

การมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์
งานผู้สูงอายุ ตำบลหนองตอง

Participation of Community Leaders in Formulating a Strategic Route Map for Elderly project,
Nong Tong Subdistrict,

สุภัทรา หอมมณี

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบวกครก
ตำบลหนองตอง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่

บทคัดย่อ

การศึกษาการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์งานผู้สูงอายุ ตำบลหนองตอง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชน ประชากรที่ศึกษาเป็นแกนนำชุมชน จำนวน 178 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามตามกรอบแนวคิดขั้นตอนการมีส่วนร่วมของโคเฮน และ อัฟฮอฟฟ์ (Cohen & Uphoff, 1980) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 1 และหาค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์งานผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยแกนนำชุมชนมีส่วนร่วมสม่ำเสมอทุกครั้ง (100%) ($\mu=2.13$ $\sigma=0.46$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า อยู่ในระดับมากทั้ง 4 ด้าน คือ ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ($\mu=2.16$ $\sigma=0.45$) ขั้นตอนการมีส่วนร่วมการปฏิบัติการ ($\mu=2.15$ $\sigma=0.49$) ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ($\mu=2.04$ $\sigma=0.63$) และขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ($\mu=2.08$ $\sigma=0.61$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การดำเนินการโดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการดูแลผู้สูงอายุได้บรรลุเป้าประสงค์ของแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เกิด ผลสำเร็จของโครงการโดยชุมชนเป็นเจ้าของ เป็นไปตามแนวคิดการจัดทำและการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ของชุมชนอย่างแท้จริง สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาปรับปรุงกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วม

ของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการจัดทำโครงการต่างๆ เพื่อพัฒนางานสาธารณสุข โดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ต่อไป

ABSTRACT

The study titled “Participation of Community Leaders in Formulating a Strategic Route Map for Elderly project, Nong Tong Subdistrict, Hang Dong District, Chiang Mai Province” is aim to investigate the participation of community leaders in formulating a strategic route map for elderly care in Nong Tong subdistrict, Hang Dong district, Chiang Mai. There were 178 community leaders participated in this study. Data were collected by using questionnaire which developed from with participatory approach of Cohen and Uphoff (1980) and relevant study. Content validity index was at 1.0, and reliability index was at 0.89. Descriptive statistics were used to analyze the data.

The study showed that the overall level of the community participation in formulating a strategic route map was high ($\mu=2.13$ $\sigma=0.46$) which mean that all community leaders and key community fully participated (100%). Considering each aspect, it was found that all the four aspects received high scores: participatory approach in decision-making ($\mu=2.16$ $\sigma=0.45$); participatory approach in operation ($\mu=2.15$ $\sigma=0.49$); participatory approach in sharing profits ($\mu=2.04$ $\sigma=0.63$); and participatory approach in outcome evaluation ($\mu=2.08$ $\sigma=0.61$). The results introduced that the strategic route map’s goal was reached. The goal was completion of elderly care project which had been done by community participation as they are the owner of problems according to participation theory and also Thailand SRM concept. This result lead to promote community participation in formulating a Strategic Route Map for further public health issues in community.

บทนำ

สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย ได้เข้าสู่สังคมสูงวัย ตั้งแต่ 2548 และคาดการณ์ว่าในปี 2564 จะเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากถึงร้อยละ 20 ซึ่งได้มีการสรุปและวิเคราะห์ให้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 12^[1]

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ปัญหาด้านสุขภาพจากการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 พบว่า มีผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 9.4 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 14.57 ของประชากรรวม และมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพียงร้อยละ 26 ต่ำกว่าเป้าหมายตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติที่ตั้งไว้ร้อยละ 30 นอกจากนี้ผู้สูงอายุร้อยละ 2 อยู่ในสภาวะ “ติดเตียง” คืออยู่ในสภาพพิการไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และร้อยละ 19 “ติดบ้าน” คือ มีปัญหาการเคลื่อนไหว ไม่สามารถออกจากบ้านได้โดยสะดวก ยังพบว่า ร้อยละ 41 ของผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 18 เป็นโรคเบาหวาน และร้อยละ 9 เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นวัยพึ่งพิงทั้งในเชิงเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ โดยผู้สูงอายุ 75 ปีขึ้นไปจะมีสภาวะติดเตียงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 2.6 จากช่วงอายุ 60-64 ปีที่มีเพียงร้อยละ 0.9 ส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลที่เพิ่มสูงขึ้น ทั้งนี้ มีการคาดการณ์ว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจะเพิ่มจาก 63,565.13 ล้านบาทในปี 2553 เป็น 228,482.21 ล้านบาทในปี 2564 ขณะเดียวกันผู้สูงอายุอาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียวมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.6 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 8.9 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ในปี 2558 โดยส่วนใหญ่มักมีปัญหาด้านสุขภาพทั้ง ทางจิตและทางกาย รวมทั้งขาดผู้ดูแล สำหรับผู้สูงอายุวัยต้นอายุ 60-69 ปี ที่มีสถานะทางสุขภาพดีมีกว่าร้อยละ 59.9 ซึ่งเป็นช่วงวัยที่ยังสามารถทำงานได้ แต่สัดส่วนของการทำงานยังไม่สูงมากนัก โดยปี 2559 ผู้สูงอายุวัย 60-64 ปี มีงานทำ ร้อยละ 59.2 และกลุ่มวัย 65-69 ปี ร้อยละ 45.6 ของ

ประชากรในวัยเดียวกัน ยิ่งจะส่งผลต่อรายได้และเงินออมเมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุวัยปลาย นอกจากนี้ระบบบริการสาธารณะยังไม่ตอบสนอง ความต้องการของผู้สูงอายุ สะท้อนได้จากผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 7.2 ที่พึงพอใจในบริการสาธารณะทุกระบบ และสถานที่สาธารณะส่วนใหญ่ไม่มีการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ ทางลาด บันไดมีราวจับ ห้องสุขาที่ใช้กันได้^[2]

นอกจากปัญหาด้านสุขภาพและการอยู่อาศัยที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้สูงอายุ ครอบครัวแล้วยังพบผลกระทบปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคมโดยรวมจากการปรับตัวเข้าสู่โครงสร้างประชากรผู้สูงอายุซึ่งจะเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาเศรษฐกิจทั้งในทางตรงและทางอ้อม ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรจะทำให้ขนาดของกำลังแรงงานเริ่มลดลงเฉลี่ยร้อยละ 0.4 และร้อยละ 0.8 ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 และแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 13 ตามลำดับ การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุและการลดลงของสัดส่วนกำลังคนวัยแรงงานมีแนวโน้มที่จะทำให้ขีดความสามารถในการคิดค้นเทคโนโลยีและนวัตกรรมซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการยกระดับการพัฒนาประเทศลดลง และท้ายสุดการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะทำให้ภาระทางการคลังเพิ่มขึ้น ในขณะที่ขีดความสามารถในการจัดเก็บรายได้ของภาครัฐลดลง^[1]

