

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งตำแหน่งตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๖	นางสกุลรัตน์ เกษประทุม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านไร่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งช้าง หมู่ ๙ ตำบลทัพหลวง	๙๐๐๐๐	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านไร่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งช้าง หมู่ ๙ ตำบลทัพหลวง	๙๐๐๐๐	เลื่อนระดับ
ชื่อผลงานส่งประเมิน “ผลของการใช้กระบวนการวางแผนอย่างมีส่วนร่วม (AIC) ต่อการมีส่วนร่วมและการบริหารจัดการ ด้านสุขภาพของชุมชนผู้สูงอายุในตำบลบ้านทุ่งช้าง อำเภอบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี”						
ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “การพัฒนากิจกรรมเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชน”						
รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”						
					๙๐ %	

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง : ผลของการใช้กระบวนการวางแผนอย่างมีส่วนร่วม (AIC) ต่อการมีส่วนร่วมและการรับรู้ความสามารถในการจัดการด้านสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุในตำบลบ้านหุซัง อำเภอบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี
๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ : เดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๖ ถึง มีนาคม ๒๕๖๗
๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
กระบวนการวางแผนอย่างมีส่วนร่วม (AIC)

กระบวนการ AIC หรือ Appreciation Influence Control เป็นวิธีการที่พัฒนาขึ้นมาโดยสถาบัน Organization Development: An International Institute (ODII) สหรัฐอเมริกา เป็นกระบวนการที่ผู้เข้าร่วมประชุมสัมมนาใช้ความรู้เชิงบวกร่วมกัน (A-Appreciation) เพื่อสร้างปณิธาน สร้างภาพอนาคตที่พึงประสงค์ของของกลุ่ม แล้วใช้ปัญญาาร่วมกันด้วยการแลกเปลี่ยน คิดค้นวิธีการสำคัญ (I-Influence) จากนั้นจึงร่วมกันวางแผนปฏิบัติเพื่อให้เกิดให้เกิดกระทำจริง (C-Control)

กระบวนการ AIC ถูกนำมาปรับใช้ เป็นกระบวนการที่อาจใช้ในการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) เพื่อการวางแผนการพัฒนา การสร้างทีมงาน การแก้ปัญหา การสร้างความร่วมมือ หรือการแก้ปัญหาความขัดแย้ง จึงกล่าวได้ว่ากระบวนการ AIC เป็นการรวมกลุ่มระดมความคิดของกลุ่มคนในการวางแผน เพื่อหาทิศทางในงานบริหารและพัฒนา

นอกจากนี้ กระบวนการเทคนิค AIC ยังเป็นกระบวนการที่มีศักยภาพในการสร้างพลังและกระตุ้นการยอมรับของประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้ร่วมกันมาพัฒนาชุมชน อีกทั้งได้นำมาประยุกต์สำหรับการประชุมระดมความคิดในการพัฒนาหมู่บ้าน ซึ่งเป็นเทคนิคการระดมความคิดที่ให้ความสำคัญต่อความคิดและการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชนบนพื้นฐานแห่งความเสมอภาคเป็นกระบวนการที่นำเอาคนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา กล่าวได้ว่า AIC เป็นเทคนิคที่ระดมความคิดเห็นของประชาชนในชุมชนเพื่อช่วยกันวางแผนเพื่อการพัฒนาชุมชน และยังเป็นเทคนิคที่มีศักยภาพในการสร้างพลัง และกระตุ้นการยอมรับของชาวบ้านให้มีส่วนร่วมในการคิด การวางแผนเพื่อการพัฒนาชุมชนของตนเอง

เทคนิค AIC ดำเนินการใน ๓ ขั้นตอน ดังนี้

๑. ขั้นตอนการสร้างความรู้ (A-Appreciation) เป็นขั้นตอนการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้แสดงข้อคิดเห็น เพื่อวาดภาพให้เห็นถึงสถานการณ์หรือปัญหาในปัจจุบัน และสรุปทิศทางการทำงานร่วมกัน ดำเนินการใน ๒ ลักษณะ คือ ๑) การวิเคราะห์ปัญหาหรือสถานการณ์ในปัจจุบัน และ ๒) การกำหนดอนาคตในการพัฒนาชุมชนว่าต้องการให้เกิดการพัฒนาในทิศทางใด

๒. ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (I-Influence) คือ ขั้นตอนการหาวิธีการหรือกำหนดมาตรการในการพัฒนาชุมชนให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายตามที่กำหนดไว้ร่วมกัน

๓. ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (C-Control) คือ การนำเอาโครงการหรือกิจกรรมต่าง ๆ มาสู่การปฏิบัติ การจัดกลุ่ม และการจัดลำดับความสำคัญ ดำเนินการใน ๒ ลักษณะ คือ ๑) การวางแผนและบริหารโครงการ ด้วยการจัดสรรกลุ่มรับผิดชอบ แนวทางการดำเนินกิจกรรม และข้อตกลงในรายละเอียดในการดำเนินงาน และ ๒) การประเมินลำดับความสำคัญของแต่ละกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติ

แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน

การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ประชาชนได้มีโอกาสเข้าร่วมในการคิดริเริ่ม ร่วมตัดสินใจ วางแผน กิจกรรมที่เกี่ยวข้องในการจัดการและการควบคุมการใช้ทรัพยากรและเทคโนโลยีในท้องถิ่น การบริหารจัดการ การติดตามประเมินผลรวมทั้งรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการพัฒนาดังกล่าวจะต้องมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน ดำเนินงานพัฒนาตั้งแต่กระบวนการเบื้องต้นจนกระทั่งกระบวนการสิ้นสุดโดยการที่เข้าไปมีส่วนร่วมอาจเป็นขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งหรือครบทุกขั้นตอนก็ได้ ประชาชนที่มีส่วนร่วมนั้นอาจเป็นรายบุคคล กลุ่มคนหรือองค์กรที่มีความคิดเห็นสอดคล้องกัน มีความรับผิดชอบร่วมกันเพื่อดำเนินการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ต้องการโดยกระทำผ่านกลุ่มหรือองค์กรเพื่อให้บรรลุถึงความสำเร็จของโครงการ ใน ๔ กระบวนการมีส่วนร่วม สอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen and Uphoff (๑๙๘๐) ที่เสนอรูปแบบการมีส่วนร่วมใน ๔ รูปแบบ คือ

๑. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผน (Participation in Decision-Making)
๒. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามแผนงาน (Participation in Implementation)
๓. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์จากการพัฒนา (Participation in Benefits)
๔. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Participation in Evaluation)

โดยอาศัยกิจกรรมที่กระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วม (Activity-based Participation) ใน ๔ รูปแบบ คือ

