

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

ผู้สูงอายุในท้องถิ่น จังหวัดกาฬสินธุ์

Participatory action research to develop public policies for the health
of local elderly people at Kalasin Provinceธวัชชัย เคหะบาล^{2*}, อภิรดี ดอนอ่อนบัว², ศรีญญ ทิพประมวล²Thawatchai Kahaban^{2*}, Apiradee Don Onbao², Saranyoo Thipprom²

สาขาวิชารัฐศาสตร์ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

Political Science Faculty of Arts Kalasin University

*Corresponding Author: tawatchai.ka@ksu.ac.th

ข้อมูลบทความ	บทคัดย่อ
ประวัติบทความ: รับพิจารณา: 21 ตุลาคม 2564 แก้ไข: 8 ธันวาคม 2564 ตอบรับ: 13 ธันวาคม 2564	บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุในท้องถิ่น : กรณีศึกษาตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาบริบทและสถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุในท้องถิ่น และ 2) ศึกษากระบวนการและผลการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุในท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วม โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม กลุ่มเป้าหมายในการวิจัย คือ ผู้นำชุมชน ประชาชนในตำบล และกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ โดยมีขั้นตอนในการวิจัย 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการวิจัย ระยะดำเนินการวิจัย และระยะสรุปผลการวิจัย มีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การสังเกตการณ์ และการประชุมกลุ่ม ผลการวิจัยพบว่า 1) บริบทและสถานการณ์ผู้สูงอายุตำบลยอดแกง มีจำนวน 865 คน คิดเป็นร้อยละ 10.36 ของประชากรทั้งหมด ส่วนใหญ่มีอายุ 60-70 ปี ร้อยละ 69.48 สภาพปัญหาผู้สูงอายุ ได้แก่ (1) ด้านสุขภาพ มีปัญหาสุขภาพร่างกาย คือ ด้านการเคลื่อนไหว การมองเห็น การได้ยิน และเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวานและความดันโลหิตสูง และปัญหาสุขภาพจิตใจ มีความกังวลและเหงา (2) ด้านเศรษฐกิจ คือ แห้งรายได้หลักส่วนใหญ่พึ่งพาตนเองไม่ได้ (3) ด้านสังคม ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดคือระดับประถมศึกษา และเป็นหม้าย และ (4) ด้านสิ่งแวดล้อม บางคนไม่มีที่อยู่อาศัยที่มั่นคงถาวร และห้องน้ำในครัวเรือนยังไม่เหมาะกับผู้สูงอายุ 2) กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุในท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วม ประกอบไปด้วย 8 ขั้นตอน คือ (1) ทำความเข้าใจกับผู้นำและวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (2) จัดตั้ง

คณะกรรมการและวางแผนการดำเนินงานงาน (3) เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และ เลือกเครื่องมือในการจัดทำนโยบายสาธารณะ (4)ปรับปรุงคณะกรรมการชุดใหม่ (5) จัดทำร่างนโยบายสาธารณะ (6) ประชาพิจารณ์ร่างนโยบายสาธารณะ (7) รับรองนโยบายสาธารณะ และ (8) ประสานนโยบายสู่ระบบงานปกติขององค์กรในท้องถิ่น 3) ผล การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุในท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วม คือ (1)เกิดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุในท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วม เรียกว่า ธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุตำบลยอดแกง (2)การสร้างคุณค่าให้ผู้สูงอายุ (3)ชุมชนตื่นตัวต่อปัญหาของผู้สูงอายุ (4)การผลักดัน ธรรมนูญเข้าสู่แผนงานหน่วยงาน และ (5)การพัฒนาศักยภาพทีมวิจัย เพื่อพัฒนาท้องถิ่น

Article Info	Abstract
Article History: Received: 21 September 2021 Revised: 8 December 2021 Accepted: 13 December 2021	This article is part of Participatory action research for development of local health public policy for the elderly in local : case study Tumbon Yodgang, Amphoe Namon, Kalasin aimed at 1) to study the context and situation of health status of the elderly in the locality; and 2) to study the process and results of public policy development for the elderly health in the locality. Participative using methodology participatory action research The target group for this research were community leaders, people in sub-districts. and the elderly sample There are three research phases, which are the research preparation phase. research process phase and research conclusion phase There are methods for collecting information, such as interviews, group discussions. Observation and group meetings The results of the research were as follows: 1) Context and Situation of the Elderly in Yod Kang Sub-District, there were 865 people, representing 10.36% of the total population. most of them are old 60-70 years old, 69.48 percent. Problems in the elderly are: (1) health, having physical health problems such as movement, vision, hearing, and chronic illnesses such as diabetes and high blood pressure. and mental health problems Concerned and lonely, (2) the economy, which is the main source of income, most are self-reliant; (3) the social aspect, most of them have the highest level of education in primary school and are widowed; and (4) the environment. Some people do not have a permanent place to live. and household toilets are not suitable for the elderly. 2) The process of developing public policies for the health of the elderly with participation in the locality consists of 8 steps: (1) Understanding leaders and analyzing stakeholders; (2) Forming a committee Director and Operations Planning (3) collect information Data analysis and selection of public policy tools (4) to improve the new committee (5) to prepare a public policy draft (6) to publicize the draft public policy; (7) certifies the public policy; and (8) coordinates the policy to the normal work system of local organizations. 3)

The results of the development of public policies for the health of the elderly with participation in the locality are: (1) the emergence of a public policy for the health of the elderly In the local participatory, called the Health Advocate for the Elderly in Yod Kaeng Sub-District, (2) creating values for the elderly, (3) the community is alert to the problems of the elderly, (4) pushing the statute into the agency's work plan, and (5) Developing the capacity of research teams for local development.

1. บทนำ

ในปี 2563 ประเทศไทยมีประชากรรวม 66.5 ล้านคน ประชากรสูงอายุของประเทศไทยได้เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วมาก กล่าวคือ เมื่อ 50 ปีก่อน ผู้สูงอายุ(60 ปีขึ้นไป) มีจำนวนไม่ถึง 2 ล้านคน แต่ในปี 2563 ผู้สูงอายุได้เพิ่มจำนวนเป็น 12 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมด ประเทศไทยกำลังจะกลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” ในอีก 20 ปีข้างหน้า ประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จะเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 4 ต่อปี [1] จากการสำรวจข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในปีพ.ศ. 2560 จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ทำการสำรวจประมาณ 11.3 ล้านคน ด้านสังคม มีผู้สูงอายุอีกร้อยละ 0.8 ที่ไม่มีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล มีผู้สูงอายุที่เป็นหม้ายแยกกันอยู่ ร้อยละ 32.4 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า ร้อยละ 76.2 ผู้สูงอายุอยู่คนเดียวเพียงลำพัง ร้อยละ 10.8 ด้านเศรษฐกิจ ยังคงทำงานอยู่ ร้อยละ 35.1 แหล่งรายได้หลักมาจากบุตร ร้อยละ 34.7 ส่วนใหญ่ มีรายได้เฉลี่ยปีละ 10,000-29,999 บาท ร้อยละ 28.2 มีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 18.5 ด้านสุขภาพ ที่ผู้สูงอายุประเมินภาวะสุขภาพร่างกายโดยรวมของตนเอง ว่าไม่ดี ร้อยละ 13.5 มองเห็นไม่ชัดเจน ร้อยละ 15.2 และการฟังไม่ชัดเจน ร้อยละ 12.7 [2]

