

กระบวนการสมัชชาสุขภาพในการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ของชุมชน ตำบลนาคาย อำเภอतालสุม จังหวัดอุบลราชธานี

The Health Assembly Process of the Development of a Long Term Care System for the Elderly in the Community of Nakhai, Tan Sum District, Ubon Ratchathani Province.

พจนีย์ ขัดโพธิ์¹, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์², วิโรจน์ เชมรัมย์³

Podjane Khadpho¹, Terdsak Promarak², Wirote Semrum³

Received: 30 May 2016 ; Accepted: 20 September 2016

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษากระบวนการสมัชชาสุขภาพในการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของชุมชน ตำบลนาคาย อำเภอतालสุม จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) เครือข่ายสมัชชาสุขภาพ จำนวน 80 คน เข้าร่วมขับเคลื่อนกระบวนการสมัชชาสุขภาพ 2) ผู้สูงอายุ จำนวน 190 คน เป็นกลุ่มประเมินผลสัมฤทธิ์ เก็บข้อมูลระหว่าง เดือนธันวาคม 2558 ถึงเดือนพฤษภาคม 2559 โดยใช้แบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม การสังเกตและสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการสมัชชาสุขภาพในครั้งนี้ เป็นกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ประกอบด้วย 11 ขั้นตอน คือ 1) การศึกษาบริบทของพื้นที่ 2) ประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 3) จัดทำแผนปฏิบัติการ 4) จัดตั้งกลไกสมัชชาสุขภาพ 5) การจัดกลุ่มเครือข่าย 6) ออกแบบกระบวนการสมัชชาสุขภาพ 7) การสังเกตและประเมินผล 8) สรุปบทเรียน 9) แลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน 10) สื่อสารตลอดกระบวนการ และ 11) การจัดการอย่างเป็นระบบ ซึ่งทำให้เกิดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยเครือข่ายสมัชชาสุขภาพมีระดับความรู้ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจต่อกระบวนการสมัชชาสุขภาพ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนผู้สูงอายุ มีความพึงพอใจ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยสรุป การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในครั้งนี้ จะต้องประยุกต์แนวคิดกระบวนการสมัชชาสุขภาพเพื่อการวางแผนและการดำเนินงานไปพร้อมกัน โดยเน้นความไม่เป็นทางการ และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ในทุกขั้นตอน

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว สมัชชาสุขภาพ

Abstract

This action research aimed to study the health assembly process for the development of a long-term care of elderly people in Nakai community, Tan Sum District, Ubon Ratchathani. The participants consisted of 80 people from the health assembly network and 190 elderly people as a group evaluation. Data were collected during December 2015 to May 2016 using a questionnaire, focus group, observation and interviews. Content analysis was conducted for qualitative data analysis. Quantitative data analysis used frequency, percentage, average, standard deviation, and Paired t-test to determine the level of statistical significance 0.05. The results showed that health assembly had completed the process of participation from all sectors, which consisted of 11 steps: studying the area context,

¹ นิสิตปริญญาโทหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตคณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ นักวิชาการสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

¹ Master Degree student, Master of Public Health, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

² Lecturer, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

³ Public Health officer, Ubon Ratchathani Provincial Public Health office

* Corresponding author: e-mail address : An_nakata_lo@hotmail.com

meeting stakeholders, action plan, establishing mechanisms for health assembly, grouping networks, design a health assembly process, observation and evaluation, summarizing, exchange knowledge and lessons learned, communication throughout the process and a management system. These could establish a public health policy for the long-term care for the elderly.

Keywords : Elderly, Long-term care of the elderly, Health Assembly.

บทนำ

ปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยพบว่าประชากรโลก 1 ใน 10 คน เป็นผู้มีอายุมากกว่า 60 ปี จากการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่มากกว่าประชากรทุกกลุ่มอายุนั้น คาดว่าในปี พ.ศ.2593 หรืออีก 40 ปีข้างหน้า จะมีผู้สูงอายุ 1 ใน 5 ของประชากรโลก ประเทศไทยมีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ.2550, 2554 และ 2557 มีผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 10.7, 12.2 และ 14.9 ของประชากรทั้งประเทศตามลำดับ ทำให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 20 ประมาณ 14.5 ล้านคน ในปี 2568 ทำให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ ผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มที่เปราะบางทางสังคม สังคมผู้สูงอายุ เป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจทั้งในระดับชาติและระดับโลก เพราะมีผลกระทบอย่างกว้างขวาง ทั้งในครัวเรือน ระดับมหภาค ได้แก่ ผลต่อผลผลิตที่ถดถอยรวมในประเทศ รายได้ต่อหัวประชากร การออมและการลงทุน งบประมาณรัฐบาล การจ้างงานและแรงงานในระดับจุลภาค¹ ส่วนปัญหาทางด้านสังคมได้มีการศึกษาอัตราการพึ่งพิงของประชากรสูงอายุต่อคนวัยทำงานของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่า ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2543, 2553 และ 2563 วัยทำงาน 100 คน ต้องดูแลผู้สูงอายุ 14.3, 19.7 และ 30.3 คน ตามลำดับกรมอนามัย ได้มีการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2556 พบว่าผู้สูงอายุมีความเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 41 โรคเบาหวานร้อยละ 18 เป็นโรครวมทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 13 โรคข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 9 เป็นคนพิการร้อยละ 6 โรคซึมเศร้าร้อยละ 1 และเป็นผู้ป่วยติดเตียงร้อยละ 1 ตามลำดับ ซึ่งผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังนี้อาจนำไปสู่โรคแทรกซ้อนที่รุนแรงและเสียชีวิตได้ เช่นโรคไตวาย โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต อัมพฤกษ์) ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพได้ง่าย

การดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุในส่วนของภาครัฐ โดยรัฐธรรมนูญ พ.ศ.2550 มาตรา 80 “รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านสังคม การสาธารณสุข การศึกษา และวัฒนธรรมได้ระดับถึงความเป็นปึกแผ่นของสถาบันครอบครัว ชุมชน ซึ่งต้องสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ

ผู้พิการ ผู้ยากไร้ ทุพพลภาพ ผู้ที่อยู่ในสภาวะลำบากให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และพึ่งตนเองได้” ในส่วนของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 6 ได้ระบุสิทธิและหน้าที่ว่า “สุขภาพของเด็ก คนพิการ คนสูงอายุ คนด้อยโอกาส ในสังคมและกลุ่มคนต่างๆ มีความจำเพาะในเรื่องสุขภาพ ต้องได้รับการส่งเสริมและคุ้มครองอย่างเหมาะสม พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 มาตรา 11 ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริมและสนับสนุนด้านต่างๆ เช่น การแพทย์และสาธารณสุขที่สะดวก รวดเร็ว ความปลอดภัยในอาคาร สถานที่ ยานพาหนะ หรือบริการสาธารณะอื่นๆ การช่วยผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งทางด้านแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 –2564) ได้กำหนดยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ มีมาตรการพัฒนาระบบบริการทางสุขภาพเน้นบริการถึงบ้านเกิดยุทธศาสตร์การพัฒนาาระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาวขึ้น เน้นความพอเพียงและยั่งยืนของระบบบริการแต่ไม่สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งในปี พ.ศ.2559 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์และเป้าประสงค์หลักคือผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเอง หรือสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม และมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ส่วนพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 มีผลบังคับใช้ตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 ทำให้มีการถ่ายโอนภารกิจด้านผู้สูงอายุให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีการถ่ายโอนเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุให้กระทรวงมหาดไทยในปี พ.ศ.2545 การทำงานของภาครัฐยังมีจุดอ่อน และอุปสรรคด้านงบประมาณ บุคคล ข้อมูล ความรู้ และนโยบายทางการเมืองที่ยังไม่ต่อเนื่อง²

ถึงแม้ภาครัฐจะมีการกำหนดนโยบายต่างๆ ที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ แต่การดำเนินงานในท้องถิ่นหรือชุมชนยังเกิดปัญหาหลายด้านได้แก่ ระบบการดูแลรักษาผู้สูงอายุยังไม่แตกต่างจากกลุ่มอายุอื่นต้องการการดูแลรักษาองค์รวมแบบ Case Management มาตรฐานในการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการและในชุมชน ต้องการการพัฒนาาระบบและรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนระดับต่างๆ บุคลากร

ที่มีองค์ความรู้และทักษะในการดูแลรักษาผู้สูงอายุ รูปแบบของบริการสาธารณสุขในอนาคตเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ (Aged Society ในปี 2568) โรคที่จะเป็นปัญหาและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุหรือกลุ่มอาการ Geriatric Syndrome เช่น สมองเสื่อมโรคข้อเข่าเสื่อม โรคหลอดเลือดสมองหรือสมรรถนะของผู้สูงอายุและโรคเรื้อรังอื่นๆ ต้องการระบบการดูแลรักษาในชุมชนที่มีคุณภาพ^๖ ดังนั้นการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวจำเป็นต้องพัฒนาทั้งระบบ ทั้งด้านระบบบริการระบบการเงินการคลัง ระบบกำลังคน ระบบการอภิบาลและบริหารจัดการ รวมถึงระบบข้อมูล สังคมไทยจึงต้องหาแนวทางร่วมกันในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้มีสุขภาพที่แข็งแรง สามารถอยู่ได้อย่างมีความสุข ดังนั้นทุกภาคส่วนในสังคมต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการเตรียมความพร้อมที่จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงนั้นจะต้องมีการทำงานและร่วมมือจาก 3 ภาคส่วน ได้แก่ ภาครัฐ ภาควิชาการ และภาคสังคม ซึ่งได้มีการประยุกต์ใช้แนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาของ ศ.นพ.ประเวศ วะสี ในการปฏิรูประบบสุขภาพ เพราะคำว่า ภูเขาหมายถึงปัญหาใหญ่ที่มีความยากลำบากที่จะแก้ไข ส่วนสามเหลี่ยมนั้นประกอบด้วย การสร้างความรู้ การเคลื่อนไหวทางสังคม และการเชื่อมต่อการเมือง⁴

