำนาจตนเองของผู้ให้บริการ ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ตัวแปร จำนวน 45 คน	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ระดับการรับรู้คุณค่าในตนเอง</b>				
ต่ำ	3	6.7	0	0.0
ปานกลาง	41	91.1	11	24.4
ดี	1	2.2	34	75.6
<b>ระดับการรับรู้พลังอำนาจตนเอง</b>				
ไม่ดี	0	0.0	0	0.0
ปานกลาง	41	91.1	2	4.4
ดี	4	8.9	43	95.6

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของผู้ให้บริการในด้านการรับรู้คุณค่าในตนเอง และการรับรู้พลังอำนาจ ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง มีผลการวิเคราะห์ดังนี้

ด้านการรับรู้คุณค่าในตนเอง พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 29.04 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.61 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 36.20 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.67 และมีคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างของการรับรู้คุณค่าในตนเองก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง 7.15 เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ )

ด้านการรับรู้พลังอำนาจ พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 13.38 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.58 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 21.00 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.80 และมีคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างของการรับรู้พลังอำนาจก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง 7.62 เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ )

รายละเอียดแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ให้บริการ และการรับรู้พลังอำนาจของผู้ให้บริการระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ตัวแปร จำนวน 45 คน	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		$\bar{d}$	S.D.	t-value	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.				
การรับรู้คุณค่าในตนเอง	29.04	3.618	36.20	3.672	7.156	4.791	10.019	<0.001
การรับรู้พลังอำนาจตนเอง	13.38	2.587	21.00	2.804	7.622	3.701	13.813	<0.000

### ส่วนที่ 3 ผลการประเมินเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ

เมื่อมีกระบวนการพัฒนาเครือข่ายทางสังคม โดยใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจ การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วม ใน 5 จังหวัด คือ จังหวัดชลบุรี ฉะเชิงเทรา สระแก้ว จันทบุรี และจังหวัดตราด เครือข่ายเหล่านี้ได้มีการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง มีการขยายเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุในเครือข่าย ได้มีการจัดประชุมแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิด ประสบการณ์ซึ่งกัน และกัน มีการนำการเสริมสร้างการออกกำลังกายจากก้านตาล มีการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ ร่วมกันคิด ทบทวน ผลการปฏิบัติงานของชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านมา ค้นหาจุดเด่น จุดด้อย ของชมรมผู้สูงอายุ เพื่อนำมาเติมเต็มในส่วนที่ขาด และพัฒนาในส่วนที่ดีให้ดียิ่งขึ้น นำตัวอย่างเทคนิค การมีส่วนร่วมของชุมชน มาเป็นแนวทางในการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุต่อไป ได้มีการนำความรู้ที่ได้จากการอบรมไปปฏิบัติ เช่น การประกอบอาหารที่เหมาะสม การปลูกผักปลอดสารพิษ การทำขนมเปียะ ข้าววัง และการทำโฮมโชนโซ

## บทที่ 5

### สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อศึกษาและวิเคราะห์เครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ พัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ และประเมินเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ให้บริการในสถานบริการสาธารณสุข สถานศึกษา จำนวน 45 คน ใช้การเลือกแบบเจาะจง ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี ฉะเชิงเทรา สระแก้ว จันทบุรี และจังหวัดตราด จำนวน 150 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ แบบสนทนากลุ่ม

#### สรุปผลการวิจัย

**ส่วนที่ 1** ผลการศึกษา และวิเคราะห์เครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ การศึกษาและวิเคราะห์เครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้แบบสนทนากลุ่ม พบว่า เครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี ฉะเชิงเทรา สระแก้ว จันทบุรี และจังหวัดตราด จะประกอบไปด้วยหน่วยงานจากสถานบริการสาธารณสุข เทศบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล โรงพยาบาลชุมชน, สถานศึกษา สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์การบริหารส่วนจังหวัด อาสาสมัครสาธารณสุข, แกนนำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน กิจกรรมที่มีการดำเนินการในเครือข่าย จะเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพทางกาย เช่น การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร กิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น การสวดมนต์ปฏิบัติธรรม กิจกรรมที่ดำเนินการให้เกิดสังคมที่เอื้อเพื่อเฝ้าไข้ เช่น การเยี่ยมบ้าน กิจกรรมทัศนศึกษาแหล่งเรียนรู้ต่าง ๆ กิจกรรมงานบุญตามประเพณีไทย เช่น กิจกรรมวันสงกรานต์ พิธีรดน้ำดำหัว