จะเห็นได้ว่าปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุมีความซับซ้อน การรักษาพยาบาลเพียงอย่างเดียวไม่สามารถที่จะทำให้ผู้สูงอายุบรรลุการมีสุขภาพที่ดีได้ ดังคำกล่าวที่ว่า “สุขภาพนั้นบูรณาการอยู่ในการพัฒนามนุษย์และสังคมทั้งหมด” [3] และสุขภาพก็เกิดผลกระทบมาจากหลายปัจจัย จึงต้องให้ความสำคัญกับองค์ความรู้ และมิติที่กว้างขวาง กว่าเรื่องของ การดำเนินงานทางสาธารณสุข [4] และในกฎบัตรรอตตาวาว่าด้วยการส่งเสริมสุขภาพ ได้ให้ความสำคัญต่อการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เป็นอันดับแรก การดำเนินงานที่จะทำให้ทุกกลุ่มเป้าหมายและทุกระดับมีสุขภาพที่ดีนั้นสังคมจะต้องมี “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ดี” ที่แสดงถึงความห่วงใยอย่างชัดเจนในเรื่องสุขภาพ และพร้อมที่จะรับผิดชอบต่อผลกระทบทางสุขภาพที่อาจจะเกิดขึ้นต่อนโยบายนั้น

สถานการณ์ผู้สูงอายุในตำบลยอดแก้ว ปี พ.ศ.2558 มีจำนวนผู้สูงอายุ 805 คน คิดเป็นร้อยละ 9.74 ของประชากรทั้งหมด จากการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า มีผู้สูงอายุ ที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง 92 คน มีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป คิดเป็น ร้อยละ 15.58 ตามลำดับ และยังพบว่าอยู่ตามลำพังคือไม่มีลูกหลานอยู่ด้วยและมีปัญหาความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว สูงถึงร้อยละ 16.43 ตามลำดับ และในผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา และนับวันจะมี

จำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ มีผลมาจากการเปลี่ยนทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ในตำบลยอดแกลง มีกลุ่มองค์กรและหน่วยงานที่ทำงานด้านผู้สูงอายุจำนวนมาก แต่ที่ผ่านมาการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุ ยังขาดข้อมูลสถานการณ์ปัญหา สาเหตุ และ ความรู้ทางวิชาการ ขาดแนวทางการแก้ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ ที่ถูกต้อง อีกทั้งงานพัฒนาผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังเป็นเชิงกิจกรรม แยกกันทำ มีทรัพยากรไม่เพียงพอ ทำให้ไม่สามารถบรรลุถึงสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุ จึงจำเป็นต้องประสานงานและเชื่อมโยงเครือข่าย ผลักดันให้ทำงานแบบมีส่วนร่วมในเชิงนโยบายด้วยการใช้วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อเปิดพื้นที่ให้ทุกภาคส่วนในสังคม เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางการพัฒนาผู้สูงอายุในท้องถิ่นให้มีสุขภาพดีต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาบริบทและสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุในท้องถิ่น

2.2 เพื่อศึกษากระบวนการและผลการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุในท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วม

3. ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตด้านพื้นที่ พื้นที่ที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ตำบลยอดแกลง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

2. กลุ่มผู้ร่วมวิจัย ผู้วิจัย และ นักวิจัยชุมชน ที่ค้นหาและคัดเลือกมาจาก ตัวแทนองค์กรในท้องถิ่น เช่น

องค์กรบริหารส่วนตำบล ตัวแทนโรงเรียน ตัวแทน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล วัด ผู้นำกลุ่มองค์กรชุมชน ประชาชนชาวบ้าน รวมประมาณ 37 คน

3. ขอบเขตด้านเนื้อหาในการศึกษา

3.1 ศึกษาบริบท สถานการณ์ปัญหาและศักยภาพ ของสุขภาวะได้แก่ ปัญหาด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และ สิ่งแวดล้อม ทั้งในระดับบุคคล และ ระดับชุมชน ของผู้สูงอายุในตำบล

3.2 ศึกษากระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในท้องถิ่นได้แก่ ศึกษาขั้นตอนและกระบวนการกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในท้องถิ่น และ ผลที่เกิดขึ้นจากการกระบวนการพัฒนาดังกล่าว

4. วิธีดำเนินการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ มีการคัดเลือกพื้นที่ดำเนินการ เป็นแบบจำเพาะเจาะจง (purposive sampling) และกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุตำบลยอดแกลง จำนวน 275 คน ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างจากประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด 865 คน โดยใช้สูตร Taro Yamane และการสุ่ม

อย่างเป็นระบบกระจาย 18 หมู่บ้าน และ การสุ่มอย่างเป็นระบบกระจาย 18 หมู่บ้าน จากนั้นสุ่มแบบบังเอิญในแต่ละหมู่บ้าน รายละเอียดดังตารางที่ 1

หมู่ที่	จำนวนประชากรผู้สูงอายุ (คน)	สัดส่วน (ร้อยละ)	จำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Taro Yamane (คน)
1	46	5.32	15
2	44	6.24	17
3	32	3.70	10
4	124	14.34	39
5	39	4.51	12
6	35	4.05	11
7	72	8.32	23
8	24	2.77	8
9	26	3.01	8
10	76	8.79	24
11	93	10.75	30
12	46	5.32	15
13	49	5.66	16
14	42	4.86	13
15	24	2.77	8
16	22	2.54	7
17	28	3.24	9
18	33	3.82	11
รวม	865	100.00	275

ตารางที่ 1 จำนวนผู้สูงอายุจำแนกรายหมู่บ้านและกลุ่มอายุ

1.2 กลุ่มเป้าหมายในการวิจัย กลุ่มเป้าหมายหลัก คือ ผู้นำกลุ่ม องค์กร หน่วยงานในตำบล ยอดแก และ จากมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ ที่เป็นคณะกรรมการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุตำบลยอดแก และพัฒนามาเป็นคณะกรรมการพัฒนาและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุตำบลยอดแก โดยวิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง ส่วนกลุ่มเป้าหมายรอง คือ ผู้นำและประชาชนในตำบล ประมาณ 100 คนที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย

2. กระบวนการวิจัย

การดำเนินการวิจัยเริ่มตั้งแต่เดือนตุลาคม 2558 ถึงเดือนพฤษภาคม 2560 โดยนำหลักการของ วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) มาใช้ประยุกต์ใช้ในการออกแบบการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการวิจัย ได้แก่ การคัดเลือกชุมชนเป้าหมาย ค้นหาประเด็นการวิจัย และสร้างความสัมพันธ์กับผู้นำในพื้นที่ ระยะดำเนินการวิจัย ได้แก่ การทำความเข้าใจกระบวนการวิจัยกับผู้นำ การคัดเลือกนักวิจัยชุมชน การวางแผนกระบวนการวิจัย การออกแบบวิธีการและเครื่องมือในการเก็บข้อมูล การอบรมเก็บข้อมูลให้แก่ นักวิจัยชุมชนและทีมอาสาสมัครในชุมชน การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การคืนข้อมูลแก่ชุมชน การอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำร่างนโยบาย การจัดเวทีสาธารณะเพื่อรับฟังความคิดเห็นของประชาชนต่อร่างนโยบาย การจัดเวทีสาธารณะเพื่อรับรองนโยบาย และการประสานนโยบายสู่ระบบงานปกติขององค์กรในท้องถิ่น และระยะสรุปผลการวิจัย ได้แก่ การสรุปบทเรียน การเขียนรายงานและการเผยแพร่งานวิจัย