สมัชชาสุขภาพถือเป็นกลไกสำคัญภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติพ.ศ.2550 ในการจัดการสุขภาพประชาชนในพื้นที่อย่างแท้จริงตามระบอบประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม ซึ่งสมัชชาสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น โดยในปี พ.ศ.2552 ได้มีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติขึ้นเป็นครั้งที่ 2 มีระเบียบเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเป็นประเด็นที่สังคมไทยให้ความสำคัญเห็นชอบในหลักการว่ารัฐมีหน้าที่สร้างเสริมสุขภาพและจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานีได้ดำเนินการครั้งแรกขึ้นเมื่อปี 2556 โดยมีข้อเสนอเชิงนโยบาย 4 ประเด็น คือ เกษตรอินทรีย์ การจัดการขยะและสิ่งปฏิกูล เด็ก เยาวชนและครอบครัว และการจัดการศึกษา จากนั้นได้นำประเด็นทั้ง 4 ไปขับเคลื่อนในระดับจังหวัด ต่อมาในปี 2558 ได้มีการดำเนินงานโครงการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคต่อกลไกระบบสมัชชาสุขภาพ ใช้แนวคิดขั้นตอนการจัดสมัชชาสุขภาพ 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การจัดสร้างกลไกการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ 2) การจัดกลุ่มเครือข่ายสมัชชาสุขภาพ 3) การออกแบบกระบวนการสมัชชาสุขภาพ 4) การสรุปบทเรียนเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน 5) การสื่อสาร

สังคมตลอดกระบวนการ 6) การบริหารอย่างเป็นระบบ โดยมีตำบลนำร่อง 3 ตำบล อำเภอนำร่อง 4 อำเภอ ซึ่งอำเภอตาลสุมเป็นอำเภอนำร่อง^๖ จังหวัดอุบลราชธานี มีผู้สูงอายุ 208,483 คน คิดเป็นร้อยละ 11.5 ของประชากรทั้งหมด พบว่ามีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้จังหวัดอุบลราชธานีเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ด้านภาวะสุขภาพการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ พบว่ามีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือด⁷ ส่วนตำบลนาคาย อำเภอตาลสุม เป็นอำเภอนำร่องในการดำเนินงานสมัชชาสุขภาพระดับอำเภอ ในปี 2558 นั้น พบว่ามีผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นคิดเป็น 13.10 ของประชากรทั้งหมด ถือว่าตำบลนาคายเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) เช่นกัน ซึ่งผู้สูงอายุจำนวนมากขาดผู้ดูแล ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ประสบภาวะทุพพลภาพหรือพิการ ต้องพึ่งพิงผู้อื่นในการใช้ชีวิตประจำวัน จากการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ชั้นพื้นฐานดัชนีบาร์ธเอลแอคทีแวล (Barthel Activity Daily Living Index : ADL) เป็นผู้สูงอายุติดเตียงร้อยละ 1.33 ผู้สูงอายุติดบ้านร้อยละ 4.44 และผู้สูงอายุติดสังคมร้อยละ 94.23^๘ จากข้อมูลสภาพปัญหาและบริบทของพื้นที่ พร้อมทั้งผู้วิจัยเป็นผู้มีหน้าที่ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยตรงในระดับตำบล จึงมีความสนใจที่จะศึกษาวิจัยเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาโดยใช้กระบวนการพัฒนาสมัชชาสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ตำบลนาคาย อำเภอตาลสุม จังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษากระบวนการสมัชชาสุขภาพในการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ตำบลนาคาย อำเภอตาลสุม จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้ การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจต่อนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนตำบลนาคาย อำเภอตาลสุม จังหวัดอุบลราชธานี
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลนาคาย อำเภอตาลสุม จังหวัดอุบลราชธานี

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ 6 ขั้นตอน และวงรอบ PAOR ตามแนวคิดของเคมมิสและแมคแท็กการ์ท (Kemmis and Mc Taggart, 1988) รวมเป็น 11 ขั้นตอนพื้นที่ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ตำบลนาคาย อำเภอตาลสุม จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้แบ่งกลุ่มตัวอย่าง ออกเป็น 2 กลุ่ม

1. กลุ่มเครือข่ายสมัชชาสุขภาพตำบลนาคาย จะต้องเข้าร่วมประชุมและดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบลนาคาย ประกอบด้วย 3 ภาคส่วน รวมจำนวน 80 คน ดังนี้

1.1 ภาคราชการ ต้องมีความสนใจและสมัครใจ เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ ผู้นำชุมชนหรือผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน สมาชิกสภาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 42 คน

1.2 ภาควิชาการ ได้แก่ นักวิชาการที่มีความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ทำงานในตำบลและนอกตำบลนาคายที่มีความสนใจและสมัครใจเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ เจ้าหน้าที่จาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาคายและคำหานามแห่ง เจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตาลชุม และครูอนามัย จำนวน 8 คน