**ส่วนที่ 2** ผลการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วม โดยการทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างตัวแทนผู้ให้บริการ และตัวแทนผู้สูงอายุ เป็นเวลา 2 วัน และหลังจากนั้น ตัวแทนผู้ให้บริการและตัวแทนผู้สูงอายุในแต่ละจังหวัดนำลงไปทำกิจกรรมในแต่ละจังหวัด ซึ่งจะพบว่า ในกลุ่มผู้ให้บริการมีการรับรู้คุณค่าในตนเอง และการรับรู้พลังอำนาจของตนเองอยู่ในระดับดีขึ้นไป ในกลุ่มผู้สูงอายุมีการรับรู้คุณค่าในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีขึ้นไป

**ส่วนที่ 3** ผลการประเมินเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ การประเมินเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุโดยใช้แบบสนทนากลุ่ม พบว่า เครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุยังคงมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง มีการขยายจำนวนผู้สูงอายุและมีการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ

## การอภิปรายผล

**ส่วนที่ 1** เครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ จากผลการวิจัยจะพบว่า เครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุจะประกอบไปด้วย หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และอาสาสมัครที่มาช่วยดูแล และเป็นหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสังกัดกระทรวงมหาดไทย ซึ่งจะเห็นได้ว่าการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมเป็นกระบวนการทางสังคม ซึ่งชุมชนจำเป็นต้องส่งเสริมให้ชุมชนมีความร่วมมือกันอย่างแท้จริง การพัฒนาในกลุ่มประชาชนที่อยู่ในชุมชนจะส่งผลให้มีการสนับสนุนทางสังคมตามมา การดำเนินงานโดยภาครัฐซึ่งมีบุคลากรจำกัดไม่เพียงพอกับการจัดการปัญหา จำเป็นต้องอาศัยกลไกปัจจัยหลายส่วนประกอบกัน (ปฐมาภรณ์ บุษปธำรง, 2549)

**ส่วนที่ 2** กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้คุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของนิภาพรรณ อธิคมานนท์ ยุวดี รอดจากภัย และกุลวดี โรจนไพศาลกิจ (2554) ซึ่งพบว่า ผลการวิจัยโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โดยใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพดีขึ้น และสอดคล้องกับการวิจัยของ กัตติกา ธนะขว้าง จินตนา รัตนวิฑูรย์ และจามจุรีย์ ทนุรัตน์ (2554) ที่ศึกษาการพัฒนาเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนและศักยภาพในการดูแลตนเอง เพื่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชน ที่พบว่า การเสริมพลังสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุดูแลตนเองได้ และนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดี

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมทำให้ผู้ให้บริการมีการรับรู้คุณค่าในตนเอง และการรับรู้พลังอำนาจของตนเองอยู่ในระดับดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วิภา เพ็งเสงี่ยม พัทธราภรณ์ ไชยสังข์ และปัญจภรณ์ ยะเกษม (2558) ที่ศึกษาวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการรับรู้พลังอำนาจสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม

**ส่วนที่ 3** การประเมินเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ การที่เครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ ยังคงมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และขยายจำนวนสมาชิกเพิ่มขึ้น อาจเป็นเพราะการสร้างเครือข่ายทำให้เกิดการติดต่อ สนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร และการร่วมมือกันด้วยความสมัครใจ ฉะนั้นการสร้างเครือข่ายควรสนับสนุนและอำนวยความสะดวกให้สมาชิกในเครือข่ายมีความสัมพันธ์กันฉันท์เพื่อน ที่ต่างก็มีความเป็นอิสระ (เสรี พงศ์พิศ, 2548)