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ รายบุคคล ประเด็นสัมภาษณ์บริบทตำบล ประเด็นการสนทนากลุ่ม วาระการประชุม และแบบบันทึกการประชุม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คณะกรรมการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุตำบลยอดแกง ร่วมกันสร้างขึ้นโดยมีเนื้อหาครอบคลุมตามกรอบที่ได้กำหนดร่วมกัน

3.2 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล 1) รวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ จากเอกสารที่เกี่ยวข้อง 2) สัมภาษณ์บริบทของตำบลจากผู้รู้ 3) ประชุมและสนทนากลุ่มคณะกรรมการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุตำบลยอดแกง 4) สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 18 หมู่บ้าน จำนวน 275 คน และ 5) การประชุมรับฟังความคิดเห็นของประชาชน โดยใช้แบบบันทึกการประชุมเพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงความคิดเห็น รวมทั้งข้อเสนอแนะของประชาชน

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยการจำแนกถ้อยคำหรือใจความที่กลุ่มเป้าหมายแสดงความคิดเห็นแล้วนำมาตีความ สร้างข้อสรุปเชิงอุปนัย มีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติวิเคราะห์เชิงพรรณนา นำเสนอเป็นอัตราส่วนร้อยละ และค่าเฉลี่ย

5. ผลการวิจัย

1. บริบทและสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุตำบลยอดแกง

1.1 บริบทพื้นที่ เป็นชุมชนชนบทกึ่งเมือง สภาพพื้นที่ที่มีความอุดมสมบูรณ์มีแหล่งน้ำธรรมชาติหลายแห่งใช้ประโยชน์ ในปี 2559 มีจำนวนครัวเรือนทั้งสิ้น 2,604 ครัวเรือน ประชากร 8,327 คน แยกเป็นชาย 4,085 คน เป็นหญิง 4,242 คน มีการสืบสานประเพณีและวัฒนธรรมท้องถิ่น โดยมีวัดเป็นศูนย์กลางทางจิตใจ เศรษฐกิจส่วนใหญ่ขับเคลื่อนด้วยเกษตรกรรม เช่น ข้าว อ้อย

และ มัน พบครัวเรือนที่ทำเกษตรผสมผสานหลายแห่ง ขาดแคลนแรงงานคนหนุ่มสาว มีรายได้ครัวเรือนเฉลี่ยต่อปี 265,079 บาท และรายจ่ายครัวเรือนเฉลี่ยต่อปี 156,444 บาทต่อปี มีสาธารณูปโภคพื้นฐานที่ดี และมีความพร้อมด้านการศึกษา หน่วยงานด้านสาธารณสุขในตำบล มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน 2 คน เจ้าพนักงานพัฒนาสาธารณสุข 5 คน พนักงานผู้ช่วยสถานีอนามัย 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 140 คน ศูนย์การแพทย์แผนไทย 1 แห่ง ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน 4 แห่ง และ สุขศาลาประจำหมู่บ้าน 18 แห่ง ประชากรทั่วไปในตำบลมีปัญหาด้านสุขภาพ คือ ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันเป็นจำนวนมาก เนื่องจากวิถีการผลิตที่เน้นการใช้สารเคมี การบริโภคอาหารที่ไม่ปลอดภัยเนื่องจากสภาพพื้นที่ของตำบลเป็นกึ่งเมืองกึ่งชนบท ด้านสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน ความดัน ภาวะซึมเศร้า โรคเครียด เกิดจากพฤติกรรมกรกิน การไม่เข้าสังคม ส่วนใหญ่เสียชีวิตเฉลี่ยอยู่ประมาณอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับ มีกลุ่มองค์กรและเครือข่ายชุมชนที่เข้มแข็ง โดยเฉพาะกลุ่มชมรมผู้สูงอายุ มีโรงเรียนผู้สูงอายุ มีโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว แต่การทำงานเรื่องผู้สูงอายุยังขาดเป้าหมายร่วม และการบูรณาการทำงานอย่างเป็นระบบที่ต่อเนื่องของหน่วยงานในพื้นที่

1.2 สถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุตำบลยอดแก้ว ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย มีทั้งหมด 275 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 188 คน คิดเป็นร้อยละ 68.4 รองลงมา คือ เพศชาย 87 คน คิดเป็นร้อยละ 31.6 โดยมีอายุเฉลี่ย 68.87 ปี (s.d.=7.03 ปี) โดยอายุมากที่สุด 95 ปี และอายุน้อยที่สุด 61 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นหม้าย จำนวน 154 คน ร้อยละ 56.0 รองลงมา คือ ยังอยู่ด้วยกันกับคู่สมรส จำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 39.6 จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 4.55 คน (s.d.=1.95 คน) มากที่สุด 11 คน และน้อยที่สุด 1 คน ส่วนใหญ่มีสถานะเป็นหัวหน้าครอบครัว จำนวน 221 คน คิดเป็นร้อยละ 80.4

1.2.1 สภาพปัญหาผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) ด้านสุขภาพ มีปัญหาสุขภาพร่างกาย โรคเบาหวาน ร้อยละ 21.5 และโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 16.0 และโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 5.8 มีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะ/อุจจาระได้ ร้อยละ 19.6 โรคปวดเอว ร้อยละ 17.8 และโรคข้อเสื่อม ร้อยละ 13.8 โรคเกี่ยวกับสายตา คิดเป็นร้อยละ 17.1 และโรคเกี่ยวกับการได้ยิน คิดเป็นร้อยละ 6.5 มีปัญหาในการเคี้ยวกลืน ร้อยละ 6.9 มีผู้สูงอายุที่พบน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 37.5 ใส่ฟันปลอม ร้อยละ 5.5 โรคอัมพฤกษ์/อัมพาต ร้อยละ 2.9 มีการหกล้มภายในบ้าน ร้อยละ 5.1 และนอกตัวบ้าน ร้อยละ 2.9 สาเหตุสำคัญของการหกล้ม คือ สะดุดสิ่งกีดขวาง และลื่น ส่วนปัญหาสุขภาพจิตใจ มีความกังวล, ว้าวุ่น อังว้าง,เหงา, หลงลืม และ เครียด 2) ด้านเศรษฐกิจ แหล่งรายได้หลักส่วนใหญ่พึ่งพาตนเองไม่ได้ ต้องพึ่งพาบุตรเป็นผู้เลี้ยงดูแล ร้อยละ 39.6 เมื่อประสบปัญหาทางการเงินส่วนใหญ่จะขอความช่วยเหลือจากลูกหลาน ร้อยละ 57.5 ผู้สูงอายุหรือสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มีภาระหนี้สิน ร้อยละ 76.0 ภาระหนี้สินเฉลี่ย 91,994.92 บาทต่อครัวเรือน โดยสาเหตุของ

