

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สุขภาพของประชาชนนับว่ามีความสำคัญอย่างมาก เพราะเป็นรากฐานสำคัญในการพัฒนาประเทศให้เจริญก้าวหน้า ประชาชนจะต้องมีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งวัยเด็ก วัยผู้ใหญ่และวัยผู้สูงอายุ สำหรับผู้สูงอายุนั้นถือได้ว่าเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณค่าและเป็นมรดกทางวัฒนธรรม เพราะเป็นผู้ที่สามารถถ่ายทอดความรู้ ศิลปวัฒนธรรม ประสบการณ์ทำงาน ให้แนวคิดและทัศนคติต่างๆ อันเป็นประโยชน์แก่เด็กและเยาวชนรุ่นหลังเป็นอย่างมาก แต่สถานการณ์ปัจจุบันผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทั่วโลกองค์การสหประชาชาติได้ระบุว่าสัดส่วนของกลุ่มประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั่วโลกเป็น 1:10 ของประชากรโลกในปี พ.ศ. 2545 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มจำนวนขึ้นเป็น 1:5 ในปี พ.ศ. 2563 ซึ่งตามมาตรฐานสากลประเทศที่มีประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 และหรือประชากรมีอายุมาตรฐานมากกว่า 30 ปี ถือว่าเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” (Shryock Henry s., 2004 อ้างถึงใน มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย 2549: 1) สำหรับประเทศไทย สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คาดการณ์ว่าประชากรผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีประมาณ 5.7 ล้านคนหรือร้อยละ 9.19 ของประชากรทั้งหมดในปี 2543 จะเพิ่มเป็น 7.6 ล้านคนหรือร้อยละ 11.40 ในปี 2553 และจะเพิ่มขึ้นหนึ่งเท่าตัวในปี 2573 หรืออีก 17 ปีข้างหน้า และในปี พ.ศ. 2549 ประเทศไทยมีประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปประมาณร้อยละ 11 และประชากรมีอายุมาตรฐานประมาณ 33 ปี แสดงว่าประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย 2549: 1)

ในวงการสาธารณสุขมีการกล่าวถึงโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไปและผลที่จะเกิดขึ้นกับระบบสุขภาพของประเทศในระยะยาว มาเป็นเวลา 15 ปีแล้ว และมีการวางแผนพัฒนาระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติมากกว่า 25 ปี โดยที่แผนดังกล่าวฉบับแรกจัดทำขึ้นตั้งแต่ปี 2525 และขณะนี้กำลังอยู่ในช่วงเริ่มต้นของแผนระยะที่สอง (พ.ศ. 2545 – 2564) เหตุที่ต้องเป็นแผนระยะยาวเพราะแผนพัฒนาผู้สูงอายุต้องมุ่งทำงานกับคนไทยตั้งแต่ยังไม่เข้าสู่ผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องปรับการทำงานและนโยบาย รวมทั้ง โครงสร้างพื้นฐานในสังคมเพื่อเตรียมตัวรับกับ

สถานการณ์ที่ผู้สูงอายุกำลังเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ อย่างรวดเร็ว โดยการทำให้สังคมได้รับรู้ข้อเท็จจริงว่าประเทศไทยได้เข้าไปสู่ความเป็นสังคมผู้สูงอายุมาแล้ว ตั้งแต่ปี 2543 เนื่องจากเป็นปีที่ประชากรผู้สูงอายุเริ่มมีมากถึงร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศและที่สำคัญก็คือกำลังเข้าสู่ความเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว เพราะอีก 33 ปี (พ.ศ. 2576) ข้างหน้า ประเทศไทยจะมีประชากรผู้สูงอายุถึงร้อยละ 25 และจากการศึกษาเปรียบเทียบความเร็วของการเป็นภาวะประชากรผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศไทยในอัตราการเพิ่มของสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุจากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 14 พบว่า กลุ่มประเทศที่พัฒนาใช้เวลา 72-114 ปีกว่าจะเพิ่มสัดส่วนดังกล่าว (ฝรั่งเศส 114 ปี อังกฤษ 107 ปีและสหรัฐอเมริกา 72 ปี) ในขณะที่ประเทศไทยใช้เวลาเพียง 30 ปี ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว สืบเนื่องมาจากมาตรการการคุมกำเนิดจากนโยบายของรัฐที่สามารถควบคุมการเพิ่มของประชากรหรือสามารถลดอัตราการเกิดได้อย่างรวดเร็วแล้วอัตราการตายของไทยมีแนวโน้มลดลงจากความเจริญก้าวหน้าทางด้านทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สามารถควบคุมป้องกันโรคต่างๆ ที่เป็นสาเหตุของการตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย 2549: 3)