## ข้อเสนอแนะการวิจัย

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การดำเนินการพัฒนาเครือข่ายทางสังคม ผู้บริหาร มีส่วนรับผิดชอบการดำเนินงาน มีส่วนร่วมในการวางแผนงาน และการจัดสรรงบประมาณ จึงทำให้งานประสบความสำเร็จ
2. การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดความรู้สึกร่วมกัน คุณค่าในตนเอง และมีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม และมีความเชื่อมั่นในการดูแลผู้สูงอายุ
3. ควรมีการแลกเปลี่ยนและเผยแพร่กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุต่อหน่วยงานอื่น ๆ และหน่วยงานนั้นควรนำไปประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบทขององค์กรตนเอง
4. เชื่อมโยงเครือข่ายทางสังคมเพิ่มเครือข่ายทางสังคม โดยพิจารณาจากบริบทของเครือข่ายที่มีในแต่ละจังหวัด และขอความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการประเมินผลการดำเนินงาน การพัฒนาเครือข่ายทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ หลังการดำเนินการเป็นระยะ 12 เดือน และ 24 เดือน
2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ เชิงประจักษ์ รูปแบบการจัดตั้งองค์กรระดับท้องถิ่นที่รับผิดชอบต่องานด้านการดูแลผู้สูงอายุโดยตรงที่มีความเป็นเอกภาพ เพื่อให้สามารถบูรณาการ การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างครบถ้วน

## บรรณานุกรม

- กอบกุล พันธุ์รัตนอิสระ. (2551). การปรับปรุงแบบบริการร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- กาญจนา แก้วเทพ. (2538). เครื่องมือการทำงานแนววัฒนธรรมชุมชน. กรุงเทพมหานคร : สภาคหอลิคแห่งประเทศไทยเพื่อการพัฒนา (สคทพ.).
- เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. (2543). การจัดการเครือข่าย : กลยุทธ์สำคัญสู่ความสำเร็จของการปฏิรูปการศึกษา. กรุงเทพฯ : บริษัท ซีเคซีเอสมีเดีย จำกัด.
- เกษมศานต์ ชัยศิลป์. (2548). การพัฒนาเครือข่ายการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมของเยาวชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมวิทยาการพัฒนา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กัตติกา ณะขว้าง, จินตนา รัตนวิฑูรย์ และจามจุรีย์ ทนุรัตน์. (2554). การพัฒนาเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนและศักยภาพในการดูแลตนเองเพื่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารวิจัยระบบสาธาณสุข, 5(3), 381-391.
- จิตจำนง กิติเกียรติ และชัยวัฒน์ สิทธิภราดร. (2536). การพัฒนาชุมชน การมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนาชุมชน. กรุงเทพฯ : ศูนย์พินอักษรกิจ.
- จุฑารัตน์ รังษา, ยุวดี รอดจากภัย และไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์. (2559). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม, ศรีนครินทร์เวชสาร, 31 (6), 377-383.
- ชญานี ไมเออร์. (2552). การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี, 1(1), 92-109.
- ทยากร รุจนวรางกูร. (2552). กลยุทธ์การพัฒนาการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาชุมชนของผู้นำชุมชนตำบลแม่ปะ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขายุทธศาสตร์การพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง.

- นิภาพรรณ อธิคมานนท์ ยุวดี รอดจากภัย และกุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ. (2554). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอำเภอบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เนติยา แจ่มทิม, สินีพร ยืนยง และปฐรินทร์ ศรีศศลักษณ์. (2559). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชากรที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโคกคราม อำเภอบางปลาม้า จ.สุพรรณบุรี. *The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima*. 22 (1), 65-76.
- นพดล อินทรเสนา. (2551). การวิจัยสร้างยุทธศาสตร์การพัฒนาชุมชน โดยการจัดทำแผนชุมชนอย่างมีส่วนร่วม กรณีตำบลแม่ทะ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขายุทธศาสตร์การพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง.
- นฤมล นิราทร. (2543). การสร้างเครือข่ายการทำงาน : ข้อควรพิจารณาบางประการ. กรุงเทพฯ : โครงการระหว่างประเทศว่าด้วยการขจัดปัญหาการใช้แรงงานเด็ก.
- ประชาสรรค์ แสนภักดี. (2549). การจัดการความรู้ของเครือข่ายทางสังคมเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาพัฒนศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปฐมภรณ์ บุษปธำรง. (2549). เครือข่ายทางสังคม. วารสารราชบัณฑิตยสถาน, 31(2).
- ประสิทธิ์ กมลพรมงคล, ยุวดี รอดจากภัย และวรรณิภา อัครชัยสุภิกรม. (2553). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1 อำเภอหนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, 5(1), 29-38.
- ประณีต ส่งวัฒนา, วิภา แซ่เซี้ย, ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์ และชนนัท กองกมล. (2559). การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายชุมชนเมืองในการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบอุทกภัยกลุ่มเปราะบาง: กรณีศึกษาหาดใหญ่. วารสารสภาการพยาบาล, 31(1), 56-69.
- พัชรี สีโรรส และคณะ. (2546). การมีส่วนร่วมของประชาชน. กรุงเทพฯ : คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ไพโรจน์ กลิ่นกุหลาบ. (2549). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความท้อแท้ในการปฏิบัติงานของครูประถมศึกษาในภาคกลาง. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- พระมหาสุทิตย์ อาภากร. (2547). เครือข่าย : ธรรมชาติ ความรู้ และการจัดการ. กรุงเทพฯ : โครงการเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข.

- ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ และยุวดี รอดจากภัย. (2557). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, 9(2), 13-20.
- ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ และอนันต์ ปิ่นแก้ว. (2558). ความสำคัญของเครือข่ายเกื้อหนุนผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, 10(2), 109-116.
- ภรณ์ นิลภรณ์ ยุวดี รอดจากภัย และ ศิริพร จันทร์ฉาย. (2554). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ. (2552). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย. (วันที่ค้นข้อมูล 1 กันยายน 2558) เข้าถึงได้จาก <http://www.thaigri.org>
- ยุทธนา พูนพานิช และแสงนภา อุทัยแสงไพศาล. (2557). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชนเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 23(2), 226-238.
- ยุวดี รอดจากภัย, รัชณี สรรเสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัง. (2548). การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรังที่บ้าน. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ยุวดี รอดจากภัย. (2555). แนวคิดและทฤษฎีสร้างเสริมสุขภาพคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ยุพาพร รุ่งงาม. (2545). การมีส่วนร่วมของข้าราชการสำนักงานประมาณ ในการปฏิรูประบบราชการ. ภาคนิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- วิชัย โชควิวัฒน์. (2544). แนวคิดและแบบอย่างการทำงานสาธารณสุขเพื่อชนบท. กรุงเทพฯ : โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- วัฒนา โปธา. (2548). รายงานการศึกษา เรื่องการจัดการสุขภาพ โดยเครือข่ายในตำบล. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการ.
- วริยา จันทร์ขำ, หทัยชนก บัวเจริญ และชินวุฒิ อาสนวิเชียร. (2558). รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเอง กรณีศึกษา: องค์การบริหารส่วนตำบลท่าแกม อำเภออินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี. วารสารวิจัยเพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่, 7(3), 22-41.



- วิภา เพ็งแสงี่ยม, พัชรภักดิ์ ไชยสังข์, วาสนา พงษ์สุภษะ และศิริรัตน์ จุมจนะนะ. (2558). การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน. วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา. 18(3), 84-95.
- วิภา เพ็งแสงี่ยม, พัชรภักดิ์ ไชยสังข์ และปัญญาภรณ์ ยะเกษม. (2558). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจ และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 8(1), 152-165.
- วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, ขวัญใจ อำนาจสตัยซ์, รอ.หญิง ศิริพันธ์ สาสตัย, พรทิพย์ มาลาธรรม และจิณณ์ลีธา ฅรงค์ศักดิ์. (2557). การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น. วารสารสภาการพยาบาล, 29(3), 104-115.
- วิภา เทียงธรรม, สุนีย์ ละกำป็น และอาภากร เผ่าวัฒนา. (2554). การพัฒนาศักยภาพชุมชน แนวคิดและการประยุกต์ใช้. กรุงเทพฯ : แดเน็กซ์อินเตอร์คอร์ปอเรชั่น.
- ศูนย์ศตวรรษิกชน. (2556). แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2556). (วันที่ค้น 17 พฤษภาคม 2556) เข้าถึงได้จาก <http://www.thaicentenarian.mahidol.ac.th/TECIC.index.php/for-elderly/policy/49--2-2545-...>
- ศิริพงษ์ บุญฤกษ์. (2544). การศึกษาเครือข่ายทางสังคมในกิจกรรมการทอดผ้าป่าของสังคมอีสาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาไทยศึกษา มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- สุกัญญา ไหว่งวงศ์. (2546). การสร้างพลังผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด: กรณีศึกษาในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุน จังหวัดพะเยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษา และพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เสรี พงศ์พิศ. (2548). เครือข่าย. กรุงเทพฯ : เจริญวิทย์การพิมพ์.
- เสาวนีย์ ไกรอ่อน และสาริณี วอนแก่น้อย. (2558). การพัฒนาระบบเครือข่ายเพื่อดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน. วารสารวิทยาลัยการพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, 21(1), 41-53.
- สมฤทธ จันสม. (2553). การมีส่วนร่วมของประชาชน กองแผนงาน กรมพัฒนาชุมชน.

