



การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุตรัง อำเภอกุตรัง จังหวัดมหาสารคาม

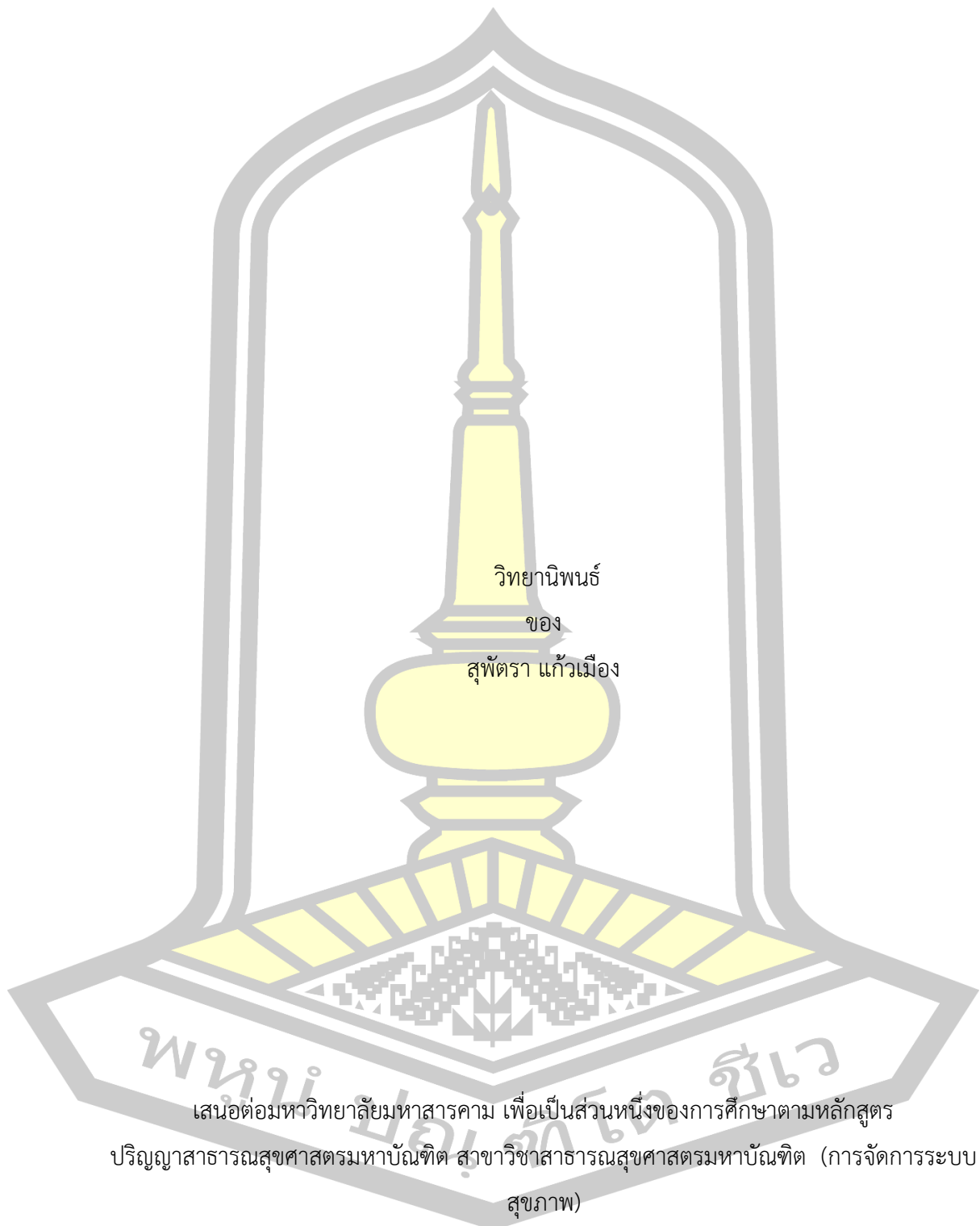
วิทยานิพนธ์
ของ
สุพัตรา แก้วเมือง

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบ
สุขภาพ)