หนี้สินส่วนใหญ่คือ การลงทุนทางการเกษตร รองลงมาคือ การใช้จ่ายในครอบครัว และมีรายได้ไม่เพียงพอ 3) ด้านสังคม ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดคือระดับประถมศึกษา ร้อยละ 96.4 โดยส่วนใหญ่สามารถอ่านออกเขียนได้เป็นบางคำ คิดเป็นร้อยละ 54.5 ส่วนใหญ่เป็นหม้าย ร้อยละ 56.0 มีผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการอยู่คนเดียว ไม่มีลูกหลานไม่อยู่ด้วย ร้อยละ 6.2 โดยส่วนใหญ่ปัญหาของการอยู่คนเดียวคือ ไม่มีคนดูแลเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 5.1 มีภาระต้องเลี้ยงหลานทำให้ขาดการมีส่วนร่วมในชุมชน โรงเรียนผู้สูงอายุยังไม่เข้มแข็งมีกิจกรรมและการเรียนการสอนค่อนข้างน้อย ชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังไม่เข้มแข็ง มีกิจกรรมไม่ต่อเนื่อง และขาดแคลนเงินทุนในการบริหารกลุ่ม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม บางคนไม่มีที่อยู่อาศัยที่มั่นคงถาวร ห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุในครัวเรือนยังไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ทางเดินสำหรับผู้สูงอายุในสถานที่ราชการ ส่วนรวม หรือ สาธารณะ ยังไม่เหมาะสมการเดินทางตามถนนไปยังวัดโดยใช้จักรยานยังไม่ปลอดภัย

1.2.2 ศักยภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) ด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่เคยได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ส่วนใหญ่ใช้สวัสดิการรักษายาบาลของรัฐ ร้อยละ 75.6 โดยสาเหตุที่ไม่ใช้สวัสดิการรักษายาบาลของรัฐส่วนใหญ่คือ เป็นการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย ส่วนใหญ่รับประทานยาประจำตัวตรงตามเวลา เมื่อพบอาการผิดปกติก็ปรึกษาจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทุกครั้ง/สม่ำเสมอ และหาความรู้เรื่องการออกกำลังกายเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีทุกครั้ง/สม่ำเสมอส่วนใหญ่รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายสะอาดหรือปรุงสุก ดื่มน้ำสะอาด ส่วนใหญ่เมื่อมีปัญหาด้านการกินอาหารได้ปรึกษาแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ ด้านการบริการสาธารณสุขในตำบลยอดเยี่ยมทั้งในรูปแบบหน่วยบริการของรัฐ อาสาสมัครสาธารณสุข ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน สุขศาลาประจำหมู่บ้าน และมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2) ด้านเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่ยังทำงานอยู่ จำนวน ร้อยละ 73.1 เนื่องจาก สุขภาพยังแข็งแรงอยู่/ยังมีแรงทำงาน คิดเป็นร้อยละ 49.5 รองลงมาคือ ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ และต้องหารายได้เลี้ยงครอบครัว ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 2,335.06 บาท โดยอาชีพหลักของผู้สูงอายุคือเกษตรกร ร้อยละ 53.5 ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในภาวะการเงินของตนเองในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.4 และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการออมหรือสะสมเงิน ร้อยละ 85.1 ด้านอาชีพ ได้แก่ กลุ่มจักรสานกลุ่มดอกไม้โปรยทานกลุ่มน้ำยาล้างจานกลุ่มทอเสื่อกลุ่มทอผ้ารัดดอกกลุ่มทอผ้าพื้นเมืองกลุ่มทอพรมเช็ดเท้า กลุ่มเพาะเห็ดฟาง กลุ่มทำบายศรี 3) ด้านสังคม จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 5 คน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีกลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุที่ไปมาหาสู่กันเป็นประจำในชุมชน ร้อยละ 93.5 และส่วนใหญ่จะเป็นสมาชิกกลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 73.1 ส่วนใหญ่จะมีผู้ให้การดูแลในการทำกิจกรรมประจำวัน ร้อยละ 96.0 โดยส่วนใหญ่มีบุตรสาวเป็นผู้ให้การดูแล มีความรู้และความเชี่ยวชาญด้านการใช้ยาสมุนไพร 68 คน มีความรู้เรื่องจักสานและงานฝีมือ 72 คน การนวดไทย 14 คน เกษตรผสมผสาน 71 คน กลอนลำ ฃญา 17 คน บุญประเพณีและพิธีกรรมของชุมชน 138 คน เคยเข้าร่วมกิจกรรมในการพัฒนาความรู้ผู้สูงอายุในชุมชน ร้อยละ 73.5 มีวัดในตำบลยอดเยี่ยม 9 แห่ง

ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอย่างสม่ำเสมอ โดยการไปวัด ร้อยละ 62.9 การนั่งสมาธิ ร้อยละ 26.5 การไหว้พระสวดมนต์ ร้อยละ 49.1 ทำบุญตักบาตร ร้อยละ 77.5 มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาหรือไปวัดในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 88.4 มีกิจกรรมทำบุญถวายสังฆทานเข้าวัดฟังธรรม ทำบุญตามประเพณีในทุกๆเดือน มีความเชื่อที่เกี่ยวกับสิ่งเหนือธรรมชาติ คือศาลปู่ตาและมีพิธีเลี้ยงปู่ตา และมีชมรมผู้สูงอายุวัดโคกการามเป็นส่วนหนึ่งของสมาคมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ สมเด็จพระศรีนครินทร์ราชบรมราชชนนี 4) ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ มีสถานที่ออกกำลังกาย มีแหล่งน้ำอุดมสมบูรณ์เหมาะแก่การเกษตร และ ทำเศรษฐกิจพอเพียง มีการโครงสร้างพื้นฐานครบถ้วน

1.2.3 ความต้องการของผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) ด้านสุขภาพ ต้องการมีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 198 คน การรับประทานอาหารที่ปลอดภัย 148 คน มีความรู้และทักษะการแพทย์แผนไทย/สมุนไพรรักษาโรค 56 คน มีการส่งเสริมการปฏิบัติธรรม หรือ ทำสมาธิ รองลงมาคือ คนให้คำปรึกษาด้านจิตใจและกิจกรรมนันทนาการ หรือ งานอดิเรก คลายเครียด 2) ด้านเศรษฐกิจ คือ ให้มีการส่งเสริมอาชีพที่เหมาะสมกับวัยผู้สูงอายุ มากที่สุดร้อยละ 33.8 3) ด้านสังคม มีสวัสดิการในการดูแลสุขภาพเจ็บป่วย หรือกรณีเสียชีวิตมากที่สุด ร้อยละ 52.4 มีลูกหลาน หรือ คนมาเยี่ยมเยียนดูแล มากที่สุด ร้อยละ 45.8 มีการให้ความรู้ในการดูแลตนเอง และการใช้ชีวิตบั้นปลาย มากที่สุด ร้อยละ 39.3 มีกิจกรรมพบปะเพื่อนๆ ในโอกาสต่างๆมากที่สุด ร้อยละ 33.8 การถ่ายทอดความรู้ ภูมิปัญญาให้แก่ลูกหลานในชุมชน มากที่สุด ร้อยละ 30.5 มีจุด/สถานที่สำหรับอ่านหนังสือผู้สูงอายุ มากที่สุด ร้อยละ 22.2 และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม อาหาร น้ำดื่มปลอดภัย เหมาะสม ระดับมากที่สุด ร้อยละ 66.5 สิ่งแวดล้อมดีปลอดภัย ระดับมากที่สุด ร้อยละ 39.6 สถานที่ออกกำลังกาย ระดับมากที่สุด ร้อยละ 29.8 บริการรับส่งในการเดินทางไปรับบริการจากหน่วยงานต่างๆ ระดับมากที่สุด ร้อยละ 23.6 อุปกรณ์อำนวยความสะดวก เช่น รถเข็น ไม้เท้า แวนตา ระดับมากที่สุด ร้อยละ 18.9