จากปัญหาต่างๆ ที่พบในผู้สูงอายุทั้งทางด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ แล้วนั้น จึงได้มีการพยายามดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาก็จะเกิดขึ้น เพื่อรองรับสังคมสูงอายุตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ได้ให้ความสำคัญต่อผู้สูงอายุ โดยในหลักการสำคัญในการพัฒนาได้ยึด “คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา” พัฒนาคนทุกช่วงวัยและเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ โดยแนวทางในการพัฒนาผู้สูงอายุภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 1 การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์เน้นการ

พัฒนาศักยภาพของกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) ให้สามารถเข้าสู่ตลาดงานเพิ่มขึ้นโดย 1) การจัดทำหลักสูตรพัฒนาทักษะในการประกอบอาชีพที่เหมาะสมกับวัย สมรรถนะ ทางกาย ลักษณะงาน และส่งเสริมทักษะการเรียนรู้ในการทำงานร่วมกันระหว่างรุ่น 2) สนับสนุนมาตรการจูงใจทางการเงิน และการคลังให้ผู้ประกอบการมีการจ้างงานที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ 3) สนับสนุนช่องทางการตลาด แหล่งทุน และบริการข้อมูลเกี่ยวกับโอกาสใน การประกอบอาชีพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน นอกเหนือจากนี้ได้เน้นการพัฒนาระบบการดูแลและสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับสังคมสูงวัยโดย 1) ผลักดันให้มีกฎหมายการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุครอบคลุมการจัดบริการ ทั้งภาครัฐ เอกชน ภาคประชาสังคม และระบบการเงินการคลัง 2) พัฒนาให้มีระบบการดูแลระยะกลางที่จะรองรับผู้ที่จำเป็นต้องพักพิงก่อนกลับบ้าน ให้เชื่อมโยงกับระบบการดูแลระยะยาว และส่งเสริมธุรกิจบริการดูแลระยะยาวที่ได้มาตรฐานสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในเขตเมือง รวมทั้งศึกษารูปแบบการคลังที่เป็นระบบประกันการดูแลระยะยาว 3) วิจัยและพัฒนานวัตกรรมสิ่งอำนวยความสะดวกในการใช้ชีวิตประจำวันที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ในการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ เทคโนโลยี เพื่อป้องกันการบาดเจ็บและติดตามการบำบัดรักษา 4) ส่งเสริมการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุทั้งระบบขนส่งสาธารณะ อาคาร สถานที่ พื้นที่สาธารณะ และที่อยู่อาศัยให้เอื้อต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุและทุกกลุ่มในสังคม โดยแนวทางในการพัฒนาดังกล่าวได้ปรับปรุงอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สอดคล้องไปกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 โดยกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ นอกเหนือไปจากนี้ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นองค์กรหลักของประเทศในการอภิบาลระบบ

ส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ
ของประชาชนโดยมีพันธกิจในการ 1) กำหนด
พัฒนาและขับเคลื่อน (Strategic management)
นโยบาย ยุทธศาสตร์ กฎหมาย มาตรฐาน
มาตรการ แนวทาง การปฏิบัติด้านการส่งเสริม
สุขภาพผู้สูงอายุและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อ
ผู้สูงอายุ ในทุกระดับของฐานข้อมูล และความรู้
2) สร้างและบริหารจัดการความรู้นวัตกรรม
นำไปสู่การกำหนดนโยบาย ออกแบบระบบ
ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่
เอื้อต่อผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพของ
ประเทศและระบบสุขภาพโลก รวมทั้งกำกับ
ติดตาม และประเมินผล 3) ประสานความร่วมมือ
และบูรณาการระบบส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและ
อนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุกับภาคี
เครือข่ายด้านสุขภาพ (Health sector) และภาค
ส่วนสุขภาพ (Non Health Sectors) 4) กำกับ
ติดตามและบังคับใช้ กฎหมาย กฎระเบียบ
มาตรการ มาตรฐานและแนวทางปฏิบัติ 5) สร้าง
กระแสสังคมและรณรงค์ เผยแพร่องค์ความรู้และ
เทคโนโลยี ระบบส่งเสริมผู้สูงอายุและระบบ
อนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ 6) ส่งเสริม
สนับสนุน กำกับ ดูแล ติดตามและประเมินผลภาคี
ทุกภาคส่วนในระบบ ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและ
อนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ ในเกิดสำนึก
รับผิดชอบ มีความโปร่งใส และตรวจสอบได้^[3]

จากปัญหาและนโยบายแก้ไขใน
ระดับประเทศ ในระดับภูมิภาคและในพื้นที่ได้
ดำเนินการตามแนวนโยบายโดยในพื้นที่ตำบล
หนองตอง อ.หางดง จ.เชียงใหม่ พบปัญหาและ
แนวโน้มเช่นเดียวกัน กล่าวคือในปี 2558 มี
ประชากรรวม 8,449 คน เป็นประชากรสูงอายุ
1,908 คน คิดเป็น ร้อยละ 22.6 ของประชากร
ทั้งหมด ซึ่งเข้าสู่ภาวะสังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์
จากการสำรวจข้อมูลในด้านศักยภาพในการ
ประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ผู้สูงอายุได้รับการ
ประเมิน ADL จำนวน 1,908 คน พบว่า มีผู้สูงอายุ
กลุ่มติดสังคม คิดเป็นร้อยละ 83.2 กลุ่มติดบ้าน

คิดเป็นร้อยละ 17 และกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.8^[4]
ได้มีการพัฒนาในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ผ่าน
กิจกรรมและงานวิจัยต่างๆ ตั้งแต่ พ.ศ. 2543 ถึง
พ.ศ. 2556 ได้มีความสำเร็จในระดับหนึ่ง
ปี พ.ศ. 2556 มีการดำเนินโครงการ การดูแล
ผู้สูงอายุระยะยาว อีกทั้งยังเป็นพื้นที่ต้นแบบของ
จังหวัดเชียงใหม่ในการดำเนินโครงการพัฒนา
รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบบ
บูรณาการในผู้สูงอายุตำบลหนองตอง (การบูรณา
การทำงานค่ากลางผู้สูงอายุ) มีการประสานงานกับ
สถาบันราชชนรินทร์เชียงใหม่ในการดูแลผู้พิการ
ทางสายตาและการรับบริจาคกายอุปกรณ์
นอกจากนั้นในกิจกรรมต่างๆ ของชมรมก็ยัง
ดำเนินการอย่างต่อเนื่องไม่ว่าจะเป็นการส่งเสริม
อาชีพ การออกกำลังกาย และในปี 2556 นี้ทาง
ชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองตองยังทำประชาคมเพื่อ
ประกาศนโยบายสาธารณะด้านผู้สูงอายุในตำบล
อีกด้วย แต่อย่างไรก็ตาม ประชากรผู้สูงอายุที่มี
ภาวะพึ่งพิงติดบ้านและติดเตียง คิดเป็น ร้อยละ
17.8 ได้รับการดูแลสุขภาพโดยมีความครอบคลุม
ร้อยละ 100 แต่ไม่มีข้อมูลในด้านคุณภาพ อีกทั้งที่
ผ่านมามีรูปแบบการดำเนินงานไม่ชัดเจน เกี่ยวกับการ
ดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุดังกล่าว มี
บุคลากรจากหลายหน่วยงานเข้าไปให้บริการ
สุขภาพโดยขาดการประสานงานและไม่มีความ
เชื่อมโยงในการดูแลสุขภาพ^[5]