เมื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุหรือมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทุกสังคมย่อมหวังจะเห็นผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรสำคัญในการพัฒนาประเทศมากกว่าเป็นภาระให้ลูกหลานต้องดูแลหรือเป็นภาระทางการเงินของรัฐบาลที่ต้องจัดสวัสดิการให้ผู้สูงอายุ แต่อย่างไรก็ตามเมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ สภาพร่างกาย จิตใจและสังคม มีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลง สมรรถภาพในการทำงานของอวัยวะต่างๆ ของร่างกายลดลง หากผู้สูงอายุไม่ได้เตรียมความพร้อมด้านสุขภาพย่อมทำให้เกิดโอกาสเกิดการเจ็บป่วย ภาวะทุพพลภาพตลอดจนความพิการสูงขึ้น ได้แม้ว่าอายุจะยืนยาวขึ้น และจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2549 พบว่า ด้านภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวสูงสุดร้อยละ 48 เป็นเกือบครึ่งหนึ่งของประชากรที่มีปัญหาเรื่องโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว โดยเฉพาะผู้สูงอายุภาคเหนือมีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวสูงสุดร้อยละ 53.3 รองลงมาเป็นภาคกลางร้อยละ 51.4 และกรุงเทพมหานครร้อยละ 50.5 ส่วนภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวร้อยละ 44.3 และ 42.8 ตามลำดับ ผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนการมีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวสูงกว่าผู้สูงอายุชายในทุกช่วงอายุ กลุ่มโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวที่ผู้สูงอายุเป็นสูงสุด 5 อันดับแรก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-2549 คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด รองลงมาคือ โรคต่อมไทรอยด์ โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ โรคระบบทางเดินอาหาร และโรคระบบทางเดินหายใจ ตามลำดับ ซึ่งกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคของต่อมไทรอยด์ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในทุกปี (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย 2549: 20-21)

จะเห็นได้ว่า ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายที่เป็นไปตามอายุ ซึ่งผู้สูงอายุส่วนมากจะยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายว่าเป็นไปตามธรรมชาติ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงไม่คิดที่จะทำอะไรและในที่สุดจะมีปัญหาเรื่องสุขภาพที่ก่อให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ นอกจากนี้ยังเข้าใจผิดว่าโรคเหล่านี้เป็นโรคผู้สูงอายุไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ แต่ในปัจจุบันนี้นักวิทยาศาสตร์และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคได้ศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการความแก่หรือความชราภาพพบว่า การมีอายุยืนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นคือ ปราศจากโรค ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถเป็นไปได้ และโรคต่างๆ ที่คิดว่าเป็นโรคผู้สูงอายุนั้นเป็นสิ่งที่ป้องกันได้ โดยการปฏิบัติตัวอย่างสม่ำเสมอ ดังนี้ การรับประทานอาหารให้ถูกส่วนมีคุณค่าทางอาหาร มีแคลอรีต่ำหรือมีไขมันน้อย ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มเหล้า (กชกร สังขชาติ 2536: 46-47 อ้างถึงใน สมหมาย วงษ์กระสันต์ 2543: 2) และจากการศึกษาของบรรลุ ศิริพานิชและคณะ (2532: 71) เกี่ยวกับพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่มีอายุยืนยาวและแข็งแรงพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพไม่แข็งแรงสมบูรณ์นั้นมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพ เช่น ผู้สูงอายุไม่ออกกำลังกายถึงร้อยละ 39.5 ไม่เคยตรวจสุขภาพร้อยละ 80.1 ส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวและแข็งแรงมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพมากกว่า