1.3 ภาคประชาสังคม เป็นประชาชนกลุ่มต่างๆ ในตำบลนาคาย หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย หรือผู้ที่มีความสนใจและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ ตัวแทนสภาเด็กประชาชน อสม. ผู้ทรงคุณวุฒิ และตัวแทนชมรมผู้สูงอายุจำนวน 30 คน

และในจำนวนนี้ได้แบ่งเป็นคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลนาคายจำนวน 18 คน จากภาคราชการ 5 คน ภาควิชาการ 5 คน และภาคประชาสังคม 8 คน

2. กลุ่มผู้สูงอายุ จะเป็นกลุ่มประเมินผลปฏิบัติการดำเนินงานนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ แต่ไม่ได้เข้าร่วมในกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ซึ่งประชากรผู้สูงอายุในตำบลนาคายมีจำนวน 450 คน จะใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง⁹ ดังนี้

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

เมื่อ n คือ จำนวนผู้สูงอายุตัวอย่าง
 $Z_{\alpha/2}$ คือ 1.96 (ค่าคงที่ที่ระดับความเชื่อมั่น 95)
 N คือ จำนวนประชากรผู้สูงอายุในตำบลนาคายเท่ากับ 450

σ_x^2 คือ ความแปรปรวนระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุ¹⁰ เท่ากับ (0.70)²

d คือ ความคาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นในการประมาณค่าเฉลี่ย เท่ากับ 8% หรือ (0.08)

แทนค่าในสูตร

$$\begin{aligned} n &= \frac{(1.96)^2 (450) (0.7) (0.7)}{(1.96)^2 (0.7)^2 + (450 - 1) (0.08)^2} \\ &= \frac{846.72}{4.75} \\ &= 178.25 \text{ หรือ เพิ่มเป็น 190 คน} \end{aligned}$$

เมื่อได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบอาศัยความน่าจะเป็น (Probability Sampling) ใช้วิธีสุ่มแบบง่าย (Sample Random Sampling) โดยวิธีจับสลากด้วยการเขียนชื่อผู้สูงอายุตำบลนาคายใส่ลงในกล่องเขย่าให้เข้ากันแล้วเลือกหยิบขึ้นมาทีละแผ่นจนครบ 190 คน

วิธีการเก็บข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพพร้อมกับการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกจากการสังเกต

การวิเคราะห์และการแปรผลข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบ Paired t-test แบ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มสมัชชาสุขภาพ และกลุ่มผู้สูงอายุและข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกต ดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง ความแม่นยำ และความเชื่อถือได้ของข้อมูลโดยวิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulations) จากนั้นนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) นำข้อมูลมาแยกจัดหมวดหมู่อย่างเป็นระบบ นำมาหาความเชื่อมโยงจนได้ข้อสรุปของการวิจัยและนำเสนอผลการวิจัยในรูปแบบของการบรรยาย

ระยะเวลาดำเนินการ

ธันวาคม 2558 – พฤษภาคม 2559

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ตามแนวคิด PAOR ของเคมมิสและแมกแทกการ์ด (Kemmis and Mc Tagart, 1988) ร่วมกับกระบวนการสมัชชาสุขภาพ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. **ขั้นการวางแผน (Planning)**
 - ศึกษาข้อมูลบริบทชุมชนกลุ่มและองค์กรที่มีอยู่ในชุมชน ความเชื่อมโยงระหว่างบุคคลกลุ่มหรือองค์กรและการจัดการเครือข่ายในชุมชนและข้อมูลด้านสุขภาพ
 - ประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่
 - จัดทำแผนปฏิบัติการ
2. **ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action)**

เชิญประชุมเครือข่ายสมาชิกสุขภาพตำบลมาคุยร่วมกันวางแผนปฏิบัติการเพื่อแก้ปัญหาของชุมชนโดยผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นและสนับสนุนการสร้างกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดมความคิดการวางแผนปฏิบัติการแก้ปัญหาในชุมชน ดังนี้

 - ขั้นตอนที่ 1 การจัดตั้งกลไกการจัดการกระบวนการสมาชิก โดยคัดเลือกคณะทำงาน เพื่อจัดตั้งคณะกรรมการประชุมคณะทำงาน กำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ
 - ขั้นตอนที่ 2 จัดกลุ่มเครือข่ายสมาชิกสุขภาพ โดยวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย แต่งตั้งคณะกรรมการเครือข่าย จัดกลุ่มเครือข่าย
 - ขั้นตอนที่ 3 การออกแบบกระบวนการสมาชิกสุขภาพ ใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการ สัมภาษณ์ สังเกต จัดเวทีสมาชิกสุขภาพระดับตำบล ดังนี้
 - การกำหนดประเด็น เรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว
 - พัฒนาประเด็นเชิงนโยบายเพื่อนำเสนอต่อที่ประชุม พัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย
 - นำข้อมูลการศึกษาสถานการณ์ปัญหาที่ผู้วิจัยและคณะทำงานได้ดำเนินการศึกษานำเสนอแก่เครือข่ายร่วมทบทวนเพิ่มเติมสร้างความเข้าใจ
 - หาข้อคิดเห็นและข้อตกลงร่วมกันในการดำเนินงานร่างข้อบัญญัติตำบลกำหนดข้อบัญญัติตำบลกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ
 - ขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบายสู่การปฏิบัติ ต้องประสานงานกับหน่วยงานในตำบล นำมาคุยเพื่อจะบรรลุผลตามนโยบายที่ได้ตั้งเป้าหมายเอาไว้
3. **ขั้นสังเกตการณ์ (Observation)**
 - ติดตามและประเมินผล โดยจัดบันทึกสังเกตการณ์การมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมประชุมของเครือข่ายสมาชิกสุขภาพ
 - เก็บข้อมูลเครือข่ายสมาชิกสุขภาพ โดยใช้แบบสอบถามชุดที่ 1
 - เก็บข้อมูลผู้สูงอายุ จำนวน 190 คน ซึ่งได้จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบสอบถามชุดที่ 2

- วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ และสรุปผลการดำเนินงานสมาชิกสุขภาพ
4. **ขั้นสะท้อนผล (Reflection)**

ขั้นตอนที่ 4 การสรุปบทเรียนเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยใช้แบบสัมภาษณ์เครือข่ายสมาชิกสุขภาพ

 - จัดเวทีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากหน่วยงานอื่น
 - ถอดบทเรียน
 - ขั้นตอนที่ 5 การสื่อสารทางสังคมตลอดกระบวนการ โดยดำเนินการไปพร้อมกันตั้งแต่ขั้นตอนที่ 1- 6 เพื่อให้ทราบความก้าวหน้าของการดำเนินงานได้แก่
 - จัดทำเอกสารเพื่อแจ้งประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในชุมชนทราบเป็นระยะ
 - แจ้งประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้านทุกเดือน
 - เข้าร่วมประชุมคณะกรรมการตำบลเพื่อแจ้งข่าวประชาสัมพันธ์ทุกเดือน
 - ขั้นตอนที่ 6 เป็นการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบโดยดำเนินการไปพร้อมกันตั้งแต่

ผลการวิจัย

การศึกษาริบทของชุมชนในการดำเนินงานสมาชิกสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของชุมชน ตำบลนาคาย อำเภอตาลสุม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าประชาชนตำบลนาคายได้อพยพมาจากหมู่บ้านดอนมดแดงประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทำนาข้าว นาบัวประกอบด้วย 13 หมู่บ้าน มีประชากร 3,899 คน มี 839 ครัวเรือน มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง มีแกนนำอย่างเป็นทางการ คือผู้ใหญ่บ้าน สมาชิก อบต. และ อสม. เป็นชุมชนอยู่ร่วมกันและให้ความร่วมมือกันค่อนข้างดี ผู้คนใจดี มีน้ำใจ และจะแบ่งปันสิ่งของกันเป็นประจำ

กระบวนการดำเนินงานพัฒนาสมาชิกสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของชุมชน ตำบลนาคาย อำเภอตาลสุม จังหวัดอุบลราชธานีเป็นสมาชิกสุขภาพเฉพาะประเด็น เรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ได้วิเคราะห์เป็น 11 ขั้นตอน ดังนี้

1. จากการศึกษาริบทของพื้นที่ตำบลนาคายและวิเคราะห์ข้อมูลของผู้สูงอายุ พบว่ามีผู้สูงอายุติดเตียงร้อยละ 94.23 ติดบ้านร้อยละ 4.44 และติดเตียงร้อยละ 1.33 ในการจัดกระบวนการสมาชิกสุขภาพตำบลนาคายได้เชิญผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหรือเครือข่ายสมาชิกสุขภาพ ประกอบด้วย ประชาสังคม ภาควิชาการ และภาคราชการ เข้าร่วมกระบวนการสมาชิก

สุขภาพ

2. ประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่

3. จัดทำแผนปฏิบัติการ

4. การจัดตั้งกลไกการจัดกระบวนการสมัชชา ใช้รูปแบบการจัดตั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพเฉพาะตำบล

5. จัดกลุ่มเครือข่ายสมัชชาสุขภาพ โดยวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย แต่งตั้งคณะกรรมการเครือข่าย จัดกลุ่มเครือข่ายออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มประชาสังคม กลุ่มวิชาการ และกลุ่มราชการ

6. ออกแบบกระบวนการสมัชชาสุขภาพ การกำหนดประเด็นและการพัฒนาประเด็นเชิงนโยบาย เรื่องการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ประเด็นที่ได้จากการประชุม 3 ประเด็นคือ ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ และการมีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ปัญหาขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลและโรคไข้เลือดออก การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายสุขภาพเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว การแสวงหาฉันทามติร่วมกันต่อข้อเสนอเชิงนโยบาย การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ โดยการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประกาศประชาสัมพันธ์ จัดทำเอกสารเผยแพร่ในแต่ละหมู่บ้าน เข้าร่วมประชุมกับคณะกรรมการตำบล

7. สังเกต และติดตามประเมินผล ใช้แบบสอบถามแบบสังเกตและแบบสัมภาษณ์

8. การสรุปบทเรียนเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

9. ถอดบทเรียนแบบเรื่องเล่า (Story Telling) กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากหน่วยงานอื่น มีเวทีเสวนากับตำบลตาลชุม เนื่องจากมีการดำเนินงาน long-term care มีเครือข่ายเข้าร่วม 68 คน

10. การสื่อสารทางสังคมตลอดกระบวนการโดยดำเนินการไปพร้อมกัน การจัดทำเอกสารเพื่อแจ้งประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในชุมชนทราบเป็นระยะ แจ้งประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้านทุกเดือน เข้าร่วมประชุมคณะกรรมการตำบลเพื่อแจ้งข่าวประชาสัมพันธ์ทุกเดือน

11. การจัดการอย่างเป็นระบบโดยดำเนินการไปพร้อมกัน ซึ่งฝ่ายเลขานุการและผู้วิจัยจะต้องทำการเก็บรวบรวมข้อมูลการดำเนินงานในทุกกระบวนการอย่างละเอียดทุกขั้นตอน และมีการจัดประชุมอย่างต่อเนื่อง

ผลการดำเนินงานพัฒนาสมัชชาสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของชุมชนตำบลนาคาย อำเภอตาลชุม จังหวัดอุบลราชธานี ได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. เครือข่ายกลุ่มสมัชชาสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.00) มีอายุระหว่าง 29 – 38 ปี (ร้อยละ 41.3) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 37.58 (ร้อยละ 10.9) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 80.0) การศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 38.8) มีระดับความรู้หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้น มีระดับความรู้มาก ร้อยละ 82.5 มีระดับการมีส่วนร่วมหลังการพัฒนากระบวนการเพิ่มขึ้น มีระดับการมีส่วนร่วมปานกลางร้อยละ 52.5 มีคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมก่อนและหลังการพัฒนา มีค่าเฉลี่ย 1.98 และ 2.25 ตามลำดับ เมื่อนำค่าคะแนนเฉลี่ยมาเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีระดับความพึงพอใจหลังการพัฒนากระบวนการเพิ่มขึ้น มีระดับความพึงพอใจปานกลางร้อยละ 46.2

2. กลุ่มผู้สูงอายุตำบลนาคาย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.8) มีอายุระหว่าง 66 – 73 ปี (ร้อยละ 39.5) มีอายุเฉลี่ย 70.05 ปี มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 54.7) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 96.3) มีรายได้ครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อปี (บาท) ระหว่าง 7,201 – 244,321 บาท (ร้อยละ 89.5) ส่วนมากอาศัยอยู่กับบุตรหลาน ญาติๆ (ร้อยละ 50.0) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำ (ร้อยละ 52.1) โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือโรคเบาหวาน (ร้อยละ 41.4) และส่วนใหญ่ได้รับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 68.9) จากการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันหลังการพัฒนา ในกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 96.3 กลุ่มติดเตียง ร้อยละ 2.1 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 1.6 มีระดับความพึงพอใจหลังการพัฒนา มีระดับความพึงพอใจมากร้อยละ 57.4 มีคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจรายด้านก่อนและหลังการพัฒนา มีค่าเฉลี่ย 2.53 และ 2.57 ตามลำดับ เมื่อนำค่าคะแนนเฉลี่ยมาเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง ร้อยละ 80.0 มีคะแนนเฉลี่ยของระดับคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการพัฒนา มีค่าเฉลี่ย 85.7 และ 86.8 ตามลำดับ เมื่อนำค่าคะแนนเฉลี่ยมาเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาสมัชชาสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุของชุมชน ตำบลนาคาย อำเภอตาลชุม จังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ การสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบล การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ทำให้นโยบายที่ได้มาจากความต้องการของคนในพื้นที่ ไม่ใช่ นโยบายที่มาจากเบื้องบน การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

ของหน่วยงานในพื้นที่ จะทำให้การปฏิบัติงานง่ายขึ้น และ ความสนใจของผู้บริหารองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเกี่ยวกับ เรื่องสุขภาพ (ภาคราชการ) ทำให้การปฏิบัติงานเป็นเรื่องง่ายขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

อภิปรายผล

การศึกษากระบวนการพัฒนาสมัชชาสุขภาพในการ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ของชุมชน ตำบลนาคาย อำเภอ ตาลชุม จังหวัดอุบลราชธานีเป็นการใช้กระบวนการสมัชชา สุขภาพเฉพาะประเด็นในการแก้ปัญหาของพื้นที่ ทำให้เกิดการ ร่วมมือของทั้งสามภาคส่วน คือ ภาคราชการ ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม ตามยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ผู้วิจัยขอเสนออภิปรายผล ดังนี้

รูปแบบการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ เพื่อให้ เกิดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ ได้ใช้ กระบวนการสมัชชาเพื่อสุขภาพทั้ง 6 ขั้นตอน โดยเริ่มจาก 1) กลไกการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ 2) การจัดกลุ่มเครือข่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้มีการเชิญประชุม พุดคุยเพื่อปรึกษาหารือ ได้เกิดเครือข่ายสมัชชาสุขภาพที่มาจาก 3 ภาคส่วน การ หาคณะทำงานเพื่อจะดำเนินการขับเคลื่อนงานสมัชชาสุขภาพ ในตำบล 3) การออกแบบกระบวนการสมัชชาสุขภาพ เป็นขั้น ตอนที่มีความสำคัญมาก โดยเริ่มจากเวทีการประชุมสมัชชา ครั้งแรกที่กำหนดประเด็น ซึ่งได้มา 3 ประเด็นคือ ขยะมูลฝอย ผู้สูงอายุ และไข้เลือดออก จากนั้น ที่ประชุมจึงได้หารือร่วมกัน ในการเลือกประเด็น ต่อมาการพัฒนาประเด็นเชิงนโยบาย ทางคณะทำงานได้ร่วมกันศึกษาหาข้อมูลแล้วการเขียนมติ และนโยบายเพื่อสุขภาพขึ้น และได้จัดเวทีสมัชชา เพื่อรับร่าง มติ เป็นการแสวงหาฉันทามติร่วมกันต่อข้อเสนอเชิงนโยบาย จากนั้นจึงนำนโยบายไปประกาศใช้ เพื่อขับเคลื่อนข้อเสนอสู่ การปฏิบัติของหน่วยงานหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง 5) การติดตามและ ประเมินผลซึ่งมีความสอดคล้องกับ อัญชิตฎาจันทร์ปฏิภ (2555)¹¹ ได้ศึกษากระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อ สุขภาพแบบมีส่วนร่วมของสมัชชาสุขภาพจังหวัดลำพูน ได้มี กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ของสมัชชาสุขภาพประกอบไปด้วยขั้นตอนต่างๆ ดังนี้ ขั้นตอนการกำหนดประเด็นปัญหาขั้นการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย และขั้นการหาฉันทามติ ด้านบทบาทการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสมัชชาสุขภาพในกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพคือบทบาทการมีส่วนร่วมตามแนวคิดกระบวนการ ถกแถลงซึ่งมี 2 รูปแบบ คือเวทีประชาชน (Public Discussion Forum) และการเสวนาหาทางออก (Deliberative Dialogue) และบทบาทการมีส่วนร่วมตามแนวคิดกระบวนการกำหนด

นโยบายสาธารณะคือการมีส่วนร่วมในการวางแผนการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานการมีส่วนร่วมใน

ผลการดำเนินงานพัฒนาสมัชชาสุขภาพ ผู้สูงอายุมี คุณภาพชีวิตปานกลาง ($\bar{x}=86.8$) รองลงมา คือมีคุณภาพชีวิต ระดับดี ($\bar{x}=106.3$) สอดคล้องกับวารินสุขอนันต์ และคณะ (2554)¹² ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล เมืองบ้านสวนจังหวัดชลบุรี พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=93.76$) โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ($\bar{x}=91.49$) ร้อยละ 64.2 รองลงมาเป็นระดับดี ($\bar{x}=108.73$) ร้อยละ 24.8 และ สอดคล้อง กับมูทิตา วรรณชาติ และคณะ (2558)⁷ ได้ศึกษา คุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังจังหวัดอุบลราชธานีผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไปที่มีโรคเรื้อรัง 270 คนพบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมี คุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 52.2 ระดับดีร้อยละ 45.9 และระดับไม่ดี ร้อยละ 1.9 ปัจจัยที่สามารถ ทำนายคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนา สมัชชาสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุของชุมชน ตำบลนาคาย อำเภอตาลชุม จังหวัดอุบลราชธานี ได้รับการสนับสนุน งบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบล การมีส่วนร่วมจาก ทุกภาคส่วน ทำให้นโยบายที่ได้มาจากความต้องการของคนใน พื้นที่ ไม่ใช่ชนโยบายที่มาจากเบื้องบน การมีสัมพันธภาพที่ดี ต่อกันของหน่วยงานในพื้นที่ จะทำให้การปฏิบัติงานง่ายขึ้น และความสนใจของผู้บริหารองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเกี่ยว กับเรื่องสุขภาพ (ภาคราชการ) ทำให้การปฏิบัติงานเป็นเรื่อง ง่ายขึ้นสอดคล้องกับอัญชิตฎาจันทร์ปฏิภ (2555)¹¹ ศึกษา กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ของสมัชชาสุขภาพจังหวัดลำพูน พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อ กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ของสมัชชาสุขภาพในพื้นที่จังหวัดลำพูนประกอบด้วย 10 ปัจจัยคือด้านความเข้มแข็งของชุมชนด้านศักยภาพของ ประชาชนที่เข้าร่วมเวทีสาธารณะด้านรูปแบบการดำเนินงาน ด้านการสนับสนุนจากหน่วยงานและองค์กรภายนอกด้าน ความร่วมมือของประชาชนด้านลักษณะของชุมชนด้านการดา เนินงานแบบบูรณาการในพื้นที่ด้านความสนใจของผู้บริหารใน เรื่องสุขภาพด้านการติดต่อสื่อสารในชุมชนและผู้นำท้องถิ่นมี ความเข้มแข็ง