- สมชัย จิรโรจน์วัฒน์ และคณะ. (2547). การเสริมสร้างและพัฒนาเครือข่ายเพื่อการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค: ชุมพลังปัญญาของชุมชน ในพื้นที่ ต.ตะพง อ.เมือง จ.ระยอง. สำนักงานควบคุมโรคที่ 3 ชลบุรี.
- สมบูรณ์ อัมพนพรัตน์. (2542). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันไฟฟ้า : กรณีศึกษาอุทยานแห่งชาติเขาสามหลั่น จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรุงเทพฯ.
- สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ. (2543). การส่งเสริมสุขภาพ : แนวคิด ทฤษฎี และการปฏิบัติการพยาบาล. นครศรีธรรมราช : มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- สมพล นวะกะ. (2555). ความต้องการได้รับสวัสดิการของผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลอ่าวลึกใต้ อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่.
- สถาบันวิจัย และการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. (2556). การดูแลผู้สูงวัยในชุมชนระบบ หลักการ และแนวทางการปฏิบัติ. (วันที่ค้นข้อมูล 17 สิงหาคม 2556) เข้าถึงได้จาก <http://www.thaicententina.mahdol.ac.th/TECC/index.php/for-elderly/policy/49--2-2545-...>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2549). Thai elderly, Bangkok: Department of Statistical Data and Information.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุไทย พ.ศ. 2550 กรุงเทพฯ.
- เสน่ห์ แสงเงิน ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน ถาวร มาตัน ศิวีไลซ์ วนรัตน์วิจิตร. (2554). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. ปีที่ 42 ฉบับที่ 2 (68-81)
- อรรถัย กักผล. (2546). คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชน. กรุงเทพฯ : คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อรรณพ พงษ์วาท. (2539). เครือข่ายความร่วมมือเพื่อการพัฒนาครู ภารกิจของคนในชาติ (จุลสาร). กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ.
- Arnold, R, and Burke, B. (1983). Popular Education Handbook. Ontario: CUSO Development Education.
- Bishop et al. (1988). Basic & Tool: a collection of Popular Education Resources and Activities. Ontario: CUSO Development Education.

- Caplan, R.D. & French. (1976). Adhering to Medical Regimens: Pilot Experiment in Patient Education and Social support. An Arbour: University of Michigan.
- Gibson, C. (1991). A concept of analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*.16: 354-361.
- House, J.S. (1981). *Work Stress and Social Support* Reading. MA. Addison-Wesley. Institute for population and social research Mahidol University. 2010 Jasssey-Bass Publishers, San Francisco, CA.
- Minkler, M. (1990). Improving health through community Organization. In *Health Behavior and Health Education*, eds. K.Glans, F.M. Lerois, and B.Rimer, pp. 257-286. Jasssey-Bass Publishers, San Francisco, CA.
- Rappaport, J. (1984). *Studies in Empowerment: Introduction to the issue*. *Prevention in Human Services*. 3:1-7.
- Wallerstein, N. & Bernstein, E. (1988). Empowerment Education: Freire's Idea Adapted to Health Education. *Health Education Quarterly*, 15(4), 379-394.
- Webster. (2005). Empowerment. (วันที่ค้นข้อมูล 1 กันยายน 2558) เข้าถึงได้จาก <http://www.Merriam-webster.com>
- Yurick, AG. Et al. (1989). *The Aged Person and the Nursing Process*. New York: Appleton Century Crofft.
- [http://en.wikipedia.org/wiki/Social\\_network](http://en.wikipedia.org/wiki/Social_network) 14/2/2554
- <http://rirs3.royin.go.th/> 14/2//2554
- <http://www.ichat.in.th/PRsurin/topic-readid> 13/2/2554
- <http://www.merriam-webster.com/dictionary/empowerment>
- <http://www.repordd.com> 14/2/2554

