

การพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ Social Network Development for the Elderly Care

ยุวดี รอดจากภัย, ส.ด. (สุขศึกษา) ¹

Yuvadee Rodjarkpai, Dr.P.H. (Health Education) ¹

กุลวดี โรจนไพศาลกิจ, ส.ด. (สุขศึกษา) ²

Kunwadee Rojpaisarnkit, Dr.P.H. (Health Education) ²

Received: October 15, 2020

Revised: December 11, 2022

Accepted: December 12, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาและประเมินผลการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุ จำนวน 150 คน และผู้ให้บริการ จำนวน 45 คน ในจังหวัดชลบุรี ฉะเชิงเทรา สระแก้ว จันทบุรี และตราด เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์การรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ มีค่าความเชื่อมั่น .79 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ มีค่าความเชื่อมั่น .72 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการ แบบสัมภาษณ์การรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ให้บริการ มีค่าความเชื่อมั่น .96 และแบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังอำนาจของผู้ให้บริการ มีค่าความเชื่อมั่น .90 ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน 2560 ถึงเดือนสิงหาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired *t*-test และวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) เครือข่ายทางสังคมหลักในการดูแลผู้สูงอายุในทุกพื้นที่ศึกษา คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชมรมผู้สูงอายุ และแกนนำชุมชน โดยมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งทางกาย ทางจิต และทางสังคมและจิตวิญญาณ 2) การพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุโดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสนับสนุนทาง

¹ รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

¹ Associate Professor, Faculty of Public Health, Burapha University

² รองศาสตราจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์

² Associate Professor, Faculty of Science and Technology, Rajabhat Rajanagarindra University

² ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: rojkunwadee@gmail.com

สังคม และการสร้างการมีส่วนร่วม ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และประสบการณ์ ซึ่งทำให้ได้แนวทางการดำเนินงานของเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับพื้นที่ และ 3) หลังการพัฒนาผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเอง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 70.083, p < .001$ และ $t = 75.330, p < .001$ ตามลำดับ) และผู้ให้บริการมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเอง และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.019, p < .001$ และ $t = 13.813, p < .001$ ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุควรมีการติดตามและสนับสนุนการเชื่อมโยงเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ ผู้ให้บริการ เครือข่ายทางสังคม การดูแลผู้สูงอายุ

Abstract

This action research aimed to develop and evaluate the social network development for the elderly care. The participants consisted of 150 elderly people and 45 service providers in Chonburi, Chachoengsao, Sa Kaeo, Chanthaburi, and Trat Provinces. The research instruments were composed of the guideline for focus group discussion, the general information interview form for elderly people, the self-worth interview form for elderly people with reliability of .79, the health behavior interview form for elderly people with reliability of .72, the general information interview form for service provider, the self-worth interview form for service provider with reliability of .96, and the empowerment interview form for service provider with reliability of .90. The implementation and data collection were conducted from September, 2017 to August, 2019. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, paired *t*-test, and content analysis.

The research results revealed that 1) the main social network for the elderly care in all study areas was district health promoting hospital, village health volunteer, local government organization, elderly club, and community leaders. The health promotion activities for elderly people covered physical, mental, and social and spiritual aspects; 2) the results of the social network development for the elderly care using the process of empowerment, social support, and building participation causing the sharing of knowledge, opinions, and experiences which resulting in getting the suitable guidelines for operating social network for the elderly care; and 3) after the development, elderly people had statistically significantly higher mean scores of self-worth and health behaviors than those

of before the development ($t = 70.083, p < .001$ and $t = 75.330, p < .001$, respectively) and service providers had statistically significantly higher mean scores of self-worth and empowerment than those of before the development ($t = 10.019, p < .001$ and $t = 13.813, p < .001$, respectively).

This research suggests that the elderly care agencies should monitor and promote the linkage of social network for the elderly care in order to enhance the continuity of cooperation of the elderly care.

Keywords: Elderly people, Service providers, Social network, Elderly care

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย (Khavinson, Popovich, & Mikhailova, 2020) สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากการคาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุพบว่า จากปี พ.ศ. 2523 ไปจนถึงปี พ.ศ. 2563 ประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 300 โดยมีอายุคาดเฉลี่ย (life expectancy) สูงขึ้น และจากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกคาดว่า ในปี ค.ศ. 2050 จะมีประชากรโลกที่เป็นผู้สูงอายุที่อายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 395 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 80 (กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ และยวดี รอดจากภัย, 2561) ปัญหาสำคัญที่พบในผู้สูงอายุไทยคือ ปัญหาทางเศรษฐกิจและสุขภาพ เมื่อพิจารณาจากสุขภาพจากจำนวนปีที่คาดว่าจะมีสุขภาพดี (healthy life expectancy) พบว่า การที่ประชากรไทยมีชีวิตยืนยาวขึ้นจะเป็นช่วงชีวิตที่มีการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นและมีจำนวนปีที่คาดว่าจะมีสุขภาพดีลดลงเป็นลำดับตามอายุที่เพิ่มขึ้น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) โดยในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุจำนวน 10,225,322 คน คิดเป็นร้อยละ 15.45 ของประชากรทั้งหมดในประเทศ โดยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผู้สูงอายุจำนวน 656,732 คน คิดเป็นร้อยละ 13.84 ของประชากรทั้งหมดในภาค สำหรับจังหวัดที่เป็นพื้นที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้พบว่า จังหวัดชลบุรีมีผู้สูงอายุ

