การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ในอำเภอเมือง จังหวัดลำพูน

Participation of Elderly Long-term Care Network in Mueang District, Lamphun Province

บุญญาพร ติ๊บอุตม์[1], รัตนาภรณ์ อาวิพันธ์[2], ปิยะนารถ จาติเกตุ[3]
[1]นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
[2]คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
[3]คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
[2, 3] ผู้ช่วยศาสตรจารย์ ดร.
[1]Corresponding author, E-mail: bunyaporntip@gmail.com
(Received: November 27, 2020; Revised: December 1, 2020; Accepted: December 15, 2020)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ในอำเภอเมือง จังหวัดลำพูน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม 2561 โดยในการศึกษาเชิงปริมาณ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงซึ่งเป็นกลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน 200 คน ใน 15 ตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำพูน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นโดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้วเพื่อหาคะแนนเฉลี่ยรวมระดับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 4 ด้าน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การตรวจสอบ และการปรับปรุงแก้ไข วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากนั้นเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ ได้แบ่งตำบล 15 ตำบลออกเป็น 3 กลุ่มตามปีที่เริ่มเข้าร่วมในระบบการดูแลผู้สูงอายุ และในแต่ละกลุ่มเรียงคะแนนเฉลี่ยรวมของระดับการมีส่วนร่วม เลือกตำบลที่มีคะแนนเฉลี่ยรวมมากที่สุดและน้อยที่สุดในแต่ละกลุ่ม เจาะจงเลือกผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นกลุ่มผู้นำที่ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจาก 6 ตำบล ตำบลละ 4 คน จำนวน 24 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาเชิงปริมาณ พบว่า ตำบลในกลุ่มที่เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี 2559 มีคะแนนเฉลี่ยรวมของระดับการมีส่วนร่วมสูงสุดคือตำบลริมปิง (89.6±0.63) และน้อยที่สุดคือตำบลในเมือง (78.5±0.31) ตำบลในกลุ่มที่เข้าร่วมตั้งแต่ปี 2560 มีคะแนนเฉลี่ยรวมของระดับการมีส่วนร่วมสูงสุดคือตำบลบ้านแป้น (85.9±0.66) และน้อยที่สุดคือตำบลเหมืองจี้ (75.3±0.49) และตำบลในกลุ่มที่เข้าร่วมตั้งแต่ปี 2561 มีคะแนนเฉลี่ยรวมของระดับการมีส่วนร่วมสูงสุดคือตำบลหนองช้างคืน (84.8±0.93) และน้อยที่สุดคือตำบลหนองหนาม (66.9±0.81)

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ การมีส่วนร่วมใน 4 ด้านมีกระบวนการต่างๆ ได้แก่ ด้านการวางแผน ซึ่งประกอบด้วย การบริหารด้านงบประมาณ ด้านบุคลากร และด้านวัสดุอุปกรณ์ พบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทหลักในการดำเนินงาน ชมรมผู้สูงอายุและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีบทบาทรอง ในด้านการปฏิบัติ มีการแลกเปลี่ยนระบบข้อมูลสุขภาพ มีระบบส่งต่อและติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีกิจกรรมต่างๆ ผ่านชมรมผู้สูงอายุและโรงเรียนผู้สูงอายุ ด้านการตรวจสอบ มีการติดตามการดำเนินงานจากการประชุมผ่านแผนงานโครงการประเมินผลการดำเนินโครงการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว และด้านการปรับปรุงแก้ไข ดำเนินงานผ่านการจัดเวทีประชาคมในชุมชนเพื่อหาผลสรุปที่ได้จากการจัดทำโครงการหรือกิจกรรมต่างๆ และปรับปรุงแก้ไขภายใต้พื้นฐานของบริบทชุมชนที่แตกต่างกัน

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม, ภาคีเครือข่าย, การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว

ABSTRACT

This mixed method study aimed to investigate participation in an elderly long-term care network in Mueang district, Lamphun province during January to March 2018. The quantitative data was purposively collected from 200 people who are involved with long-term care network of elderly in 15 subdistricts in Mueang district, Lamphun province. The questionnaire was developed from a literature review. It comprised four perspectives of participation process which included planning, implementation, monitoring and improvement. Descriptive statistics, such as percentage, mean and standard deviation were used to analyze the results. The results from the quantitative data were categorized 15 subdistricts into 3 groups by the year of involvement in long-term care of elderly. The highest and lowest average total mean in each group, 6 subdistricts, were selected to continuously collect data for qualitative method. Twenty-four key informants from 6 subdistricts was purposively interviewed by using the semi-structured interview form. The qualitative data was analyzed by using content analysis.

The quantitative results showed that in the 1st group, that involved with long-term care network of elderly since 2016, Rimping subdistrict, had the highest average total mean (89.6+0.63) while the lowest average total mean (78.5+0.31) was Nai Mueang subdistrict. In the 2nd group, that involved with long-term care network of elderly since 2017, Ban Pan subdistrict had the highest average total mean (85.9+0.66) while Mueang Jee subdistrict had the lowest average total mean (75.3+0.49). The 3rd group, that involved with long-term care network of elderly since 2018, the highest average total mean (84.8+0.93) was Nong Chang Khuen subdistrict while the lowest average total mean (66.9+0.81) was Nong Narm subdistrict.

The qualitative results showed that in planning process, included with the administration of budget, human resources, and materials, the local government organization had the most important role in the management. The second role was the elderly club members and the subdistrict health promoting hospitals. In implementation process, many systems emerged such as health information sharing system, referral system, home visit system by multidisciplinary professions, including activities both in elderly clubs

and schools for elderly. In monitoring process, the staff conference was set for following and monitoring through the evaluation project for long-term care network of elderly. In improvement process, community participation was created in order to conclude and improve projects and activities as mentioned above according to different contexts.