เพื่อสนองตอบต่อแนวทางการพัฒนาตาม
แผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติในการ “เน้นคนเป็น
ศูนย์กลางของการพัฒนาต่อแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ
ในการดำเนินการในรูปแบบ “หุ้นส่วนในงาน
พัฒนาด้านผู้สูงอายุ” และแนวทางในการพัฒนา
ตามพันธกิจของกระทรวงสาธารณสุข ในการ
อภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัย
สิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ โดยเฉพาะประสานความ
ร่วมมือและบูรณาการระบบส่งเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ
กับภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพและภาคส่วนสุขภาพ
เพื่อให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมและพร้อม

รับมือต่อภัยพิบัติที่อาจจะเกิดขึ้นจึงได้นำเอาแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์มาใช้ ซึ่งถือเป็นเครื่องมือที่ช่วยในการบริหารการเปลี่ยนแปลงที่แสดงให้เห็นรูปธรรมของการใช้คนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา^[6] อีกทั้งเป็นการเปิดโอกาสให้คนในชุมชนได้ใช้บทบาทหน้าที่ที่มีอยู่อย่างเต็มที่ให้เกิดการพัฒนาอย่างแท้จริงและพบความสำเร็จของงานได้มากขึ้น ช่วยทำให้ทุกภาคส่วนมองเห็นจุดหมายปลายทางหรือสิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้นในระยะเวลาที่กำหนด และวิธีการที่จะร่วมกันทำให้บรรลุผลเหล่านั้นได้โดยง่ายและเป็นระบบ กล่าวคือ ต้องให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาทุกขั้นตอน โดยองค์ประกอบของแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ จะมี 4 ระดับ 4 มุมมอง คือ ระดับประชาชน ระดับภาคีระดับกระบวนการ และระดับรากฐาน โดยมีกระบวนการขั้นตอนการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ที่สำคัญจะมีขั้นตอน คือ “สร้าง 3 ขั้นตอน” และ “ใช้ 4 ขั้นตอน” รวมทั้งสิ้น 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์บริบทและวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation analysis) 2) การกำหนดจุดหมายปลายทาง (Destination statement) 3) การสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และการตรวจสอบยุทธศาสตร์กับแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map Construction: SRM) 4) การสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการ (Strategic Linkage Model Construction: SLM) 5) การอธิบายการทำงานหรือการนิยามเป้าประสงค์และตัวชี้วัด รวมถึงการสร้างนวัตกรรมและมาตรการทางสังคม (Strategic Objective Definition) 6) การสร้างแผนปฏิบัติการ (Action Plan/Mini - SLM) และ 7) การเปิดงานและติดตามผล (Launching) ซึ่งการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ของชุมชนจะสามารถนำมาใช้ในการออกแบบการทำงาน เป็นแผนงาน ตลอดจนจนถึงการจัดทำโครงการในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้^[7]

การดำเนินการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายเป็น

สำคัญ เพราะเขาเป็นเจ้าของปัญหา ซึ่งตามแนวคิดของ โคเฮน และ อัทซอพฟ์^[8] ได้จัดทำกรอบพื้นฐานการมีส่วนร่วมประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (decision-making) ซึ่งเป็นการตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรมตั้งแต่ระยะเริ่มต้น 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม (implementation) เป็นการเข้าร่วมโดยการสนับสนุนทางด้านทรัพยากร การเข้าร่วมในการบริหาร และการเข้าร่วมในการร่วมแรงร่วมใจ 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (benefits) โดยอาจจะเป็นผลประโยชน์ทางวัตถุ ทางสังคม หรือโดยส่วนตัว และ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (evaluation) ซึ่งเป็นการควบคุมและตรวจสอบการดำเนินกิจกรรมรวมทั้งเป็นการแสดงถึงการปรับตัวในการมีส่วนร่วมต่อไป

เทศบาลตำบลหนองตอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบวกรกรก และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองไคร้ ได้เริ่มมีการนำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์มาใช้ในปี พ.ศ. 2553 ในการทำแผนของกองทุนสุขภาพตำบลหนองตอง และ ในปี พ.ศ. 2556 มีการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในทุกหมู่บ้านตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า สามารถใช้เป็นยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่เกิดจากชุมชนเอง และสามารถพัฒนาในการดูแลสุขภาพในด้านอื่นๆ ด้วย^[5]

ในฐานะผู้ให้การดูแลด้านสาธารณสุขในพื้นที่ตำบลหนองตอง จังหวัดเชียงใหม่ ที่เน้นบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคโดยมุ่งไปที่กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีรูปแบบการทำงานจำแนกได้เป็น 2 ระดับ คือ ระดับบุคคลและระดับชุมชน^[9] ในประชากรกลุ่มเป้าหมายจึงได้ดำเนินการสร้างเครือข่ายการทำงานร่วมกับเครือข่ายภาคประชาชน เครือข่ายองค์กรวิชาชีพ เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อประยุกต์ทฤษฎี ข้อมูลชุมชนและหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อออกแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดย

การหาต้นทุนทางสังคมและทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด มีการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เป็นเครื่องมือหลัก ดังนั้นจึงต้องการศึกษาการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการร่วมจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลหนองตอง เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการปรับปรุงและโอกาสในการพัฒนาแผนการดูแลผู้สูงอายุในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์งานผู้สูงอายุตำบลหนองตอง จังหวัดเชียงใหม่

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการดูแลผู้สูงอายุตำบลหนองตอง ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ได้แก่ แกนนำชุมชนตำบลหนองตอง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ ทั้งหมด ซึ่งประกอบด้วยจำนวนดังต่อไปนี้ จำนวน 1 คน ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 17 คน คณะกรรมการหมู่บ้าน 33 สมาชิกสภาเทศบาลตำบลหนองตอง จำนวน 6 คน เจ้าหน้าที่เทศบาลที่เกี่ยวข้อง จำนวน 3 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 91 คน ประธานชมรมผู้สูงอายุ 8 คน รวมจำนวนประชากรที่ศึกษาจำนวน 178 คน โดยเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถาม ซึ่งได้ดัดแปลงจากการศึกษาวิจัยการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ตำบลหารแก้ว อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ของนางสาววาสนี ลัทธิตักดิ์ และการศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของประชากร ส่วนที่ 2 ข้อมูลการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์งานผู้สูงอายุตำบลหนองตอง