2.กระบวนการและพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุในท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วม

2.1 กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุในท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วม ประกอบไปด้วย 8 ขั้นตอน ได้แก่

2.1.1 ทำความเข้าใจกับผู้นำท้องถิ่นและวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีการประชุมชี้แจงรายละเอียดของโครงการเพื่อทำความเข้าใจและสร้างการมีส่วนร่วมกับตัวแทนกลุ่มองค์กรต่างๆ ในตำบล จำนวน 55 คน ได้แก่ ผู้นำหมู่บ้าน ตัวแทนชมรมผู้สูงอายุ ตัวแทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้บริหาร และฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ของ อบต. ยอดแก้ว ในกิจกรรมดังกล่าวได้มีการวิเคราะห์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาผู้สูงอายุ ทั้งผู้ที่มีส่วนได้เสียหลัก หมายถึง ผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรงในการปฏิบัติงาน และ ผู้มีส่วนได้เสียรอง ผู้ที่มีส่วนในการสนับสนุนการทำงาน เพื่อนำรายชื่อมา จัดตั้ง

คณะทำงานพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุตำบลยอดแกงแบบมีส่วนร่วม โดยได้มีการจัดเวทีสนทนากลุ่มย่อยเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้เข้าร่วมด้วย

2.1.2 จัดตั้งคณะกรรมการและวางแผนการดำเนินงาน มีการเชิญผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ได้รับการเสนอจากเวทีชี้แจงรายละเอียดของโครงการ จำนวน 33 คน รวมคณะผู้วิจัยจากมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ มีการทำความเข้าใจเป้าหมายและแผนการดำเนินงาน มีการระดมประเด็นในการพัฒนานโยบายสาธารณะผู้สูงอายุ จากการประชุมได้มีการดำเนินการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมตำบลยอดแกง โดยการแต่งตั้งของนายกองค์การบริหารส่วนตำบลยอดแกง ให้มีวาระ 1 ปี มีคณะกรรมการดำเนินงานเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากกลุ่มองค์กร และหน่วยงานต่างๆในตำบล รวม 35 คนโดยมีบทบาทหน้าที่ พัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม

2.1.3 เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล มีกิจกรรมหลักๆประกอบด้วย

1) อบรมพัฒนาศักยภาพนักวิจัยชุมชน เรื่องการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุในท้องถิ่นให้แก่คณะกรรมการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมตำบลยอดแกง และอาสาสมัครเก็บข้อมูล มีการกำหนดขอบเขตนโยบายสาธารณะ โดยได้ร่วมกันกำหนดขอบเขตได้ 4 ประเด็นหลักๆ ได้แก่ ด้านสังคม ด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ และด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อเป็นกรอบในการรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ พัฒนาประเด็นและเครื่องมือการเก็บข้อมูล ทำความเข้าใจวิธีการและเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล กำหนดแผนการการเก็บข้อมูลร่วมกัน

2) การเก็บรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุ โดย คณะกรรมการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมตำบลยอดแกง และอาสาสมัครเก็บข้อมูล ประกอบไปด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลบริบทตำบล เก็บข้อมูลผู้สูงอายุในระดับครัวเรือน และการเก็บข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุในระดับตำบล ดำเนินเก็บข้อมูล โดย นักวิจัยจากมหาวิทยาลัย นักวิจัยชุมชน และ อาสาสมัครในตำบลรวม 46 คน

3) วิเคราะห์และสรุปข้อมูล มีการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ระดับชุมชน และการเก็บข้อมูลบริบทพื้นฐานตำบล โดยวิธีเชิงพรรณนาวิเคราะห์ และ ระดับครัวเรือนผู้สูงอายุ โดยวิธีวิเคราะห์เชิงสถิติ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ รวมถึง พรรณนาเชิงวิเคราะห์ในส่วนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นคำถามปลายเปิด จากนั้นนำข้อมูลที่วิเคราะห์ในเบื้องต้นมาสรุปร่วมกันในการประชุมคณะกรรมการฯ โดยสรุปเป็นข้อมูลด้านปัญหา ศักยภาพ และ ความต้องการ โดยสามารถจัดได้เป็น 4 ด้าน คือด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการจัดทำร่างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุ

2.1.4 ปรับปรุงคณะกรรมการชุดใหม่ เนื่องจากคณะกรรมการชุดเดิมหมดวาระและบางคนไม่สะดวกในการเข้าร่วม จึงได้มีการปรับปรุงคณะกรรมการชุดใหม่ และใช้ชื่อใหม่ว่า คณะกรรมการพัฒนาและขับเคลื่อนธรรมนุญสุขภาพผู้สูงอายุตำบลยอดแกง แต่งตั้งโดยนายกองค์การบริหารส่วนตำบลยอดแกง โดยมีจำนวนปรับจำนวนคณะกรรมการจากเดิม 35 คน เป็น 37 คน มีคณะกรรมการ 2 ชุดเหมือนเดิม คือ คณะกรรมการที่ปรึกษาและคณะกรรมการดำเนินงาน เพื่อให้ครอบคลุมทุกหมู่บ้านมากขึ้น โดยมีบทบาทหน้าที่ได้แก่ ค้นหาปัญหาและศักยภาพด้านสุขภาพผู้สูงอายุ วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และจัดทำร่างธรรมนุญสุขภาพผู้สูงอายุ ร่วมพัฒนาศักยภาพเรื่องการธรรมนุญสุขภาพผู้สูงอายุตำบลยอดแกง และด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง จัดกระบวนการรับฟังความคิดเห็นของประชาชนต่อร่างธรรมนุญสุขภาพกับประชาชนในตำบล จัดทำและผลักดันธรรมนุญสุขภาพสู่การปฏิบัติจริงในพื้นที่ สรุปผลการดำเนินงานขับเคลื่อนธรรมนุญสุขภาพและทบทวนธรรมนุญสุขภาพ