จำนวน 184,912 คน คิดเป็นร้อยละ 12.25 จังหวัดฉะเชิงเทรา มีผู้สูงอายุจำนวน 112,387 คน คิดเป็นร้อยละ 15.83 จังหวัดสระแก้วมีผู้สูงอายุจำนวน 75,101 คน คิดเป็นร้อยละ 13.36 จังหวัดจันทบุรีมีผู้สูงอายุจำนวน 87,594 คน คิดเป็นร้อยละ 16.39 และจังหวัดตราดมีผู้สูงอายุจำนวน 36,155 คน คิดเป็นร้อยละ 15.74 (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2560)

ปัจจุบันรัฐบาลให้ความสำคัญกับการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ครอบคลุมจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของไทยในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยคาดว่าในปี พ.ศ. 2570 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (aged society) ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และปัญหาแรงงาน แนวทางหนึ่งในการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุ คือ มาตรการด้านสังคมในการสร้างโครงข่ายสังคมผู้สูงอายุในรูปแบบชุมชนภิบาล (community governance) ภายใต้ระบบอภิบาลที่เน้นการเชื่อมโยงหน่วยงานหรือการสร้างเครือข่ายการอภิบาล (network governance) เพื่อให้เกิดการอภิบาลแบบร่วมมือ (collaborative governance) ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ชุมชน และประชาชน เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายที่มีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ไม่พึ่งพิงเฉพาะเครือข่ายภาครัฐ (พลรัฐวิชัย วงษ์พิริยชัย, ชมภูงุช หุ่นนาค,

ศิริพร เข้มนิล, และประกาศ ปันตบแต่ง, 2562) จาก การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การสร้าง เครื่องช่วยทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุถือเป็นการดำเนินการตามแนวทางของชุมชนกิบาลหรือการดูแลผู้สูงอายุ โดยชุมชน ซึ่งเครื่องช่วยทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วยหน่วยงาน บุคคล และกลุ่มบุคคลในชุมชน ที่เข้ามามีบทบาทในการหนุนเสริมกระบวนการดำเนินงานในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ (กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ และวารการ เกรียงไกรศักดิ์, 2560) ตลอดจนการส่งเสริม การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ อันจะช่วยลดอัตราการเกิด ผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงที่อาจก่อให้เกิดปัญหาที่ส่งผล กระทบต่อครอบครัวและชุมชน การส่งเสริมการใช้ ศักยภาพที่มีอยู่ในตัวของผู้สูงอายุ การเสริมพลังและใช้ ทุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชน สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุ ดูแลตนเองในชุมชนได้และนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี (พักตร์ธรรม์ วรภัทร์ธีระกุล, 2561)

สำหรับความสำคัญของเครื่องช่วยการดูแลผู้สูงอายุ นั้น จากสถานการณ์ในอนาคตที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลง ทางประชากรในลักษณะที่ลดลง กล่าวคือ จำนวนสมาชิก ในครอบครัวมีแนวโน้มลดลง ครอบครัวมีขนาดเล็กลง ส่งผลต่อการขาดผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ซึ่งคาดว่า จะเป็นปัจจัยที่ทำให้ครอบครัวอ่อนแอลงจนถึงระดับ ที่ไม่สามารถรับกับบทบาทการดูแลที่เป็นที่คาดหวัง ของสังคมได้ (ศศิพัฒนา ยอดเพชร, 2559) ร่วมกับ สถานการณ์ของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น และความต้องการ ของผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายและยังไม่ได้รับการดูแล ที่ทั่วถึง ประกอบกับเครื่องช่วยทางสังคม ภาครัฐ ภาค เอกชน และชมรมอาสาสมัครที่ทำหน้าที่ดูแลยังดำเนินการ ได้ไม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลงและขาดความต่อเนื่อง (กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ, 2561; ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์ และยุวดี รอดจากภัย, 2557)

จากสถานการณ์ปัญหาข้างต้น ผู้วิจัยเห็นว่าการ ความจำเป็นที่จะต้องเร่งดำเนินการแก้ไขโดยการพัฒนา เครื่องช่วยทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจากการศึกษาที่ ผ่านมาพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ (ช่วยเสริมสร้าง

ความสามารถและพัฒนาศักยภาพของผู้ให้บริการ) การสนับสนุนทางสังคม (ช่วยสนับสนุนการทำงานของผู้ ให้บริการ ช่วยลดความเครียดจากการทำงาน) และ การสร้างการมีส่วนร่วม (ช่วยส่งเสริมให้เกิดเครื่องช่วย การทำงาน) ส่งผลต่อศักยภาพของผู้ให้บริการใน การพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ (ชนิดา เตชะปิ่น, ลิวลิ รัตน์ปัญญา, และสามารถ ใจเตี้ย, 2562) และส่งผลต่อ ผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเอง (กุนนที พุ่มสงวน, 2557) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิลปสวย ระวีแสงสุรย์ (2559) ที่ระบุว่า การพัฒนาคุณภาพ การดูแลผู้สูงอายุต้องดำเนินการควบคู่ไปกับการพัฒนา บุคลากรด้านผู้สูงอายุ ดังนั้น การพัฒนาเครื่องช่วยทาง สังคมที่ดูแลผู้สูงอายุภายใต้กระบวนการเสริมสร้าง พลังอำนาจ การสนับสนุนทางสังคม และการสร้างการมี ส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ซึ่งดำเนินการในการวิจัยครั้งนี้ จึงเป็นกลไกที่สำคัญในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ที่จะ ส่งผลให้ผู้สูงอายุไทยมีสุขภาพที่ดีและก้าวสู่สังคม ผู้สูงอายุแบบพหุคุณพลัง (active aging) ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