โดยแบบสอบถามสร้างขึ้นเองตามแนวคิดขั้นตอนการมีส่วนร่วมของ โคเฮน และ อัฟฮอฟฟ์ (Cohen & Uphoff, 1980) มี 4 ขั้นตอน จำนวนทั้งสิ้น 51 ข้อ แบ่งเป็น ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ จำนวน 20 ข้อ ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ จำนวน 17 ข้อ ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ จำนวน 5 ข้อ และขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการประเมินผล จำนวน 9 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกเป็นแบบวัดลิเกิร์ต (Likert's scale) ให้ผู้เลือกตอบตามความคิดเห็นการมีส่วนร่วมของตน โดยเกณฑ์การให้คะแนน 4 ระดับ และมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการตรวจความตรงของเนื้อหา และหาความเชื่อมั่น พบค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา = 1.0 และการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามไปทดสอบความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับแกนนำในชุมชน ตำบลหารแก้ว อ.หางดง จ.เชียงใหม่ จำนวน 10 คน ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษาและนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.89 (Polit & Hungler, 1999) เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนตุลาคม 2558 ถึง มีนาคม 2559 การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดย ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและส่วนที่ 2 ข้อมูลการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการดูแลผู้สูงอายุ วิเคราะห์ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ประชากรร้อยละ 58.99 เป็นเพศหญิง ประชากรมีอายุเฉลี่ย 55.29 ปี ประชากรส่วนใหญ่

สถานภาพสมรสประชากรร้อยละ 65.73 มีสถานภาพสมรสคู่ และด้านวุฒิการศึกษาประชากรส่วนใหญ่ร้อยละ 37.64 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาและร้อยละ 31.46 จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 41.01 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป และร้อยละ 29.21 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม สำหรับรายได้ต่อเดือนของประชากร รายได้เฉลี่ย 5,547.75 บาทต่อเดือน

สำหรับระยะเวลาอาศัยอยู่ในหมู่บ้านพบว่า ร้อยละ 27.53 อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน 51-60 ปี และร้อยละ 23.03 ระยะเวลาอาศัยอยู่ในหมู่บ้านมากกว่า 60 ปี สำหรับระยะเวลาอาศัยอยู่ในหมู่บ้านเฉลี่ย 47.60 ปี ประชากรส่วนใหญ่ ร้อยละ 51.12 ดำรงตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 91 คน และร้อยละ 18.54 ดำรงตำแหน่งคณะกรรมการหมู่บ้าน จำนวน 33 คน โดยมีระยะเวลาการดำรงตำแหน่งอยู่ในช่วง 6-10 ปี ร้อยละ 26.4 และมีระยะเวลาดำรงตำแหน่ง

อยู่ในช่วงน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 25.28 ระยะเวลาดำรงตำแหน่งเฉลี่ย 13.30 ปี

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการดูแลผู้สูงอายุตำบลหนองตอง

การมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์การดูแลผู้สูงอายุตำบลหนองตอง ประกอบด้วย ขั้นตอนการมีส่วนร่วมการตัดสินใจ ขั้นตอนการมีส่วนร่วมการปฏิบัติการ ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการประเมินผล และผลการศึกษาข้อมูลการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการดูแลผู้สูงอายุตำบลหนองตอง ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการมีส่วนร่วมในแต่ละขั้นตอนของประชากร (N=1)

ข้อมูลการมีส่วนร่วม	ค่าเฉลี่ย (μ)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (σ)	ระดับ
ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	2.16	0.45	มาก
ขั้นตอนการมีส่วนร่วมการปฏิบัติการ	2.15	0.49	มาก
ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์	2.04	0.63	มาก
ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการประเมินผล	2.08	0.61	มาก
รวม	2.13	0.46	มาก

ระดับการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์การดูแลผู้สูงอายุตำบลหนองตองพบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\mu = 2.13$ $\sigma = 0.46$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าอยู่ในระดับมากที่สุดทั้ง 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ($\mu = 2.16$ $\sigma = 0.45$) ขั้นตอนการมีส่วนร่วมการปฏิบัติการ ($\mu = 2.15$ $\sigma = 0.49$) ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ($\mu = 2.04$ $\sigma = 0.63$) และขั้นตอน

การมีส่วนร่วมในการประเมินผล ($\mu = 2.08$ $\sigma = 0.61$)

สำหรับการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการตัดสินใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\mu = 2.16$ $\sigma = 0.45$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มากที่สุดคือ ระดับการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการตัดสินใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\mu = 2.16$ $\sigma = 0.45$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มากที่สุดคือ การมีความคิดว่าจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นเป็นปัญหาของ

ชุมชน เป็นปัญหาสุขภาพของชุมชน ($\mu = 2.29$ $\sigma = 0.60$) และร่วมกำหนดจุดหมายปลายทางในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมุมมองระดับประชาชน ($\mu = 2.29$ $\sigma = 0.66$) รองลงมา คือการร่วมกำหนดเป้าประสงค์ของการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนในระดับประชาชน ($\mu = 2.28$ $\sigma = 0.66$) และการวิเคราะห์สาเหตุปัญหาผู้สูงอายุในชุมชน ($\mu = 2.24$ $\sigma = 0.63$) วิเคราะห์ถึงความต้องการของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ($\mu = 2.24$ $\sigma = 0.64$) ตามลำดับ

ในด้านการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการมีส่วนร่วมการปฏิบัติการของประชากร โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\mu = 2.15$ $\sigma = 0.49$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าระดับการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการปฏิบัติการอยู่ในระดับมาก คือร่วมกำหนดผู้รับผิดชอบในการให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ($\mu = 2.27$ $\sigma = 0.61$) รองลงมาคือการร่วมกำหนดผู้รับผิดชอบในการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามแบบประเมินผู้สูงอายุตามความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ($\mu = 2.23$ $\sigma = 0.67$) และ

ร่วมกำหนดแนวทางหรือวิธีการที่จะทำให้บรรลุเป้าประสงค์ของแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ($\mu = 2.20$ $\sigma = 0.64$) ตามลำดับ

สำหรับการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการมีส่วนร่วมการรับผลประโยชน์ของประชากร พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\mu = 2.04$ $\sigma = 0.63$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการรับผลประโยชน์อยู่ในระดับมาก คือได้รับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุตำบลหนองตอง ($\mu = 2.21$ $\sigma = 0.61$) รองลงมาคือการร่วมทำแผนงานกิจกรรมในงานผู้สูงอายุตำบลหนองตอง ($\mu = 2.08$ $\sigma = 0.72$) และร่วมดำเนินกิจกรรมตามแผนงานการดูแลผู้สูงอายุตำบลหนองตอง ร่วมกันกับชุมชน ($\mu = 2.04$ $\sigma = 0.71$) ตามลำดับ

การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการประเมินผลของประชากร พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\mu = 2.08$ $\sigma = 0.61$) เมื่อพิจารณาราย