2.1.5 จัดทำร่างนโยบายสาธารณะ จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำร่างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุในท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดร่างข้อนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุในท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วมมีกลุ่มเป้าหมาย คือ คณะนักวิจัย นักวิจัยชุมชน และผู้นำชุมชน เข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 50 คนมีขั้นตอนหลักๆคือ 1) การนำเสนอข้อมูล ภาพพื้น และสถานการณ์ 4 ด้านได้แก่ สุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม 2) ยกร่างธรรมนุญสุขภาพผู้สูงอายุ โดยแบ่งกลุ่มย่อยตามบทบาทหน้าที่ ที่มีในตำบลและความสนใจออกเป็น 4 กลุ่ม โดยมีวิทยากรกระบวนการประจำกลุ่มทำหน้าที่เอื้ออำนวยในการพูดคุยกลุ่มละ 1 คน โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์หอยี่สี่ 4 คือ (1) การวิเคราะห์ทุกข์ หรือ สภาพปัญหา (2)การวิเคราะห์หนีโรคหรือ การดับทุกข์ คือ การระบุเป้าหมายที่อยากให้เกิดขึ้นในการแก้ปัญหา (3)การวิเคราะห์สมุทัย คือ การระบุต้นเหตุ หรือ ปัจจัยหลักที่ก่อให้เกิดปัญหานั้นขึ้น (4)การวิเคราะห์มรรค คือ การหาแนวทางการแก้ปัญหาหรือพัฒนาโดยพิจารณาความสอดคล้องกับสาเหตุและศักยภาพ 3) นำเสนอผลการยกร่างของกลุ่มย่อย สรุปร่างธรรมนุญสุขภาพ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและกระบวนการจัดทำธรรมนุญ ส่วนที่ 2 คือ หมวดและมาตรการธรรมนุญ ประกอบด้วย 8 หมวด รวม 44 มาตรา ได้แก่ หมวด 1 ข้อมูลทั่วไป หมวด 2 ปรัชญาและแนวคิดหลักของระบบสุขภาพผู้สูงอายุตำบลยอดแกง หมวด 3 สังคม:สังคมน่าอยู่ พื้นฟูคุณธรรม หมวด 4สุขภาพ :อารมณแจ่มใส ปลอดภัย ไร้โรคภัย หมวด 5 สิ่งแวดล้อม : สะอาดแจ่มใส ปลอดภัย ไร้มลภาวะ หมวด 6 เศรษฐกิจ:ออมดี มีอาชีพ หลีกเลี้ยงหนี้สิน กินอยู่อย่างพอเพียง หมวด 7 ระบบและกลไกดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว และ หมวด 8 คณะกรรมการพัฒนาและขับเคลื่อนธรรมนุญสุขภาพผู้สูงอายุตำบลยอดแกง และบทเฉพาะกาล 4) กำหนดระบบสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ร่วมกันกำหนดโดยเรียบเรียงจากภาพพื้น ปัญหา ศักยภาพและความต้องการ กำหนดไว้ในหมวด 2 ปรัชญาและแนวคิดหลักของระบบสุขภาพผู้สูงอายุตำบลยอด

แกง มีความว่า ข้อ 4 สุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุตำบลยอดแกงซึ่งจะต้องได้รับการส่งเสริมและพัฒนาอย่างเป็นองค์รวมครอบคลุมทั้ง ทางร่างกาย จิตใจ ปัญญา และสังคม เชื่อมโยงกันอย่างสมดุลบนพื้นฐานของวิถีวัฒนธรรมชุมชน สภาพแวดล้อม โดยใช้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเพื่อให้ตำบลยอดแกงเป็น “แหล่งอุดมคนดี มั่งมีภูมิปัญญา ชรอย่างมีศักดิ์ศรี สู่วิถีแห่งความพอเพียง”

2.1.6 ประชาพิจารณ์นโยบายสาธารณะ มีการจัดประชาพิจารณ์ต่อร่างธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุตำบลยอดแกง เป็นการจัดกระบวนการรับฟังความคิดเห็นของประชาชนต่อร่างธรรมนูญสุขภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นต่อร่างธรรมนูญ ทำให้ประชาชนเกิดพันธะสัญญาาร่วมกัน อีกทั้งยังทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในตำบลรู้สึกเป็นเจ้าของ และเป็นบทบาทหน้าที่ที่จะนำความคิดเห็นของประชาชนไปสู่การปฏิบัติการในอนาคต โดยมีการจัดประชุมประชาพิจารณ์ต่อร่างธรรมนูญสุขภาพ มีผู้เข้าร่วม จำนวนประมาณ 100 คน ประกอบด้วย ผู้ร่วมให้ความเห็นต่อร่างธรรมนูญสุขภาพ คือ ตัวแทนหมู่บ้าน จำนวน 18 หมู่บ้าน รวม 72 คน คณะกรรมการพัฒนาและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพ จำนวน 37 คน และพระสงฆ์ 1 รูป วิธีการใช้รูปแบบของเวทีประชาคม โดยมีองค์ประกอบสำคัญประกอบด้วย หลักการสำคัญ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบกัลยาณมิตร รับฟังทุกความเห็น สร้างบรรยากาศเอื้ออำนวยเป็นมิตร หาข้อตกลงแบบฉันทมติ และ ต้องการการยอมรับร่วมกันทุกฝ่าย โดยมีการแบ่งบทบาทหน้าที่หลัก ได้แก่ มีประธานรับฟังความคิดเห็น มีวิทยากรกระบวนการทำหน้าที่ดำเนินรายการในการประชุม และผู้ช่วยวิทยากรกระบวนการ ทำหน้าที่บันทึก มีคณะกรรมการทำหน้าที่นำเสนอร่างธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุตำบลยอดแกงรายหมวด ผลจากการประชุมตัวแทนประชาชนตัวแทนภาควิชาการและตัวแทนหน่วยงานภาครัฐ ในตำบลได้ร่วมเสนอแนะเพื่อแก้ไข เพิ่มเติมร่างธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุตำบลยอดแกง พ.ศ.2560 จนมีความสมบูรณ์มากขึ้นและ ได้สรุปชื่อของธรรมนูญสุขภาพว่า “ธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุตำบลยอดแกง พ.ศ.2560 : ชรอย่างมีศักดิ์ศรี ด้วยวิถีความพอเพียง”

2.1.7 รับรองนโยบายสาธารณะ หลังจากการจัดประชุมรับฟังความคิดเห็นของประชาชนต่อร่างธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุตำบลยอดแกง คณะกรรมการพัฒนาและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุตำบลยอดแกงได้ประชุมเพื่อพิจารณาในแต่ละข้อโดยส่วนใหญ่เป็นการปรับเปลี่ยนคำให้ถูกต้อง และ ร่วมพิจารณาความเป็นไปได้ในการนำสู่การปฏิบัติหลังจากนั้นได้จัดประชุมเวทีสาธารณะเพื่อรับรองนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมรับรองธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุตำบลยอดแกง พ.ศ.2560 มีกลุ่มเป้าหมาย คือ ตัวแทนชุมชน นักวิจัยชุมชน และผู้นำชุมชนที่จำนวน 100 คน ผลจากการประชุมเวทีสาธารณะเพื่อรับรองนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมได้รับรอง “ธรรมนูญ

สุขภาพผู้สูงอายุตำบลยอดแกง พ.ศ.2560 : ครอบครัวยุคใหม่ด้วยวิถีความพอเพียง” จำนวน 8 หมวด 44 มาตรา และ ให้นำเข้าสู่สภาองค์การบริหารส่วนตำบลเพื่อประกาศใช้ให้ถูกต้อง