ตุลาคม 2563

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุตุรงค์ อำเภอกุตุรงค์ จังหวัดมหาสารคาม

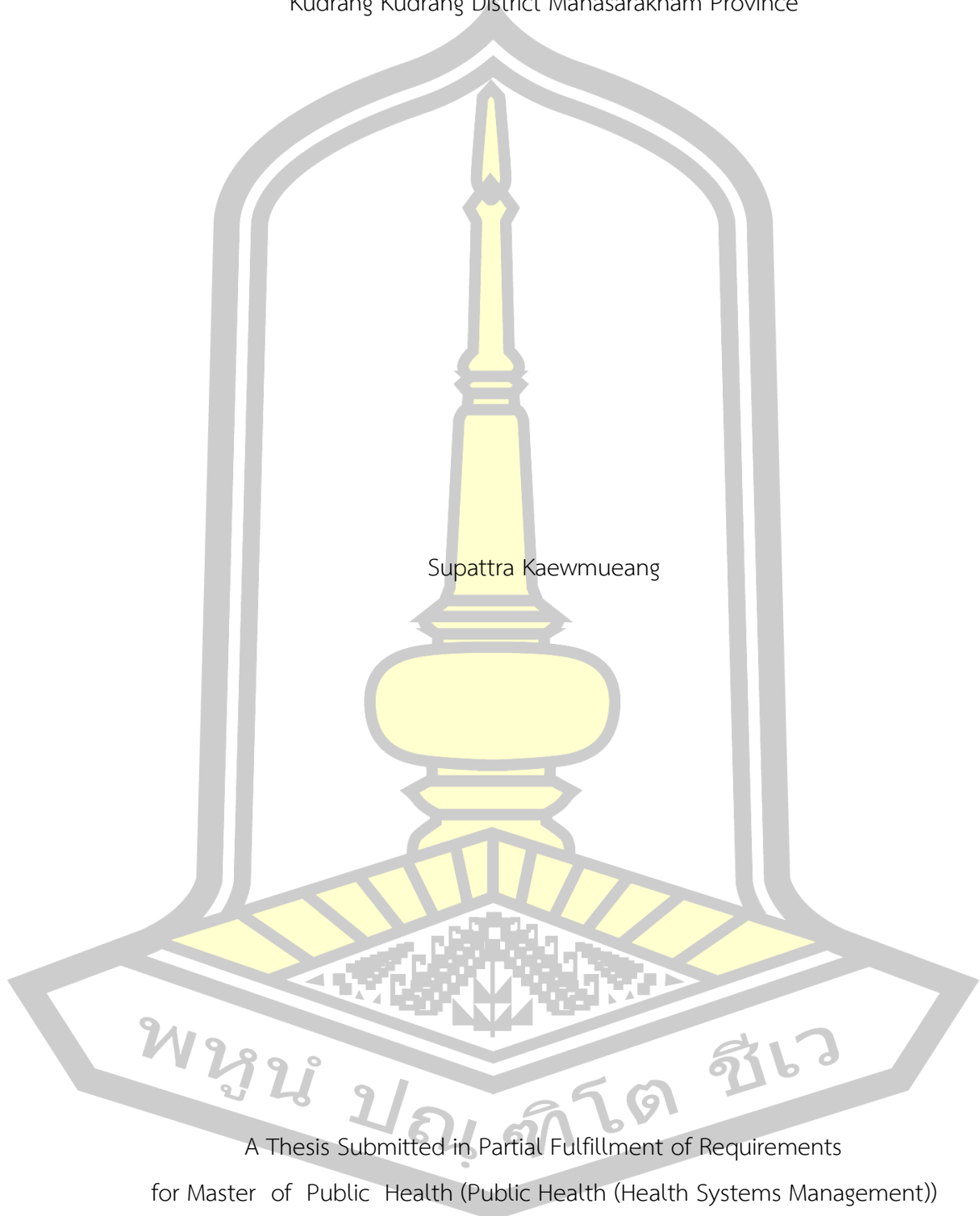


เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบสุขภาพ)

ตุลาคม 2563

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Development of the Elderly Care Model for Elderly Community
Kudrang Kudrang District Mahasarakham Province