ภาคผนวก

# ภาคผนวก 1

## แบบฟอร์มใบยินยอมให้ทำการวิจัย

AF 06-03.1



เอกสารแสดงความยินยอม  
ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form)

รหัสโครงการวิจัย : .....-2560A10802050 Hu 099/2560.....  
(สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)  
โครงการวิจัยเรื่อง.....การพัฒนาเครือข่ายทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ.....  
ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....ปี..... พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่างๆ ตามที่ระบุในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายดังกล่าวครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว และผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้นเงินข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนั้นไม่มีผลกระทบต่อการใช้บริการจากสถานบริการสุขภาพที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในส่วนที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

กรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในเอกสารแสดงความยินยอมให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม .....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม .....พยาน

(.....)

หมายเหตุ กรณีที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยให้ความยินยอมด้วยการประทับลายนิ้วหัวแม่มือ ขอให้พยานลงลายมือชื่อรับรองด้วย



Version 1.0/ January 9, 2017

- 1 -

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
มหาวิทยาลัยบูรพา  
รับที่รับรอง : 30 ต.ค. 2560

**ภาคผนวก 2**  
**แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา**



ที่ ๑๕๙/๒๕๖๐

**เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์**  
**มหาวิทยาลัยบูรพา**

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย Hu 099/2560  
โครงการวิจัยเรื่อง การพัฒนาเครือข่ายทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ  
หัวหน้าโครงการวิจัย รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี รอดจากภัย  
หน่วยงานที่สังกัด คณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า  
โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรี  
ในความเป็นมนุษย์ ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัยและผู้เข้าร่วม  
โครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารตรวจสอบ)

- |   |   |
|---|---|
| ๑. เอกสารโครงการวิจัยฉบับภาษาไทย  | ฉบับที่ ๑ วันที่ ๓๐ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ |
| ๒. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย  | ฉบับที่ ๑ วันที่ ๓๐ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ |
| ๓. เอกสารแบบแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย  | ฉบับที่ ๑ วันที่ ๓๐ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ |
| ๔. เอกสารแสดงรายละเอียดเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยซึ่งผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว หรือชุดที่ใช้เก็บข้อมูล<br>จริงจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย | ฉบับที่ ๑ วันที่ ๓๐ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ |

การรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฉบับนี้ มีผลถึงวันที่ ๒๙ เดือน สิงหาคม  
พ.ศ. ๒๕๖๑

ออกให้ ณ วันที่ ๓๐ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

ลงนาม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิวิทส์ แจ้งเอี่ยม)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
มหาวิทยาลัยบูรพา

### ภาคผนวก 3 ตัวอย่างเครื่องมือ

#### แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและผู้ให้บริการ

แบบสัมภาษณ์นี้ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์จำนวน 2 ชุด ดังนี้

#### ชุดที่ 1 สำหรับผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน

- แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป
- แบบสัมภาษณ์การรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ
- แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

#### ชุดที่ 2 สำหรับผู้ให้บริการ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน

- แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป
- แบบสัมภาษณ์การรับรู้คุณค่าในตนเอง
- แบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังอำนาจ





- 15.4 โรคอัมพาต ( ) เป็น.....ปี ( ) ไม่เป็น
- 15.5 โรคอัมพฤกษ์ ( ) เป็น.....ปี ( ) ไม่เป็น
- 15.6 โรคไขข้อ ( ) เป็น.....ปี ( ) ไม่เป็น
- 15.7 โรคกระดูกเสื่อม ( ) เป็น.....ปี ( ) ไม่เป็น
- 15.8 โรคหอบหืด ( ) เป็น.....ปี ( ) ไม่เป็น
- 15.9 โรคกระเพาะอาหาร ( ) เป็น.....ปี ( ) ไม่เป็น
- 15.10 โรคไต ( ) เป็น.....ปี ( ) ไม่เป็น
- 15.11 โรคตับ ( ) เป็น.....ปี ( ) ไม่เป็น
- 15.12 วัณโรค ( ) เป็น.....ปี ( ) ไม่เป็น
- 15.13 โรคต่อมลูกหมากโต ( ) เป็น.....ปี ( ) ไม่เป็น
- 15.14 โรคมะเร็ง ระบุ..... ( ) เป็น.....ปี ( ) ไม่เป็น
- 15.15 อื่นๆ ระบุ..... ( ) เป็น.....ปี ( ) ไม่เป็น
16. ท่านมีการเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต/กิจกรรมหรือไม่
- 16.1 การเต้นของหัวใจ/ เหนื่อยง่าย ( ) มี.....ปี ( ) ไม่มี
- 16.2 หายใจติดขัด/ หอบหืด ( ) มี.....ปี ( ) ไม่มี
- 16.3 กล้ามเนื้อเมื่อยล้า ( ) มี.....ปี ( ) ไม่มี
- 16.4 การพับ/ ยึด/ เหยียดกล้ามเนื้อ/ เอ็น ( ) มี.....ปี ( ) ไม่มี
- 16.5 ปัญหาเรื่องกระดูก/ ปวดข้อ ( ) มี.....ปี ( ) ไม่มี
- 16.6 ปัญหาการทรงตัว ( ) มี.....ปี ( ) ไม่มี
- 16.7 แขนหรือขาอ่อนแรง ( ) มี.....ปี ( ) ไม่มี
- 16.8 เท้าบวม ( ) มี.....ปี ( ) ไม่มี
- 16.9 มืออาการสั่น ( ) มี.....ปี ( ) ไม่มี
- 16.10 ปวดศีรษะบ่อยๆ /ปวดหัวข้างเดียว ( ) มี.....ปี ( ) ไม่มี
- 16.11 การขยับถ่ายอุจจาระ/ท้องผูก/ ท้องเสีย ( ) มี.....ปี ( ) ไม่มี
- 16.12 การขยับถ่ายปัสสาวะ/ปัสสาวะบ่อย/ ปัสสาวะขัด ( ) มี.....ปี ( ) ไม่มี
- 16.13 ปัญหาการมองเห็น ตามัว / ตาพร่า ( ) มี.....ปี ( ) ไม่มี
- 16.14 ปัญหาเรื่องการได้ยิน ( ) มี.....ปี ( ) ไม่มี
- 16.15 ปัญหาหูจุก ( ) มี.....ปี ( ) ไม่มี
- 16.16 ปัญหาเรื่องการนอนไม่หลับ ( ) มี.....ปี ( ) ไม่มี

## ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

คำชี้แจงแบบสัมภาษณ์ชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงระดับการรับรู้คุณค่าตนเองของผู้สูงอายุ โปรดใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องทางขวามือที่ตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุมากที่สุดเพียงช่องเดียว

ข้อ	ข้อความ	ระดับความรู้สึก				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1	ท่านรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง...					
2	ท่านรู้สึกว่ามีคุณค่า...					
3	ท่านรู้สึกประสบความสำเร็จในชีวิต...					
4	ท่านรู้สึกว่าชื่นชมของคนในครอบครัว...					
5	ท่านมีความรู้สึกที่สามารถแก้ปัญหา...					
6	ท่านรู้สึกว่าพึงพอใจ...					
7	ท่านรู้สึกว่าพึงพิงของลูกหลาน...					
8	ท่านรู้สึกว่าเคารพนับถือ...					

## ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

คำชี้แจงโปรดใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องทางขวามือที่ตรงกับการปฏิบัติของผู้สูงอายุมากที่สุดเพียงช่องเดียวโดยการเลือกตอบให้พิจารณาดังนี้

ไม่เคยปฏิบัติเลย	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนี้เลย
ปฏิบัติมานาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ได้ปฏิบัติกิจกรรมนี้น้อยกว่าสัปดาห์ละ 3 ครั้ง
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	หมายถึง	ได้ปฏิบัติกิจกรรมนี้ 3 - 4 ครั้งต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ได้ปฏิบัติกิจกรรมนี้ 5 - 6 ครั้งต่อสัปดาห์
ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ได้ปฏิบัติกิจกรรมนี้สม่ำเสมอทุกวัน

ข้อ	ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
	ด้านการบริโภคอาหาร					
1	ท่านรับประทานอาหาร...					
2	...					
3	...					
4	...					
5	...					