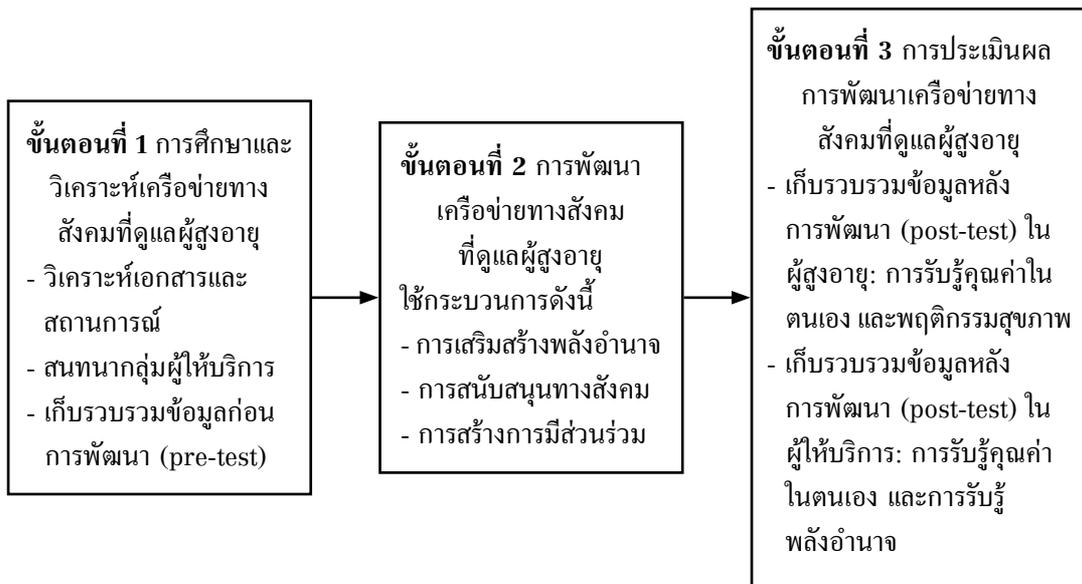
1. เพื่อศึกษาและวิเคราะห์เครื่องช่วยทางสังคม ที่ดูแลผู้สูงอายุ
2. เพื่อพัฒนาเครื่องช่วยทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ
3. เพื่อประเมินผลการพัฒนาเครื่องช่วยทางสังคม ที่ดูแลผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริม สร้างพลังอำนาจ การสนับสนุนทางสังคม และการสร้าง เครื่องช่วยทางสังคม โดยเริ่มจากการวิเคราะห์เครื่องช่วย ทางสังคม การพัฒนาเครื่องช่วยทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจและการสนับสนุน ทางสังคม ร่วมกับการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และการประเมินผลการพัฒนาเครื่องช่วยทางสังคมที่ ดูแลผู้สูงอายุ โดยแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ

(empowerment) ประยุกต์จากแนวคิดของ Wallerstein and Bernstein (1988) และแนวคิดของ Minkler, Wallerstein, and Wilson (1990) ในการสร้างพลังให้เกิดการกระทำทางสังคม (social action process) ที่ส่งเสริมให้บุคคล องค์กร และชุมชนสามารถควบคุมตนเอง หรือมีความสามารถในการเลือกกำหนดอนาคตของตน ชุมชน และสังคม และร่วมมือกันกระทำในการเปลี่ยนแปลงชีวิตและสิ่งแวดล้อมที่ตนอาศัยอยู่ ส่วนการสนับสนุนทางสังคม (social support) ประยุกต์จากแนวคิดของ House (1981) ซึ่งได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการให้การสนับสนุนทางสังคมออกเป็น

4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินผล การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านเครื่องมือ สำหรับการสร้างเครือข่ายทางสังคม (social network) ประยุกต์จากแนวคิดที่สรุปโดย Burt (2000) ที่ว่า เครือข่ายทางสังคมประกอบด้วยบุคคลที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันตามบทบาทหรือหน้าที่ของแต่ละคนหรือคู่ความสัมพันธ์ โดยความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลขึ้นอยู่กับพื้นฐานของการรับรู้และการตัดสินใจในการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันระหว่างคู่ความสัมพันธ์ทั้งด้านวัตถุและด้านจิตใจ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การเตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย และระยะที่ 2 การดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาและวิเคราะห์เครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ 2) การพัฒนาเครือข่าย

ทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ และ 3) การประเมินผลการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ โดยดำเนินการในพื้นที่ศึกษา คือ จังหวัดชลบุรี ฉะเชิงเทรา สระแก้ว จันทบุรี และตราด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุ ประชากรเป็นผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี ฉะเชิงเทรา สระแก้ว จันทบุรี และตราด ในปี พ.ศ. 2560 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับประโยชน์จากเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ศึกษา และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างจังหวัดละ 30 คน รวมจำนวน 150 คน

กลุ่มที่ 2 ผู้ให้บริการ ประชากรเป็นผู้ให้บริการ (ประกอบด้วยอาจารย์ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของเทศบาล พยาบาล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) ในจังหวัดชลบุรี ฉะเชิงเทรา สระแก้ว จันทบุรี และตราด ในปี พ.ศ. 2560 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ เป็นผู้ให้บริการที่มีบทบาทในการดำเนินการพัฒนาผู้สูงอายุในแต่ละเครือข่าย และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างจังหวัดละ 9 คน รวมจำนวน 45 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 7 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แนวทางการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น สำหรับใช้ในการสนทนากลุ่มผู้ให้บริการ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินงานของเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ กิจกรรมพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ และแนวทางการเชื่อมร้อยการทำงานของเครือข่ายทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 3 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ การพักอาศัย และโรคประจำตัว จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้คุณค่าในตนเองในระดับไม่ดี (1-13 คะแนน) ในระดับปานกลาง (14-27 คะแนน) และในระดับดี (28-40 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 25 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติประจำ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับไม่ดี (1-41 คะแนน) ในระดับปานกลาง (42-83 คะแนน) และในระดับดี (84-125 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา และบทบาทการปฏิบัติงาน จำนวน 4 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 6 แบบสัมภาษณ์การรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ให้บริการ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้คุณค่าในตนเองในระดับไม่ดี (1-16 คะแนน) ในระดับปานกลาง (17-33 คะแนน) และในระดับดี (34-50 คะแนน)

ชุดที่ 7 แบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังอำนาจของผู้ให้บริการ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 3 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้พลังอำนาจในระดับไม่ดี (1-5 คะแนน) ในระดับปานกลาง (6-10 คะแนน) และในระดับดี (11-15 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์การรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์การรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ให้บริการ และแบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังอำนาจของผู้ให้บริการ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์มหาวิทยาลัยผู้เชี่ยวชาญงานวิจัยด้านผู้สูงอายุ (3 คน) และนักวิชาการสาธารณสุขที่มีประสบการณ์การวิจัยด้านผู้สูงอายุ (2 คน) ได้คำดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุและผู้ให้บริการในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแวน อำเภอนมสาร จันทบุรี จังหวัดจันทบุรี ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวนกลุ่มละ 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .79, .72, .96 และ .90 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ IRB 135/2558 วันที่ 30 สิงหาคม 2560) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ดำเนินการในช่วงเดือนกันยายนถึงเดือนพฤศจิกายน 2560 โดยผู้วิจัยศึกษาผลงานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง คัดเลือกหน่วยงานที่มีความพร้อมและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และชี้แจงสร้างความเข้าใจแก่ผู้ประสานงานในพื้นที่ศึกษาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และบทบาทของหน่วย

งานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความร่วมมือและการประสานงานที่ดี

ระยะที่ 2 แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาและวิเคราะห์เครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ ดำเนินการในช่วงเดือนธันวาคม 2560 ถึงเดือนกรกฎาคม 2561 โดยผู้วิจัยทำการศึกษาและวิเคราะห์เครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุในหน่วยงานที่คัดเลือกไว้ โดยการวิเคราะห์เอกสารและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการสนทนากลุ่มผู้ให้บริการครั้งละ 9 คน (ตามพื้นที่ศึกษา) เพื่อค้นหาแนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้แนวทางการสนทนากลุ่ม ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิด้วย ใช้เวลาในการสนทนากลุ่มครั้งละ 45-90 นาที จากนั้นดำเนินการให้ผู้สูงอายุและผู้ให้บริการในแต่ละพื้นที่ศึกษาตอบแบบสัมภาษณ์ ก่อนการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ (pre-test) โดยผู้สูงอายุตอบแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์การรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้เวลา 35-40 นาที ส่วนผู้ให้บริการตอบแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการ แบบสัมภาษณ์การรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ให้บริการ และแบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังอำนาจของผู้ให้บริการ โดยใช้เวลา 15-20 นาที ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิด้วย

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ ดำเนินการในช่วงเดือนสิงหาคม 2561 ถึงเดือนกรกฎาคม 2562 โดยผู้วิจัยนำผลการศึกษาค้นตอนที่ 1 มากำหนดแนวทางและกิจกรรมการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสนับสนุนทางสังคม และการสร้างการมีส่วนร่วม ดังนี้ 1) การเสริมสร้างพลังอำนาจ (การเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้สูงอายุและผู้ให้บริการในการพัฒนาสุขภาพของตนเอง) ดำเนินการผ่าน

กิจกรรมแต่งแต้มสีสันจินตนาการไว้ขีดจำกัด กิจกรรมเรียนรู้การดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ต้นแบบ และกิจกรรมการเรียนรู้ภูมิปัญญาผู้สูงอายุ 2) การสนับสนุนทางสังคม (การส่งเสริมการสร้างเครือข่ายทางสังคมในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ) ดำเนินการผ่านกิจกรรมการเชื่อมร้อยเครือข่ายทางสังคมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และกิจกรรมในแต่ละพื้นที่ศึกษา เช่น การออกกำลังกายด้วยไม้ตาล การเดินบาสโลบ การทำอาหารสำหรับผู้สูงอายุ และ 3) การสร้างการมีส่วนร่วม (การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและผู้ให้บริการได้เข้ามามีส่วนร่วมในทุกกระบวนการและขั้นตอนของการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ) ดำเนินการผ่านกิจกรรมการประชุมระดมความคิดเห็น และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินกิจกรรมและการประเมินผล ทั้งนี้มีการทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างตัวแทนผู้สูงอายุกับตัวแทนผู้ให้บริการในแต่ละพื้นที่ศึกษา เป็นเวลา 2 วัน จากนั้นตัวแทนผู้สูงอายุและตัวแทนผู้ให้บริการดังกล่าว นำลงไปทำกิจกรรมในพื้นที่ตนเอง โดยผู้วิจัยลงพื้นที่ติดตามหนุนเสริมการดำเนินงานทุก 4 เดือน รวมทั้งสิ้น 3 ครั้ง (กระบวนการในการหนุนเสริมการดำเนินงานประกอบด้วย การทบทวนเป้าหมายการดำเนินการ การติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินการตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ และการให้ข้อเสนอแนะในกรณีพบปัญหาหรืออุปสรรคในการดำเนินการ)

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ ดำเนินการในเดือนสิงหาคม 2562 โดยผู้วิจัยดำเนินการให้ผู้สูงอายุและผู้ให้บริการในแต่ละพื้นที่ศึกษาตอบแบบสัมภาษณ์ หลังการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ (post-test) โดยผู้สูงอายุตอบแบบสัมภาษณ์การรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้เวลา 25-30 นาที ส่วนผู้ให้บริการตอบแบบสัมภาษณ์การรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ให้บริการ และแบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังอำนาจของผู้ให้บริการ โดยใช้เวลา 10-15 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ และข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการ วิเคราะห์ด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ข้อมูลการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ให้บริการ และข้อมูลการรับรู้พลังอำนาจของผู้ให้บริการ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ การเปรียบเทียบการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ และการเปรียบเทียบการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ให้บริการ และการรับรู้พลังอำนาจของผู้ให้บริการ ระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

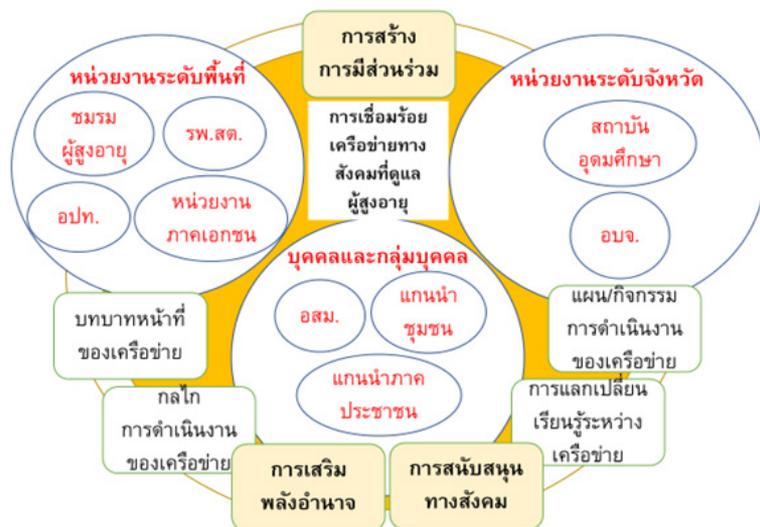
ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาและวิเคราะห์เครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า เครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ศึกษาประกอบด้วย 1) หน่วยงานระดับพื้นที่ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชมรมผู้สูงอายุ หน่วยงานเอกชนในพื้นที่ 2) หน่วยงานระดับจังหวัด เช่น องค์การบริหารส่วนจังหวัด สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สถาบันอุดมศึกษาในจังหวัด เช่น มหาวิทยาลัยราชภัฏ วิทยาลัยชุมชน และ 3) บุคคลและกลุ่มบุคคล เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แกนนำชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน แกนนำภาคประชาชน โดยพบว่า เครือข่ายทางสังคมหลักในการดูแลผู้สูงอายุในทุกพื้นที่ศึกษา คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชมรมผู้สูงอายุ และแกนนำชุมชน โดยกิจกรรมที่ดำเนินการในเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุประกอบด้วย 1) กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทางกาย เช่น การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร 2) กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ทางจิต เช่น การสวดมนต์ การปฏิบัติธรรม และ 3) กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทางสังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นการดำเนินการให้เกิดสังคมที่เอื้อเพื่อเพื่อแผ่กัน เช่น การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ กิจกรรมทัศนศึกษาแหล่งเรียนรู้ กิจกรรมงานบุญตามประเพณีไทย เช่น กิจกรรมวันสงกรานต์ พิธีรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ

2. ผลการดำเนินการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุทำให้เกิดการเชื่อมโยงเครือข่ายการดำเนินงานและแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานของเครือข่าย

ทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ศึกษา เกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินการและการสร้างทีมงานของแต่ละพื้นที่ศึกษา โดยเกิดการเชื่อมโยงเครือข่ายการดำเนินงานทั้งในระดับบุคคล ระดับพื้นที่ และระดับจังหวัด ส่งผลต่อการได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานจากหลายภาคส่วน ภายใต้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสนับสนุนทางสังคม และการสร้างการมีส่วนร่วมทำให้เกิดเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการซึ่งแนวทางการดำเนินงานของเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ แสดงในแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 แนวทางการดำเนินงานของเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ

3. ผลการประเมินผลการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ

3.1 ผลที่เกิดกับผู้สูงอายุ

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 74 มีอายุอยู่ในช่วง 67-82 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 โดยมีอายุเฉลี่ย 69.19 ปี ($SD = 7.74$) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 66 นับถือศาสนา

พุทธ คิดเป็นร้อยละ 99.30 มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.70 ประกอบอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้ คิดเป็นร้อยละ 54 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1,500 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.70 โดยมีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 5,239 บาท ($SD = 9,914.50$) มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.30 ส่วนใหญ่พักอาศัยร่วมกับผู้อื่น คิดเป็นร้อยละ 96.40 และมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง

มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.70

3.1.1 การรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุทั้งหมดมีการรับรู้คุณค่าในตนเองในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนหลังการพัฒนา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้คุณค่าในตนเองในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 82.70 และในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 17.30 เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนา พบว่า หลังการพัฒนา ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 70.083, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

3.1.2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุทั้งหมดมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนหลังการพัฒนา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 88 และในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 12 เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนา พบว่า หลังการพัฒนา ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 75.330, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเอง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ ($n = 150$)

ตัวแปร	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
การรับรู้คุณค่าในตนเอง	21.36	2.87	24.29	3.65	70.083	< .001
พฤติกรรมสุขภาพ	59.98	8.46	61.04	7.76	75.330	< .001

3.2 ผลที่เกิดกับผู้ให้บริการ

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการ พบว่า ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 71.10 มีอายุอยู่ในช่วง 37–56 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 โดยมีอายุเฉลี่ย 44.91 ปี ($SD = 11.43$) มีการศึกษาระดับปริญญาตรี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.80 และมีบทบาทการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.30

3.2.1 การรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ให้บริการ พบว่า ก่อนการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีการรับรู้คุณค่าในตนเองในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 91.10 และในระดับดี

คิดเป็นร้อยละ 9.90 ส่วนหลังการพัฒนา ผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีการรับรู้คุณค่าในตนเองในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 75.60 และในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 24.40 เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ให้บริการระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนา พบว่า หลังการพัฒนา ผู้ให้บริการมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.019, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

3.2.2 การรับรู้พลังอำนาจของผู้ให้บริการ พบว่า ก่อนการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีการรับรู้พลังอำนาจในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 91.10 และในระดับดี คิดเป็น

ร้อยละ 9.90 ส่วนหลังการพัฒนาฯ ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ มีการรับรู้พลังอำนาจในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 95.60 และในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 4.40 เมื่อเปรียบเทียบ การรับรู้พลังอำนาจของผู้ให้บริการระหว่างก่อนกับหลัง

การพัฒนาฯ พบว่า หลังการพัฒนาฯ ผู้ให้บริการมี คะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจสูงกว่าก่อนการพัฒนาฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 13.813, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเอง และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ ของผู้ให้บริการ ระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ (n = 45)

ตัวแปร	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t	p
	M	SD	M	SD		
การรับรู้คุณค่าในตนเอง	29.04	3.62	36.20	3.67	10.019	< .001
การรับรู้พลังอำนาจ	5.76	2.59	13.38	2.80	13.813	< .001

นอกจากนี้ จากการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ในการประเมินผลเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า เมื่อมีกระบวนการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแล ผู้สูงอายุโดยใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจ การสนับสนุน ทางสังคม และการสร้างการมีส่วนร่วม ในพื้นที่ศึกษา 5 จังหวัด ได้แก่ ชลบุรี ฉะเชิงเทรา สระแก้ว จันทบุรี และตราด เครือข่ายเหล่านี้ได้ดำเนินการดูแลผู้สูงอายุใน พื้นที่อย่างต่อเนื่อง มีการขยายเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรมของเครือข่ายฯ มีการจัดประชุมแลกเปลี่ยน ความรู้ ความคิดเห็น และประสบการณ์ในประเด็นต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การนำภูมิปัญญาท้องถิ่น มาใช้ การออกกำลังกายโดยใช้ก้านตาล การส่งเสริม การร่วมคิดและร่วมทบทวนแผนและผลการดำเนินงาน ของชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่จากอดีตถึงปัจจุบัน การค้นหา จุดเด่นและจุดที่ควรพัฒนาของชมรมผู้สูงอายุภายใต้ แนวคิดการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อนำผล มาใช้ในการกำหนดแนวทางการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ และการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุให้มีการดำเนินงานที่มี ประสิทธิภาพยิ่งขึ้น รวมถึงการนำความรู้ที่ได้จาก การเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ

ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติ เช่น การประกอบอาหารที่ เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การปลูกผักปลอดสารพิษ การทำ ขนมน้ำเปียะชาววัง

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม วัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า เครือข่ายทางสังคมหลักใน การดูแลผู้สูงอายุในทุกพื้นที่ศึกษา คือ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชมรมผู้สูงอายุ และแกนนำชุมชน เนื่องจากเป็นเครือข่ายที่มีการดำเนินการ ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ และวรากร เกรียงไกรศักดิ์ดา (2560) ที่พบว่า ชมรมผู้สูงอายุและแกนนำผู้สูงอายุ ในชุมชนเป็นกลไกด้านทรัพยากรบุคคลที่สำคัญใน การพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษา ของ Kuhirunyaratn, Pongpanich, Somrongthong, Love, and Chapman (2007) ที่พบว่า เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในชุมชนเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่

สำคัญของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Marcelino, Laza, and Pereira (2016) ที่พบว่า เครื่องช่วยทางสังคมช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ ในขณะที่ Morelli, Barello, Mayan, and Graffigna (2019) พบว่า ผู้ที่มีบทบาทพื้นฐานในการดูแลผู้สูงอายุ คือ ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (informal caregivers) อย่างไรก็ตาม Rath and Panigrahi (2017) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยหน่วยงานมีบทบาทเชิงกลยุทธ์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยพบว่า ผู้สูงอายุในชนบทให้ความเชื่อถือผู้ให้บริการจากหน่วยงานในการดูแลด้านสุขภาพในระยะยาว

ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุภายใต้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสนับสนุนทางสังคม และการสร้างการมีส่วนร่วมทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้คุณค่าในตนเองและมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับที่ดีขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากกระบวนการหนุนเสริมการดำเนินการภายใต้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสนับสนุนทางสังคม และการสร้างการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระหว่างดำเนินการในการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของนิภาพรรณ อธิคมานนท์ (2554) ที่พบว่า การใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโดยใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของกัตติกา ธนะขว้าง, จินตนา รัตนวิฑูรย์, และจามจุรีย์ ทนุรัตน์ (2554) ที่พบว่า การเสริมพลังช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองและนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี ส่วนการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุภายใต้กระบวนการสนับสนุนทางสังคมนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Sahin, Özer, and Yanardag (2019) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุจะช่วยเพิ่มความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Goldzweig, Baider, Andritsch, and Rottenberg (2016) ที่พบว่า