Keyword: Participation, Network, Elderly Long-term Care

บทนำ

สถานการณ์ผู้สูงอายุโลกเพิ่มสูงขึ้นต่อเนื่อง องค์การสหประชาชาติคาดว่า พ.ศ. 2558 - 2575 จำนวนผู้สูงอายุสูงขึ้นถึงร้อยละ 56[1] แสดงให้เห็นว่าโลกกำลังเข้าสู่ประชากรสูงอายุ สถานการณ์ผู้สูงอายุของกลุ่มประเทศอาเซียนพ.ศ. 2558 ประเทศไทยเป็นอันดับที่ 2 รองจากประเทศสิงคโปร์[2] ประเทศไทยจะเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ใน พ.ศ. 2564 ส่วนสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556 พบว่า ภาคเหนือมีจำนวนผู้สูงอายุสูงที่สุด รองลงมาคือ กรุงเทพมหานคร ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ตามลำดับ[3] จากข้อมูลของสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2559 จังหวัดลำพูนเป็นจังหวัดที่มีการสูงวัยสูงที่สุดในประเทศไทย สถิติผู้สูงอายุเทียบกับประชากรทั้งจังหวัดอยู่ที่ร้อยละ 18.01 อำเภอเมืองลำพูนมีการดำเนินงานแบบบูรณาการระดับอำเภอเมืองลำพูน โดยขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุผ่านระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS: District Health System) ซึ่งทีมสุขภาพอำเภอเมือง กำหนด Long term care เป็น ODOP (One District One Project) หรือหนึ่งอำเภอหนึ่งโครงการ เพื่อแก้ไขปัญหาตามบริบทของชุมชน งานด้านผู้สูงอายุของอำเภอเมืองจังหวัดลำพูน สามารถแบ่งตำบลที่ดำเนินงานตามปีที่เข้าร่วมระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวได้ 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เข้าร่วมระบบ พ.ศ. 2559 ในปี พ.ศ. 2560 และ ในปี พ.ศ. 2561 หรือหลัง พ.ศ. 2561 จากการทำงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ผ่านมา มีตำบลที่เข้าร่วมเป็นตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ทั้งแบบสมัครใจ และจากการถูกคัดเลือกให้เข้าร่วม การดำเนินงานผู้สูงอายุให้มีความเข้มแข็งจำเป็นต้องมีการสร้างเครือข่ายในชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการทำงาน ระดับการมีส่วนร่วมในชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาสังคมแห่งการเรียนรู้[4] และบริบทชุมชนสังคมวัฒนธรรม วิถีความเป็นอยู่ มีความสอดคล้องกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ[5] การบูรณาการบริการสุขภาพและสังคมของประเทศไทย ยังปรากฏรูปแบบไม่ชัดเจนนัก เนื่องจากหน่วยงานภาครัฐที่มีหน้าที่หลักในการให้บริการสุขภาพ และหน่วยงานที่ให้บริการสังคมยังทำงานแยกส่วนกัน[6] การทำงานผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ จะเป็นแนวทางพัฒนางานผู้สูงอายุในชุมชนอื่นที่มีบริบทชุมชนคล้ายคลึงกัน[7] การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว โดยศึกษาระดับการมีส่วนร่วมและกระบวนการการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายบนพื้นฐานของบริบทชุมชน โดยมีขอบเขตงานวิจัยเฉพาะในอำเภอเมือง จังหวัดลำพูนเพื่อให้ทราบสถานการณ์ปัจจุบันและนำข้อมูลที่ได้ส่งเสริมข้อที่ควรส่งเสริมและปรับปรุงข้อที่ควรแก้ไข นำไปสู่การพัฒนางานผู้สูงอายุให้กับอำเภออื่น รวมถึงจังหวัดอื่นในการนำไปต่อยอดงานผู้สูงอายุใน

ชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพระยะยาวจากชุมชน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ในอำเภอเมือง จังหวัดลำพูน

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงผสมผสาน (Mixed Methods) ประกอบด้วยการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative) ระยะเวลาการเก็บข้อมูล เดือน มกราคม - มีนาคม 2561

การวิจัยเชิงปริมาณ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงซึ่งเป็นกลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน 200 คน ใน 15 ตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำพูน เนื่องจากอำเภอเมืองมีการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุผ่านระบบงานสุขภาพระดับอำเภอ (DHS: District Health System) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นตามการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 22 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการวางแผน 8 ข้อ ด้านการปฏิบัติ 8 ข้อ ด้านการตรวจสอบ 3 ข้อ และการปรับปรุงแก้ไข 3 ข้อ คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) และส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ มีลักษณะข้อคำถามแบบปลายเปิด ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามโดยใช้ความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และนำไปทดสอบในกลุ่มที่ใกล้เคียงตัวอย่าง โดยเป็นอำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน จำนวน 30 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) เท่ากับ 0.85 และการหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient; α) ได้ค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.93 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ แบ่งตำบล 15 ตำบลออกเป็น 3 กลุ่ม ตามปีที่เริ่มเข้าร่วมในระบบการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่เริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2559 กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่เริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2560 และกลุ่มที่เริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2561 หรือหลัง พ.ศ. 2561 โดยในแต่ละกลุ่มจะเรียงคะแนนเฉลี่ยรวมของระดับการมีส่วนร่วม เลือกตำบลที่มีคะแนนเฉลี่ยรวมมากที่สุดและน้อยที่สุดในแต่ละกลุ่ม กลุ่มละ 2 ตำบล เป็น 6 ตำบล จากนั้นใช้การวิจัยเชิงคุณภาพเลือกผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นกลุ่มผู้นำที่ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จาก 6 ตำบล จำนวน 24 คน ซึ่งได้แก่ ผู้นำจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 6 คน ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 6 คน ประธานชมรมผู้สูงอายุระดับตำบล 6 คน ผู้นำกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ 6 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ประเด็นคำถามพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการวางแผน ด้านการปฏิบัติ ด้านการตรวจสอบ และการปรับปรุงแก้ไข รวมทั้งบริบทชุมชน เพื่อทำความเข้าใจกระบวนการในการดำเนินงาน มีการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลโดยใช้วิธีแบบสามเส้า (Triangulation) จากด้านข้อมูล

ด้านผู้วิจัย และด้านวิธีรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ทั้งนี้ การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเอกสารรับรองโครงการจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ รหัสโครงการวิจัย 2560/051