Supattra Kaewmueang

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Master of Public Health (Public Health (Health Systems Management))

October 2020

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวสุภัทรา แก้วเมือง
แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบสุขภาพ) ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. ประจักษ์ บัวผัน)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รศ. อุดมศักดิ์ มหาวีรวัฒน์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(ผศ. ดร. สุณิรัตน์ ยั้งยืน)

กรรมการ

(อ. ดร. สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์)

กรรมการ

(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)

มหาวิทยาลัยขอนแก่นให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบ
สุขภาพ) ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

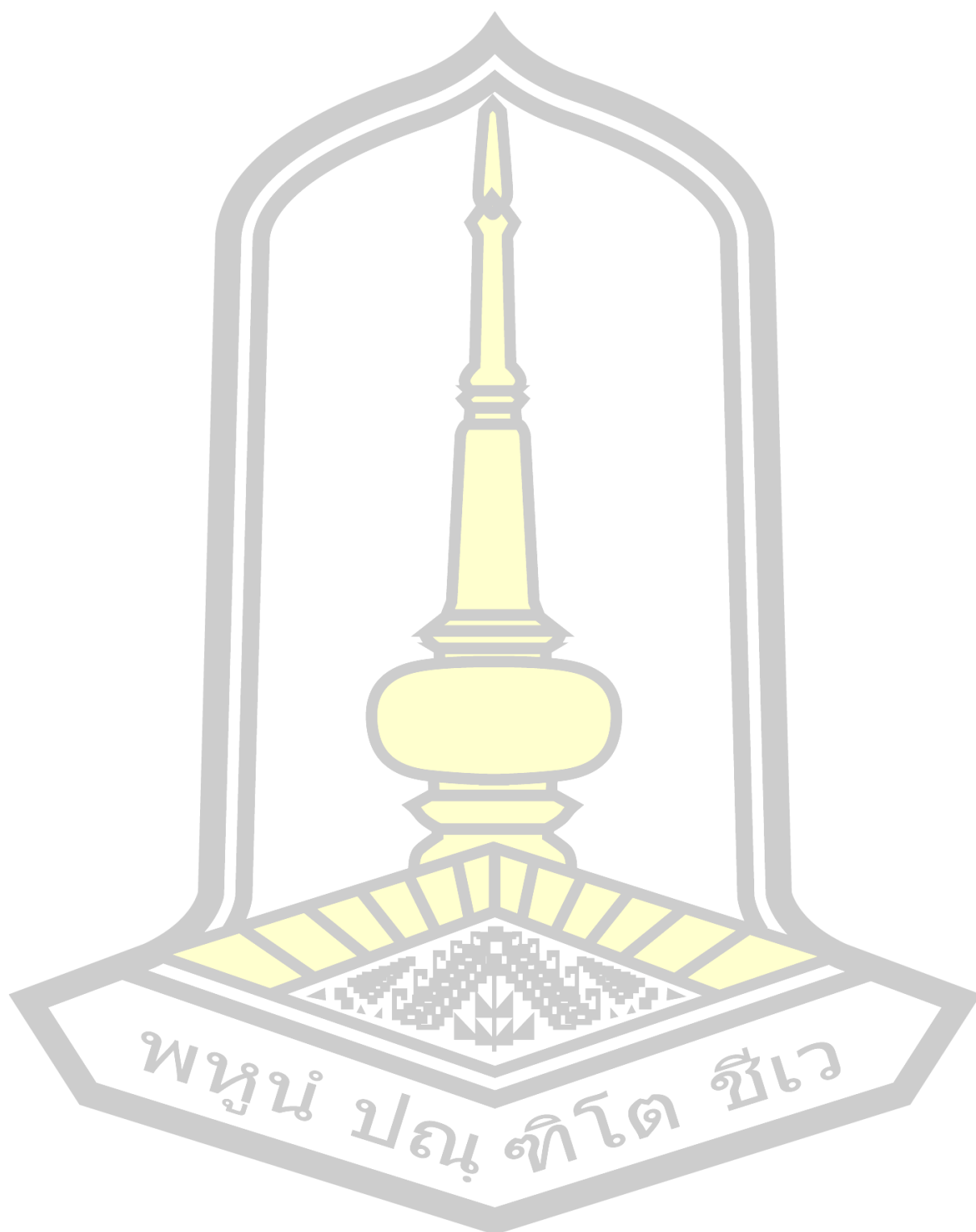
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	การพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม		
ผู้วิจัย	สุพัตรา แก้วเมือง		
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ อุดมศักดิ์ มหาวีรวัฒน์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิรัตน์ ยั่งยืน		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต	สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบสุขภาพ)
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2563