ข้อ พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการประเมินผลของประชากรอยู่ในระดับมาก คือ ร่วมประชุมสรุปภาพรวมของแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการดูแลผู้สูงอายุตำบลหนองตอง ($\mu = 2.15$ $\sigma = 0.73$) และการร่วมสรุปรายงานในการดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุตำบลหนองตอง ($\mu = 2.15$ $\sigma = 0.75$) รองลงมาคือ การร่วมหาแนวทางแก้ไขข้อบกพร่องที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุตำบลหนองตอง ($\mu = 2.12$ $\sigma = 0.70$) ตามลำดับ

การอภิปรายผล

จากการศึกษาการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ในการดูแลผู้สูงอายุ อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ ผู้ศึกษาได้นำมาอภิปรายตามวัตถุประสงค์ดังนี้

การมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชน ในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลหนองตอง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าการมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\mu = 2.13$ $\sigma = 0.46$) คือมีส่วนร่วมสม่ำเสมอทุกขั้นตอน ทั้ง การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการตัดสินใจ ($\mu = 2.16$ $\sigma = 0.45$) การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการปฏิบัติการ ($\mu = 2.15$ $\sigma = 0.49$) การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการรับผลประโยชน์ ($\mu = 2.04$ $\sigma = 0.63$) และการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการประเมินผล ($\mu = 2.08$ $\sigma = 0.61$) ตามลำดับ อภิปรายผลได้ว่า อาจเนื่องมาจากประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่ ร้อยละ 51.12 เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และร้อยละ 10.67 เป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากส่วนหนึ่งในหน้าที่ความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามหลักสูตรมาตรฐานอาสาสมัครสุข คือ บริหารจัดการวางแผน แก้ไขปัญหาและพัฒนาชุมชน ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านหลักประกันสุขภาพและสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้านโดยเป็นแกนนำในการประสานงานร่วมกับภาครัฐ กระตุ้นให้มีการวางแผน และดำเนินงานเพื่อพัฒนางาน

สาธารณสุขของหมู่บ้าน^[10] ซึ่งหน้าที่รับผิดชอบนี้
 เกี่ยวข้องการเข้ามามีส่วนร่วมของในการจัดทำแผนที่
 ทางเดินยุทธศาสตร์งานผู้สูงอายุ ตำบลหนองตอง
 จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งสอดคล้องกับการปัจจัยที่มีผล
 ต่อการมีส่วนร่วมของบุคคลและชุมชนในงาน
 สาธารณสุขของ เพ็ญศรี เปลี่ยนขำ^[11]
 การความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐกับ
 ประชาชน และการประสานงานที่ดีต่อกัน
 เจ้าหน้าที่ในภาครัฐเป็นผู้มีบทบาทสำคัญที่จะ
 ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาด้วยชุมชน
 เอง หากเจ้าหน้าที่ของรัฐขาดแนวคิดและมีความ
 เชื่อมมั่นว่าตนเป็นผู้ให้และประชาชนเป็นเพียงผู้รับ
 ทำให้เกิดการครอบงำทางความคิดของประชาชน
 การพัฒนาก็จะประสบความล้มเหลวและขาดความ
 ต่อเนื่อง ตรงกันข้ามถ้ามีการประสานงานที่ดี จะ
 นำมาซึ่งความเข้าใจ ความใกล้ชิดสนิทสนมและ
 ความรู้สึกที่ ทุกๆ คนต่างเป็นส่วนหนึ่งของ
 โครงการนั้น ๆ โดยในพื้นที่เจ้าหน้าที่ของรัฐทั้งภาค
 สาธารณสุขและการปกครองได้สร้างเครือข่ายการ
 ทำงานร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
 หมู่บ้าน

นอกเหนือจากนั้นร้อยละ 29.97 เป็น
 ประชากรที่มีอายุระหว่าง 61-70 ปีซึ่งเป็นผู้ร่วมรับ
 ผลประโยชน์โดยตรง พร้อมกันนี้ประชากรร้อยละ
 38.76 มีอายุระหว่าง 51- 60 ปี ซึ่งเป็นประชากร
 กลุ่มที่ก้าวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุทำให้เกิดความตระหนัก
 และรู้สึกถึงผลประโยชน์ร่วมในการจัดทำแผนที่
 ทางเดินยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลผู้สูงอายุ
 สอดคล้องกับการศึกษาของ สมยศ อำพันศิริ^[12]
 ที่พบว่า การมีส่วนร่วมเป็นการที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง
 โดยเฉพาะผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียได้เข้ามามีส่วนร่วม
 ตลอดกระบวนการของการบริหารจัดการจะทำให้
 เกิดการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนในระดับมาก ยิ่งไป
 กว่านั้นปัจจัยส่วนบุคคลด้านอาชีพพบว่าอาชีพ
 ส่วนใหญ่คือรับจ้างทั่วไปร้อยละ 41.01 และอาชีพ
 เกษตรกรรม ซึ่งเป็นอาชีพอิสระที่สามารถจัดการ
 เวลาในการเข้ามามีส่วนร่วมของบุคคลนั้น
 ประชากรร้อยละ 65.73 มีสถานภาพสมรสคู่จะ

ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในการมีส่วนร่วม
 นอกเหนือไปจากนี้พบว่ามากกว่าร้อยละ 80 ของ
 ประชากรได้อยู่อาศัยในชุมชนมากกว่า 20 ปี ย่อม
 มีความรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหาในชุมชน เกิดความมี
 ส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องดังเห็นได้จากข้อมูล
 ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งต่างๆ ของแกนนำ
 ชุมชนโดยพบว่าโดยเฉลี่ยดำรงอยู่ในตำแหน่งต่างๆ
 เป็นระยะเวลา 13.3 ปี (SD 10.62) สอดคล้องกับ
 แนวคิดของ โคเฮน และ อัฟฮอฟฟ์ (Cohen &
 Uphoff, 1980) ที่กล่าวว่าปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่
 ระยะเวลาการปฏิบัติงาน อาชีพ รายได้ การ
 สนับสนุนของครอบครัว และสถานภาพทางสังคม
 มีส่วนเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของบุคคล

เมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมของแกนนำ
 ชุมชนในแต่ละขั้นตอน พบว่าการมีส่วนร่วมใน
 ขั้นตอนการตัดสินใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก
 ($\mu = 2.16$ $\sigma = 0.67$) โดยพบว่า ประชากรมีส่วน
 ร่วมมากที่สุด คือการมีความคิดว่าจำนวนผู้สูงอายุ
 ที่เพิ่มขึ้นเป็นปัญหาของชุมชน เป็นปัญหาสุขภาพ
 ของชุมชน ($\mu = 2.29$ $\sigma = 0.60$) และร่วมกำหนด
 จุดหมายปลายทางในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
 มุมมองระดับประชาชน ($\mu = 2.29$ $\sigma = 0.66$)
 รองลงมา คือการร่วมกำหนดเป้าประสงค์ของการ
 จัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการดูแลผู้สูงอายุ
 ในชุมชนในระดับประชาชน ($\mu = 2.28$ $\sigma = 0.66$)
 และการวิเคราะห์สาเหตุ ปัญหาผู้สูงอายุในชุมชน
 ($\mu = 2.24$ $\sigma = 0.63$) วิเคราะห์ถึงความต้องการ
 ของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ($\mu = 2.24$
 $\sigma = 0.64$) อภิปรายผลได้ว่า ขั้นตอนในการ
 ตัดสินใจเป็นขั้นตอนแรกในการสร้างการมีส่วนร่วม
 ซึ่งเป็นขั้นตอนที่แกนนำได้มีการประเมินปัญหา
 ร่วมกันเห็นพ้องต้องกันว่า จำนวนผู้สูงอายุที่
 เพิ่มขึ้นเป็นปัญหาของชุมชน ร่วมวิเคราะห์สาเหตุ
 ของปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุและได้
 ร่วมกำหนดเป้าประสงค์ จุดหมายปลายทางใน
 ระดับประชาชน ในการจัดทำแผนที่ทางเดิน
 ยุทธศาสตร์ของกองทุนสุขภาพ ตำบลหนองตอง
 มาโดยตลอดสอดคล้องกับ อุทัยวรรณ

กาญจนกมล^[13] ที่กล่าวว่า การมีส่วนร่วมที่แท้จริง เริ่มต้นโดยชุมชนเป็นผู้ริเริ่มหรือผู้กระทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ชุมชนเป็นผู้กำหนดเอง หน่วยงานภายนอกเป็นเพียงผู้สนับสนุน หรือองค์กรชุมชนเป็นภาคีร่วมกับภาครัฐ ทำงานแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน เคารพความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เริ่มจากระยะกำหนดหาปัญหา การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การออกแบบทางเลือกในการพัฒนาให้กับชุมชนเพื่อที่จะสามารถพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาสภาพในชุมชนตามบริบท ซึ่งการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ของตำบลหนองตอง พบว่าแกนนำมีส่วนร่วมในระดับมากในทุกขั้นตอน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในขั้นตอนการวิเคราะห์บริบทและวิเคราะห์สถานการณ์ในการใช้แผนที่ความคิด/แผนที่จิตใจ (Mind Map) ในการวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ โดยวิเคราะห์ไปพร้อมๆ กันในทุกมิติ ทุกมุมมอง ทั้งมุมมองเชิงคุณค่า (ประชาชน) มุมมองเชิงผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (ภาคี) มุมมองเชิงการบริหารจัดการ (กระบวนการ) และมุมมองเชิงการเรียนรู้และพัฒนา (รากฐาน) ทั้งนี้เพื่อให้เห็นความเชื่อมโยง ความสัมพันธ์กันอย่างเป็นเหตุเป็นผล ระหว่างเป้าหมายผลผลิตและกระบวนการที่จะทำให้บรรลุในสิ่งที่พึงประสงค์ในเวลาที่กำหนด ทั้งแผนที่ความคิดช่วยให้เห็นความคิดและความคิดเห็นของทุกคนร่วมกัน พร้อมทั้งเห็นความสัมพันธ์ ความเกี่ยวข้องของสิ่งต่างๆ ที่ร่วมกันวิเคราะห์ นอกจากนั้นสามารถเพิ่มเติมความคิดได้ โดยไม่มีข้อจำกัด นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับขั้นตอนที่ 2 การกำหนดจุดหมายปลายทาง คือสิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้นภายในระยะเวลาที่กำหนดและภายใต้ความสามารถในการจัดการได้ขององค์กร ท้องถิ่น หรือชุมชน ผู้ซึ่งกำหนด โดยมีหวังพึ่งพิงจากองค์กรภายนอกเป็นหลัก และจุดหมายปลายทางเป็นจุดตั้งต้นของการสร้างแผนที่ยุทธศาสตร์ที่จะระบุเวลาที่ชัดเจนกว่า ภาพฝันหรือภาพอนาคตที่คาดหวัง ซึ่งแสดงให้เห็น

ถึงการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของชุมชนอย่างแท้จริง^[6]

แต่อย่างไรก็ตามพบว่า การร่วมกำหนดจุดหมายปลายทางในชุมชนมุ่มมองระดับกระบวนการอยู่ในระดับปานกลาง ($\mu = 1.8$ $\sigma = 0.76$) อาจเกี่ยวเนื่องมาจากมุมมองระดับกระบวนการเป็นระดับที่ซับซ้อนและอาจทำให้ไม่เกิดการมีส่วนร่วมในระดับไม่ตื้นๆ เนื่องจากเป็นระดับที่มีเพียงผู้นำหลักของชุมชนที่ได้แสดงบทบาท ประกอบกับวัฒนธรรมองค์กรในการเคารพการตัดสินใจของผู้นำทางธรรมชาติและผู้นำอย่างเป็นทางการในชุมชนช่วงระหว่างกระบวนการและความเข้าใจอาจเกี่ยวเนื่องมาจากระดับการศึกษาเนื่องจากส่วนใหญ่ของประชากรศึกษาทั้งหมดมีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 37.64 และมีธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 31.46

การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการปฏิบัติการของประชากร โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\mu = 2.15$ $\sigma = 0.49$) เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่าระดับการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการปฏิบัติการอยู่ในระดับมากคือร่วมกำหนดผู้รับผิดชอบในการให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ($\mu = 2.27$ $\sigma = 0.61$) รองลงมาคือการร่วมกำหนดผู้รับผิดชอบในการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามแบบประเมินผู้สูงอายุตามความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ($\mu = 2.23$ $\sigma = 0.67$) และร่วมกำหนดแนวทางหรือวิธีการที่จะทำให้บรรลุเป้าประสงค์ของแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ($\mu = 2.20$ $\sigma = 0.64$) ตามลำดับ อภิปรายผลได้ว่าประชากรได้มีส่วนร่วมมากในการกำหนดผู้รับผิดชอบในการให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และร่วมกำหนดผู้รับผิดชอบในการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามแบบประเมินผู้สูงอายุตามความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) และกำหนดแนวทางหรือวิธีการที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ เนื่องจากส่วนใหญ่ของประชากรคือ อาสาสมัครสาธารณสุขและอาสาสมัครดูแล

ผู้สูงอายุ ร้อยละ 51.12 และร้อยละ 10.67 ซึ่งมีบทบาทหลักในการร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลในการส่งเสริมสุขภาพและชักชวนให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพภายใต้บริบทของพื้นที่ และกำหนดหน้าที่รับผิดชอบและร่วมดำเนินการในโครงการนั้นๆ ทำให้เอื้อต่อการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการซึ่งสอดคล้องกับการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในขั้นตอนที่ 5 โดยขั้นตอนดังกล่าวมีการ อธิบายการทำงานหรือนิยามเป้าประสงค์และตัวชี้วัด โดยเฉพาะช่องที่ 4 โดยแบ่งออกเป็นมาตรการทางวิชาการ (งานวิชาการ) ตามมาตรฐานงานกำหนดส่วนช่องที่ 5 มาตรการทางสังคม (งานสังคม) โดยชุมชนจะเป็นผู้ร่วมกำหนด^[6]

สำหรับการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการมีส่วนร่วมการรับผลประโยชน์ของประชากร พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\mu = 2.04$ $\sigma = 0.63$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการรับผลประโยชน์อยู่ในระดับมาก คือ ได้รับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุตำบลหนองตอง ($\mu = 2.21$ $\sigma = 0.61$) รองลงมาคือการร่วมทำแผนงานกิจกรรมในงานผู้สูงอายุตำบลหนองตอง ($\mu = 2.08$ $\sigma = 0.72$) และร่วมดำเนินกิจกรรมตามแผนงานการดูแลผู้สูงอายุตำบลหนองตอง ร่วมกันกับชุมชน ($\mu = 2.04$ $\sigma = 0.71$) ตามลำดับอภิปรายผลได้ว่า ประชากรส่วนใหญ่ได้รับความรู้ในการดูแล ผู้สูงอายุ จากการร่วมทำแผนงานและร่วมดำเนินกิจกรรมตามแผนงานกิจกรรมในงานผู้สูงอายุตำบลหนองตอง_แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมในการเป็นคณะกรรมการในงานผู้สูงอายุและร่วมมอบหมายความรับผิดชอบในฐานะผู้ปฏิบัติการมีเพียงระดับปานกลางอาจสืบเนื่องมาจากการจัดตั้งคณะกรรมการต่างในชุมชนจะใช้ต้นทุนทางสังคมด้านคณะกรรมการชุมชนที่มีอยู่ โดยพบว่า มีเพียงร้อยละ 18.54 ของประชากรที่เป็นคณะกรรมการหมู่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ นรินทร์ชัย พัฒนพงศา^[14] การมีส่วนร่วมของประชาชนหมายถึง การให้ประชาชน

เข้ามาเกี่ยวข้องในกระบวนการตัดสินใจ การดำเนินโครงการ ร่วมรับผลประโยชน์และประเมินผลจากโครงการนั้นๆ ทั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรพัฒน์ หอมสุวรรณ^[15] ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมของสภาตำบล และการมองเห็นประโยชน์ต่อตนเองและครอบครัว และสอดคล้องกับแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในขั้นตอนการวางแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการการใช้ประโยชน์ของแผนที่ยุทธศาสตร์ให้เกิดการปฏิบัติจริง โดยเลือกใช้เป็นส่วนหนึ่งโดยสร้างแผนที่ฉบับปฏิบัติการเฉพาะส่วนที่ทำจริงโดยที่ผู้บริหารเลือกทางเดินที่คาดว่าจะทำให้ไปถึงจุดหมายปลายทางที่สะดวกรวดเร็วที่สุด เสียค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด ภายในเวลาสั้นที่สุด^[6]

การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการประเมินผลของประชากร พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\mu = 2.08$ $\sigma = 0.61$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการประเมินผลของประชากรอยู่ในระดับมาก คือ ร่วมประชุมสรุปภาพรวมของแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการดูแลผู้สูงอายุตำบลหนองตอง ($\mu = 2.15$ $\sigma = 0.73$) และการร่วมสรุปรายงานในการดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุตำบลหนองตอง ($\mu = 2.15$ $\sigma = 0.75$) รองลงมาคือ การร่วมหาแนวทางแก้ไขข้อบกพร่องที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุตำบลหนองตอง ($\mu = 2.12$ $\sigma = 0.70$) ตามลำดับอภิปรายผลได้ว่าประชากรได้มีส่วนร่วมในการติดตาม กำกับ ประเมินการดำเนินงานโดยเฉพาะการร่วมประชุมสรุป ร่วมสรุปรายงานการดำเนินการ และร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่พบในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เนื่องจากประชากรมากกว่าร้อยละ 80 ของประชากรได้อยู่อาศัยในชุมชนมากกว่า 20 ปี ย่อมมีความรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหาในชุมชนเกิดความมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องในจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ที่ได้มีส่วนร่วมระดับมากในขั้นการตัดสินใจร่วมกำหนดเป้าประสงค์ที่สามารถตอบสนองความต้องการของ

ชุมชน ขึ้นการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ และยังเป็นผู้ได้รับผลประโยชน์ผ่านกระบวนการหลักของขั้นตอนต่างๆ การทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ซึ่งส่งผลต่อการออกแบบหรือนวัตกรรมต่างๆ โดยชุมชนในการประเมินผลตรงความต้องการของชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในขั้นตอนอธิบายการมีส่วนร่วมการทำงานหรือนิยามเป้าประสงค์และตัวชี้วัด รวมถึงการสร้างนวัตกรรมในการติดตามประเมินผลโดยผ่านตาราง 11 ช่องซึ่งตารางดังกล่าวอธิบายวิธีการทำงานในการสร้างแผนปฏิบัติการรวมถึงรายละเอียดเกี่ยวกับ กิจกรรมสำคัญ มาตรการหรืองาน (การกระทำ) ทั้งทางด้านวิชาการและด้านสังคม ตัวชี้วัดผลงาน ตัวชี้วัดผลสำเร็จพร้อมหลักเกณฑ์ ปริมาณงานหรือเป้าหมายในการทำงาน ระยะเวลาดำเนินการ งบประมาณ ผู้รับผิดชอบดำเนินการในแต่ละงานแต่ละกิจกรรม การใช้ประโยชน์แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ในขั้นตอนของการนิยามเป้าประสงค์หรืออธิบายการทำงาน ทั้งนี้ตารางจะช่วยให้ง่ายต่อการติดตามและประเมินความก้าวหน้าต่อไป(6) และสอดคล้องกับแนวคิดของ ปาริชาติ วลัยเสถียร^[16] เรื่องการมีส่วนร่วมคือกระบวนการพัฒนาให้บุคคลมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนอันได้แก่ ร่วมกันค้นปัญหา ร่วมวางแผนการตัดสินใจ การระดมทรัพยากร และเทคโนโลยีในห้องถิ่น การบริหารจัดการ การติดตามผล ประเมินผล ร่วมรับผลประโยชน์และสอดคล้องกับบริบท

โดยสรุปการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลหนองตอง อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น แสดงให้เห็นว่าแกนนำชุมชนมีส่วนร่วมในระดับมากในขั้นตอนการตัดสินใจ ขั้นตอนการมีส่วนร่วมการปฏิบัติการ ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการประเมินผล โดยเฉพาะการมองเห็นปัญหาร่วมกันเกิดการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สาเหตุ กำหนดจุดหมายปลายทางและเป้าประสงค์ในการ