ผลการศึกษา

1.ผลการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม แบ่งตามกลุ่มตามปีที่เริ่มเข้าร่วมในระบบการดูแลผู้สูงอายุ (n = 200)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มที่ 1 ตำบลที่เข้าร่วมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ปี พ.ศ.2559 (n = 92)		กลุ่มที่ 2 ตำบลที่เข้าร่วมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ปี พ.ศ.2560 (n = 74)		กลุ่มที่ 3 ตำบลที่เข้าร่วมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวปี พ.ศ.2561 และหลัง ปี พ.ศ.2561(n = 34)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ	($\overline{X}$ = 53.5, S.D. = 10.3)		($\overline{X}$= 50.5, S.D. = 8.7)		($\overline{X}$= 54.2, S.D. = 10.2)	
≤ 30 ปี	3	3.3	0	0	0	0
31 - 40 ปี	10	10.9	11	14.9	3	8.8
41 - 50 ปี	16	17.4	27	36.5	8	23.5
51 - 60 ปี	44	47.8	27	36.5	14	41.2
61 - 70 ปี	16	17.4	9	12.2	7	20.6
≥ 71 ปี	3	3.3	0	0	2	5.9
เพศ						
ชาย	20	21.7	13	17.6	4	11.8
หญิง	72	78.3	61	82.4	30	88.2
บทบาทหน้าที่ของผู้ตอบแบบสอบถาม						
ผอ.กองสาธารณสุข	3	3.3	3	4.1	2	5.9
พยาบาล/จนท.สาธารณสุข อปท.	5	5.4	5	6.8	2	5.9
ประธานชมรมผู้สูงอายุ	5	5.4	5	6.8	5	14.7
ผอ.รพ.สต.	5	5.4	7	9.5	4	11.8
พยาบาล/จนท.สาธารณสุข รพ.สต.	5	5.4	7	9.5	6	17.6
อสม. / อผส. / CG	69	75.0	47	63.5	15	44.1
ท่านเคยมีส่วนร่วมหรือเข้าร่วมกิจกรรมและแสดงความคิดเห็นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุหรือไม่						
เคย	91	98.9	73	98.6	30	88.2
ไม่เคย	1	1.1	1	1.4	4	11.8

จากตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ในทั้ง 3 กลุ่มที่แบ่งตามปีที่เริ่มเข้าร่วมในระบบการดูแลผู้สูงอายุ ทุกกลุ่มมีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อยู่ในช่วงอายุ 51-60 ปี มีบทบาทเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขหรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุหรือ Care Giver มากกว่าบทบาทอื่น ตำบลที่เข้าร่วมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวปี พ.ศ. 2559 มีส่วนร่วมหรือเข้าร่วมกิจกรรมและแสดงความคิดเห็นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 98.9

ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ

ตาราง 2 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมีส่วนร่วมด้านการวางแผน ด้านการปฏิบัติ ด้านการตรวจสอบ ด้านการปรับปรุงแก้ไข คะแนนเฉลี่ยรวมการมีส่วนร่วมแต่ละตำบล (n = 200)

ปีที่เริ่มเข้าในระบบฯ	ตำบล	ด้านการวางแผน (เต็ม 40)	ด้านการปฏิบัติงาน (เต็ม 40)	ด้านการตรวจสอบ (เต็ม 15)	ด้านการปรับปรุงแก้ไข (เต็ม 15)	การมีส่วนร่วมรวม (เต็ม 110)
2559 กลุ่มที่1	ริมปิง	32.9(0.66)	32.4(0.66)	11.9(0.72)	12.4(0.68)	89.6(0.63)
	อุโมงค์	32.1(0.76)	30.9(0.75)	11.5(0.89)	11.8(0.74)	86.3(0.73)
	ศรีบัวบาน	32.6(0.63)	29.9(0.67)	11.8(0.70)	11.9(0.62)	86.2(0.64)
	มะเขือแจ้	30.3(0.36)	30.0(0.47)	11.6(0.75)	11.3(0.68)	83.2(0.49)
	ในเมือง	29.3(0.41)	28.0(0.39)	10.3(0.43)	10.9(0.40)	78.5(0.31)
	รวม (n=92)	31.6(0.60)	30.3(0.62)	11.5(0.71)	11.7(0.63)	85.1(0.59)
2560 กลุ่มที่2	บ้านแป้น	31.3(0.73)	30.6(0.89)	11.6(0.73)	12.4(0.74)	85.9(0.66)
	เวียงยอง	29.3(0.43)	31.5(0.38)	11.8(0.48)	11.5(0.36)	84.1(0.35)
	บ้านกลาง	29.0(0.67)	27.7(0.66)	10.7(0.62)	10.5(0.61)	77.9(0.59)
	ต้นธง	28.4(0.62)	27.0(0.61)	11.0(0.58)	11.3(0.70)	77.7(0.57)
	เหมืองจี้	28.0(0.60)	26.6(0.72)	10.3(0.50)	10.4(0.46)	75.3(0.49)
	รวม (n=74)	29.0(0.64)	28.3(0.72)	11.0(0.63)	11.2(0.65)	79.5(0.58)
2561 และหลังปี 2561 กลุ่มที่3	หนองช้างคืน	31.8(1.06)	30.0(0.96)	12.2(1.10)	10.8(0.98)	84.8(0.93)
	เหมืองง่า	27.0(0.35)	30.2(0.45)	11.2(0.33)	10.7(0.61)	79.1(0.39)
	ประตูป่า	27.4(0.86)	28.8(0.44)	10.0(0.76)	10.4(0.50)	76.6(0.59)
	ป่าสัก	27.8(0.94)	27.8(0.93)	10.0(1.35)	9.7(1.01)	75.3(1.02)
	หนองหนาม	24.6(0.78)	24.6(0.89)	8.9(0.81)	8.8(0.94)	66.9(0.81)
	รวม (n=34)	27.3(0.83)	27.7(0.80)	10.2(0.93)	9.9(0.84)	75.1(0.79)
รวมทั้งหมด		29.9(0.69)	29.1(0.70)	11.1(0.74)	11.2(0.71)	81.3(0.64)

จากตาราง 2 การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ พบว่าตำบลในกลุ่มที่เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี 2559 มีคะแนนเฉลี่ยรวมของระดับการมีส่วนร่วมสูงสุดคือตำบลริมปิง (89.6±0.63) และน้อยที่สุดคือตำบลในเมือง (78.5±0.31) ตำบลในกลุ่มที่เข้าร่วมตั้งแต่ปี 2560 มีคะแนนเฉลี่ยรวมของระดับการมีส่วนร่วมสูงสุดคือตำบลบ้านแป้น (85.9±0.66) และน้อยที่สุดคือตำบลเหมืองจี้ (75.3±0.49) และตำบลในกลุ่มที่เข้าร่วมตั้งแต่ปี 2561 มีคะแนนเฉลี่ยรวมของระดับการมีส่วนร่วมสูงสุดคือตำบลหนองช้างคืน (84.8±0.93) และน้อยที่สุดคือตำบลหนองหนาม (66.9±0.81)