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะจากผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

1.1 การจัดเวทีสมัชชาสุขภาพตำบลนาคาย มี ทั้งรูปแบบไม่เป็นทางการและเป็นทางการ ซึ่งการจัดรูปแบบ

อย่างไม่เป็นทางการทำให้ภาคประชาสังคมกล้าแสดงความคิดเห็น และมีส่วนร่วมมากขึ้น

1.2 มีการประชาสัมพันธ์เป็นระยะๆ ทั้งจากเอกสาร หอกระจายข่าวในหมู่บ้าน การร่วมประชุมกับผู้นำทุกเดือน ทำให้ประชาชนและหน่วยงานต่างๆ ในตำบล มีความเข้าใจความหมายของสมัชชาสุขภาพมากยิ่งขึ้น

1.3 นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทำให้ทุกภาคส่วนเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเอง กิจกรรมที่เกิดขึ้นสอดคล้องกับความเป็นจริงและความต้องการของชุมชนก่อให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนในพื้นที่ ตำบลนาคาย จากการประเมินผลความพึงพอใจของเครือข่ายสมัชชาสุขภาพและผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ดีขึ้น

2. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษากระบวนการสมัชชาสุขภาพในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงในชั้นการนำนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพไปปฏิบัติ และชั้นการประเมินผลของนโยบายได้ผลอย่างไรในพื้นที่

2.2 ควรศึกษาการประยุกต์ใช้แนวคิดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ในการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว นำไปใช้ในกระบวนการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพในเรื่องอื่นๆ ต่อไป

2.3 ควรมีการขยายผลกระบวนการพัฒนาสมัชชาสุขภาพในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป โดยเสนอแนะหลักการของสมัชชาสุขภาพ อยู่ที่ใช้ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา เพื่อให้มีการมีส่วนร่วมจากเครือข่ายสมัชชาสุขภาพ 3 ภาคส่วนคือ ภาคราชการ ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม จะทำให้ได้ประโยชน์จริงในพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ สาธารณสุขอำเภอतालसुम นายกองค้การบริหารส่วนตำบลนาคาย ที่ให้การสนับสนุนการวิจัย บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาคาย ที่ช่วยเหลือเป็นผู้ช่วยวิจัยในพื้นที่ เครือข่ายสมัชชาสุขภาพตำบลนาคาย ชมรมผู้สูงอายุตำบลนาคาย ที่เข้าร่วมการวิจัยและให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- [1] สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานผลเบื้องต้นสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557: ไพร่ชนีย้อเล็กทรอนิกส์; 2557.
- [2] สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. 1 ทศวรรษสมัชชาสุขภาพ ย้อนอดีต ยลอนาคต.นนทบุรี: บริษัท สามดีพรินต์ติ้งอีคิพีเมนต์ จำกัด; 2556.
- [3] กระทรวงสาธารณสุข.ยุทธศาสตร์ตัวชี้วัดและแนวทางการจัดเก็บข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ 2558: ไม่มีสถานที่พิมพ์; 2559.
- [4] สมเกียรติ ตั้งกิจวานิชย์. “จุดคนนัด” ประเทศไทยเพื่อฝ่าวิกฤตการณ์สังคมเศรษฐกิจ การเมือง ที่ซับซ้อน. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อพัฒนาประเทศไทย; 2553.
- [5] กาญจนาทองทั่ว และคณะ. รางวัล 1 จังหวัด 1 พื้นที่ 1 กรณี การพัฒนาและขับเคลื่อน นโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม พ.ศ. 2556. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี: พิมพ์ลิพัฒนา; 2556.
- [6] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. สรุปรายงานผลการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปี: ไม่มีสถานที่พิมพ์; 2558.
- [7] มุกิตา วรณชาติ และคณะ. การประชุมวิชาการสาธารณสุขแห่งชาติ ครั้งที่ 15. วารสารสาธารณสุขศาสตร์และสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล 2558; ฉบับพิเศษ: 18-29.
- [8] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาคาย. สรุปผลการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลนาคาย อำเภอतालसुमจังหวัดอุบลราชธานี; 2558.
- [9] สุมัทนา กลางการ และ วรพจน์ พรหมสัตยพรต. หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ.พิมพ์ครั้งที่ 6. มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์ – สารคามเปเปอร์; 2553.
- [10] ทศนียส์สุดิษฐ์.ความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการจ่ายเบี้ยยังชีพศึกษากรณีเทศบาลตำบลเจ้าพระยาสุรศักดิ์ อำเภอศรีราชาจังหวัดชลบุรี.[วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทั่วไป]. ชลบุรี: วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจมหาวิทยาลัยบูรพา; 2554.
- [11] อัญชิฎาจันทร์ปิฎก. กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของสมัชชาสุขภาพจังหวัดลำพูน. [วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. ลำพูน: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2555.
- [12] ธาธิษฐานันต์ และคณะ. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2554; 41: 240 - 249.