๑. การรับรู้ข่าวสาร (Public Information) ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องได้รับการแจ้งให้ทราบถึงรายละเอียดของโครงการที่จะดำเนินการสกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ทั้งนี้ การได้รับแจ้งข่าวสารดังกล่าวจะต้องเป็นการแจ้งก่อนที่จะมีการตัดสินใจดำเนินโครงการ

๒. การปรึกษาหารือ (Public Consultation) เป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมที่มีการจัดการหารือระหว่างผู้ดำเนินการโครงการกับประชาชนที่เกี่ยวข้องและได้รับผลกระทบ เพื่อรับฟังความคิดเห็นและตรวจสอบข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อให้เกิดความเข้าใจในโครงการและกิจกรรมมากขึ้น

๓. การประชุมรับฟังความคิดเห็น (Public Meeting) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนและฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับโครงการหรือกิจกรรม และผู้มีอำนาจตัดสินใจ ในการทำโครงการหรือกิจกรรมนั้นได้ใช้เวทีสาธารณะในการทำความเข้าใจ และ ค้นหาเหตุผลในการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมในพื้นที่นั้น ซึ่งมีหลายรูปแบบ ได้แก่ การประชุมในระดับชุมชน (Community Meeting) การประชุมรับฟังความคิดเห็นในเชิงวิชาการ (Technical Hearing) การประชาพิจารณ์ (Public Hearing)

๔. การร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) เป็นเป้าหมายสูงสุดของการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งประชาชนจะมีบทบาทในการตัดสินใจได้เพียงใดขึ้น ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของคณะกรรมการที่เป็นผู้แทนประชาชนในพื้นที่

แนวคิดการจัดการด้านสุขภาพชมรมผู้สูงอายุ

การที่ชุมชนมีกระบวนการร่วมกันคิด วิเคราะห์ ถึงสภาพความเป็นอยู่ และร่วมกันสร้างกิจกรรม การดำเนินงานด้านสุขภาพ การที่จะทำให้ ประชาชนมีจิตสำนึกและแสดงบทบาทในการดูแลตนเอง และพัฒนาสุขภาพของคนในครอบครัว และชุมชนได้นั้น สามารถทำได้ด้วยการสร้างกระบวนการที่จะนำไปสู่ การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและเสริมสร้างความเข้มแข็งของสังคม ภายใต้การตัดสินใจ และความ ต้องการ ของประชาชนและชุมชนตามศักยภาพของท้องถิ่น โดยประชาชนและชุมชนมีอำนาจ เต็มที่ คนในชุมชนร่วมกันคิด ร่วมกันทำ ร่วมใจกันบริหารจัดการคน ทุน และความรู้ของชุมชน การจัดการสุขภาพของ

ผู้สูงอายุโดยผู้สูงอายุ จะต้องเริ่มต้นจากตัวผู้สูงอายุ เอง ในการที่จะทำให้ตนเองมีสุขภาพกายดี สุขภาพจิตดี และพัฒนาตนเองอยู่เสมอ เพื่อที่จะ ได้เป็นต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพ ก่อนที่จะขยายผลไปสู่บุตรหลาน สมาชิกในครอบครัว และคนในชุมชนต่อไป

แนวคิดการรับรู้ความสามารถ

แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Learning Theory: SCT) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อการพัฒนาเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทฤษฎีนี้พัฒนาขึ้น โดย Bandura (Bandura, ๑๙๙๖) กล่าวไว้ว่า การรับรู้ความสามารถตนเองมีผลต่อการกระทำของบุคคล ซึ่งบุคคล ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง (High Self-Efficacy) จะเป็นคนที่มีความอดทน อุตสาหะและ พยายามที่จะแสดงความสามารถนั้นออกมาจนประสบความสำเร็จได้และมักจะมี ความตั้งใจ ให้ความ สนใจการทำงาน มีความกระตือรือร้น มุ่งมั่นที่จะทำงานให้สำเร็จและบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ มีความพยายามไม่ย่อท้อต่อความยากลำบาก คนที่จะมีความอดทน อุตสาหะและพยายามแสดง ความสามารถนั้นออกมาจนประสบความสำเร็จได้ มักจะเป็นคนที่มี ความตั้งใจ มีความสนใจในการทำงาน มีความกระตือรือร้น มุ่งมั่นที่จะทำงานให้สำเร็จบรรลุตามเป้าหมาย มีความพยายามและไม่ย่อ ท้อ ต่อความยากลำบากเพื่อให้ทุกคนได้เห็นว่าคุณภาพและมี ความสามารถในการทำงานมาก น้อยเพียงใด ซึ่งเมื่องานที่ทำสำเร็จและมีประสิทธิผลย่อมส่งผลให้ ผู้ปฏิบัติงานมีความภาคภูมิใจใน ตนเองและเมื่อมีโอกาสได้รับการมอบหมายงานที่มีความยากและท้าทายขึ้นก็จะไม่ปฏิเสธเพราะตนเองมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะทำงานทุกอย่างให้สำเร็จได้และมี ประสิทธิภาพด้วย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พัฒนาชัย พิมพ์สวัสดิ์และคณะ (๒๕๕๙) ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมอาสาสมัคร สาธารณสุขผู้สูงอายุ ต่อการสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองกุ้ง อำเภอ โนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อเปรียบเทียบการจัดการและการมีส่วนร่วมของชมรมผู้สูงอายุ โดยเก็บ รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุจำนวน ๖๙ คน จากชมรมผู้สูงอายุที่ได้รับ โปรแกรมวิธีการจัดการแบบมีส่วนร่วมของวงจรเดิมมีร่วมกับการวางแผนแบบมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขโดยอาสาสมัครสาธารณสุขผู้สูงอายุจำนวน ๓๖ คน และกลุ่มเปรียบเทียบ ๓๓ คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองการมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการมีส่วนร่วมในการจัดการชมรม ผู้สูงอายุมีเพิ่มสูงขึ้นมากกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

อภิญญา พันธุ์พล (๒๕๖๐) ศึกษาผลการฝึกอบรมโดยใช้กระบวนการกลุ่มและเทคนิค AIC ใน การส่งเสริมการจัดการชมรมผู้สูงอายุ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการฝึกอบรมโดยใช้กระบวนการกลุ่มและ เทคนิคเอไอซี (AIC) ในการส่งเสริมการจัดการชมรมผู้สูงอายุ ตำบลท่าทราย อำเภอเมือง จังหวัดนครนายก โดยเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการจัดการชมรมผู้สูงอายุ การรับรู้ความสามารถในการดำเนินงานชมรม ผู้สูงอายุ และความตั้งใจที่จะปฏิบัติในการจัดการชมรมผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการฝึกอบรม กลุ่มตัวอย่าง เป็นคณะกรรมการบริหารชมรมผู้สูงอายุจำนวน ๓๕ คน จากชมรมผู้สูงอายุตำบลท่าทรายที่มีอยู่ ๗ ชมรม ผลการศึกษาพบว่า หลังการฝึกอบรม คณะกรรมการบริหารชมรมผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความรู้

เกี่ยวกับการจัดการชมรมผู้สูงอายุทั้ง ๔ ด้าน ด้านการวางแผน ด้านการจัดการ ด้านการสั่งการและด้านการติดตามดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คณะสนันท์ สงภักดีและคณะ (๒๕๖๒) การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านไชยสอ ตำบลไชยสอ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการณ์การมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุบ้านไชยสอ

และ พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พร้อมทั้ง ศึกษาผลการดำเนินงานตามรูปแบบ

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและความพึงพอใจต่อการดำเนินงานตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้สูงอายุรวม ๗๙ คน โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้คือแบบประเมินตามสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และกระบวนการประชุมปฏิบัติการเชิงสร้างสรรค์ด้วยเทคนิค A-I-C วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและข้อมูลคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหากระบวนการดำเนินงาน ประกอบด้วย ๗ ขั้นตอน คือ ๑) ศึกษาบริบทพื้นที่ ๒) สภาพการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ๓) วิเคราะห์ปัญหาและสังเคราะห์รูปแบบ ๔) ทำแผนปฏิบัติการ ๕) ปฏิบัติตามแผน ๖) นิเทศสอบถามผลการดำเนินงานตามโครงการ ๖) ประเมิน

ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง ๗) ประชุมกลุ่มย่อยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ผลการวิจัยพบว่า ๑)

สภาพการณ์มีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุอยู่ในระดับ ดีมาก ๒)การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมี ๘ กิจกรรม คือ(๑) สร้างเครือข่ายและคณะทำงาน (๒) ส่งเสริมการออกกำลังกาย (๓) ให้ข้อมูลข่าวสารและประชาสัมพันธ์โครงการ (๔) ส่งเสริมและพัฒนาด้านจิตใจ (๕) ส่งเสริมด้านอาชีพและรายได้ (๖) ให้ความรู้และตรวจคัดกรองสุขภาพในวันจัดกิจกรรมชมรมและวันจ่ายเบี้ยยังชีพ (๗) การติดต่อประสานงานของเครือข่าย (๘) จัดทำข้อตกลงร่วมกันในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ๓) ปัจจัยที่ให้การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุประสบผลสำเร็จ เกิดจาก(๑) มีการจัดตั้งเครือข่ายคณะทำงานเพื่อการ

ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (๒) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน (๓) การติดต่อประสานงานของเครือข่าย (๔) มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ๔)กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานอยู่ในระดับ ดีมาก

อักษร อยู่วังและบัวทอง สว่างโสภากุล (๒๕๖๓) ศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ ภาวะสุขภาพ การจงใจตนเอง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลเจ็ดริ้ว จังหวัด สมุทรสาคร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การจงใจตนเอง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ เปรียบเทียบความแตกต่าง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความสัมพันธ์ระหว่างการจงใจตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลเจ็ดริ้ว จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน ๒๔๕ คน โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น และ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ สถิติที่ใช้คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, t-test การวิเคราะห์ความแปรปรวน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การจงใจตนเอง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

อยู่ในระดับสูง การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การจูงใจตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .๐๕

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันสังคมโลกได้เปลี่ยนผ่านเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย (Aging Society) เพราะประชากรมีแนวโน้มอายุยืนยาวมากขึ้นและอัตราการเกิดลดลง ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยี ด้านต่าง ๆ และระบบการให้บริการทางการแพทย์สาธารณสุข ที่ได้มีการพัฒนาอย่างไม่หยุดนิ่ง ส่งผลให้ประชากรมีสุขภาพอนามัยที่ดีขึ้น 'สังคมสูงวัย' คือ สังคมที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุหรือประชากรที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ได้เพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ขณะที่สัดส่วนของอัตราการเกิด และจำนวนประชากรในวัยทำงานลดน้อยลง ประเทศต่างๆ ในอาเซียนได้มีปัญหารื่องนี้ เช่น ที่สิงคโปร์มีสัดส่วนของผู้สูงอายุใกล้เคียงกับไทย และเป็นสังคมผู้สูงอายุ เกาหลีใต้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แล้ว ญี่ปุ่นมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก และเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสูงสุด สำหรับประเทศไทยก็กำลังเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในเร็วๆ นี้เช่นกัน ในปี ๒๕๖๕ ประเทศไทยมีประชากรตามหลักฐานทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย ๖๖ ล้านคน ในจำนวนนี้มีประชากรสูงอายุที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ๑๓ ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ ๑๙ ของประชากรทั้งหมด จังหวัดที่มีอัตราผู้สูงอายุสูงสุด ๓ อันดับแรก คือ ลำปาง แพร่ และลำพูน ซึ่งมีอัตราผู้สูงอายุเกินกว่าร้อยละ ๒๖ ของประชากรทั้งหมด (กรมกิจการผู้สูงอายุ, ๒๕๖๖) ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะของ การเสื่อมถอยทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายอันเป็นผลมาจากความเสื่อมและความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง ก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมา การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อาจเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เปลี่ยนแปลงหน้าที่การงาน ส่งผลทำให้รายได้และความภาคภูมิใจในตนเองลดลง และเมื่อมีการสูญเสียคู่สมรสหรือเพื่อนฝูงที่ใกล้ชิด จะทำให้รู้สึกท้อแท้ หดหู่ จะทำให้รู้สึกน้อยใจ อ่อนไหวง่าย วิตกกังวล รู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย และต้องการการพึ่งพามากขึ้น ก่อให้เกิดความเครียด ส่งผลให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงได้ (พระชนพล กนตสีโล (เรือนเพ็ชร), ๒๕๖๑) ซึ่งประชากรสูงอายุจัดว่าเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาด้านสุขภาพ โดยมากเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากการเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคข้อ โรคกระดูก โรคสมองเสื่อม เป็นต้น โรคเหล่านี้ย่อมส่งผลให้ประชากรสูงอายุมีภาวะทุพพลภาพ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ทั้งนี้ภาวะทุพพลภาพจะเพิ่มมากยิ่งขึ้นและมีความรุนแรงมากขึ้นเมื่ออายุเพิ่มสูงขึ้น ประชากรสูงอายุจึงต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น ในการใช้ชีวิตประจำวันที่ต่างกันออกไป ตามระดับความรุนแรงของภาวะทุพพลภาพ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๖๑) จากการมีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้นจนเป็นสังคมสูงวัยนั้น ทำให้ขนาดของปัญหาด้านสุขภาพก็มีขนาดใหญ่ตามมาด้วย การรองรับสังคมผู้สูงอายุควรมีการส่งเสริมให้มีการรวมกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้มแข็งและยั่งยืน เพราะการรวมกลุ่มมีประโยชน์ต่อสมาชิกทั้งในทางด้านร่างกายและจิตใจ สามารถกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อป้องกันและแก้ปัญหาต่าง ๆ เนื่องจากการเป็นการบูรณาการของความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ของสมาชิก จะส่งผลให้เป็นผู้สูงอายุที่มีพหุศักยภาพ (Active ageing) ในการรวมกลุ่มผู้สูงอายุนั้นชมรมผู้สูงอายุถือเป็นรากฐานที่สำคัญในการที่จะดำเนินกิจกรรมผู้สูงอายุ (ปาจารย์ ผลประเสริฐ และวรางคณา จันทร์คง, ๒๕๖๑) ชมรมผู้สูงอายุ ถือเป็นองค์กรภาคประชาชนที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบงานผู้สูงอายุ เพื่อก่อให้เกิด