2. ผลการศึกษาการวิจัยเชิงคุณภาพ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตาราง 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สัมภาษณ์ แบ่งตามกลุ่มตามปีที่เริ่มเข้าร่วมในระบบการดูแลผู้สูงอายุ (n = 24)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ ($\overline{X}$ = 53.13, S.D. = 12.73)		
31 - 40 ปี	6	25.00
41 - 50 ปี	3	12.50
51 - 60 ปี	9	37.50
61 - 70 ปี	4	16.67
≥ 71 ปี	2	8.33
เพศ		
ชาย	5	20.83
หญิง	19	79.17
บทบาทหน้าที่ของผู้สัมภาษณ์		
ผอ.กองสาธารณสุข/สวัสดิการ	3	12.50
พยาบาล/จนท.สาธารณสุข อปท.	3	12.50
ประธานชมรมผู้สูงอายุ	6	25.00
พยาบาล/จนท.สาธารณสุข รพ.สต.	5	20.83
อสม. / อผส. / CG	7	29.17

จากตาราง 3 ข้อมูลส่วนบุคคลจากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้นำที่ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 79.17 ซึ่งมากกว่าเพศชาย อยู่ในช่วงอายุ 51-60 ปี มีบทบาทเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขหรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุหรือ Care Giver มากกว่าบทบาทอื่น

ส่วนที่ 2 ข้อมูลบริบทชุมชนและวิวัฒนาการของ
ภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ตาราง 4 บริบทชุมชนและทุนทางสังคม

หัวข้อ	ตำบลริมปิง	ตำบลในเมือง	ตำบลบ้านแป้น	ตำบลเหมืองจี้	ตำบลหนองช้างคืน	ตำบลหนองหนาม
ลักษณะชุมชน	กึ่งเมืองกึ่งชนบท	เมือง	กึ่งเมืองกึ่งชนบท	กึ่งเมืองกึ่งชนบท	กึ่งเมืองกึ่งชนบท	กึ่งเมืองกึ่งชนบท
รูปแบบส่วนราชการบริหารท้องถิ่น	เทศบาลตำบล	เทศบาลเมือง	เทศบาลตำบล	เทศบาลตำบล	เทศบาลตำบล	อบต.
สถานพยาบาลของรัฐ	รพ.สต. 1 แห่ง	ศูนย์แพทย์ 1 แห่ง	รพ.สต. 1 แห่ง	รพ.สต. 2 แห่ง	รพ.สต. 1 แห่ง	รพ.สต. 1 แห่ง
พื้นที่การปกครองส่วนท้องถิ่น	ครอบคลุมทั้งตำบล	ครอบคลุมทั้งตำบล	ครอบคลุมพื้นที่บางส่วนของตำบลบ้านแป้นและตำบลหนองหนาม	ครอบคลุมทั้งตำบล	ครอบคลุมทั้งตำบล	ครอบคลุมทั้งตำบล (เฉพาะนอกเขตเทศบาลตำบลบ้านแป้น)
หมู่บ้าน	10	17 ชุมชน	9	14	6	8
ศูนย์	ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ	ไม่มี	ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ	ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ	ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ	ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ
โรงเรียนผู้สูงอายุ/ชมรมผู้สูงอายุ	มี/ครบทุกหมู่บ้าน	มี/ครบทุกหมู่บ้าน	มี/ครบทุกหมู่บ้าน	มี/ครบทุกหมู่บ้าน	มี/ครบทุกหมู่บ้าน	มี/ครบทุกหมู่บ้าน
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (คน)	6	19	5	9	4	5
Care Manager / Care giver (คน)	1/10	1/10	2/9	3/16	1/2	1/7
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	183	109	159	265	103	104

หัวข้อ	ตำบลริมปิง	ตำบลในเมือง	ตำบลบ้านแป้น	ตำบลเหมืองจี้	ตำบลหนองช้างคืน	ตำบลหนองหนาม
กองสวัสดิการสังคม	มี	มี	มี	มี	ไม่มี	ไม่มี
กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม	มี	มี	มี	มี	ไม่มี	ไม่มี
งบประมาณหลักที่ได้รับการสนับสนุน	กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล	กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล	กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล	กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล	กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล	กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล

จากตาราง 4 บริบทชุมชนและทุนทางสังคม จากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้นำที่ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจาก 6 ตำบล พบว่าส่วนใหญ่มีพื้นที่เป็นกึ่งเมืองกึ่งชนบท ยกเว้นตำบลในเมืองที่เป็นลักษณะชุมชนเมือง รูปแบบราชการส่วนท้องถิ่น แบ่งเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ ส่วนใหญ่เป็นเทศบาลตำบล ยกเว้นตำบลหนองหนามที่ยังคงเป็นองค์การบริหารส่วนตำบล และตำบลในเมืองที่เป็น เทศบาลเมือง ทุกพื้นที่มีสถานพยาบาลของรัฐ มีชมรมผู้สูงอายุและโรงเรียนผู้สูงอายุ มีบุคลากรด้านสาธารณสุขดูแล และได้รับงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล

ส่วนที่ 3 วิวัฒนาการของภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ตาราง 5 วิวัฒนาการของภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

หัวข้อ	ตำบลริมปิง	ตำบลในเมือง	ตำบลบ้านแป้น	ตำบลเหมืองจี้	ตำบลหนองช้างคืน	ตำบลหนองหนาม
การก่อตัวของเครือข่าย	เริ่มจากการเรียกร้องท้วงสิทธิของผู้สูงอายุในเรื่องสวัสดิการผู้สูงอายุ	เริ่มจากการเข้ามามีส่วนร่วมของผู้สูงอายุที่เกษียณอายุราชการ	เริ่มจากการผลักดันของนโยบายของรัฐและนโยบายของนักการเมืองท้องถิ่น	เริ่มจากนโยบายของรัฐและการเปลี่ยนผ่านของกรรมการชมรมผู้สูงอายุ	เริ่มจากการก่อตั้งชมรมผู้สูงอายุอย่างเป็นทางการจากการเจอผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ จ. ลำพูน	เริ่มจากการก่อตั้งชมรมผู้สูงอายุอย่างเป็นทางการจากนโยบายของรัฐ
การสร้างพันธกรณีและการบริหารเครือข่าย	สมาชิกมีวิสัยทัศน์ร่วมกันทำให้มองเห็นจุดมุ่งหมายในอนาคตที่เป็นภาพ	สร้างพันธกรณีจากข้อบัญญัติของเทศบาลเมืองลำพูน ที่ก่อเกิด	มีการสร้างพันธกิจของชมรมผู้สูงอายุขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี	มีลักษณะเหมือนกันคือ มีวิสัยทัศน์ของชมรมผู้สูงอายุและนโยบายของผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สอดคล้องกับนโยบายของประเทศ		

หัวข้อ	ตำบลริมปิง	ตำบลในเมือง	ตำบลบ้านแป้น	ตำบลเหมืองจี้	ตำบลหนองช้างคืน	ตำบลหนองหนาม
	เดียวกัน เกิดธรรมนูญสุขภาพขึ้นในชุมชน กลุ่มภาคีเครือข่ายต่างๆ มีความสนใจที่ตรงกันและมีการสร้างประโยชน์ร่วมกันทุกฝ่าย	ประโยชน์ร่วมกันทุกฝ่าย	ร่วมกันบริหารเครือข่ายจากการประชุมปรึกษาหารือกันของเครือข่ายเป็นประจำทุก 3 เดือน			
ความสัมพันธ์ของภาคีเครือข่าย	ทุกตำบลมีความสัมพันธ์ของภาคีเครือข่าย ผ่านการทำงานของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือผอ.รพ.สต.สั่งการทำงานของเจ้าหน้าที่ภายใต้การดูแลในรูปแบบนโยบาย แผนงาน โครงการ และตัวชี้วัดมีการประสานงานอย่างต่อเนื่องแบบร่วมกันคิดร่วมกันทำระหว่าง อปท. รพ.สต. ชมรมผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สูงอายุกับชุมชน					

จากตาราง 5 วิวัฒนาการของภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วยดังนี้

1) การก่อตัวของเครือข่ายมีจุดเริ่มต้นที่แตกต่างกัน ตำบลริมปิง เริ่มจากการเรียกร้องท้วงสิทธิของผู้สูงอายุในเรื่องสวัสดิการผู้สูงอายุในตำบล ตำบลในเมืองเริ่มจากการเข้ามามีส่วนร่วมของผู้สูงอายุที่เกษียณอายุราชการ ตำบลบ้านแป้น เริ่มจากการผลักดันของนโยบายของรัฐสอดคล้องกับนโยบายของนักการเมืองท้องถิ่น ตำบลเหมืองจี้ เริ่มจากนโยบายของรัฐและการเปลี่ยนผ่านของคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ ตำบลหนองช้างคืน เริ่มจากการก่อตั้งชมรมผู้สูงอายุอย่างเป็นทางการจากการเจอผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุจังหวัดลำพูน ตำบลหนองหนาม เริ่มจากการก่อตั้งชมรมผู้สูงอายุอย่างเป็นทางการจากนโยบายของรัฐ

2) การสร้างพันธกรณีและการบริหารเครือข่าย ตำบลริมปิง สมาชิกมีวิสัยทัศน์ร่วมกันทำให้มองเห็นจุดมุ่งหมายในอนาคตที่เป็นภาพเดียวกัน เกิดธรรมนูญสุขภาพขึ้นในชุมชน กลุ่มภาคีเครือข่ายต่างๆ มีความสนใจที่ตรงกันและมีการสร้างประโยชน์ร่วมกันทุกฝ่าย ตำบลในเมืองสร้างพันธกรณีจากข้อบัญญัติของเทศบาลเมืองลำพูน ที่ก่อเกิดประโยชน์ร่วมกันทุกฝ่าย ตำบลบ้านแป้น มีการสร้างพันธกิจของชมรมผู้สูงอายุขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ร่วมกันบริหารเครือข่ายจากการประชุม ปรึกษาหารือกันของเครือข่ายเป็นประจำทุก 3 เดือน ส่วนตำบลเหมืองจี้ ตำบลหนองช้างคืน และตำบลหนองหนาม มีลักษณะเหมือนกันคือ มีวิสัยทัศน์ของชมรมผู้สูงอายุและนโยบายของผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สอดคล้องกับนโยบายของประเทศ

3) ความสัมพันธ์ของภาคีเครือข่าย ทุกตำบลมีความสัมพันธ์ของภาคีเครือข่ายเหมือนกันคือ ผ่านการทำงานของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือผอ.รพ.สต.สั่งการทำงานของเจ้าหน้าที่ภายใต้การดูแลในรูปแบบนโยบาย แผนงาน โครงการ และตัวชี้วัดมีการประสานงาน

อย่างต่อเนื่องแบบร่วมกันคิดร่วมกันทำระหว่าง อปท. รพ.สต. ชมรมผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สูงอายุกับชุมชน

ส่วนที่ 3 กระบวนการการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว 4 ด้าน

ตาราง 6 กระบวนการการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว 4 ด้าน

ตำบล	กระบวนการการมีส่วนร่วม			
	ด้านการวางแผน	ด้านการปฏิบัติ	ด้านการตรวจสอบ	ด้านการปรับปรุงแก้ไข
ริมปิง	มีการเตรียมความพร้อมด้านบุคลากรและทีมงาน โดยจัดอบรมฟื้นฟูความรู้เป็นประจำทุกปี มีจิตอาสาดูแลผู้สูงอายุ มีงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มเติมจากชมรมเพื่อนช่วยเพื่อน ผ้าป่าและเงินบริจาค มีการเตรียมความพร้อมด้านวัสดุอุปกรณ์ให้เพียงพอกับความต้องการและสถานที่จัดเก็บอุปกรณ์ มีธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพตำบลริมปิง	มีการเชื่อมประสานความร่วมมือเครือข่ายจะเด่นชัดในหน่วยงานภาครัฐ ชมรมผู้สูงอายุเข้มแข็งมีการหารายได้เข้าชมรมผู้สูงอายุจากการทำผ้าป่าขยะและสร้างรายได้ให้ผู้สูงอายุจากวัสดุในท้องถิ่น เช่น ไม้กวาดทางมะพร้าว โคม เป็นต้น ตำบลริมปิงมีแหล่งเรียนรู้สมุนไพรซึ่งเป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุ มีแหล่งเรียนรู้ภูมิปัญญาชาวบ้าน	ทุกตำบลมีการติดตามหรือตรวจสอบจากการประชุมของคณะเจ้าหน้าที่การดำเนินงานผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ทั้งในรูปแบบกลุ่มเครือข่ายทั้งตำบลและเฉพาะกลุ่มเครือข่าย อีกทั้งติดตามตรวจสอบผ่านแผนงานโครงการ และการประเมินผลการดำเนินโครงการต่างๆเกี่ยวกับผู้สูงอายุในชุมชน การติดตามตรวจสอบจากระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข	ทำเวทีประชาคมสุขภาพและการถอดบทเรียนทำให้ปัญหาบางส่วนได้รับการแก้ไขปัญหา แต่ยังพบข้อจำกัดในการส่งต่อผู้สูงอายุไปยังบ้านพักคนชรา เนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลสูงขึ้น ทำให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและจัดการปัญหาของผู้สูงอายุเฉพาะราย
ในเมือง	ไม่มีรพ.สต. แต่มีกองการแพทย์ของเทศบาลเมืองลำพูน มีกลุ่มสหสาขาวิชาชีพที่หลากหลายในการดูแลผู้สูงอายุ มีการจัดอบรมฟื้นฟูความรู้สำหรับอาสาดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการมีการระดมทุนและบริจาคเพื่อจัดหากายอุปกรณ์ให้เพียงพอ	มีจุดเด่นคือ มีทีมแพทย์พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัดในการติดตามเยี่ยมบ้าน และกลุ่มผู้สูงอายุที่เกษียณอายุราชการเข้ามาช่วยในชมรมผู้สูงอายุ ระบบการดูแลระยะยาวเบิกจ่ายผ่านกองคลัง ไม่ได้เบิกจ่ายผ่านศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ		ได้รับข้อเสนอแนะจากการถอดบทเรียนและนำมาปรับแก้ไขงานผู้สูงอายุในชุมชนและงานระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ด้วยเป็นบริบทชุมชนเมือง การจัดการและหาวิธีเพื่อเข้าถึงคนในชุมชนให้มากที่สุด โดยจากผู้นำชุมชนและการจัดการเฉพาะกรณี

ตำบล	กระบวนการการมีส่วนร่วม			
	ด้านการวางแผน	ด้านการปฏิบัติ	ด้านการตรวจสอบ	ด้านการปรับปรุงแก้ไข
บ้านแป้น	มีอปท. อยู่ 2 แห่ง คือ เทศบาลตำบลบ้านแป้น และ เทศบาลท่าเชียงทอง มีรพ.สต. 1 แห่ง คือ รพ.สต.ป่าซางน้อย ทีมบุคลากรของเทศบาลท่าเชียงทองมีน้อยกว่าเทศบาลบ้านแป้นและงบประมาณของเทศบาลท่าเชียงทองจะน้อยกว่าเทศบาลบ้านแป้น เนื่องจากประชากรในพื้นที่มีน้อยกว่า และมีการวางแผนหางบประมาณเพิ่มจากการทำผ้าป่า และการบริจาค และรพ.สต.มีการเตรียมกายอุปกรณ์ให้ทั้ง 2 อปท.	มี 2 อปท.จึงมีการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุผ่านการทำงานของชมรมผู้สูงอายุเทศบาลบ้านแป้น และชมรมผู้สูงอายุเทศบาลท่าเชียงทอง ชมรมผู้สูงอายุทั้ง 2 แห่ง มีความเข้มแข็งชมรมผู้สูงอายุของเทศบาลบ้านแป้นมีการหารายได้เข้าชมรมจากการทำผ้าป่าขยะในชุมชน การเข้าร่วมระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของเทศบาลท่าเชียงทองเข้าร่วมช้ากว่าเทศบาลบ้านแป้น	สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนตำบลริมปิงและตำบลในเมืองมีการติดตามตรวจสอบเพิ่มเติมจากการถอดบทเรียนของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับการดำเนินงานผู้สูงอายุในชุมชนและการระดมความคิดของกลุ่มเครือข่ายเกี่ยวกับงานผู้สูงอายุในชุมชน	ทำประชาคมในชุมชนโดยจะทำประชาคมแยกส่วนกัน เพื่อให้ง่ายในการทำงานและการใช้เงินงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และพบว่ามีปัญหาขาดอุปกรณ์ในการให้บริการในชุมชน ชุมชนระดมทุนจัดหาอุปกรณ์ เทศบาลท่าเชียงทองพบปัญหางบประมาณมีน้อย จึงจัดผ้าป่า เพื่อนำเงินมาใช้ดูแลชุมชน
เหมืองจี้	มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 1 แห่ง คือ เทศบาลตำบลเหมืองจี้ และมี รพ.สต. 2 แห่ง คือ รพ.สต.ป่าห้า และรพ.สต.เหมืองจี้ มีการวางแผนด้านบุคลากรทำงานให้มีความเพียงพอ และการมอบเงินสนับสนุนหรือของใช้จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ	มีชมรมผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนผ่านของประธานชมรมและคณะกรรมการรุ่นใหม่ มีการหารายได้เข้าชมรมผู้สูงอายุจากการทำโคมและปางประทีปขายให้กับวัด ชมรมผู้สูงอายุร่วมกับพระสงฆ์ มอบอุปกรณ์และสิ่งของจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชน		ทำประชาคมและประชุมกลุ่มเครือข่ายพบปัญหาเรื่องเวลา อุปกรณ์ล้างแผล เครื่องวัดความดันโลหิต ปัญหาการเขียนรายงานของ CG ปรับปรุงแก้ไขโดยการฝึกทักษะการเขียน และระดมทุนจัดหาอุปกรณ์
หนองช้างคืน	ด้านบุคลากรและทีมงานมีอปท. 1 แห่ง แต่ไม่มีกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมและกองสวัสดิการสังคม มี	มีผู้นำชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็งและให้ความร่วมมือในการทำงาน จุดเด่นของตำบลหนองช้างคืน คือความร่วมมือของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับ		ทำประชาคมในชุมชน พบปัญหาการดำเนินงานของเทศบาลมีความล่าช้า เนื่องจากมีบุคลากรน้อย จึงแก้ไขโดยการประสานขอ

ตำบล	กระบวนการการมีส่วนร่วม			
	ด้านการวางแผน	ด้านการปฏิบัติ	ด้านการตรวจสอบ	ด้านการปรับปรุงแก้ไข
หนองช้างคืน	ด้ผู้รับผิดชอบงานน้อย และมี จนท.รพ.สต.มีจำนวนน้อย ส่วนอสม., CG มีเพียงพอ	ผู้สูงอายุทุกฝ่ายและการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ในชุมชน		ความช่วยเหลือจาก รพ.สต.และชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นจุดแข็งของเครือข่ายในชุมชน
หนองหนาม	ด้านบุคลากรและทีมงานมีบุคลากรน้อย ด้านงบประมาณมีน้อย เนื่องจากประชากรในพื้นที่มีน้อย	กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุที่ทำอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมการสร้างรายได้จากการทำกระเป๋าผ้าและผ้าเช็ดมือขายสร้างรายได้ให้กับผู้สูงอายุและชมรมผู้สูงอายุ		เมื่อพบปัญหามีการประสานขอความช่วยเหลือจากเครือข่าย เนื่องจาก อบต.มีบุคลากรที่ทำงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุมีน้อย
6 ตำบล	ทุกตำบลมีการวางแผนงาน โครงการสำหรับผู้สูงอายุซึ่งได้รับสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบลเป็นหลัก อีกทั้งมีนโยบายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และมีการจัดหาด้านวัสดุอุปกรณ์ ระดมทุนจัดหากายอุปกรณ์ให้เพียงพอกับความต้องการ	ทุกตำบลมีกิจกรรมคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุเป็นประจำทุกปีและแลกเปลี่ยนระบบข้อมูลสุขภาพในเครือข่าย การดำเนินงานผ่านชมรมผู้สูงอายุและโรงเรียนผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง มีระบบส่งต่อและติดตามเยี่ยมบ้าน (Home health Care) และมีระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง		

จากตาราง 6 กระบวนการการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว 4 ด้านพบว่า มีกระบวนการต่างๆ ได้แก่ ด้านการวางแผน ซึ่งประกอบด้วย การบริหารด้านงบประมาณ ด้านบุคลากร และด้านวัสดุอุปกรณ์ พบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทหลักในการดำเนินงาน ชมรมผู้สูงอายุและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีบทบาทรอง ในด้านการปฏิบัติ มีการแลกเปลี่ยนระบบข้อมูลสุขภาพ มีระบบส่งต่อและติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีกิจกรรมต่างๆ ผ่านชมรมผู้สูงอายุและโรงเรียนผู้สูงอายุ ด้านการตรวจสอบ มีการติดตามการดำเนินงานจากการประชุมผ่านแผนงานโครงการ ประเมินผลการดำเนินโครงการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และด้านการปรับปรุงแก้ไข ดำเนินงานผ่านการจัดเวทีประชาคมในชุมชนเพื่อหาผลสรุปที่ได้จากการจัดทำโครงการหรือกิจกรรมต่างๆ และปรับปรุงแก้ไขภายใต้พื้นฐานของบริบทชุมชนที่แตกต่างกัน

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในอำเภอเมือง จังหวัดลำพูนครั้งนี้ พบว่า กลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายและอยู่ในช่วงอายุ 51-60 ปี เนื่องจากกลุ่มผู้ปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขหรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุหรือ Care giver มากกว่าบทบาทอื่น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอยู่ในช่วงอายุดังกล่าว และด้วยบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขหรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุหรือ Care giver มีมากกว่าบทบาทอื่น อาจเนื่องจากตามระเบียบของกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่งของสมาชิกทั้งหมดในหมู่บ้านนั้น[8]การเตรียมสร้างระบบเพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของรัฐบาลในปี พ.ศ.2559 จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ตำบลที่เข้าร่วมระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวปี พ.ศ. 2559 (กลุ่ม 1) ซึ่งเข้าร่วมระบบก่อนตำบลอื่น (กลุ่ม 2, 3) มีคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการวางแผน ด้านการปฏิบัติ ด้านการตรวจสอบ และด้านการปรับปรุงแก้ไข สูงกว่ากลุ่ม 2 และกลุ่ม 3 อาจเนื่องจากตำบลที่เข้าร่วมระบบก่อน มีระยะเวลาในการเตรียมระบบและการดำเนินงานที่นานกว่ากลุ่มอื่น ดังเช่นที่ Cohen and UpHoff[9] กล่าวไว้ว่า ระยะเวลาที่อยู่ในโครงการเป็นปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของประชาชน

ลักษณะการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน พบว่า การมีส่วนร่วมด้านการวางแผนและการปรับปรุงแก้ไขสูงสุด สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการวางแผนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและการปรับปรุงพัฒนากิจกรรมจะนำไปสู่การทำกิจกรรมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง[10] ทั้งนี้ ลักษณะชุมชนในพื้นที่ศึกษามีความแตกต่างกันส่งผลต่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ในพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบทมีการดูแลผู้สูงอายุโดยเครือญาติและครอบครัว ในพื้นที่ชุมชนเมือง เป็นคนต่างถิ่นย้ายเข้ามาอยู่ ความสนิทสนมของเพื่อนบ้านมีน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าบริบทชุมชนสังคม วิถีความเป็นอยู่ มีความสอดคล้องกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ[5] นอกจากนั้นรูปแบบราชการส่วนท้องถิ่น การบริหารจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่งผลต่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ อบต. มีบุคลากรในการดำเนินงานผู้สูงอายุน้อย ไม่มีการจัดตั้งกองสาธารณสุขและกองสวัสดิการที่ชัดเจน เทศบาลเมือง มีการแบ่งกองงานต่างๆชัดเจน มีการจัดตั้งกองการแพทย์และมีทีมสหวิชาชีพ เทศบาลตำบล ส่วนใหญ่มีการแบ่งกองงานที่ชัดเจน มีบุคลากรที่เพียงพอ ยกเว้นบางตำบลยังไม่มีการแบ่งกองงานสาธารณสุขและกองสวัสดิการที่ชัดเจนและมีบุคลากรน้อย ปัจจัยด้านบุคลากรส่งผลต่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าคณะกรรมการการดำเนินงานถือเป็นหัวใจหลักของกระบวนการพัฒนาให้ประสบความสำเร็จ[11] อย่างไรก็ตาม วิวัฒนาการของเครือข่ายก็ส่งผลต่อกระบวนการการมีส่วนร่วมเช่นกัน ซึ่งส่วนใหญ่เริ่มต้นมาจากนโยบายของรัฐและการก่อตั้งชมรมผู้สูงอายุเป็นส่วนผลักดันการสร้างเครือข่ายผู้สูงอายุในชุมชน การสร้างพันธกรณีและการบริหารเครือข่ายในแต่ละตำบลมีจุดมุ่งหมายในอนาคตที่เป็นภาพเดียวกันและการสร้างประโยชน์

ร่วมกันทุกฝ่าย ความสัมพันธ์ของภาคีเครือข่ายทุกตำบลเป็นลักษณะเดียวกัน คือ ความสัมพันธ์แนวดิ่งและความสัมพันธ์แนวนอน สำหรับนโยบายของผู้บริหารในแต่ละพื้นที่อำเภอเมืองลำพูนมีความแตกต่างกัน ได้แก่ ธรรมนูญสุขภาพ นโยบายในการดูแลสุขภาพให้กับผู้สูงอายุจากทีมสหสาขาวิชาชีพ นโยบายการดูแลสวัสดิการสังคมและการส่งเสริมรายได้ให้กับผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าภาวะผู้นำแบบเป็นทางการ เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานผู้สูงอายุ[12]

ในส่วนของกระบวนการการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวนั้น ในด้านการวางแผน ส่วนใหญ่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทหลักในการดำเนินงาน โดยมีชมรมผู้สูงอายุและรพ.สต.มีบทบาทรอง มีการเตรียมความพร้อมด้านบุคลากร การหาแหล่งงบประมาณเพิ่มเติม การสนับสนุนกายอุปกรณ์และสิ่งของจำเป็นจากชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ากระบวนการวางแผนการทำงานแบบมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นหนึ่งในปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ[11] ในด้านการปฏิบัติ มีการตรวจคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุและการใช้ระบบข้อมูลสุขภาพ แต่ยังมีส่วนที่ต้องพัฒนาในด้านความครอบคลุม ความถูกต้องแม่นยำของข้อมูลสุขภาพจากการสำรวจข้อมูลโดยอสม.ในชุมชนและการพัฒนาระบบข้อมูลโดยนำข้อมูลมารวมกันในภาพรวมระดับตำบล ทั้งนี้ อำเภอเมืองลำพูนมีระบบส่งต่อและติดตามเยี่ยมบ้าน โดยดำเนินการผ่านระบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์และอินเตอร์เน็ต ผู้สูงอายุได้รับการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ การติดตามเยี่ยมบ้านจึงเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยลดปัญหาการเดินทางมารับบริการและค่าใช้จ่ายในการเดินทางสำหรับผู้สูงอายุ ส่วนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ มีบางพื้นที่มีการรวมกลุ่มผู้สูงอายุทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างรายได้ให้กับผู้สูงอายุและชมรมผู้สูงอายุ กิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุช่วยให้ผู้สูงอายุในชุมชนได้พบปะกัน มีรายได้จากการทำงานของตนเอง ในด้านการตรวจสอบ การตรวจสอบติดตามการดำเนินงานจากการประชุมงานผู้สูงอายุ (ทุกตำบล) ซึ่งมีการประชุมในพื้นที่เป็นประจำอย่างต่อเนื่อง การติดตามผ่านแผนงานหรือโครงการ ประเมินผลการดำเนินโครงการตรงตามวัตถุประสงค์ของโครงการ ส่วนการติดตามตรวจสอบผ่านการทำงานของ Care Manager และ Care giver พบปัญหาที่หลากหลายคือ ปัญหาการจัดการเวลาในการเยี่ยมบ้านของ Care giver ปัญหาการเขียนรายงานของ Care giver การขาดวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต ชุดอุปกรณ์ทำแผล เป็นต้น เกิดการสะท้อนปัญหาเข้าสู่ที่ประชุม และเสนอขอความช่วยเหลือกับคณะกรรมการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ และในด้านการปรับปรุงแก้ไข หลังจากการจัดทำโครงการหรือกิจกรรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุในชุมชนเสร็จสิ้น การจัดเวทีประชาคมในชุมชนเพื่อใช้ในการวางแผนในปีถัดไป และประชาชนในพื้นที่เข้าถึงและสามารถตัดสินใจร่วมกันในชุมชน สะท้อนปัญหาจากชุมชนสู่ภาครัฐที่มีส่วนในการบริหารจัดการงบประมาณให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ ในส่วนของอำเภอเมืองลำพูน ได้ไปศึกษาดูงานจากตำบลที่เข้าร่วมระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เริ่มทำก่อนหน้าในพื้นที่อื่น เพื่อให้ทราบวิธีการปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้ระบบมีการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น อีก

ประเด็นหนึ่งคือ Care giver ซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาก่อน ถึงแม้ได้รับการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง แต่การอบรมหลักสูตรดังกล่าวมีระยะเวลาจำกัด ทำให้อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุขาดความมั่นใจและความชำนาญในการใช้ทักษะในการปฏิบัติงานผู้สูงอายุได้

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาศักยภาพของผู้นำอย่างเป็นทางการ (ผู้ดำเนินงานหลักในการดูแลผู้สูงอายุ) จะช่วยให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานมากยิ่งขึ้น

2. การมีส่วนร่วมและการได้รับผลงานหรือผลประโยชน์ร่วมกันในทุกเครือข่าย ทำให้มีการขับเคลื่อนงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเป็นไปอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

3. ควรมีการพัฒนาระบบข้อมูล ให้มีการจัดเก็บ การรวบรวมข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน ภาคีเครือข่ายทุกเครือข่ายในพื้นที่ชุมชนตนเองสามารถเข้าถึงข้อมูลที่มีการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลแล้ว ที่สะดวก รวดเร็ว ไม่ซ้ำซ้อน เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations (UN). World Population Ageing report. Cochrane Database Syst Rev 2015. [cited 2016 Nov]; Available from: URL: http://www.un.org
2. สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.). ประชากรสูงอายุอาเซียน.[อินเตอร์เน็ต]. 2559 [สืบค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก: URL: http://www.dop.go.th
3. ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2557). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2556. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ:อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พลับชิง, 26-27
4. สัจธรรม พรทวีกุล และจิตราภรณ์ วงศ์คำจันทร์. (2561). การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการพัฒนาสังคมแห่งการเรียนรู้เพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน. วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม. 8(3), 109-117
5. ปิยะพันธุ์ นันตา. (2553). หนทางแห่งการเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว. มหาวิทยาลัยแม่โจ้.
6. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2552). บูรณาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย.พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เจพริ้น 2, 158-178
7. คะนึงนิตย์ สิงห์แก้ววงค์. (2559). การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
8. ประกาศคณะกรรมการส่งเสริมและสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลาง. การรวมกลุ่มของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ.2561. [อินเตอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 12 ธันวาคม2562]. เข้าถึงได้จาก: URL:http://www.ratchakitcha. soc.go.th
9. Cohen, J. M., Uphoff, N. T. (1977). Rural Development Participation: Concept andMeasures for Project Design, Implementation and

Evaluation. 1st eds. New York: Cornell University, 317

10. ชินวงศ์ ศรีงาม. (2560). รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการเสริมสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี. มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร.
11. ศตวรรษ ศรีพรหม. (2556). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ตำบลธาตุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
12. กิตติวรรณ จันทร์ฤทธิ์ และคณะ (2562). รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนแบบมีส่วนร่วมของภาคเครือข่ายชุมชนด้วยกระบวนการพันธกิจสัมพันธ์ตำบลป่าเซ่า อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์.วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์, 14(1), 65-78