2.1.8 ประสานนโยบายสู่ระบบงานปกติขององค์กรในท้องถิ่น จัดประชุมประสานนโยบายผู้สูงอายุเข้าสู่ระบบและกลไกปกติท้องถิ่น มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ องค์กรและหน่วยงานในตำบล รับธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุตำบลยอดแกง พ.ศ.2560 สู่แผนงานขององค์กรและหน่วยงาน กลุ่มเป้าหมาย คือ นักวิจัยชุมชน และผู้นำในตำบล จำนวน 35 คน ผลจากการประชุม ยังไม่ได้ถึงขั้นแผนปฏิบัติการ แต่ได้ข้อสรุปร่วมกันเพื่อนำไปสู่การทำให้แผนปฏิบัติการในระยะต่อไป คือ 1) หน่วยงานที่รับผิดชอบหลักในการประสานงาน ธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุตำบลยอดแกง พ.ศ.2560 คือ องค์การบริหารส่วนตำบลยอดแกง ตามที่บัญญัติไว้ในธรรมนูญ หมวดที่ 8 โดยมี คณะกรรมการพัฒนาและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุตำบลยอดแกง พ.ศ.2560 เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนการทำงาน 2) หน่วยงานภาคีหลักในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุตำบลยอดแกง พ.ศ.2560 ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนตำบลยอดแกง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 2 แห่ง ชมรมผู้สูงอายุทุกแห่ง ศูนย์การศึกษาตามอัธยาศัย อสม. อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ วัด กองทุนสวัสดิการชุมชน และ หมู่บ้าน 18 หมู่ 3) จัดทำเล่มธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุตำบลยอดแกง พ.ศ.2560 รวมถึงป้ายประชาสัมพันธ์ แจกจ่ายและติดประกาศในทุกหมู่บ้าน และ หน่วยงานหลักในตำบล 4) แหล่งงบประมาณหลักภายในตำบล คือ กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นตำบลยอดแกง ภายนอกตำบล คือ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดกาฬสินธุ์ 5) นำธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุตำบลยอดแกง พ.ศ.2560 เข้ารับรองในสภาองค์การบริหารส่วนตำบลเพื่อประกาศใช้ให้ถูกต้องตามกฎหมาย

2.2 ผลการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุในท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วม

2.2.1 เกิดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุในท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วมของตำบลยอดแกง มีชื่อว่า “ธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุตำบลยอดแกง พ.ศ.2560 : ครอบครัวยุคใหม่ด้วยวิถีความพอเพียง” เป็น ทิศทาง นโยบาย กรอบกติกา ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หรือ สร้างความอยู่ดีมีสุขให้แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งนับวันจะเป็นกลุ่มวัยประชากรที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และมีความสำคัญอย่างมากในการพัฒนาประเทศ

2.2.2 การสร้างคุณค่าให้ผู้สูงอายุ เล็งเห็นว่าสังคมให้ความสำคัญในฐานะเป็นกลุ่มคนสำคัญในการพัฒนาชุมชน ผู้สูงอายุได้ทราบถึงข้อมูลสถานการณ์ปัญหา เกิดการรวมกลุ่มในการดูแลซึ่งกันและกัน และได้ร่วมหาแนวทางในการพัฒนาผู้สูงอายุในชุมชนด้วยตนเอง

2.2.3 ชุมชนตื่นตัวต่อปัญหาของผู้สูงอายุ มีมุมมองต่อปัญหาผู้สูงอายุในมิติที่หลากหลาย เชื่อมโยงกันอย่างบูรณาการ เกิดระบบการดูแลแบบ “เพื่อนช่วยเพื่อน” “ญาติบุญธรรม” ซึ่งจะมีหน้าที่สอดส่องดูแลผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ นอกจากนี้

ยังทำให้ชุมชนได้เล็งเห็นถึงศักยภาพของผู้สูงอายุ ทั้งในด้านภูมิปัญญาท้องถิ่น ทักษะด้านการดูแลสุขภาพ ทักษะการดำเนินชีวิตอันเป็นประโยชน์ต่อชุมชน และเกิดการรวมกลุ่มผู้สูงอายุและเป็นการกำลังสำคัญในการพัฒนาชุมชนในด้านต่างๆ

2.2.4 การผลักดันธรรมนูญเข้าสู่แผนงานหน่วยงานเป็นการพัฒนาให้เกิดนโยบายบนพื้นฐานของข้อมูลสถานการณ์ปัญหา และศักยภาพของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมให้คนในชุมชนร่วมกันกำหนดทิศทางในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน สามารถนำเข้าสู่แผนกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลพัฒนาไปเป็นโครงการ/กิจกรรมเพื่อส่งเสริมด้านสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ แผนงานด้านสวัสดิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาส รวมถึงนโยบายต่างๆ ที่ส่วนกลางสั่งการลงพื้นที่ หน่วยงานก็นำธรรมนูญสุขภาพมาปรับใช้ให้สอดคล้องกับสภาพผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด

2.2.5 การพัฒนาศักยภาพทีมวิจัยเพื่อพัฒนาท้องถิ่น การพัฒนานโยบายสาธารณะดังกล่าวก่อให้เกิดรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน นำไปสู่การขยายผลไปยังพื้นที่อื่นๆ เป็นกรณีศึกษาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในด้านการสร้างนโยบายสาธารณะโดยภาคประชาชน และพัฒนาการเรียนการสอนเพื่อให้นักศึกษา คณาจารย์ได้เกิดการเรียนรู้โดยใช้เครื่องมือกระบวนการทำงานกับชุมชนที่หลากหลายมากขึ้น

6. สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุในท้องถิ่น สามารถช่วยชุมชนให้มีการตระหนัก การเรียนรู้ และ มีความรู้สึกเป็นเจ้าของธรรมนูญสุขภาพฯ แก่นนำในชุมชนมีการปรับเปลี่ยนวิถีคิดที่จะดำเนินการแก้ไขปัญหาของชุมชนด้วยตนเองตรงกับความต้องการและความจำเป็นของชุมชน ยืนหยัดความต้องการความจำเป็นนั้นแม้ว่าเป็นสิ่งที่นโยบายภาครัฐไม่มีงบประมาณสนับสนุน การพัฒนาชุมชนหรือการแก้ไขปัญหาในชุมชนโดยใช้กระบวนการกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (PAR) ในประเด็นอื่น เช่น งานวิจัยของ [5] พบว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมได้เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนได้รับรู้ข้อมูลข่าวสาร วิเคราะห์ปัญหา และแสดงความคิดเห็น และสร้างรูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยได้ งานวิจัยของ [6] พบว่า เครือข่ายประชาคมสุขภาพบ้านหนองกลาง สามารถจัดตั้งองค์กรระดับเครือข่าย ทุกองค์กรในชุมชนร่วมเป็นคณะกรรมการ มีการประชุมกันอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมต่างๆก่อให้เกิดการเรียนรู้และขยายเครือข่ายทั้งแนวราบและแนวดิ่ง ทุกองค์กรมีความพึงพอใจ รู้และเข้าใจ สามารถปฏิบัติกิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพ เกิดสัมพันธภาพ ความรักความสามัคคีในชุมชน การพัฒนาเครือข่ายประชาคมสุขภาพ ดำเนินการโดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกระดับการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุในตำบลยอดแก้ว เป็นสร้างการมีส่วนร่วมทางนโยบายสาธารณะเพื่อส่งเสริมให้เกิดประชาธิปไตยทางตรงกับภาคประชาชน ดังนั้นบทเรียนสำคัญของการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะจึงมีปัจจัยสำคัญ คือ การ

สร้างพลังอำนาจให้ข้อมูลไปสู่การเปลี่ยนแปลง ทั้งข้อมูลในเชิงสถิติ ข้อมูลเชิงคุณภาพ และข้อมูลผลกระทบที่เป็นรูปธรรม โดยจะต้องมีกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน เพื่อให้เกิดกระบวนการตรวจสอบและวางเป้าหมายดำเนินการร่วมกันทั้งระยะสั้นและระยะยาวในการแก้ไขปัญหาด้านผู้สูงอายุของชุมชน สอดคล้องกับงานวิจัยของ [7] ได้เสนอแนะในผลการวิจัยว่า การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพระดับท้องถิ่นมีความหลากหลายของบริบทพื้นที่สภาพปัญหาและปัจจัยที่ส่งผลต่อกระบวนการนโยบายสาธารณะแตกต่างกันตามประเด็นนโยบายสาธารณะต่างๆซึ่งกระบวนการทำงานในพื้นที่ประเด็นที่ทำการสอดคล้องกับสุขและทุกข์ของพื้นที่ที่เป็นที่สนใจในวงกว้างซึ่งการมีนโยบายจะต้องรับฟังความคิดเห็นกันไม่ใช่กำหนดจากฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเท่านั้นแผนงานโครงการภายใต้ นโยบายสาธารณะควรเกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมของประชาชน การวิเคราะห์ภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนนโยบาย กระบวนหา“เจ้าภาพร่วม” และ “เจ้าภาพรอง” ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ การวิเคราะห์ภาคีเครือข่ายยิ่งละเอียดมากเท่าไรยิ่งจะทำให้การขับเคลื่อนประเด็นประสบความสำเร็จมากขึ้นเท่านั้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ [8] พบว่า กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพระดับตำบล มีการดำเนินงานในลักษณะการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนแต่ละประเด็นโดยมีแกนหลักคือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผู้นำชุมชนหน่วยราชการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พระสงฆ์องค์กร ภาคประชาชนที่เริ่มด้วยด้วยการมองเห็นปัญหาร่วมกันทั้งนี้ผู้บริหารท้องถิ่นผู้นำชุมชนมีความเข้าใจในทิศทางเดียวกันเกี่ยวกับประเด็นนโยบายสาธารณะที่เกิดขึ้นจากที่ท้องถิ่นเป็นผู้ประกาศใช้ให้เป็นข้อตกลงและข้อปฏิบัติร่วมกันของประชาชนในตำบล ว่าเป็นทิศทางหรือแนวทางแก้ปัญหาในชุมชนที่จะทำให้ชุมชนของตนเองได้ประโยชน์จากการออกกฎระเบียบนั้นๆ การพัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วมทำให้คนในพื้นที่ได้เรียนรู้กระบวนการตั้งแต่การคิดวิเคราะห์ประเด็นปัญหาจากข้อมูล การร่วมหาข้อมูล ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ และร่วมปฏิบัติ ผ่านกระบวนการ/เครื่องมือที่หนุนเสริมการมีส่วนร่วมในตำบล มองกระบวนการคือการทำงานร่วมกันกับเพื่อน และหาแนวทางอย่างมีฉันทามติ ร่วมกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ [9] พบว่า การพัฒนาศักยภาพแกนนำ ในพื้นที่ให้สามารถจัดการความรู้จากการปฏิบัติจริงและมีผลที่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม พบว่าในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของตำบลชมภู แกนนำเป็นตัวละครสำคัญในการขับเคลื่อน และสามารถจัดการความรู้จากการปฏิบัติจริง โดยกระบวนการพัฒนาต้องอาศัย หลายภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมทั้ง ภาคราชการ การเมืองท้องถิ่น ภาคประชาชนและภาควิชาการ โดยพบว่า ภาคส่วนที่สำคัญที่สุดคือ ภาคประชาชนที่ตระหนักรู้ถึงปัญหาของชุมชนและต้องการแก้ไขปัญหา ตลอดจน สามารถวิเคราะห์/สังเคราะห์ความรู้ จากการได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ จึงเกิดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพของชุมชนและสามารถขยายผลและมีเครือข่ายมากขึ้น การประสานแผน/นโยบาย และการติดตามประเมินผลจะต้องมีทั้งแผนที่พื้นที่ดำเนินการด้วยตนเอง ขับเคลื่อนร่วมกับภาคีเครือข่าย และหน่วยงานเป็นผู้

ขับเคลื่อน จึงจะสะท้อนให้เห็นว่าเป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ส่วนสำคัญของการขับเคลื่อนนโยบายอีกประการคือต้องมีการติดตามและประเมินผลเพื่อทบทวนและปรับปรุงการขับเคลื่อนนโยบายในประเด็นต่างๆ ให้มีการขยายผลและพัฒนาประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

7. ข้อเสนอแนะ

1. ควรศึกษาวิจัยเรื่องแนวทางการเตรียมความพร้อมสู่สังคมสูงวัยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
2. ควรมีการเชื่อมโยงงานพัฒนาผู้สูงอายุ โดยมีธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุตำบลยอดแก้ว เป็นกรอบ กติกาการพัฒนาร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบล
3. ควรมีนโยบายสนับสนุนและส่งเสริมอาชีพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่หลากหลาย เพื่อเป็นรายได้เสริมให้กับผู้สูงอายุ อีกทั้งยังเป็นการสร้างคุณค่าให้กับผู้สูงอายุที่มีศักยภาพให้สามารถดูแลตนเองและอยู่ร่วมกับชุมชนได้

เอกสารอ้างอิง

- [1] มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). (2564). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากร และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
- [2] สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2561). รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยพ.ศ. 2560. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.
<http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/>.
- [3] ประเวศ วะสี. (2547). นโยบายสาธารณะ. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.
- [4] อำพล จินดาวัฒนะ. (2553). การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม : มิติใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 5. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.
- [5] ทวิช ยะปานนท์. (2555). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการสร้างรูปแบบการจัดการขยะของเทศบาลตำบลสอง อำเภอสอง จังหวัดแพร่. การศึกษาด้วยตนเองสาธิตสาธิตมหาบัณฑิต. พะเยา: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยพะเยา.
- [6] ปัญญา ยงยิ่ง. (2548) การพัฒนาเครือข่ายประชาคมสุขภาพบ้านหนองกลาง ตำบลหนองสมบุญ อำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี . มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี/ลพบุรี.
DOI : https://doi.nrct.go.th/ListDoi/ListDetail?Resolve_Doi
- [7] พิรุฬห์ ศิริทองคำ และ คณะ. (2561). รูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพระดับท้องถิ่นในพื้นที่ภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย . วารสารสังคมศาสตร์วิชาการ, 11(3), 398-408.
https://so04.tci-thaijo.org/index.php/social_crru/article/view/240337
- [8] กนกวรรณ เอี่ยมชัย และ คณะ. (2561). กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมระดับตำบล จังหวัดพะเยา. วารสารสังคมศาสตร์และวิชาการ, 11(3), 317-324.
https://so04.tci-thaijo.org/index.php/social_crru/article/view/170051
- [9] นงเยาว์ อุดมวงศ์ และ คณะ. (2559). บทเรียนจากการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรมตำบลขมิ้น อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่. วารสารพยาบาลสาร, 42(1), 97-107. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/34870>