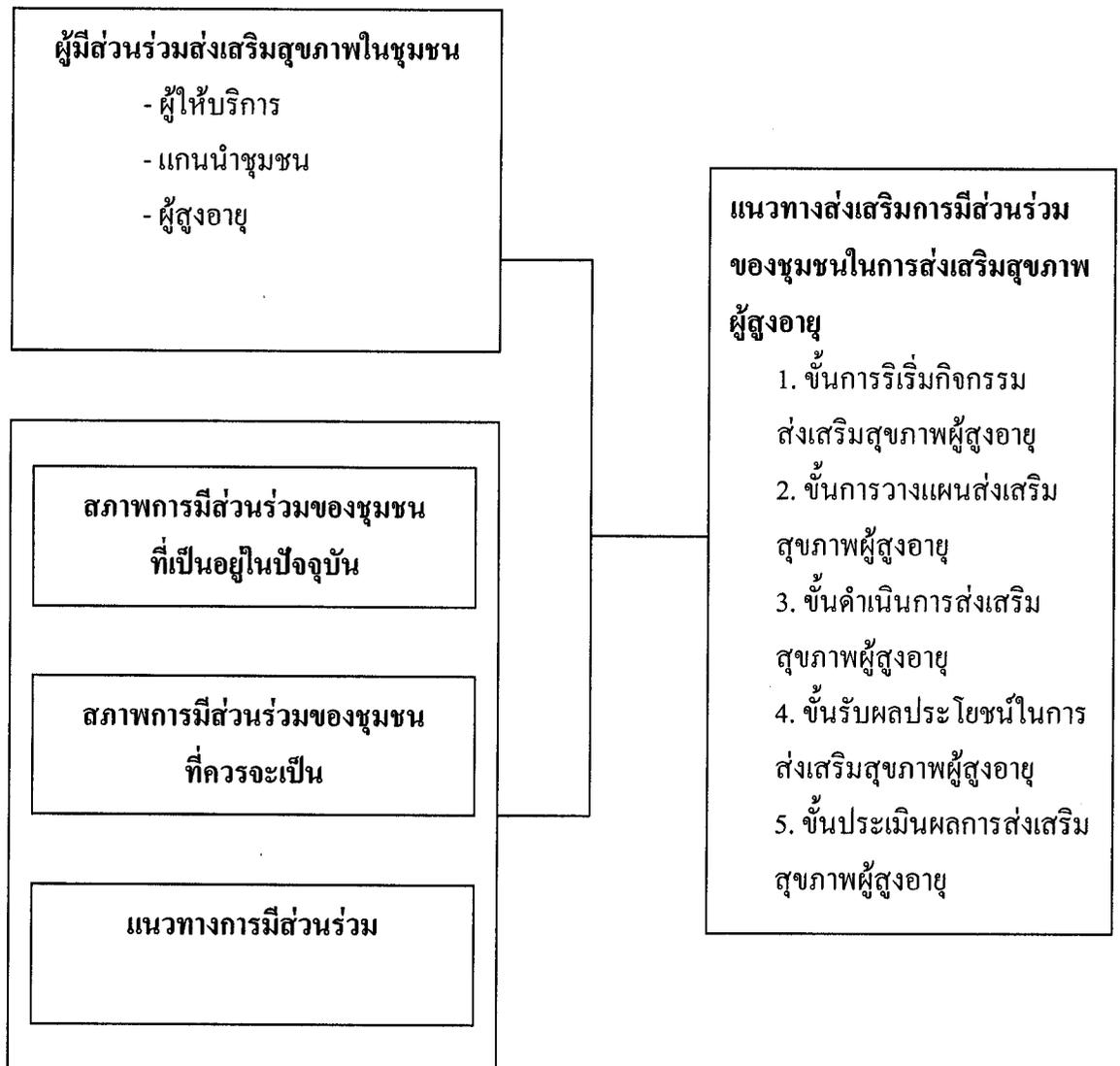
การส่งเสริม ป้องกันและชะลอการเกิดโรคต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นในผู้สูงอายุ โดยหาวิธีทางที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพพลานามัยที่ดี สามารถช่วยตนเองและทำกิจกรรมต่างๆ ขึ้นพื้นฐานให้แก่ตนเองในชีวิตประจำวันได้โดยภาครัฐไม่ต้องแบกภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ผู้สูงอายุเหล่านี้ จึงเป็นเรื่องที่สำคัญและจำเป็น ทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุ ชุมชน พึ่งตนเองทางด้านสุขภาพได้มากขึ้น สามารถเข้ามามีส่วนร่วมดูแลและบริหารจัดการระบบสุขภาพได้ โดยถือว่า “สุขภาพ” เป็นเรื่องของประชาชนทุกคนและเพื่อประชาชนทุกคน การ “สร้าง” นำ “ซ่อม” จึงเป็นกระแสนโยบายหลัก ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและเน้นให้โรงพยาบาลและสถานีนอกรมัยทุกแห่งต้องพิจารณาให้ความสำคัญกับการส่งเสริม ป้องกัน โรคมากยิ่งขึ้น ซึ่งแนวทางสู่ความสำเร็จต้องอาศัยการสร้างกระแสและสร้างแรงผลักดันทั้งทางสังคมและการเมืองให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในจิตใจและทัศนคติของประชาชน ตลอดจนผู้นำชุมชน องค์กรท้องถิ่นยอมรับว่าการดูแลสุขภาพตนเองขึ้นพื้นฐานเป็นหน้าที่สำคัญของบุคคล ครอบครัวและชุมชน ดังนั้นงานสาธารณสุขมูลฐานจึงได้ปรับแนวคิดเพิ่มขึ้น โดยสนับสนุนให้เกิดระบบสุขภาพภาคประชาชน ภายใต้ 4 กลยุทธ์ คือ สร้างการมีส่วนร่วม สร้างกระบวนการเรียนรู้ การเคลื่อนไหวทางสังคมและการสื่อสารเพื่อประชาชน ซึ่งแต่ละกลยุทธ์ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน (community participation) อย่างแท้จริงจึงจะประสบความสำเร็จได้

จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาผู้สูงอายุดังกล่าว เป็นสัญญาณเตือนให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเตรียมรับมือกับสถานการณ์ทางสุขภาพและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรสาธารณสุขและรับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จึงตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุว่าเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่าและมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาครอบครัวและสังคม จึงสำรวจข้อมูลและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร จำนวน 5 หมู่บ้าน มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 363 คน คิดเป็นร้อยละ 12.65 ของประชากรในพื้นที่ ซึ่งเป็นอัตราที่สูงกว่าระดับประเทศ และผู้สูงอายุกลุ่มที่มีสุขภาพดีร้อยละ 42.33 กลุ่มเสี่ยงร้อยละ 21.66 กลุ่มป่วยเรื้อรังหรือมีโรคประจำตัวร้อยละ 32.24 และกลุ่มพึ่งพิงช่วยเหลือตนเองได้น้อยร้อยละ 3.77 สาเหตุการเจ็บป่วย 5 อันดับโรคคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภาวะท้องอืดและโรคไตวายเรื้อรังตามลำดับ และสาเหตุการตายของผู้สูงอายุ 5 อันดับโรค คือ โรคชรา โรคมะเร็ง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคไตวายเรื้อรังและโรคเบาหวานตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ระดับประเทศและมีแนวโน้มทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และเป็นภาระพึ่งพิงทั้งครอบครัว ชุมชนและโรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวรต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก หากมีการนำเอาชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ จะก่อให้เกิดการส่งเสริม ป้องกันและรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุที่ดีขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวรในปัจจุบัน เพื่อนำผลของการวิจัยไปพัฒนาและขยายผลในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสู่สุขภาพด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อไป

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 2.1 ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชน เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ที่เป็นอยู่ในปัจจุบันและที่ควรจะเป็น
- 2.2 เปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระหว่างสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันและที่ควรจะเป็น
- 2.3 เปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระหว่าง ผู้ให้บริการ แกนนำชุมชน และผู้สูงอายุ
- 2.4 เสนอแนวทางส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย

3. กรอบแนวคิดการวิจัย



4. สมมติฐานการวิจัย

4.1 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ระหว่างสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันและสภาพที่ควรจะเป็นแตกต่างกัน

4.2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ให้บริการ แก่นนำชุมชน และผู้สูงอายุ แตกต่างกัน

5. ขอบเขตการวิจัย

5.1 **ขอบเขตประชากร** การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะกรณี โดยเลือกประชากร 3 กลุ่ม คือผู้ให้บริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร แก่นนำชุมชนและผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล จำนวน 5 หมู่บ้าน ประกอบด้วย หมู่ 2 บ้านร่องบัวลอย หมู่ 3 บ้านศรีเวียง หมู่ 6 บ้านปง หมู่ 12 บ้านใหม่โพธิ์งาม และหมู่ 16 บ้านหนองหลวง อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย

5.2 **ขอบเขตด้านพื้นที่** การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกชุมชนเฉพาะเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย ซึ่งมีทั้งหมดจำนวน 5 หมู่บ้าน

5.3 **ขอบเขตด้านเนื้อหา** การศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชน และผู้วิจัยได้ศึกษา แนวคิดเกี่ยวกับขั้นตอนการมีส่วนร่วมของบัณฑิต อ่อนคำ ผสมผสานกับแนวคิดของนักวิชาการไทยและต่างประเทศ กำหนดขอบเขตด้านเนื้อหาเฉพาะการมีส่วนร่วม 5 ขั้นตอนได้แก่ 1) ขั้นการริเริ่มกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2) ขั้นการวางแผนส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 3) ขั้นดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 4) ขั้นรับผลประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและ 5) ขั้นประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 **ผู้สูงอายุ** หมายถึง ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย

6.2 **การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ** ใช้ในความหมายเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ การกำหนดแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ

การสร้างครอบครัวให้อบอุ่น การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมรวมกลุ่ม เช่น การออกกำลังกาย กลุ่มอาชีพ สันทนาการต่างๆ ชมรมผู้สูงอายุ การให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้ด้านสุขภาพและการให้บริการปรึกษาแก่ผู้สูงอายุ

6.3 การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การมีส่วนร่วม 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นการริเริ่มกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ขั้นการวางแผนส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ขั้นดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ขั้นรับผลประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และขั้นประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

6.4 ขั้นตอนการมีส่วนร่วม หมายถึง การจำแนกขั้นตอนการมีส่วนร่วมออกเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การมีส่วนร่วมในขั้นการริเริ่มการพัฒนา ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ผู้เกี่ยวข้องการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาภายในชุมชน ตลอดจนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจกำหนดความต้องการของชุมชน และมีส่วนในการจัดลำดับความสำคัญของความต้องการอีกด้วย

ขั้นตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมในขั้นการวางแผนในการพัฒนา เป็นขั้นตอนที่ผู้เกี่ยวข้องการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย และวัตถุประสงค์ของโครงการ กำหนดวิธีการ และแนวทางการดำเนินงาน ตลอดจนกำหนดทรัพยากรและแหล่งทรัพยากรที่จะใช้

ขั้นตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมในขั้นการดำเนินการพัฒนา เป็นขั้นตอนที่ผู้เกี่ยวข้องการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนมีส่วนร่วมในการสร้างประโยชน์โดยการสนับสนุนทรัพยากร อุปกรณ์และแรงงาน หรือเข้าร่วมบริหารงาน ประสานงานและดำเนินการขอความช่วยเหลือจากภายนอก

ขั้นตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในขั้นการรับผลประโยชน์จากการพัฒนา เป็นขั้นตอนที่ผู้เกี่ยวข้องการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ที่พึงได้รับจากการพัฒนาหรือยอมรับประโยชน์อันเกิดจากการพัฒนาทั้งด้านวัตถุและจิตใจ

ขั้นตอนที่ 5 การมีส่วนร่วมในขั้นการประเมินผลการพัฒนา เป็นขั้นตอนที่ผู้เกี่ยวข้องการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเข้าร่วมประเมินว่า การพัฒนาที่ได้กระทำไปนั้นสำเร็จตามวัตถุประสงค์เพียงใด ซึ่งในการประเมินอาจปรากฏในรูปการประเมินย่อย (Formative Evaluation) เป็นการประเมินผลก้าวหน้าเป็นระยะๆ หรือกระทำในรูปของการประเมินผลรวม (Summative Evaluation) ซึ่งเป็นการประเมินผลสรุปรวบยอด

6.5 ระดับการมีส่วนร่วม หมายถึง การแปลความหมายเพื่อจัดระดับค่าเฉลี่ยตามวิธีของลิเคิร์ต (Likert) ออกเป็นช่วงดังต่อไปนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง การมีส่วนร่วมมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง การมีส่วนร่วมมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง การมีส่วนร่วมปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง การมีส่วนร่วมน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49 หมายถึง การมีส่วนร่วมน้อยที่สุดหรือไม่มีส่วนร่วมเลย

6.6 ชุมชน หมายถึง แกนนำชุมชน ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ประธานแม่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข ประธานชมรมผู้สูงอายุและสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร

6.7 เขตรับผิดชอบโรงพยาบาล หมายถึง หมู่บ้านที่โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร รับผิดชอบในการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 5 หมู่บ้าน ประกอบด้วย หมู่ 2 บ้านร่องบัวลอย หมู่ 3 บ้านศรีเวียง หมู่ 6 บ้านปง หมู่ 12 บ้านใหม่โพธิ์งาม และหมู่ 16 บ้านหนองหลวง

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 ทำให้ทราบถึงการมีส่วนร่วมของชุมชน เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ที่เป็นอยู่ในปัจจุบันและที่ควรจะเป็น

7.2 ทำให้ทราบความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ระหว่างสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันและสภาพที่ควรจะเป็น ว่าแตกต่างกันหรือไม่

7.3 ทำให้ทราบความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ระหว่างผู้ให้บริการ แกนนำชุมชน และผู้สูงอายุ ว่าแตกต่างกันหรือไม่

7.4 ได้แนวทางส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ชุมชนเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย