

บทความวิจัย

การพัฒนาการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุตำบลหัวถนน อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ Development of Elderly Club of Huathanon Subdistrict, Nangrong District, Buriram Province

ชยุต ชำนาญเนาวิ^{1*} มนกานต์ อินทรกำแหง² และนิรุวรรณ เทรินโบล³
Chayut Chamnannao^{1*}, Manakant Intrakamhaeng² and Niruwan Turnbull³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุตำบลหัวถนน อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 38 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ประธานผู้สูงอายุหมู่บ้าน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และตัวแทนสหวิชาชีพด้านสาธารณสุข ประยุกต์แนวคิดการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) เป็นขั้นตอนการดำเนินงาน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ไปงานตามกระบวนการ AIC แบบบันทึกกิจกรรม และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้ ความถี่ ร้อยละ มัธยฐาน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Wilcoxon Signed Rank สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การสัมภาษณ์ แบบเจาะลึก ทำการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม 2556 – มีนาคม 2557

ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ มี 6 ขั้นตอน คือ 1) วิเคราะห์บริบทการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ 2) จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการด้วยกระบวนการ A-I-C 3) จัดตั้งคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ 4) กำหนดแผนงาน/โครงการ 5) ปฏิบัติตามแผนงาน/โครงการที่กำหนดไว้ และ 6) ติดตามสนับสนุนและประเมินผลการดำเนินงาน โดยพบว่า หลังการพัฒนา มีระดับการดำเนินงานโดยรวมและรายด้านทุกด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับการปฏิบัติประจำ มีระดับการดำเนินงานหลังการพัฒนามากขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 ส่งผลให้ชมรมผู้สูงอายุเกิดการพัฒนาในทางที่ดีขึ้น

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ ระบบสุขภาพชุมชน แก่นนำชุมชน

¹ นิสิตปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 44150

² ผศ., คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 44150

³ ผศ., คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 44150

* Corresponding author: e-mail: chalitcham@gmail.com Tel. 086-8684171

Abstract

This study of action research were developing model elderly club of Huathanon subdistrict, Nangrong distric, Burirum province. Using purposive sampling for 38 people. The following were the leader of the villages, the chairman of elderly people, health volunteers of the villages, local authorities and health for life professionals. Application of participatory planning (AIC) is the management of implementation. This data was questionnaire, sheet process AIC, activity record and depth interview analysis forms. Using quantity frequency, percent, median, average and standard deviation, Wilcoxon Signed Rank for analysis. Qualitative analysis by depth interview, between October 2013 - March 2014.

This research found that the development of elderly club manage for 6 steps, such as 1) To analyzed of elderly club management. 2) To meeting manage action research process A-I-C. 3) To manage the member elderly club. 4) To plane the project. 5) To manage follow for plane/ project and 6) Support contact and manage valuable. After that development the level of management is better than before, the statistics significant at 0.05 level. To result elderly club to manage for a good developing.

Keywords : Elderly, Local Health Care System, Leader of Community

บทนำ

จากสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยที่มีสัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วใน ปี พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 11.9 และในอีก 20 ปีข้างหน้า (พ.ศ.2573) จะเพิ่มเป็นมากกว่า 2 เท่าตัวอยู่ที่ร้อยละ 25 ซึ่งถือว่าเป็น “สังคมผู้สูงอายุ” อย่างเต็มตัว ในขณะที่ประชากรวัยแรงงานที่เกื้อหนุนดูแลผู้สูงอายุนั้นลดลง จากปี พ.ศ. 2553 มีประชากรแรงงานโดยเฉลี่ย 6 คนต่อการดูแลผู้สูงอายุ 1 คน จะลดลงเหลือแค่เพียง 2 คน ในปี พ.ศ.2573 ซึ่งจะส่งผลให้คนวัยแรงงานมีภาระที่ต้องเกื้อหนุนดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น [1] นั้น หมายถึง คนวัยทำงานที่จะกลายเป็นผู้สูงอายุ จะต้องพึ่งตัวเองมากขึ้น ท่ามกลางเงื่อนไขและตัวแปรต่าง ๆ ที่ทำให้ทั่วโลกกำลังเผชิญกับแรงกดดัน จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไปสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุและสังคมโดยรวม ที่จะต้องดำเนินการกับผู้สูงอายุทั้งในด้านสวัสดิการ การพัฒนา และมนุษยธรรม จากการศึกษาของสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล [2] พบว่า ผู้สูงอายุเป็นปัจจัย ที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อส่วนรวม กล่าวคือมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาต่าง ๆ โดยส่วนหนึ่งมาจากการทอดทิ้งทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้นตามอายุ อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ ปัญหาสุขภาพที่ตามมา คือการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ตลอดจนการเกิดภาวะทุพพลภาพ ทำให้มีภาวะพึ่งพาสูง ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทางสังคม สภาพทางเศรษฐกิจ ทำให้เกิดปัญหาทางสังคมตามมา ได้แก่ ปัญหาสิทธิมนุษยชน การขาดรายได้การอาศัยอยู่ในสภาพที่ไม่เหมาะสม และความไม่เท่าเทียมกัน โดยเฉพาะการเข้าถึงบริการและสวัสดิการต่าง ๆ จากลักษณะข้างต้นทำให้ประชากรสูงอายุเป็นกลุ่มที่ใช้ทรัพยากร ต่าง ๆ ในอัตราที่สูง โดยเฉพาะด้านบริการสุขภาพและสังคม นอกจากนี้ในสังคมยังมีทัศนคติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาที่เรียกว่า การกระทำที่ผิดต่อผู้สูงอายุจากบุคคลรอบข้าง ด้วยทางวาจา ทางกาย ทางจิตใจ ทางการเงินหรือทางเพศ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของบรรลุ ศิริพานิช [3] ซึ่งพบว่าปัญหาหลักที่ผู้สูงอายุไทยต้องเผชิญ ได้แก่ ปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากระบบการขาด ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ อันเนื่องมาจากรายได้ลดลง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีอาชีพเกษตรกรรม ต้องใช้แรงงานอย่างหนักในการทำงาน เมื่ออายุมากขึ้นไม่สามารถประกอบอาชีพได้เช่นเคย รวมทั้งมีแผนการเก็บออมเงินในอดีตต่ำ ปัญหาด้านการอยู่อาศัยขาดผู้ดูแลเมื่อถึงวัยชราภาพ