ข้อ	ข้อความ	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย
	ด้านการออกกำลังกาย					
10	ทำนออกกำลังกาย...					
11	...					
12	...					
13	...					
14	...					
	ด้านการจัดการอารมณ์					
18	...					
19	...					
20	...					
21	...					
22	...					

## ชุดที่ 2 สำหรับผู้ให้บริการ

### ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ  
 ชาย       หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษา  
 ไม่ได้ศึกษา       ระดับประถมศึกษา  
 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น       ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.  
 อนุปริญญา/ปวส.       ระดับปริญญาตรี  
 สูงกว่าระดับปริญญาตรี
4. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ  
 บิดา/มารดา       บุตร  
 หลาน       สามเณร/ภรรยา  
 พี่น้อง       อื่น ๆ.....
5. ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุจนถึงปัจจุบัน.....ปี

### ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้คุณค่าในตนเอง

คำชี้แจงแบบสัมภาษณ์ชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงระดับการรับรู้คุณค่าตนเอง

โปรดใส่เครื่องหมาย ( ✓ ) ลงในช่องทางขวามือที่ตรงกับความรู้สึกของผู้ดูแลผู้สูงอายุมากที่สุดเพียงช่องเดียว

ข้อ	ข้อความ	ระดับความรู้สึก				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1	ท่านรู้สึกว่...					
2	ท่านรู้สึกว่...					
3	ท่านรู้สึก..					
4	ท่านรู้สึกว่...					
5	ท่านมีความรู้สึกว่...					

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังอำนาจของตนเอง

คำชี้แจงแบบสัมภาษณ์ชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงระดับการรับรู้พลังอำนาจตนเองของผู้ให้บริการผู้สูงอายุ โปรดใส่เครื่องหมาย ( ✓ ) ลงในช่องทางขวามือที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว

ข้อ	ข้อความ	ระดับความรู้สึก				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1	ท่านมั่นใจว่า...					
2	ท่านมั่นใจว่า...					
3	ท่านมั่นใจว่า...					
4	ท่านมั่นใจว่า...					
5	ท่านมั่นใจว่า...					

ขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

**แนวคำถามการสนทนากลุ่ม**

อยากทำอะไรให้ผู้สูงอายุมีความสุข.....

มีการวางแผนการดำเนินงานอย่างไร.....

มีเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ.....

ภาคผนวก 4  
ภาพกิจกรรม



การประชุมชี้แจงโครงการ



กิจกรรมการฟังธรรม



ภาพหมู่ผู้สูงอายุ และผู้ให้บริการ



กิจกรรมละลายพฤติกรรม



กิจกรรมออกกำลังกายด้วยก้านตาล





กิจกรรมละลายพฤติกรรม



กิจกรรมการสาธิตการทำอาหาร



ภาพหมู่ผู้สูงอายุ และผู้ให้บริการ



กิจกรรมศึกษาเรียนรู้ ศูนย์เรียนรู้ ร.5

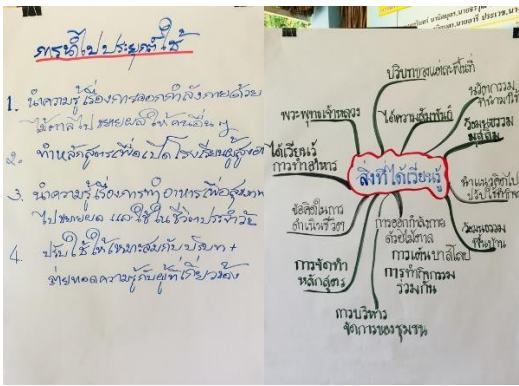




กิจกรรมศึกษาเรียนรู้วัฒนธรรม 2 ศาสนา โต้วาฬี และวัดแหลมมะขาม



กิจกรรมเรียนรู้ภูมิปัญญาผู้สูงอายุบ้านปู่สงกรานต์ การทำหุ่นไม้กระดาน



กิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้สูงอายุ และผู้ให้บริการ