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความหวังในการมีชีวิตอยู่ของผู้สูงอายุ ในขณะที่ Ebrahimi, Hosseini, and Rashedi (2018) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถลดความวิตกกังวลในการเสียชีวิตของผู้สูงอายุได้ และ Najafi and Baseri (2018) พบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่ออายุขัยของผู้สูงอายุ โดยการสนับสนุนการตระหนักรู้ในตนเองของผู้สูงอายุสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้เป็นไปตามความคาดหวังของผู้สูงอายุได้

ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุภายใต้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสนับสนุนทางสังคม และการสร้างการมีส่วนร่วมทำให้ผู้ให้บริการมีการรับรู้คุณค่าในตนเองและมีการรับรู้พลังอำนาจในระดับที่ดีขึ้น ทั้งนี้อาจเกิดจากการที่ผู้ให้บริการได้รับการหนุนเสริมการดำเนินการภายใต้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสนับสนุนทางสังคม และการสร้างการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการได้เรียนรู้การดำเนินงานของเครือข่ายทางสังคมต้นแบบ สอดคล้องกับการศึกษาของวิภา เพ็งเสงี่ยม, พัชรภักดิ์ ไชยสังข์, และปัญญาภรณ์ ยะเกษม (2558) ที่พบว่า หลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการรับรู้พลังอำนาจสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม และสอดคล้องกับการศึกษาของกมลทิพย์ ทิพย์สังวาลย์, นิธิพงศ์ ศรีเบญจมาศ, และประจวบ แผลมหลัก (2561) ที่พบว่า โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชนจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ สามารถพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของปิยนุช ภิญโย และคณะ (2560) ที่พบว่า หลังการใช้โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถแห่งตน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนสูงขึ้น ในขณะที่ Charles, Brémault-Phillips, Parmar, Johnson, and Sacrey (2017) พบว่า การสนับสนุนผู้ดูแลให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุอย่าง

เหมาะสมเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ และ Aksoydan et al. (2019) พบว่า การส่งเสริมความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานของเครือข่ายหลัก ในการดูแลผู้สูงอายุควรให้ความสำคัญกับการสนับสนุน จากครอบครัวและบุคคลในวัยเดียวกันกับผู้สูงอายุด้วย ดังการศึกษาของ Li, Ji, and Chen (2014) ที่พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนมีบทบาทต่อ ความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุ และการศึกษาของ Lee et al. (2017) ที่พบว่า การส่งเสริมความสัมพันธ์ ภายในครอบครัวจะช่วยปกป้องผู้สูงอายุจากภาวะ การทำงานของสมองเสื่อมถอยลง (cognitive decline) รวมทั้งการศึกษาของ Kuhirunyaratn et al. (2007) ที่พบว่า เพื่อนสนิทเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญในผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ควรมีการติดตามหนุนเสริมให้เกิดความยั่งยืนของ การเชื่อมโยงเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ และ ส่งเสริมให้เกิดการเพิ่มเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ ให้มากขึ้น โดยพิจารณาจากบริบทของเครือข่ายฯ ในแต่ละจังหวัด เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการดูแล ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง
2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป
ควรมีการประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนา เครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุเป็นระยะ และควร มีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนา การดำเนินงานของเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ ที่มีการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานและองค์กรในระดับ ชุมชนที่สามารถบูรณาการให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุอย่าง ครอบคลุมในทุกมิติอย่างมีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- กมลทิพย์ ทิพย์สังวาลย์, นิธิพงศ์ ศรีเบญจมาศ, และ ประจวบ แผลมหลัก. (2561). ผลโปรแกรม การพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุใน ชุมชน. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม*, 12(1), 275–291.
- กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (2560). *สถิติ ผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2560*. สืบค้นจาก http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1533055363-125_1.pdf
- กัตติกา ณะชะว้าง, จินตนา รัตนวิฑูรย์, และจามจุรีย์ ทุนรัตน์. (2554). การพัฒนาเครือข่ายเพื่อนช่วย เพื่อนและศักยภาพในการดูแลตนเองเพื่อการสูงวัย อย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสาร วิจัยระบบสาธารณสุข*, 5(3), 381–391.
- กุนนที พุ่มสงวน. (2557). การสร้างเสริมพลังอำนาจ ทางสุขภาพ: บทบาทที่สำคัญของพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 86–90.
- กุลวดี โจนีไพศาลกิจ. (2561). สถานการณ์ด้านประชากร ผู้สูงอายุของจังหวัดฉะเชิงเทราระหว่าง ปี พ.ศ. 2550–2559. *วารสารสุขภาพศึกษา*, 41(1), 154–170.
- กุลวดี โจนีไพศาลกิจ, และยุวดี รอดจากภัย. (2561). สุขภาวะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและเขต ชนบทของประเทศไทย. *วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา*, 13(1), 113–127.
- กุลวดี โจนีไพศาลกิจ, และวารการ เกรียงไกรศักดิ์ดา. (2560). การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานของ ชุมชนในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ. *วารสาร สมาคมนักวิจัย*, 22(1), 81–97.

- ชนิดา เตชะปັນ, สิวลี รัตนปัญญา, และสามารถ ใจเตี้ย. (2562). การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดำเนินงานด้านสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย*, 9(1), 17–24.
- นิภาพรรณ อธิคมานนท์. (2554). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอำเภอบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ปียนุช ภิญโย, กิตติภูมิ ภิญโย, สายสุดา จันทวันนา, วชิรศักดิ์ อภิพัฒนกันต์, ธรณิศ สายวัฒน์, และอมรรัตน์ อัครเศรษฐกุล. (2560). ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถแห่งตนเองต่อความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมดูแลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน จังหวัดขอนแก่น. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 37(3), 109–120.
- พัทสรณ์ วรภัทร์ตระกูล. (2561). *ปัญหาแรงงาน: เมื่อประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์*. สืบค้นจาก <https://www.western.ac.th/media/attachments/2017/12/06/7-.pdf>
- พลรัฐวัย วงษ์พิริยชัย, ชมภูษ นุ่นนาค, ศิริพร แยมนิล, และประกาศ ปิ่นตบแต่ง. (2562). รูปแบบการอภิบาลในการจัดการทรัพยากรป่าชายเลน. *วารสารสหศาสตร์*, 19(1), 30–49.
- ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์, และยุวดี รอดจากภัย. (2557). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 9(2), 13–20.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2560). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ประจำปี 2560*. สืบค้นจาก <https://thaitgri.org/?p=38607>
- วิภา เพ็งเสงี่ยม, พัชรภรณ์ ไชยสังข์, และปัญญาภรณ์ ยะเกษม. (2558). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและการปฏิบัติ การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 8(1), 152–165.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2559). 'ผู้ดูแล' ผู้สูงอายุในครอบครัว. สืบค้นจาก <http://thammapakorn.dop.go.th/wp-content/uploads/2016/02/A7.pdf>
- ศิลปสวย ระวีแสงสุรย์. (2559). *แนวทางการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานครเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร.
- Aksoydan, E., Aytar, A., Blazeveciene, A., van Bruchem-Visser, R. L., Vaskelyte, A., Mattace-Raso, F., ... Kiziltan, G. (2019). Is training for informal caregivers and their older persons helpful? A systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 83, 66–74. doi:10.1016/j.archger.2019.02.006
- Burt, R. S. (2000). The network structure of social capital. *Research in Organizational Behavior*, 22, 345–423. doi:10.1016/S0191-3085(00)22009-1
- Charles, L., Brémault-Phillips, S., Parmar, J., Johnson, M., & Sacrey, L. A. (2017). Understanding how to support family caregivers of seniors with complex needs. *Canadian Geriatrics Journal*, 20(2), 75–84. doi:10.5770/cgj.20.252

- Ebrahimi, B., Hosseini, M., & Rashedi, V. (2018). The relationship between social support and death anxiety among the elderly. *Elderly Health Journal*, 4(2), 37–42. Retrieved from https://applications.emro.who.int/imemrf/Elderly_Health_Journal/Elderly_Health_Journal_2018_4_2_37_42.pdf
- Goldzweig, G., Baider, L., Andritsch, E., & Rottenberg, Y. (2016). Hope and social support in elderly patients with cancer and their partners: An actor-partner interdependence model. *Future Oncology*, 12(24), 2801–2809. doi:10.2217/fon-2016-0267
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Khavinson, V., Popovich, I., & Mikhailova, O. (2020). Towards realization of longer life. *Acta Bio-medica*, 91(3), e2020054. doi:10.23750/abm.v91i3.10079
- Kuhirunyaratn, P., Pongpanich, S., Somrongthong, R., Love, E. J., & Chapman, R. S. (2007). Social support among elderly in Khon Kean Province, Thailand. *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 38(5), 936–946. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18041315/>
- Lee, W. J., Kim, H. G., Kim, H., Yoo, S. R., Jang, S. E., & Oh, M. K. (2017). Tangible social support and cognitive decline in the elderly: The Korean longitudinal study of aging. *Korean Journal of Family Practice*, 7(3), 337–341. doi:10.21215/kjfp.2017.7.3.337
- Li, H., Ji, Y., & Chen, T. (2014). The roles of different sources of social support on emotional well-being among Chinese elderly. *PLoS One*, 9(3), e90051. doi:10.1371/journal.pone.0090051
- Marcelino, I., Laza, R., & Pereira, A. (2016). SSN: Senior social network for improving quality of life. *International Journal of Distributed Sensor Networks*, 12(7), 2150734–2150734. doi:10.1177/155014772150734
- Minkler, M., Wallerstein, N., & Wilson, N. (1990). Improving health through community organization and community building. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (pp. 287–312). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Morelli, N., Barello, S., Mayan, M., & Graffigna, G. (2019). Supporting family caregiver engagement in the care of old persons living in hard to reach communities: A scoping review. *Health and Social Care in the Community*, 27(6), 1363–1374. doi:10.1111/hsc.12826
- Najafi, M., & Baseri, A. (2018). Relationship of perceived social support and self-actualization with life expectancy in the elderly in Tehran. *Journal of Education and Community Health*, 4(4), 56–64. doi:10.21859/jech.4.4.56

Rath, T., & Panigrahi, D. (2017). Instrumental social support for the rural elderly: Study of a rural block of a coastal district of Odisha. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 4(7), 2320–2326. doi:10.18203/2394-6040.ijcmph20172818

Sahin, D. S., Özer, Ö., & Yanardag, M. Z. (2019). Perceived social support, quality of life and satisfaction with life in elderly people. *Educational Gerontology*, 45(1), 69–77. doi:10.1080/03601277.2019.1585065

Wallerstein, N., & Bernstein, E. (1988). Empowerment education: Freire's idea adapted to health education. *Health Education Quarterly*, 15(4), 379–394. doi:10.1177/109019818801500402