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้งในระดับปัจเจกบุคคลและระดับชุมชน เปรียบเสมือนเครื่องมือขับเคลื่อน และจัดการกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นด้วยตัวผู้สูงอายุเอง โดยมี วัตถุประสงค์มุ่งเน้นการดำเนินงานกิจกรรมที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ทั้งใน ด้านสุขภาพ สังคม และสวัสดิการ (สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย,๒๕๖๖) ชมรมผู้สูงอายุ เกิดขึ้นมาของชมรมผู้สูงอายุนั้นเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติมานานแล้วและมีการจัดตั้งขึ้นอย่างเป็นทางการ เมื่อ พ.ศ.๒๕๐๕ โดยมีพระยาบริรักษ์เวชการเป็นประธาน ในขณะนั้น สืบเนื่องมาจากการประชุมสมัชชาโลก ว่าด้วยผู้สูงอายุ (World Assembly on Ageing) ณ กรุงเวียนนาประเทศออสเตรียในปีพ.ศ. ๒๕๒๕ และการประกาศขององค์การสหประชาชาติในปีพ.ศ.๒๕๔๒ ให้เป็นผู้สูงอายุสากล นับเป็นจุดสำคัญ ที่ทำให้สังคมไทยตื่นตัวประเด็นผู้สูงอายุอีกครั้ง การพัฒนาระบบการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุของไทย จึงกลับมาพัฒนามากขึ้น (จุฑาทพร คำมณี,๒๕๕๘) ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปีของประเทศไทย (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ในประเด็นยุทธศาสตร์ชาติ ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ มีแผนการพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต มุ่งเน้นการพัฒนาคนเชิงคุณภาพในทุกช่วงวัย ซึ่งช่วงวัยผู้สูงอายุจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นพลังในการขับเคลื่อนประเทศ มีการทำงานหลังเกษียณ ผ่านการเสริมทักษะการดำรงชีวิต ทักษะอาชีพในการหารายได้ มีงานทำที่เหมาะสมกับศักยภาพ มีการสร้างเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูสุขภาพ การป้องกันโรคให้แก่ ผู้สูงอายุ พร้อมกับจัดสภาพแวดล้อมให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ และหลักประกันทางสังคมที่สอดคล้องกับความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินงานตามกฎหมายและประกาศกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะเรื่องการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ พ.ศ. ๒๕๔๘ และดำเนินงานภายใต้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช ๒๕๕๐ และแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๖๔) เพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย สำหรับกระบวนการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ให้การขับเคลื่อนและสนับสนุนคือ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งระบุประโยชน์ของการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพไว้ ๕ ประการ คือ ๑) ผู้สูงอายุได้รับการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ได้ตามบริบทตนเอง ๒) ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พัฒนาทักษะ กาย ใจ ๓) ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีสุขภาพดี สามารถดูแลตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ๔) ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุมีการพัฒนาทักษะด้านการเคลื่อนไหว โภชนาการ สุขภาพช่องปาก สมองดี มีความสุข และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ ๕) ผู้สูงอายุได้ทำประโยชน์ต่อสังคมรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยมีแนวทางคือจัดทำคู่มือ และกำหนดเกณฑ์การดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพภายใต้คำขวัญที่ว่า “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข,๒๕๖๔)

จังหวัดอุทัยธานีมีแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี ๒๕๕๕ ถึง ๒๕๖๔ ในอัตราร้อยละ๑๕.๓๙, ๑๖.๔๘, ๑๗.๐๙, ๑๗.๘๔, ๑๗.๕๘,๑๘.๘๕, ๑๙.๕๔, ๒๐.๒๘ และในปี ๒๕๖๔ ร้อยละ ๒๐.๒๗ ของประชากรทั้งหมด เมื่อจำแนกข้อมูลเป็นรายอำเภอในปี ๒๕๖๔ พบว่าร้อยละของประชากรสูงอายุเรียงลำดับจากสูงสุด ๓ อันดับ ได้แก่ อำเภอหนองขาหย่าง(๒๔.๒๕), อำเภอหนองฉาง(๒๔.๒๔) และอำเภอเมือง(๒๒.๔๕) ตามลำดับ ต่ำสุดที่อำเภอห้วยคต(๑๖.๘๔) (สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, ๒๕๖๔) ในปี ๒๕๖๔ จังหวัดอุทัยธานีดำเนินการคัดกรองผู้สูงอายุ เมื่อแบ่งความสามารถตามการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่าเป็นกลุ่มติดสังคม ๕๐,๙๕๖ คน(ร้อยละ ๘๑.๘๓) ติดบ้าน ๑,๐๘๔ (ร้อยละ ๑.๗๔) ติดเตียง ๕๐๒ คน (ร้อยละ ๐.๘๐) และพบผู้พิการที่เป็นผู้สูงอายุ จำนวน ๕,๔๖๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๘.๗๗ จังหวัดอุทัยธานีก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ จังหวัดอุทัยธานี

มีชมรมผู้สูงอายุจำนวน ๙๓ ชมรม กระจายอยู่ในอำเภอต่าง ๆ ของจังหวัด ได้แก่ อำเภอเมือง จำนวน ๑๐ ชมรม อำเภอทัพทัน จำนวน ๑๖ ชมรม อำเภอหนองฉาง จำนวน ๑๕ ชมรม อำเภอหนองขาหย่าง จำนวน ๑๐ ชมรม อำเภอสว่างอารมณ์ จำนวน ๑๐ ชมรม อำเภอลานสัก ๑๘ ชมรม อำเภอห้วยคต ๒ ชมรม และ อำเภอบ้านไร่ จำนวน ๑๔ ชมรม จังหวัดอุทัยธานีมีชมรมผู้สูงอายุกระจายอยู่ในทุกอำเภอ แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกตำบล บางตำบลมีชมรมผู้สูงอายุมากกว่า ๑ ชมรม บางตำบลยังไม่มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ บางชมรมขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน บางชมรมขับเคลื่อนโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บางชมรมขับเคลื่อนโดยองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น(อปท.) ทำให้การขับเคลื่อนการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุยังขาดทิศทางที่ชัดเจน (แผนยุทธศาสตร์ผู้สูงอายุ ปีพ.ศ.๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ จังหวัดอุทัยธานี ,๒๕๖๕) รูปแบบการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุจะเป็นการดำเนินงานโดยคณะกรรมการชมรมกิจกรรมที่ดำเนินการส่วนใหญ่คือ การปฏิบัติ ศาสนกิจและมีกองทุนฌาปนกิจสงเคราะห์ในกรณีที่สมาชิกชมรมเสียชีวิต แต่มีการดำเนินการด้านสุขภาพค่อนข้างน้อย