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาบริบทและสภาพปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ 2) ศึกษากระบวนการในการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ 3) ศึกษาผลของการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้แนวคิดความรู้เท่าทันด้านสุขภาพร่วมกับการดูแลสุขภาพตามหลัก 5 อ. 4) ศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 257 คน และผู้เกี่ยวข้อง 30 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก สถิติที่ใช้ได้แก่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ Wilcoxon matched pair sign rank test และ Mann - Whitney U test และ Binary logistic regression ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุได้รับอิทธิพลมาจากความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ ทั้งนี้ การเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุมีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพในระดับที่เพียงพอ จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่วนผลการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานของความรู้เท่าทันด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และหลังการทดลองพบว่า ค่ามัธยฐานของความรู้เท่าทันด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สำหรับปัจจัยแห่งความสำเร็จ ประกอบด้วย การมีเป้าหมายเดียวกันของทีม การปฏิบัติตามหน้าที่ที่ตนได้รับมอบหมาย การประสานงานของทีมและการสื่อสารกับชุมชน การเสริมสร้างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง และการมีส่วนร่วมของทีมอีกกุดรัง

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

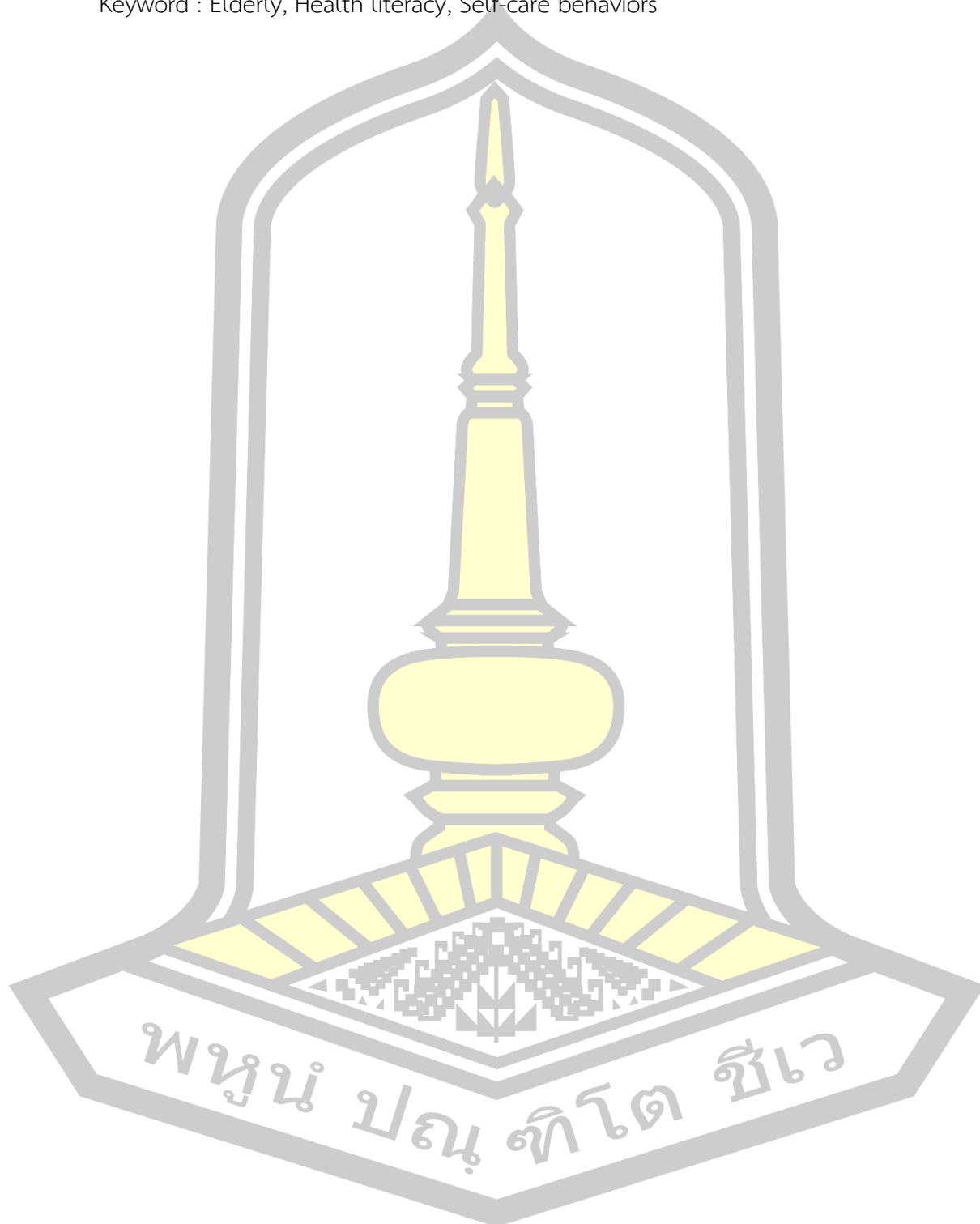


TITLE	Development of the Elderly Care Model for Elderly Community Kudrang Kudrang District Mahasarakham Province		
AUTHOR	Supattra Kaewmueang		
ADVISORS	Associate Professor Udomsak Mahaweerawat , M.P.H Assistant Professor Suneerat Yaugyuen , Ph.D.		
DEGREE	Master of Public Health	MAJOR	Public Health (Health Systems Management)
UNIVERSITY	Mahasarakham University	YEAR	2020

ABSTRACT

This participatory action research aimed to explore the situation condition and the elderly's health care problems, develop the health care model, implement the health care model by applied health literacy and 5 health care concepts, and determine the success factors of the health care model development. The subjects were 257 older people and 30 stakeholders. The data were collected by using interview questionnaires, focus group discussion, and in-depth interviews. The percentage, median, interquartile range, wilcoxon matched pair sign rank test, mann - whitney u test, and binary logistic regression. The results revealed that the elderly's self-care behaviors influenced by the elderly's health literacy. Hence, adequate health literacy could enhance the elderly able to care for themselves. In addition, after implementing the health care model, the experimental group had a significantly higher median of health literacy and self-care behavior than before implementing the health care model ($p < 0.001$). Also, in both groups (experimental - control group) had significantly median of health literacy and self-care behaviors ($p < 0.001$). Furthermore, the success factors the health care model development including one goal, roles and responsibilities, team coordination and community communication, promoting health literacy, and Hug Kudrang team participation.

Keyword : Elderly, Health literacy, Self-care behaviors



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วย ความกรุณาและความช่วยเหลือจากรองศาสตราจารย์ อุดมศักดิ์ มหาวิวัฒน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุณีรัตน์ ยิ่งยืน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้ให้คำแนะนำทางด้านวิชาการตลอดกระบวนการดำเนินการจัดทำ วิทยานิพนธ์ตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดกระบวนการ

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภ.กัญเกียรติ หุดปอ อาจารย์ ดร.เขมิกา สมบัติโยธา และอาจารย์ ดร.อดิสร วงศ์คงเดช อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคูเหนือทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัย

ขอขอบพระคุณ นายประวัตี กองเมืองปัก นายกองค้การบริหารส่วนตำบลกุดรัง ที่อนุญาตให้ทำวิจัยในพื้นที่ตำบลกุดรัง

ขอขอบพระคุณ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดรัง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกุดรัง ทุกท่านที่ให้การช่วยเหลือ ให้ข้อมูลและเป็นผู้ช่วยในการวิจัย

ขอขอบพระคุณ นายยศวิน อมราพิทักษ์ นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ ที่คอยให้ความช่วยเหลือในการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดำเนินการวิจัยดำเนินไปได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณ บิดา มารดา และครอบครัวของผู้วิจัยที่คอยสนับสนุนและเป็นกำลังใจหลัก สำคัญที่ทำให้ผู้วิจัยสามารถดำเนินการวิจัยจนสำเร็จได้ในครั้งนี้

สุพัตรา แก้วเมือง

พนุน ปณ ทิโต ชีเว

สารบัญ

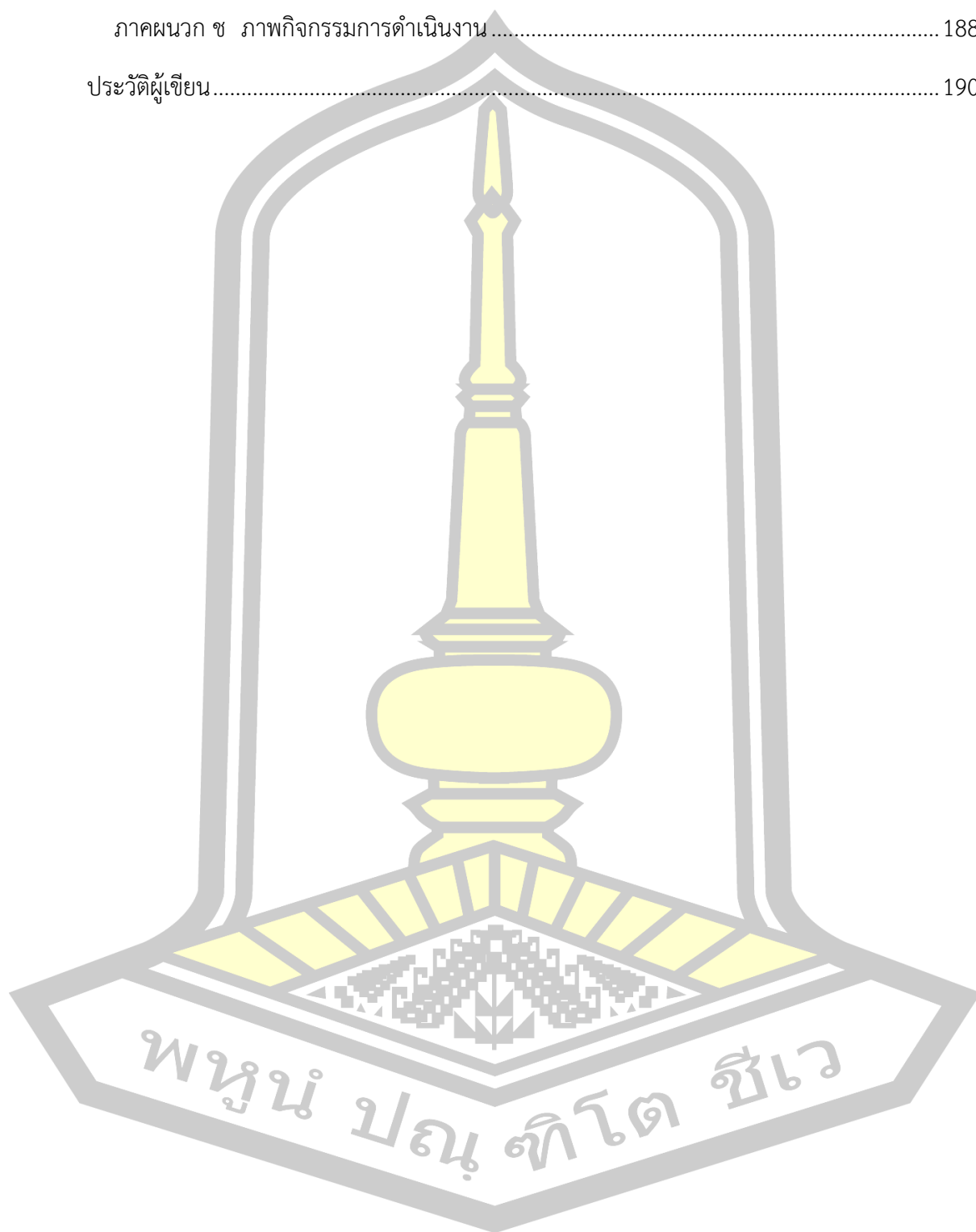
	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฌ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพประกอบ.....	ท
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ภูมิหลัง.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	4
1.3 ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	4
1.4 ขอบเขตของการวิจัย.....	4
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
บทที่ 2 ปริทัศน์เอกสารข้อมูล.....	7
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	7
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ.....	20
2.3 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ.....	26
2.4 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม.....	38
2.5 แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ.....	49
2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	60
2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	72
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	73