จังหวัดบุรีรัมย์ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ได้ส่งเสริมและสนับสนุนให้แต่ละตำบลมีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุทุกตำบล โดยให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นที่เลี้ยงให้การสนับสนุนในการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุและการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำรงชีวิตในบ้านปลายร่วมกับครอบครัว ชุมชนและสังคมอย่างมีคุณค่า จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า ชมรมผู้สูงอายุที่จัดตั้งขึ้นในตำบลต่าง ๆ ของอำเภอนางรอง โดยมีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นที่เลี้ยงให้การสนับสนุน มีการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุไม่ต่อเนื่อง ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้เท่าที่ควร เนื่องจากชมรมผู้สูงอายุที่จัดตั้งขึ้นขาดการมีส่วนร่วมจากแกนนำชุมชนและประชาชน ส่งผลให้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนขาดความรู้สึกเป็นเจ้าของชมรมผู้สูงอายุ [4] ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องในการติดตามนิเทศงาน จึงมีความสนใจในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้กับชมรมผู้สูงอายุตำบลอื่นในอำเภอนางรองต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ
3. เพื่อเปรียบเทียบผลการพัฒนาการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนา
4. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการ

ประชากร ได้แก่ กลุ่มแกนนำชุมชน ที่มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ ตำบลหัวถนน ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ (508 คน) ผู้ใหญ่บ้าน (11 คน) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (99 คน) เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลหัวถนน (22 คน) และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวถนน (4 คน) รวมทั้งสิ้น 644 คน

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกโดยใช้วิธีแบบเจาะจง (Purposive Sampling Technique) ได้แก่ ประธาน ผู้สูงอายุ หมู่บ้านทุกหมู่บ้าน (11 คน) ผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่บ้าน (11 คน) ประธาน อสม.ทุกหมู่บ้าน (11คน) ตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบล (3 คน) ได้แก่ นายก อบต./ปลัด อบต./ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. (2 คน) รวมทั้งสิ้น จำนวน 38 คนทำการศึกษาในเดือน ตุลาคม 2556 – มีนาคม 2557

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ส่วน คือ แบบจัดเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ และคุณภาพ ดังนี้ 1) แบบจัดเก็บเชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถามมี 2 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรสระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และสถานภาพหรือการดำรงตำแหน่งในชุมชนในปัจจุบัน จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุเป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ (3 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (2 คะแนน) และไม่ปฏิบัติ (1 คะแนน) จำนวน 54 ข้อ วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Cronbach's Alpha Coefficient ได้ 0.84 และ 2) แบบจัดเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ใบงานตามกระบวนการ AIC 6 ขั้นตอน [5] แบบบันทึกกิจกรรม และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก โดยเครื่องมือทุกชนิด ผู้วิจัยนำมาใช้หลังจากผ่านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยสารคาม โดยชี้แจงสิทธิของผู้ร่วมวิจัยและจรรยาบรรณการวิจัยให้ผู้ร่วมวิจัยทราบก่อนตัดสินใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ขั้นตอนดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยกำหนดไว้เป็น 2 ระยะ ดังนี้