การสำรวจข้อมูลเบื้องต้นของผู้วิจัยในเขตตำบลที่รับผิดชอบดูแลด้านสุขภาพ คือตำบลหูช้าง อำเภอบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี รับผิดชอบดูแล ๑๓ หมู่บ้าน มีข้อมูลว่าผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จำนวน ๒๐๐ คน (ร้อยละ ๑๗.๒๕) ของประชากรผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่จริงของตำบลหูช้าง จำนวน ๑,๑๕๙ คน พบว่ามีผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล หรือผู้สูงอายุที่ต้องรับภาระเลี้ยงดูหลาน จำนวน ๑๖ คน (ร้อยละ ๑.๓๘) มีจำนวน ๑ คน ไม่มีที่อยู่อาศัยต้องอาศัยอยู่ที่วัด (เป็นสูงอายุจากที่อื่นมาอยู่ไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน) ด้านภาวะสุขภาพของประชากรผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิก ของชมรมผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว ได้แก่ ปวด เมื่อยหลังเอว โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคข้อเสื่อม โรค หัวใจ โรคตา อัมพาต จำนวน ๓๐๙ คน (ร้อยละ ๒๖.๖๖) ภาวะอ่อนเพลียจากโรคหรือกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นร่วมกับกระบวนการพัฒนาการ ในทางเสื่อมลงต้องมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือสถานพยาบาลอื่น ๆ อย่างน้อย เดือนละ ๑ ครั้ง จำนวน ๖๙ คน (ร้อยละ ๕.๙) จำนวนชมรมผู้สูงอายุมี ๑ ชมรม มีประธานชมรมและ คณะกรรมการชมรมที่ประกอบด้วย ตัวแทนสมาชิกชมรมผู้สูงอายุหมู่บ้านละ ๓ คน ผู้วิจัยจึงได้วิเคราะห์ผลการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ ในแต่ละหมู่บ้านพบว่า มีปัญหาที่สำคัญคือ ๑) สมาชิกของชมรม ยังขาด ความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงานของชมรม ๒) ขาดการบริหารจัดการที่ดีทั้งในด้านฐานข้อมูล คณะกรรมการ กฎ กติกา การระดมทุน ๓) การดำเนินกิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพ ค่อนข้างน้อย และ สมาชิกของชมรมผู้สูงอายุไม่มีการรวมกลุ่มประกอบกิจกรรมรวมทั้งให้ความสนใจในการร่วมกิจกรรมน้อย และ ๔) การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุยังไม่มีอย่างต่อเนื่องและดำเนินงานไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของ ชมรมผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่เป็นการดำเนินการเฉพาะคณะกรรมการชมรม เท่านั้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการ ดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ ยังไม่บรรลุวัตถุประสงค์ และไม่สามารถสนองตอบเจตนารมณ์ ของชมรมผู้สูงอายุ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสมาชิกชมรมผู้สูงอายุไม่ได้รับประโยชน์จากการบริหารจัดการชมรมเพื่อส่งเสริม ให้เกิดการสร้างสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม จากสภาพปัญหาการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุดังกล่าว สำหรับกระบวนการ เทคนิควิธี การสร้างและพัฒนาการเรียนรู้ ความสามารถในการจัดการด้านสุขภาพให้ ได้ผลนั้นจำเป็นต้องอาศัยเทคนิคและวิธีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งมีอยู่ด้วยกันหลายวิธี อาทิเทคนิค AIC (Appreciation Influence Control) PRA (Participatory Rural Appraisal) หรือ PRA (Participatory Rapid Assessment) และ PA (Peer Assist) เป็นต้น ได้มีนักวิชาการ นักวิจัยนำกระบวนการวางแผน อย่างมีส่วนร่วม AIC (Appreciation Influence Control) เพื่อสร้างความสำเร็จและแนวทางปฏิบัติ สำหรับสุขภาพไว้พบว่า มีผลลัพธ์ของการนำกระบวนการไปใช้ที่มีประสิทธิภาพ กระบวนการดังกล่าวจะไม่ เน้นที่การสั่งสอน อบรมหรือให้คำแนะนำ แต่จะมุ่งเน้นให้ผู้เข้าร่วมเกิดการคิดวิเคราะห์อย่างใคร่ครวญและ

รอบคอบ เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติโดยผ่านการระดมการกลุ่มมีการประเมินปัญหาและสถานการณ์ร่วมกัน สร้างวิสัยทัศน์ ตั้งเป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมกัน รวมทั้งมีการวางแผนและแนวทางปฏิบัติ และประเมินผลร่วมกัน อาทิเช่น การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม (คณะพันธ์ สงภักดิ์และคณะ,๒๕๖๒) ผลการฝึกอบรมโดยใช้กระบวนการกลุ่มและเทคนิค AIC ในการส่งเสริมการจัดการชมรมผู้สูงอายุ (อภิญา พันธพล,๒๕๖๐) ผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมอาสาสมัครสาธารณสุขผู้สูงอายุต่อการสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ (พัฒนชัย พิมพ์สวัสดิ์และคณะ,๒๕๕๙) ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการนำกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) มาประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาความสามารถในการจัดการด้านสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมและการรับรู้ความสามารถของชมรมผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพื่อให้ชมรมผู้สูงอายุมีการจัดการที่มีประสิทธิภาพ มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุ มีสุขภาพะทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ (Active aging) มีคุณภาพชีวิตที่ดีมีความมั่นคงในชีวิต เป็นบุคคลสำคัญที่มีศักดิ์ศรีมีคุณค่าต่อครอบครัว ชุมชน และสังคมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

๑. เพื่อศึกษาผลของการใช้กระบวนการวางแผนอย่างมีส่วนร่วม (AIC) ในการส่งเสริมการจัดการด้านสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ ตำบลหูช้าง อำเภอบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี
๒. เพื่อศึกษาการรับรู้ความสามารถตนเองในการจัดการด้านสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุของกรรมการชมรมผู้สูงอายุหลังเข้ากระบวนการวางแผนอย่างมีส่วนร่วม (AIC)
๓. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของกรรมการชมรมผู้สูงอายุในการจัดการด้านสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุหลังเข้ากระบวนการวางแผนอย่างมีส่วนร่วม (AIC)

ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. จัดทำโครงร่างและยื่นขอจริยธรรม
๒. ทบทวนวรรณกรรม
๓. เก็บรวบรวมข้อมูล
๔. วิเคราะห์และอภิปรายผล
๕. เขียนรายงานและเผยแพร่

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)

- ๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล ค่าคะแนนการมีส่วนร่วมและค่าคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองด้วย วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ร้อยละ (Frequency) ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) โดยใช้โปรแกรม SPSS
- ๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูลบันทึกการประชุมเชิงปฏิบัติการกระบวนการวางแผนอย่างมีส่วนร่วม

๖.การนำไปใช้ประโยชน์ / ผลกระทบ

- ๑.ได้กระบวนการวางแผนอย่างมีส่วนร่วมที่เหมาะสมกับความสามารถ และบริบทของพื้นที่ทำให้ชมรมผู้สูงอายุมีประสบการณ์และความสามารถในการวางแผนอย่างมีส่วนร่วม

๒. มีกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านกระบวนการวางแผนอย่างมีส่วนร่วม

๓. นำผลระดับความสามารถและการมีส่วนร่วมของชมรมผู้สูงอายุไปพัฒนาแนวทางเสริมสร้าง
ความสามารถและการมีส่วนร่วมให้มากยิ่งขึ้นได้ต่อไป

๔. ผลของกิจกรรมสามารถส่งเสริมการจัดการด้านสุขภาพของชุมชนส่งผลให้ผู้สูงอายุในชุมชนมี
คุณภาพชีวิตในมิติด้านสุขภาพดียิ่ง

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

.....กำลังอยู่ในระยะวิเคราะห์และแปลผลการวิจัย.....

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

.....กำลังอยู่ในระยะวิเคราะห์และแปลผลการวิจัย.....

๙. ข้อเสนอแนะ

.....กำลังอยู่ในระยะวิเคราะห์และแปลผลการวิจัย.....

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

.....กำลังอยู่ในระยะวิเคราะห์และแปลผลการวิจัย.....

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) นางสาวรัตน เกษประทุม

สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๙๐

๒) นางอัญสุรีย์ ศิริโสภณ

สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

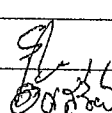
(นางสาวรัตน เกษประทุม)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

วันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวรัตน เกษประทุม	
นางอัญสุรีย์ ศิริโสภณ	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นายสมเจตน์ เจียมเจือจันทร์)

ตำแหน่ง สาธารณสุขอำเภอบ้านไร่

วันที่ ๑๐.../มกราคม./๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....

(นางจินตนา พูลสุขเสริม)

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานวิชาชีพ (ด้านเภสัชสาธารณสุข)

(วันที่)...../...../.....

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (๒๕๖๖). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๖๕. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่น จำกัด (มหาชน).กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(๒๕๖๔).คู่มือขับเคลื่อนการดำเนินชมรมผู้สูงอายุ ด้านสุขภาพ. เข้าถึงได้จาก <https://eh.anamai.moph.go.th/th/e-book> เมื่อวันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๖
- คณิตนันท์ สงภักดี, นฤมล สีนสุพรรณ, & วิภา อิศรางกูร ณ อยุธยา. (๒๕๖๒). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยชุมชนมีส่วนร่วมบ้านไชยสอ ตำบลไชยสอ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น มนุษยสังคมนาม (ม ส ส.) คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์, ๑๗(๒), จุฑาทพร คำภณี. (๒๕๕๘). ปัจจัยที่ทำให้ชมรมผู้สูงอายุประสบความสำเร็จสู่การเป็นชมรมที่เข้มแข็ง. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ปาจรีย์ ผลประเสริฐ,พชรุา ไพประกัสสรและวรางคณา จันทร์คง.(๒๕๖๐). รูปแบบการบริหารจัดการเครือข่ายชุมชนในการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ.วารสารสังคมศาสตร์วิชาการ,๑๐.๑๗๙-๑๙๙
- พระชนพล กนต์สีโล, พระครูอรุณ สุตาลังการ., & เดชชาติ ตริทรัพย์. (๒๕๖๑). การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ของเทศบาลตำบลเทพกระษัตรี อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต. *Journal of MCU Nakhondhat* ๕(๓), ๙๔๓-๙๕๔.
- พัฒนัชชัย พิมพ์สวัสดิ์และคณะ.(๒๕๕๙).ผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมอาสาสมัครสาธารณสุขผู้สูงอายุ ต่อการสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ ตำบลหนองกุง อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษวิทยาสาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยมหาสารคาม. ๓๕(๒), ๒๓๕-๒๔๒
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (๒๕๖๑). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย.เข้าถึงได้จาก <https://ms-ipsr.mahidol.ac.th/ipsr๕๒nd/> เมื่อวันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๖
- สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย.(๒๕๖๖).ชมรมผู้สูงอายุ.กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข เข้าถึงได้จาก<https://www.dop.go.th/th/implementation/๕> เมื่อวันที่ ๕ ตุลาคม ๒๕๖๖
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี. (๒๕๖๖ก). แผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ปี ๒๕๖๖-๒๕๗๐. เข้าถึงได้จาก <https://uthaihealth.moph.go.th/uthaihealth/uploadfile/๓๖๙.pdf> เมื่อวันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๖
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี. (๒๕๖๖). สถิติสาธารณสุข. เข้าถึงได้จาก <https://uthaihealth.moph.go.th/ustat/population.php> เมื่อวันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๖
- อักษร อยู่วังและบัวทอง สว่างโสภากุล. (๒๕๖๓). การรับรู้ความสามารถของตนเองการรับรู้ภาวะสุขภาพ การจูงใจตนเองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชมรม ผู้สูงอายุ ตำบลเจ็ดริ้ว จังหวัดสมุทรสาคร.
- วารสารศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๐(๒), ๒๖๔-๒๘๑.
- อภิญา พันธุ์พล.(๒๕๖๐). ผลการฝึกอบรมโดยใช้กระบวนการกลุ่มและเทคนิค เอ ไอ ซี (AIC) ในการส่งเสริมการจัดการชมรมผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดนครนายก. *Journal of Health Education*, ๔๐(๑), ๘๒-๙๓.