3.1 รูปแบบการวิจัย	73
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	74
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล	81
3.4 การสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย.....	83
3.5 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	85
3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล	86
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้	87
3.8 จริยธรรมในการวิจัย.....	88
บทที่ 4 ผลการศึกษา.....	89
4.1 ผลการศึกษาริบทและสภาพปัญหาในการพัฒนาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ	90
4.2 กระบวนการในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ	106
4.3 ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ.....	115
4.4 การถอดบทเรียนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ.....	124
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	128
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	128
5.2 อภิปรายผลการวิจัย	133
5.3 ข้อเสนอแนะ	139
บรรณานุกรม.....	140
ภาคผนวก.....	149
ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย	150
ภาคผนวก ข หนังสือขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ	152
ภาคผนวก ค หนังสือขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือ.....	156
ภาคผนวก ง ใบรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์	158
ภาคผนวก จ เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย.....	160

ภาคผนวก ฉ แผนปฏิบัติการวิจัย..... 179

ภาคผนวก ช ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน..... 188

ประวัติผู้เขียน..... 190



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 คุณลักษณะสำคัญเพื่อเพิ่มความรู้เท่าทันสุขภาพในกลุ่มประชาชนทั่วไป	23
ตารางที่ 2 ขนาดตัวอย่างของผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้าน.....	77
ตารางที่ 3 ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้าน	80
ตารางที่ 4 จำนวนประชากรผู้สูงอายุในตำบลกุตรัง แยกตามหมู่บ้าน	91
ตารางที่ 5 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการ (n=30).....	94
ตารางที่ 6 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ (n=257).....	95
ตารางที่ 7 การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย..	96
ตารางที่ 8 ระดับความรู้เท่าทันด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n=257).....	96
ตารางที่ 9 ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุตรังรายองค์ประกอบ (n=257).....	97
ตารางที่ 10 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (n=257)	100
ตารางที่ 11 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (n=257)	101
ตารางที่ 12 คุณลักษณะส่วนบุคคลและความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ จำแนกตามระดับพฤติกรรมการ ดูแลสุขภาพตนเอง.....	104
ตารางที่ 13 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแล สุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ	106
ตารางที่ 14 สภาพปัญหาในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่และแนวทางในการพัฒนารูปแบบ.....	108
ตารางที่ 15 โครงการเสริมสร้างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตาม หลัก 5 อ.	110
ตารางที่ 16 รายละเอียดผู้รับผิดชอบโครงการเสริมสร้างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพ ตนเองของผู้สูงอายุตามหลัก 5 อ.....	111
ตารางที่ 17 รายละเอียดการดำเนินกิจกรรมโครงการเสริมสร้างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพในการดูแล สุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามหลัก 5 อ.	112

ตารางที่ 17 รายละเอียดการดำเนินกิจกรรมโครงการเสริมสร้างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพในการดูแล
 สุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามหลัก 5 อ. (ต่อ)..... 113

ตารางที่ 18 คุณลักษณะผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... 115

ตารางที่ 19 การเปรียบเทียบค่านิยมฐานของความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
 ตนเองของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังดำเนินการของกลุ่มทดลอง (n = 30)..... 117

ตารางที่ 20 การเปรียบเทียบค่านิยมฐานของความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
 ผู้สูงอายุ ก่อน-หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม 118