1. ระยะการเตรียมการก่อนวิจัย ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าหาความรู้จากเอกสาร ตำรา แนวคิด ทฤษฎี และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ติดต่อประสานงานพื้นที่ศึกษา เตรียมกลุ่มตัวอย่าง และสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

2. ระยะการปฏิบัติการวิจัย

2.1 ขั้นที่ 1 การวางแผน (Planning) ระยะดำเนินการ ตุลาคม 2556 – พฤศจิกายน 2556

2.1.1 เก็บรวบรวมข้อมูลขั้นปฐมภูมิ จากเอกสารและข้อมูลของชมรมผู้สูงอายุ

2.1.2 วัดผลการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุก่อนการพัฒนา โดยสอบถามกลุ่มตัวอย่าง

2.1.3 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C)

2.2 ขั้นที่ 2 การปฏิบัติ (Action) ระยะเวลาดำเนินการ ธันวาคม 2556 ถึง มีนาคม 2557 ดำเนินการพัฒนาการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุฯ ตามแผนปฏิบัติการที่ได้จากขั้นที่ 1

2.3 ขั้นที่ 3 การสังเกต (Observation) ระยะดำเนินการ ตุลาคม 2556 – มีนาคม 2557 จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ และกิจกรรมต่าง ๆ ในขั้นตอนที่ 2 และการนิเทศติดตามสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวถนน อำเภอนาโยง จังหวัดบุรีรัมย์

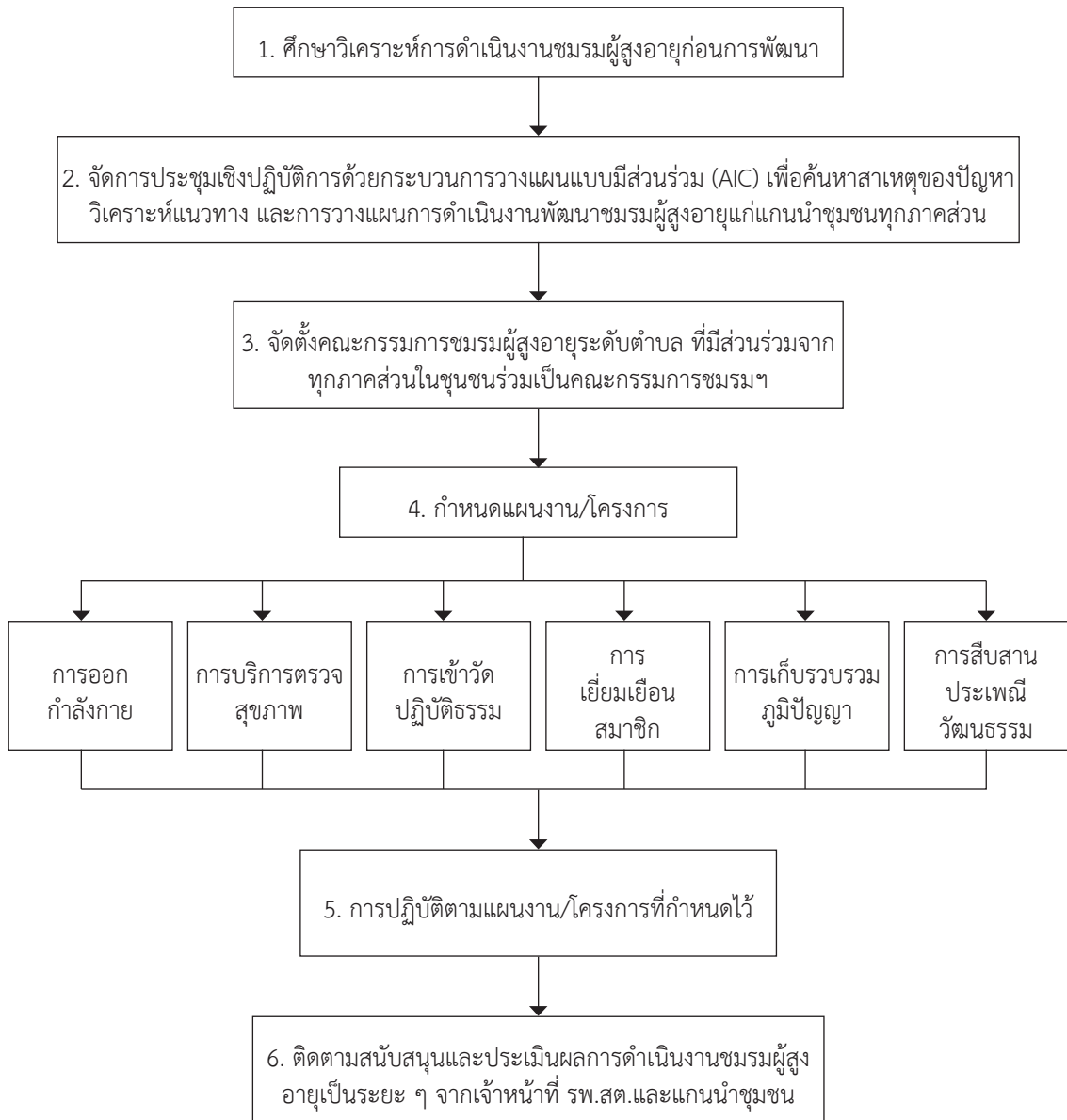
2.4 ขั้นที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) ระยะดำเนินการ 1 วัน โดยการจัดเวทีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุของคณะกรรมการชมรมฯ และตัวแทนสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ วัดผลการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุหลังการพัฒนา โดยสอบถามกลุ่มตัวอย่าง การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยเลือกใช้สถิติความถี่ ร้อยละ มัธยฐาน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบ ผลการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนา ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐานการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุตำบลหัวถนน อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ ตำบลหัวถนน มีผู้สูงอายุ 508 คน ด้านสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ แบ่งเป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ (ติดสังคม) จำนวน 473 คน ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง (ติดบ้าน) จำนวน 30 คน และผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (ติดเตียง) จำนวน 5 คน (ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมจำนวน 4 คน และโรคหลอดเลือดในสมอง จำนวน 1 คน) ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 355 คน โรคหลอดเลือดในสมอง จำนวน 17 คน โรคเบาหวาน 47 คน โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 64 คน โรคหอบหืด จำนวน 4 คน โรคสมองเสื่อม จำนวน 4 คน และ โรคซึมเศร้า จำนวน 17 คน ด้านสวัสดิการรักษายาบาลของผู้สูงอายุ สิทธิข้าราชการ จำนวน 31 คน สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทองผู้สูงอายุ) จำนวน 477 คน และผู้สูงอายุที่ไม่มีคนดูแล จำนวน 1 คน [6] การดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุตำบลหัวถนน พบว่า การดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงปัจจุบัน ก่อนการพัฒนา เป็นชมรมผู้สูงอายุระดับหมู่บ้านเท่านั้น ไม่ได้เป็นชมรมผู้สูงอายุระดับตำบล ที่มีคณะกรรมการจากทุกหมู่บ้านร่วมเป็นกรรมการชมรมฯ มีสมาชิกไม่ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน ทำให้มีสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีน้อย ทุนในการสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุไม่มี กิจกรรมของชมรมฯ ไม่หลากหลาย ขาดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน โดยจัดตั้งเมื่อวันที่ 6 มิถุนายน พ.ศ. 2552 โดยมีนายประนอม พิมพ์เชื้อ บ้านปราสาททอง หมู่ที่ 11 ตำบลหัวถนน เป็นผู้จัดตั้ง และเป็นประธานชมรมผู้สูงอายุ เน้นกิจกรรมณาปณิจสงเคราะห์เป็นหลัก เมื่อสมาชิกเสียชีวิตจะมีเงินช่วยค่าทำศพ มีจำนวนสมาชิกชมรมกระจายไปยังหมู่บ้าน ต่าง ๆ จำนวน 44 คน

2. กระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ

จากการวิจัย ผู้วิจัยสามารถสรุปรูปแบบการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุตำบลหัวถนน อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ ได้ทั้งหมด 6 ขั้นตอน โดยมีแผนงาน/โครงการในการพัฒนา 6 โครงการ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุตำบลหัวถนน อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์

3. ผลการพัฒนาการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนา

การพัฒนาแบบการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุตำบลหัวถนน อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าได้รูปแบบการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ คือ “Huathanon Model” ซึ่งประกอบด้วย การแต่งตั้งคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน การอบรมพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมศึกษาดูงาน การจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุที่มีความหลากหลาย และการติดตามสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผลการพัฒนาการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ ตำบลหัวถนน พบว่า หลังการพัฒนามีระดับการปฏิบัติที่ดีขึ้นทั้ง 10 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการแต่งตั้งคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ 2) ด้านการวางแผนการประชุมชมรมผู้สูงอายุ 3) ด้านการประชาสัมพันธ์ชมรมผู้สูงอายุ 4) ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ 5) ด้านการบริการตรวจสอบสุขภาพ 6) ด้านการส่งเสริมการออกกำลังกาย 7) ด้านการช่วยเหลือดูแลกัน 8) ด้านการจัดหาทุนของชมรมฯ 9) ด้านการรวบรวมภูมิปัญญา และ 10) ด้านการจัดงานสืบสานประเพณีวัฒนธรรม ดังตาราง 1-10

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ ด้านการแต่งตั้งคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุเป็นรายข้อ ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา (n=38)

การแต่งตั้งคณะกรรมการฯ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		z	p-value 2-Tailed
	ค่าคะแนน	ระดับการปฏิบัติ	ค่าคะแนน	ระดับการปฏิบัติ		
การแต่งตั้งคณะกรรมการฯ มีความชัดเจน	2.26	บางครั้ง	3.00	ประจำ	-4.939	0.000*
คณะกรรมการฯ มีความหลากหลาย	2.02	บางครั้ง	3.00	ประจำ	-5.621	0.000*
คณะกรรมการฯ แก้ปัญหาของชมรมฯ ได้	2.15	บางครั้ง	2.97	ประจำ	-5.321	0.000*
คณะกรรมการฯ มีความโปร่งใสซื่อสัตย์	2.50	ประจำ	3.00	ประจำ	-3.945	0.000*
คณะกรรมการฯ มีความตั้งใจเสียสละ	2.55	ประจำ	3.00	ประจำ	-4.123	0.000*
คณะกรรมการฯ ปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับการแต่งตั้ง	2.57	ประจำ	3.00	ประจำ	-4.000	0.000*
คณะกรรมการฯ มีการบริหารงานเป็นรูปธรรมชัดเจน	2.31	บางครั้ง	3.00	ประจำ	-4.939	0.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ ด้านการวางแผนการประชุมชมรมผู้สูงอายุเป็นรายข้อ ก่อนและหลังการพัฒนา (n=38)

การวางแผนการประชุม ชมรมผู้สูงอายุ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		z	p-value 2-Tailed
	ค่าคะแนน	ระดับการปฏิบัติ	ค่าคะแนน	ระดับการปฏิบัติ		
ชมรมฯ มีการจัดประชุมต่อเนื่อง	2.16	บางครั้ง	2.81	ประจำ	-5.000	0.000*
ชมรมฯ มีการประสานการประชุม	2.31	บางครั้ง	3.00	ประจำ	-5.099	0.000*
การประชุมเป็นหน้าที่ของประธาน	2.63	ประจำ	3.00	ประจำ	-3.742	0.000*
การจัดการประชุมมีการวางแผน	2.31	บางครั้ง	2.87	ประจำ	-4.319	0.000*
การกำหนดสถานที่ประชุมล่วงหน้า	2.58	ประจำ	3.00	ประจำ	-3.771	0.000*
มีการจัดการประชุมสัจจร	1.29	ไม่ปฏิบัติ	1.31	ไม่ปฏิบัติ	-0.333	0.729

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบการดำเนินงานของชมรมฯ ด้านการประชาสัมพันธ์ชมรมผู้สูงอายุ เป็นรายข้อก่อนและหลังการพัฒนา (n=38)

การประชาสัมพันธ์ชมรมผู้สูงอายุ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		z	p-value 2-Tailed
	ค่าคะแนน	ระดับการปฏิบัติ	ค่าคะแนน	ระดับการปฏิบัติ		
ชมรมฯ มีการประชาสัมพันธ์	2.23	บางครั้ง	3.00	ประจำ	-4.874	0.000*
การประชาสัมพันธ์ช่วยแก้ปัญหาชมรมฯ	2.16	บางครั้ง	2.74	ประจำ	-4.491	0.000*
ชมรมฯ มีการกระจายข่าวอย่างทั่วถึง	1.95	บางครั้ง	2.95	ประจำ	-5.565	0.000*
ชมรมฯ มีการกระจายข่าวอย่างเป็นระบบ	1.84	บางครั้ง	2.10	บางครั้ง	-3.162	0.002*
ชมรมฯ มีการกระจายข่าวอย่างต่อเนื่อง	1.95	บางครั้ง	2.89	ประจำ	-5.381	0.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ
เป็นรายข้อก่อนและหลังการพัฒนา (n=38)

การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ชมรมผู้สูงอายุ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		z	p-value 2-Tailed
	ค่าคะแนน	ระดับการ ปฏิบัติ	ค่าคะแนน	ระดับการ ปฏิบัติ		
การค้นหาปัญหาการดำเนินงาน ชมรม	2.21	บางครั้ง	2.92	ประจำ	-5.196	0.000*
การแก้ปัญหาของชมรมฯ	2.16	บางครั้ง	2.89	ประจำ	-5.292	0.000*
การวางแผนการดำเนินงานชมรมฯ	2.13	บางครั้ง	2.86	ประจำ	-5.112	0.000*
การจัดทำโครงการดำเนิน งานชมรมฯ	2.13	บางครั้ง	2.86	ประจำ	-5.112	0.000*
การติดตามประเมินผลงานชมรมฯ	2.13	บางครั้ง	2.89	ประจำ	-5.209	0.000*
การตัดสินใจในการดำเนินงาน ของชมรมฯ	2.08	บางครั้ง	2.84	ประจำ	-5.209	0.000*
การประสานงานการดำเนินงานฯ	2.08	บางครั้ง	2.87	ประจำ	-5.303	0.000*
การดำเนินกิจกรรมตามบทบาท หน้าที่	2.13	บางครั้ง	2.84	ประจำ	-5.196	0.000*
การระดมทุนพัฒนาชมรมฯ	2.13	บางครั้ง	2.84	ประจำ	-5.196	0.000*
การแสวงหาสมาชิกใหม่ของชมรมฯ	2.03	บางครั้ง	2.71	ประจำ	-4.587	0.000*
การเสนอความคิดเห็น พัฒนาชมรมฯ	2.18	บางครั้ง	2.84	ประจำ	-5.000	0.000*
การพิจารณาอุปถัมภ์กิจสงเคราะห์ฯ	1.84	บางครั้ง	2.84	ประจำ	-5.035	0.000*
การเก็บเงินอุปถัมภ์กิจสงเคราะห์	1.63	บางครั้ง	1.79	บางครั้ง	-1.897	0.058
การขับเคลื่อนเครือข่ายทำกิจกรรม	2.16	บางครั้ง	2.47	บางครั้ง	-3.464	0.001*
การกำหนดกฎกติกาของชมรมฯ	2.03	บางครั้ง	2.89	ประจำ	-4.963	0.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ ด้านการบริการตรวจสอบสุขภาพ เป็นรายข้อก่อนและหลังการพัฒนา (n=38)

การบริการตรวจสอบสุขภาพ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		z	p-value 2-Tailed
	ค่าคะแนน	ระดับการปฏิบัติ	ค่าคะแนน	ระดับการปฏิบัติ		
ได้รับบริการตรวจสอบสุขภาพโดย จนท.สส.	2.81	ประจำ	3.00	ประจำ	-2.646	0.008*
ได้รับการส่งต่อพบแพทย์กรณีผิดปกติ	2.58	ประจำ	3.00	ประจำ	-4.000	0.000*
ได้รับการตรวจสอบสุขภาพโดย อสม.	2.66	ประจำ	2.87	ประจำ	-2.828	0.005*
ได้รับความรู้ด้านสุขภาพแก่สมาชิก	2.00	บางครั้ง	2.13	บางครั้ง	-2.236	0.005*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ ด้านการส่งเสริมการออกกำลังกาย เป็นรายข้อก่อนและหลังการพัฒนา (n=38)

การส่งเสริมการออกกำลังกาย	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		z	p-value 2-Tailed
	ค่าคะแนน	ระดับการปฏิบัติ	ค่าคะแนน	ระดับการปฏิบัติ		
มีการส่งเสริมการออกกำลังกาย	2.08	บางครั้ง	2.81	ประจำ	-5.292	0.000*
มีการส่งเสริมออกกำลังกายในชุมชน	2.00	บางครั้ง	2.16	บางครั้ง	-2.443	0.014*
มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ	1.95	บางครั้ง	2.05	บางครั้ง	-2.000	0.046*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ ด้านการช่วยเหลือดูแลกัน เป็นรายข้อก่อนและหลังการพัฒนา (n=38)

การช่วยเหลือดูแลกัน	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		z	p-value 2-Tailed
	ค่าคะแนน	ระดับการปฏิบัติ	ค่าคะแนน	ระดับการปฏิบัติ		
มีกิจกรรมการเยี่ยมบ้านเพื่อนช่วยเพื่อน	1.97	บางครั้ง	2.95	ประจำ	-5.925	0.000*
จัดตั้งกองทุนช่วยเหลือสมาชิกที่ไม่มีคนดูแล	1.29	ไม่ปฏิบัติ	2.05	บางครั้ง	-5.038	0.000*
ส่งเสริมสุขภาพจิตเช่น เข้าวัดฟังธรรม	2.45	ประจำ	2.92	ประจำ	-4.025	0.000*
ร่วมกับ อสม.ในการดูแลสุขภาพสมาชิก	2.47	ประจำ	2.92	ประจำ	-3.900	0.000*
จัดสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิก	2.74	ประจำ	2.95	ประจำ	-2.530	0.011*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 8 การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ ด้านการจัดหาทุนของชมรมฯ ของคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ เป็นรายข้อก่อนและหลังการพัฒนา (n=38)

การจัดหาทุนของชมรมผู้สูงอายุ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		z	p-value 2-Tailed
	ค่าคะแนน	ระดับการปฏิบัติ	ค่าคะแนน	ระดับการปฏิบัติ		
การจัดหาทุน เช่น ทอดผ้าป่า	1.18	ไม่ปฏิบัติ	2.00	บางครั้ง	-5.568	0.000*
เงินบริจาคจากผู้มีจิตศรัทธา	1.15	ไม่ปฏิบัติ	2.00	บางครั้ง	-5.567	0.000*
เงินสนับสนุนจากภาครัฐ/ท้องถิ่น	1.13	ไม่ปฏิบัติ	2.23	บางครั้ง	-5.391	0.000*
การจัดกิจกรรมส่งเสริมอาชีพ	1.08	ไม่ปฏิบัติ	2.21	บางครั้ง	-5.599	0.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ ด้านการรวบรวมภูมิปัญญา ของคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ เป็นรายชื่อก่อนและหลังการพัฒนา (n=38)

การรวบรวมภูมิปัญญา	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		z	p-value 2-Tailed
	ค่าคะแนน	ระดับการปฏิบัติ	ค่าคะแนน	ระดับการปฏิบัติ		
ส่งเสริมการปลูกสมุนไพรรักษาโรค	1.71	บางครั้ง	2.71	ประจำ	-5.708	0.000*
รวบรวมภูมิปัญญา หมอพื้นบ้าน	1.05	ไม่ปฏิบัติ	2.16	บางครั้ง	-5.641	0.000*
จัดกิจกรรมถ่ายทอดภูมิปัญญาแก่ชุมชน	1.03	ไม่ปฏิบัติ	2.08	บางครั้ง	-5.879	0.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ ด้านการจัดงานสืบสานประเพณีวัฒนธรรม ของคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ เป็นรายชื่อก่อนและหลังการพัฒนา (n=38)

การจัดงานสืบสานประเพณีวัฒนธรรม	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		z	p-value 2-Tailed
	ค่าคะแนน	ระดับการปฏิบัติ	ค่าคะแนน	ระดับการปฏิบัติ		
ส่งเสริมงานประเพณีของชุมชน	2.55	ประจำ	2.95	ประจำ	-3.638	0.000*
จัดกิจกรรมวันผู้สูงอายุ	1.95	บางครั้ง	3.00	ประจำ	-5.340	0.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ

จากการประชุมสรุปบทเรียนการดำเนินงาน พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ ตำบลหัวถนน ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน 2) การทำงานเป็นทีม คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุมีความตั้งใจเสียสละ และมีจิตอาสาในการทำงาน 3) คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ มีการแบ่งบทบาทหน้าที่กันชัดเจน 4) คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุมีการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องและทั่วถึง 5) สมาชิกชมรมผู้สูงอายุได้รับการติดตามเยี่ยมเยียน 6) มีการประชุมใหญ่สามัญประจำปี 7) ชมรมผู้สูงอายุมีการทำงานเป็นระบบมีกฎระเบียบที่เคร่งครัด สามารถตรวจสอบได้ และ 8) กิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุมีความหลากหลาย

การอภิปรายผล

ในการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุตำบลหัวถนน ผู้วิจัยได้นำกระบวนการ A-I-C มาพัฒนาโดยนำกลุ่มแกนนำชุมชน มาประชุม สร้างเป้าหมายร่วมกันในการดูแลผู้สูงอายุของตำบล หัวถนน มีการแต่งตั้งคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุระดับ ตำบล การพัฒนาครั้งนี้เน้นให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานมากที่สุด ซึ่งนำไปสู่การเป็นกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self Help Group) สอดคล้องกับผลการวิจัยของอคิน ระพีพัฒน์ [7] ผลการศึกษาของMarram [8] และผลการศึกษา พลณินท์ เหลืองไพบุลย์ [9] ทั้งนี้เป็นเพราะผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการที่สามารถดึงศักยภาพ การมีส่วนร่วมจากแกนนำ ทุกภาคส่วนในชุมชน

เทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) ที่ใช้ในการศึกษานี้แตกต่างจากงานของเจตวัชร พาดา [10] ซึ่ง ประยุกต์ใช้การจัดการของ Henri fayol ร่วมกับเทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ผู้วิจัยเห็นว่าการนำกระบวนการ AIC เพียงรูปแบบเดียวมาพัฒนาชมรมผู้สูงอายุ ตำบลหัวถนน มีความเหมาะสม เนื่องจากกระบวนการ AIC เป็นเทคนิคหรือ แนวทางที่จะส่งเสริมให้สมาชิกองค์กรมาร่วมกันเรียนรู้ในกิจกรรม เพื่อส่งเสริมการทำงานและพัฒนาาร่วมกัน ทั้งนี้ในด้าน บริหารจัดการการศึกษา ได้บริหารจัดการโดยการเปิดโอกาสให้ผู้แทนกลุ่มต่างๆเข้ามามีบทบาทในการร่วมคิดกำหนด แนวทางในการพัฒนา การมีส่วนร่วมในกิจกรรมและสร้างความเข้าใจซึ่งกันและกัน ซึ่งบางส่วนสอดคล้องกับแนวคิดการ บริหารจัดการของคุนทซ์ (POSDC Mode) ที่มีการประยุกต์ใช้โดยธวัชวิทย์ วงศ์เข็มมา [11] ในการจัดการแบบมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานชมรม สร้างสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดนครพนม แต่บางส่วนแตกต่าง เนื่องจากแนวคิดการบริหาร จัดการของคุนทซ์มีหลายขั้นตอน สร้างความยุ่งยากสำหรับผู้สูงอายุ

การเปรียบเทียบการพัฒนาการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุตำบลหัวถนน ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ผลการ มีส่วนร่วมปฏิบัติของคณะกรรมการชมรมฯ โดยรวมทุก ๆ ด้านเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาด้วยกระบวนการ AIC อย่างมี ทั้งนี้ผู้วิจัยพบว่า ความสำเร็จของการดำเนินงานเกิดจากปัจจัยแห่งความสำเร็จ ดังนี้ 1) การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน 2) การทำงานเป็นทีม คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุมีความตั้งใจ เสียสละ และมีจิตอาสาในการทำงาน 3) คณะกรรมการ ชมรมผู้สูงอายุ มีการแบ่งบทบาทหน้าที่กันชัดเจน 4) คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุมีการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องและ ทัวถึง 5) สมาชิกชมรมผู้สูงอายุได้รับการติดตาม เยี่ยมเยือน 6) มีการประชุมใหญ่สามัญประจำปี 7) ชมรมผู้สูงอายุ มีการทำงานเป็นระบบ มีกฎระเบียบที่เคร่งครัด สามารถตรวจสอบได้ และ 8) กิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุมีความหลากหลาย

ข้อเสนอแนะ

1. จากการพัฒนาระบบการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ พบว่า การใช้กระบวนการ AIC เพื่อสนับสนุนรูปแบบ การดำเนินงานนั้น ได้รูปแบบที่ชัดเจนโดยความร่วมมือของทุกภาคส่วนในชุมชน ซึ่งทำให้เกิดการประสานงานในพื้นที่ ดีขึ้น สามารถนำรูปแบบไปปรับใช้กับพื้นที่อื่น ๆ ในบริบทเดียวกันได้
2. ควรมีการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยนำรูปแบบการเสริมพลังอำนาจในการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุ มาประยุกต์ใช้ เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่หลากหลาย ต่อเนื่อง และยั่งยืน
3. การวิจัยครั้งต่อไปควรนำรูปแบบวิจัยครั้งนี้ไปใช้ในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในชุมชน โดยนำประเด็นปัญหา และอุปสรรคที่ได้มาปรับปรุง พัฒนา ร่วมด้วย

เอกสารอ้างอิง

- [1] มุลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2553). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ.
ม.ป.ท. : ม.ป.พ.
- [2] สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2541). ประชากรสูงอายุไทยตอนที่ 1 สถานการณ์และความสำคัญของผู้สูงอายุ.
ม.ป.ท. : ม.ป.พ.
- [3] บรรลุ ศิริพานิช. (2539). ชมรมผู้สูงอายุกรณีศึกษารูปแบบและการดำเนินงานที่เหมาะสม. กรุงเทพฯ : วิญญาน.
- [4] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนางรอง. (2555). ผลการประเมินการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ อำเภอนางรอง
จังหวัดบุรีรัมย์. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนางรอง.
- [5] ลือชา วรรัตน์. (2542). “AIC กับ อบต”, วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
- [6] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวถนน. (2556). ข้อมูลด้านสภาวะสุขภาพตำบลหัวถนน อำเภอนางรอง
จังหวัดบุรีรัมย์.
- [7] อकिन รพีพัฒน์. (2531). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาชนบทในสภาพสังคมและวัฒนธรรม. ขอนแก่น
: สถาบันวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- [8] Marram, G.D. (1978). The Group Approach in Nursing Practice. Saint Louise : The C.V. Mospany.
- [9] แสง ขาวแก้ว. (2543). การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในจังหวัดแพร่. วิทยานิพนธ์
ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- [10] เจตวัชร พาดา. (2550). กระบวนการจัดการชมรมผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้การจัดการของ Henri Fayol ร่วมกับ
กับเทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) ในเขตเทศบาลอากาศอำนวยจังหวัดสกลนคร. วิทยานิพนธ์
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- [11] ธวัช วงศ์เข็มมา. (2550). การจัดการแบบมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครพนม.
วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการ จัดการระบบสุขภาพ
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- [12] สุนัย ศรีเพชร. (2553). ผลการใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมต่อการดำเนินงาน ชมรมผู้สูงอายุ
ตำบลแกใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญา สาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- [13] สุกัญญา บุญวิเศษ. (2554). ความสำเร็จของชมรมผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาหมู่บ้านหนองตุ อำเภอธวัชบุรี
จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น.