แก้ไขปัญหา พร้อมทั้งการมีส่วนร่วมวางแผนทางแก้ไขปัญหาและกำหนดผู้รับผิดชอบดำเนินงานร่วมกันและได้รับผลประโยชน์ร่วมกันจากแผนงานที่ได้กำหนดไว้ ได้รับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ และท้ายสุดได้มีส่วนร่วมในการติดตาม ประเมินผล สรุปรายงานและร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขข้อบกพร่องเพื่อพัฒนาการดำเนินงานในอนาคตต่อไป

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1. การสร้างความมีส่วนร่วมจากการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ควรพิจารณาถึงสิ่งที่มีผลดังต่อไปนี้

1.1. ด้านคณะผู้ดำเนินกระบวนการ

ในการดำเนินการกระบวนการแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ต้องการผู้นำกระบวนการที่มีประสบการณ์ในการอำนวยความสะดวกให้เกิดความสามารถและเข้าใจแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์อย่างแท้จริง จึงจะสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งต้องคัดเลือกบุคคลที่มีความสามารถเฉพาะในการสื่อสาร สามารถถ่ายทอดความหมายทางวิชาการที่ซับซ้อนให้เกิดความเข้าใจต่อผู้เข้าร่วมกระบวนการที่มีระดับการรับรู้ที่แตกต่างกัน ดังนั้นการคัดเลือกผู้ดำเนินกระบวนการกลุ่มควรเลือกผู้ที่มีความสามารถอย่างแท้จริง ไม่ได้คัดเลือกเพราะตำแหน่งที่มีอยู่แล้วในชุมชน

1.2. ด้านเครื่องมือที่ใช้

เนื่องจากแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการตอบสนองการดำเนินการที่ตอบสนองการแก้ไขปัญหามาตรับบริบทของชุมชน แต่อย่างไรก็ตามเครื่องมือนี้มีกระบวนการที่ซับซ้อนในการวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางการแก้ไขปัญหามีส่วนร่วมและจึงมีความจำเป็นที่ต้องปรับภาษาที่ใช้ให้เข้าใจง่ายตามบริบทของพื้นที่ หรือวิธีการอื่นๆ มาช่วยเอื้อในการจัดกระบวนการ เช่น การเสริมพลัง การ

ขับเคลื่อนชุมชน และอื่นๆ เพื่อให้เกิดระดับการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง

1.3. ด้านผู้เข้าร่วมกระบวนการ

ผู้เข้าร่วมกระบวนการมีความหลากหลาย ด้านปัจเจกบุคคลที่ผู้นำกระบวนการต้องพิจารณาถึงคือ ระดับการศึกษา ความสะดวกด้านเวลาที่สามารถเข้าร่วมกระบวนการ การสร้างความตระหนักความเป็นเจ้าของปัญหา วิธีการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ

1.4. ด้านชุมชน

ชุมชนที่มีความเข้มแข็ง เช่น การมีผู้นำทางธรรมชาติที่มีความสามารถ หุ่นส่วนหรือเครือข่ายการทำงานที่เข้มแข็งหรือประสบความสำเร็จในโครงการต่างๆ หรือชุมชนที่มองเห็นปัญหาร่วมกันจะสามารถนำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ไปดำเนินการและเกิดความมีส่วนร่วมได้ดี

2. สนับสนุนการเขียนโครงการของชุมชนโดยชุมชนจากผลที่ได้จากกระบวนการที่มีระดับความมีส่วนร่วมมาก เนื่องจากมีโอกาสในการประสบความสำเร็จมากกว่า เนื่องจากการสร้างโดยมุมมองของคนในชุมชนเอง

3. ส่งเสริมให้มีกระบวนการกำกับ ติดตาม ประเมินผลการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ของตำบลเพื่อให้แน่ใจว่าระดับความมีส่วนร่วมในระดับที่เพียงพอในการบรรลุวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานนั้นๆ แล้วจึงขับเคลื่อนการดำเนินงานในขั้นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ดร.นพ.อมร นนทสุต ที่ได้ให้การอบรมและนำแนวคิดของแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์มาเผยแพร่ ขอขอบคุณ คุณปิยพร เสาร์สาร จากศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ คุณทวีศิลป์ ชัยชนะ สาธารณสุขอำเภอหางดง, คุณณฤมล ตรังวัชรกุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และ คุณคะนิงนิตย์ สิงห์แก้ววงศ์ นักวิชาการ สาธารณสุขชำนาญการ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณ คุณมานพ

ตันสุภายน ประธานชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองตองและทุกองค์กรในตำบลหนองตองที่ได้ช่วยเหลือในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี
2. วิชัย เอกพลกร. (2553). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 ในปี 2551-2552. นนทบุรี: เดอะกราฟิกซิสเต็มส์.
3. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2554). 2554 ร่วมกันสร้างระบบดูแลผู้สูงอายุไทย. [ออนไลน์]. (เข้าถึงได้เมื่อวันที่ 1 สิงหาคม 2554). เข้าถึงได้จาก http://www.cps.chula.ac.th/html_th/pop_base/ageing/ageing_143.htm
4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหางดง. (2557). สรุปผลการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว. เชียงใหม่: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหางดง.
5. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหางดง. (2557). สรุปผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ตำบลต้นแบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาว. อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่.
6. อมร นนทสุต. (2555). ปัจจัยของความสำเร็จในงานควบคุมโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์.
7. กลุ่มงานสุขภาพภาคประชาชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. (2552). สรุปการดำเนินการสร้างและการใช้ แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์จังหวัดเชียงใหม่ 2552. สืบค้นจาก <http://bps.ops.moph.go.th/strategy-Map/strategies1.html>
8. Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1980). Participation's place in rural development:

Seeking clarity through specificity. World Development, 8(3), 223.

9. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2550). คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์.
10. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2550) หลักสูตรการฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ปีพุทธศักราช 2550. กรุงเทพฯ: เรดิเอชั่น.
11. เพ็ญศรี เปลี่ยนขำ. (2542). การสาธารณสุขมูลฐาน. ราชบุรี: ธรรมรักษ์การพิมพ์.
12. สมยศ อำพันศิริ. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำแบบเปลี่ยนสภาพของผู้บริหารสถานศึกษากับการมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาของชุมชนในสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาลพบุรี เขต 2 (วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี.
13. อุทัยวรรณ กาญจนกมล. (2541). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชน. เชียงใหม่ทันตสาร, 19(ฉบับพิเศษ ม.ค.-ธ.ค.), 7-8.
14. นรินทร์ชัย พัฒนพงศา. (2547). การมีส่วนร่วมหลักการพัฒนา เทคนิคและกรณีตัวอย่าง (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: สิริลักษณ์การพิมพ์.
15. จิรพัฒน์ หอมสุวรรณ. (2539). การมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมของสภาตำบล: กรณีศึกษาสภาตำบลในเขตจังหวัดแม่ฮ่องสอน (วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนาสังคม). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
16. ปาริชาติ วลัยเสถียร. (2543). กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา. กรุงเทพฯ: สำนักงานสนับสนุนการวิจัย (สกว.).