แบบการเสนอข้อเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนากิจกรรมเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชน

๒. หลักการและเหตุผล

สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ในปี ๒๕๖๕ ประเทศไทยมีประชากรตามหลักฐานทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย ๖๖ ล้านคน ในจำนวนนี้มีประชากรสูงอายุที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ๑๓ ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ ๑๙ ของประชากรทั้งหมด จังหวัดที่มีอัตราผู้สูงอายุสูงสุด ๓ อันดับแรก คือ ลำปาง แพร่ และลำพูน ซึ่งมีอัตราผู้สูงอายุเกินกว่าร้อยละ ๒๖ ของประชากรทั้งหมด (กรมกิจการผู้สูงอายุ, ๒๕๖๖) ซึ่งตามการคาดประมาณการประชากรประเทศไทย ของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๖๒) คาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ จะมีประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ ๒๐.๖๖ ของประชากรทั้งประเทศ และคาดว่าในปี พ.ศ. ๒๕๗๘ จะมีประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ ๒๘.๕๕ ของประชากรทั้งประเทศ นอกจากนี้จากแนวโน้มของกลุ่มผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นนี้จะนำมาซึ่งภาวะเสี่ยงและปัญหาด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังซึ่งจำนวนผู้ป่วยในของกลุ่มโรคเรื้อรังที่สำคัญในกลุ่มผู้สูงอายุ คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ได้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน (ฉัตรกมล สิงห์น้อย, พรชัย จุลเมตต์, และ อวยพร ตั้งธงชัย, ๒๕๕๙) ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการหลายประการ เช่น ปัญหาการได้ยิน การมองเห็น และความจำ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้อาจเป็นข้อจำกัดในการสร้างทักษะ การอ่าน การคิด การทำความเข้าใจในข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และการตัดสินใจจัดการกับปัญหาสุขภาพของตนเองที่เหมาะสม (จรรยา นพเคราะห์, ๒๕๖๐) อีกทั้งผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต้องเผชิญความเสี่ยงในเรื่องความเฉื่อยทางปัญญาจากความเสื่อมถอยของระบบร่างกาย โดยเฉพาะประสาทสัมผัสต่าง ๆ ผู้สูงอายุไม่เพียงต้องมีการตัดสินใจและจัดการเรื่องภาวะโรคเรื้อรังอย่าง ต่อเนื่องเท่านั้น แต่มีการพึ่งพิงระบบบริการทางการแพทย์มากขึ้น และมีข้อจำกัดในการฟังและอ่านคำแนะนำ ข้อมูลสุขภาพ หรือใบสั่งยาของแพทย์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพ โดยเป็นความสามารถและทักษะในการเข้าถึง เข้าใจข้อมูล ความรู้ เพื่อการจัดการตนเอง รวมถึงการสื่อสารเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี ดังนั้นการพัฒนาให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในชุมชนจึงเป็นสิ่งที่ควรให้ความสำคัญ (ปาณิสดาบุญรัตกลิน, ๒๕๖๓) ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับความรู้ และสมรรถนะของบุคคลในการที่จะเผชิญกับความซับซ้อนของความต้องการทางสุขภาพในยุคปัจจุบัน ทั้งนี้ความรอบรู้ด้านสุขภาพจะช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล วิเคราะห์ ประเมินค่า และตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้วยความสมัครใจเพื่อคงไว้ซึ่งการสุขภาพที่ดีของตน (กิ่งแก้ว สำราวยริน และนิทรา กิจธิระวุฒิมวงษ์, ๒๕๖๑)

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

ตำบลหุซ้าง อำเภอบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี รับผิดชอบดูแล ๑๓ หมู่บ้าน มีข้อมูลว่าผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จำนวน ๒๐๐ คน (ร้อยละ ๑๗.๒๕) ของประชากรผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่จริงของตำบลหุซ้าง จำนวน ๑,๑๕๙ คน พบว่ามีผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล หรือผู้สูงอายุที่ต้องรับภาระเลี้ยงดูหลาน จำนวน ๑๖ คน

(ร้อยละ ๑.๓๘) มีจำนวน ๑ คน ไม่มีที่อยู่อาศัยต้องอาศัยอยู่ที่วัด (เป็นสูงอายุจากที่อื่นมาอยู่ไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน)ด้านภาวะสุขภาพของประชากรผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิก ของชมรมผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว ได้แก่ปวด เมื่อยหลังเอว โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคข้อเสื่อม โรค หัวใจ โรคตา อัมพาต จำนวน ๓๐๙ คน (ร้อยละ ๒๖.๖๖) ภาวะอ่อนเพลียจากโรคหรือกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นร่วมกับกระบวนการพัฒนาการในทางเสื่อมถอยต้องมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือสถานพยาบาลอื่น ๆ อยู่น้อยเดือนละ ๑ ครั้ง จำนวน ๖๙ คน (ร้อยละ ๕.๙)

แนวคิดด้านสุขภาพเกี่ยวกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ผู้สูงอายุกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง ประชากรของประเทศทำให้มีประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น แต่เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลง ในทางเสื่อมถอยลง จึงนำมาซึ่งความเสี่ยงและปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ความหมายของโรคเรื้อรัง(Chronic disease) หมายถึง โรคที่เมื่อเป็นแล้วจะมีอาการหรือต้องรักษา ติดต่อกันนาน เป็นแรมเดือนแรมปีหรือตลอดชีวิต มักได้แก่โรคไม่ติดเชื้อ(non-infectious disease) เป็นส่วนใหญ่ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพาต โรคหัวใจโรคหืด หลอดลมอักเสบเรื้อรัง ถุงลมพอง ตับแข็ง มะเร็ง เป็นต้น (รุ่งทิศา ชอบชื่น, ๒๕๕๖) นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้นิยามของคำว่า โรคเรื้อรัง หมายถึง ภาวะที่มีความผิดปกติหรือเบี่ยงเบนไปจากปกติของร่างกายเป็นภาวะที่เป็นอย่างถาวร ทำให้เกิดความพิการ เกิดจากความเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพที่ไม่สามารถรักษาให้กลับคืนเป็นปกติได้ ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะนี้ต้องการการกายภาพบำบัดหรือการปรับตัวสำหรับภาวะนี้ นอกจากนั้นยังต้องการรักษาติดตามดูแลในระยะยาว รวมทั้งโรคประจำตัวที่สามารถรักษาหายได้ แต่ถ้ารักษาติดต่อกันนานเกิน ๓เดือน แล้วยังไม่หาย ยังต้องรักษาต่อไปให้ถือว่าเป็นโรคเรื้อรัง องค์การอนามัยโลก(WHO) (๒๐๑๕)ได้ให้นิยามของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไว้ดังนี้ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Noncommunicable diseases: NCDs) หรือที่รู้จักกันในอีกชื่อว่าโรคเรื้อรัง (Chronic disease) เป็นกลุ่มโรคที่ไม่ได้ติดต่อจากคนสู่คน แต่เป็นกลุ่มโรคที่มีอาการสะสมขึ้นมาเรื่อยๆ จนมีอาการแสดงออกมาชัดเจน และมีการดำเนินของโรคแบบต่อเนื่องกันเป็นระยะเวลานาน แบ่งได้เป็น ๔ กลุ่มโรคหลัก ได้แก่ โรคไม่ติดต่อกกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง) โรคมะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจ (ปอดอุดกั้นเรื้อรัง, หอบหืด) และเบาหวาน จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า โรคเรื้อรัง (Chronic disease) หมายถึงภาวะที่มีความผิดปกติหรือเบี่ยงเบนไปจากปกติของร่างกายสาเหตุของโรคไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อ หรือการติดต่อกันระหว่างคนสู่คน เป็นภาวะที่ค่อยๆ มีอาการสะสมขึ้นมาเรื่อยๆ จนกระทั่งมีอาการแสดงออกมาชัดเจน เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพอย่างถาวรและต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต โรคเรื้อรังที่พบมากเป็นส่วนใหญ่ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพาต โรคหัวใจ โรคหืด หลอดลมอักเสบเรื้อรัง ถุงลมโป่งพอง ตับแข็ง มะเร็ง เป็นต้น

แนวคิดเรื่องรอบรู้ด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นทักษะที่จำเป็นเป็นความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ เลือกลงใช้ข้อมูลรวมถึงมีการพัฒนาความรู้ ทำความเข้าใจในข้อมูลแต่ละบริบท มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเกี่ยวกับภาวะที่เป็นโรคเรื้อรังให้ถูกต้องเหมาะสมกับตนเอง (Nutbeam, ๒๐๐๘) ประกอบด้วย ๑) ความรอบรู้ด้านสุขภาพพื้นฐาน (functional health

literacy/basic skills and understanding) เป็นความสามารถในด้านการอ่านและเขียนทักษะในการเข้าถึงข้อมูลและความเข้าใจข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสถานะของโรคเรื้อรัง ๒) ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์ การติดต่อสื่อสาร (interactive/communication health literacy) เป็นความสามารถในด้านการฟัง พูด ทักษะการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพหรือบุคคลทั่วไป เพิ่มความสามารถ มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจัดการโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ ๓) ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) เป็นความสามารถที่มีความสำคัญในการประเมินข้อมูล สารสนเทศของโรคเรื้อรัง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อเพื่อสามารถตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์เพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้องมีความรู้และทักษะด้านการดำเนินกิจกรรมเพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ

๒. เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถตัดสินใจดำเนินกิจกรรมได้เหมาะสมกับสถานการณ์

เป้าหมาย

บุคลากรและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหูช้าง จำนวน ๑๐ คน

ขั้นตอนการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ ๑ การกำหนดหัวข้อและขอบเขตของหัวข้อ การกำหนดประเด็น ควรเป็นประเด็นที่พบบ่อยในการส่งเสริมความรู้ผู้สูงอายุ มีความเสี่ยงสูงหรือมีหลากหลายของบุคลากรเกี่ยวกับวิธีการจัดการปัญหาหนึ่ง ๆ ทำให้เกิดผลกระทบต่อการศึกษาและคุณภาพการบริการ โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อระดมสมอง และเรียบเรียงจัดลำดับ ระบุประเด็นปัญหาาร่วมกัน

ขั้นตอนที่ ๒ การกำหนดทีมพัฒนาการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทีมพัฒนามาจากสหสาขาวิชาชีพที่มีความเกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหา เช่น แพทย์ พยาบาล เกษัชกร นักวิชาการสาธารณสุข แกนนำเป็นต้น โดยกำหนดตามตำแหน่งและลักษณะความรับผิดชอบ ระบุไว้ในแผนผังกิจกรรม และดำเนินการจัดทำกิจกรรม

ขั้นตอนที่ ๓ การกำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมายและผลลัพธ์ การนำกิจกรรมไปใช้ โดยการวัดผลลัพธ์ อาจเป็นการประเมินโครงการและกระบวนการ หรือการประเมินผลลัพธ์ที่กิจกรรมเกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการและ ผู้ให้บริการ เช่น ความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค เป็นต้น

ขั้นตอนที่ ๔ การสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์มีการกำหนดขอบเขตในการสืบค้น ซึ่งเป็นความรู้ ผลงานวิจัย ข้อเสนอแนะ การปฏิบัติที่เป็นเลิศ แนวปฏิบัติการดำเนินกิจกรรมในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยโรคเรื้อรัง หรือข้อมูลที่เกิดจากความคิดเห็น ประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญที่สามารถใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจในระบบบริการสุขภาพได้ โดยก่อนนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องไปใช้ ต้องมีการประเมินคุณค่าหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ มีการจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ มีการบอกแหล่งมาและ อธิบายรายละเอียดการประเมินด้วยทุกครั้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน

ขั้นตอนที่ ๕ การยกร่างแนวกิจกรรม เป็นการนำข้อเสนอแนะจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการคัดเลือกคุณภาพ มีความน่าเชื่อถือ เสนอต่อที่ประชุม ประกอบด้วย ชื่อกิจกรรม การดำเนินงาน คำนำ

สารบัญ ทีมพัฒนากิจกรรม ความเป็นมา และความสำคัญ วัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมายของการพัฒนา นิยาม ศัพท์ ผลลัพธ์

ขั้นตอนที่ ๖ นำแนวกิจกรรมฉบับร่างตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาในการนำไปใช้โดยเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญทางด้านกิจกรรมสาธารณสุข ภายหลังจากตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญแล้วหากมีการแก้ไข ดำเนินการแก้ไขร่วมกับทีมพัฒนาแนวกิจกรรมก่อนนำไปใช้กับกลุ่มเป้าหมาย

เมื่อได้แนวกิจกรรมแล้วนำไปประชาสัมพันธ์ จากนั้นทดลองปฏิบัติและประเมินผล นำผลมาปรับแก้ไข จึงนำมาจัดทำคู่มือกิจกรรมสำหรับหน่วยบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหูช้างต่อไป

๔. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑. นักวิชาการ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความรู้ ความเข้าใจ และมีสมรรถนะการบริการได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

๒. นักวิชาการ บุคลากรสาธารณสุขสามารถพัฒนาแนวกิจกรรมได้อย่างถูกต้องตามบริบทพื้นที่ ลักษณะผู้รับบริการอย่างมีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ

๓. ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนมีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสม สามารถดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเองได้อย่างรอบรู้ด้านสุขภาพ

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. มีคู่มือกิจกรรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง จำนวน ๑ ฉบับ

๒. บุคลากรสาธารณสุขมีความสามารถในการดำเนินกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ร้อยละ ๑๐๐

๓. ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีมาก ร้อยละ ๘๐

ลงชื่อ.....ผู้เสนอแนวคิด

(นาง สกุรัตน์ เกษประทุม)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