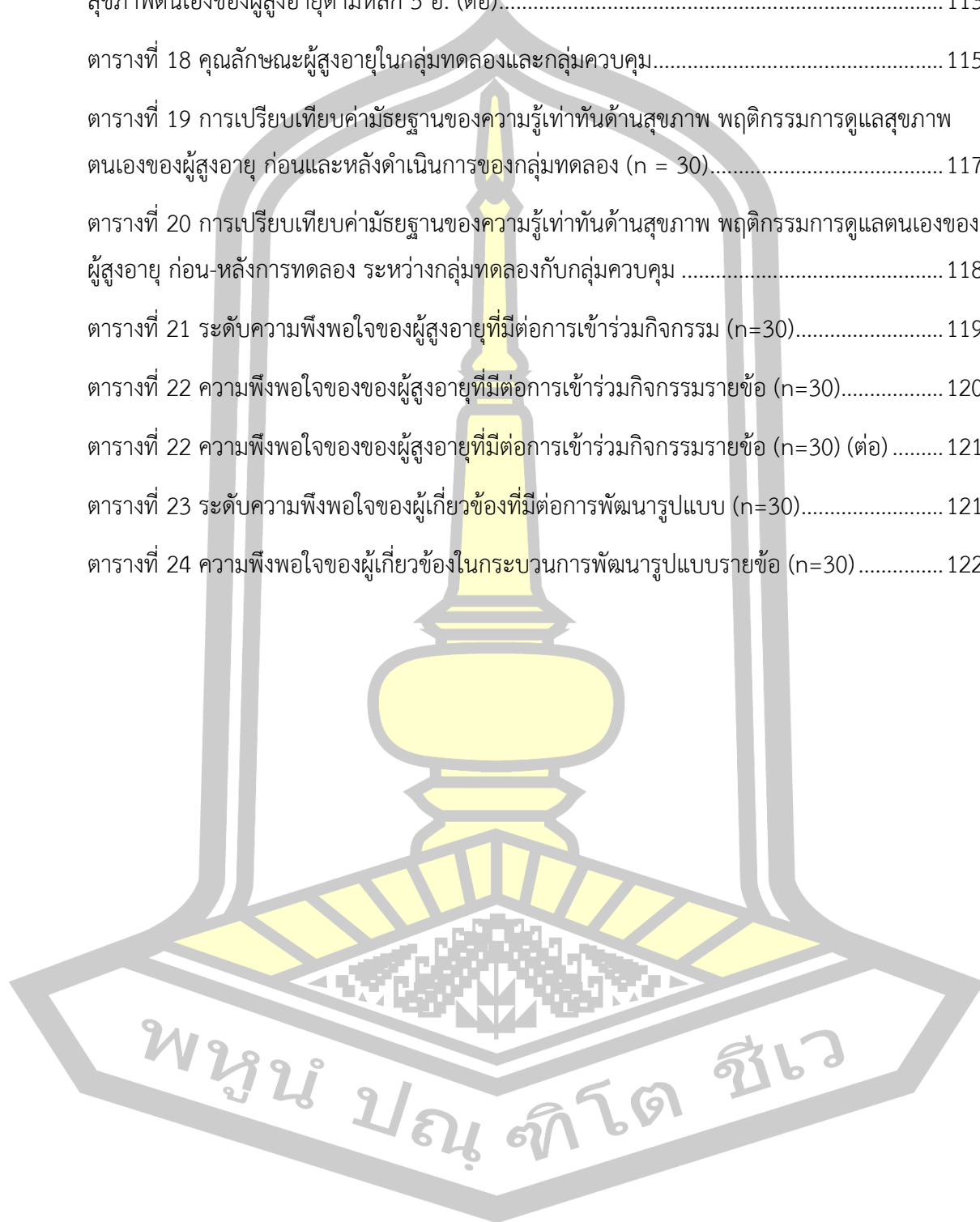
ตารางที่ 21 ระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีต่อการเข้าร่วมกิจกรรม (n=30)..... 119

ตารางที่ 22 ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีต่อการเข้าร่วมกิจกรรมรายข้อ (n=30)..... 120

ตารางที่ 22 ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีต่อการเข้าร่วมกิจกรรมรายข้อ (n=30) (ต่อ) 121

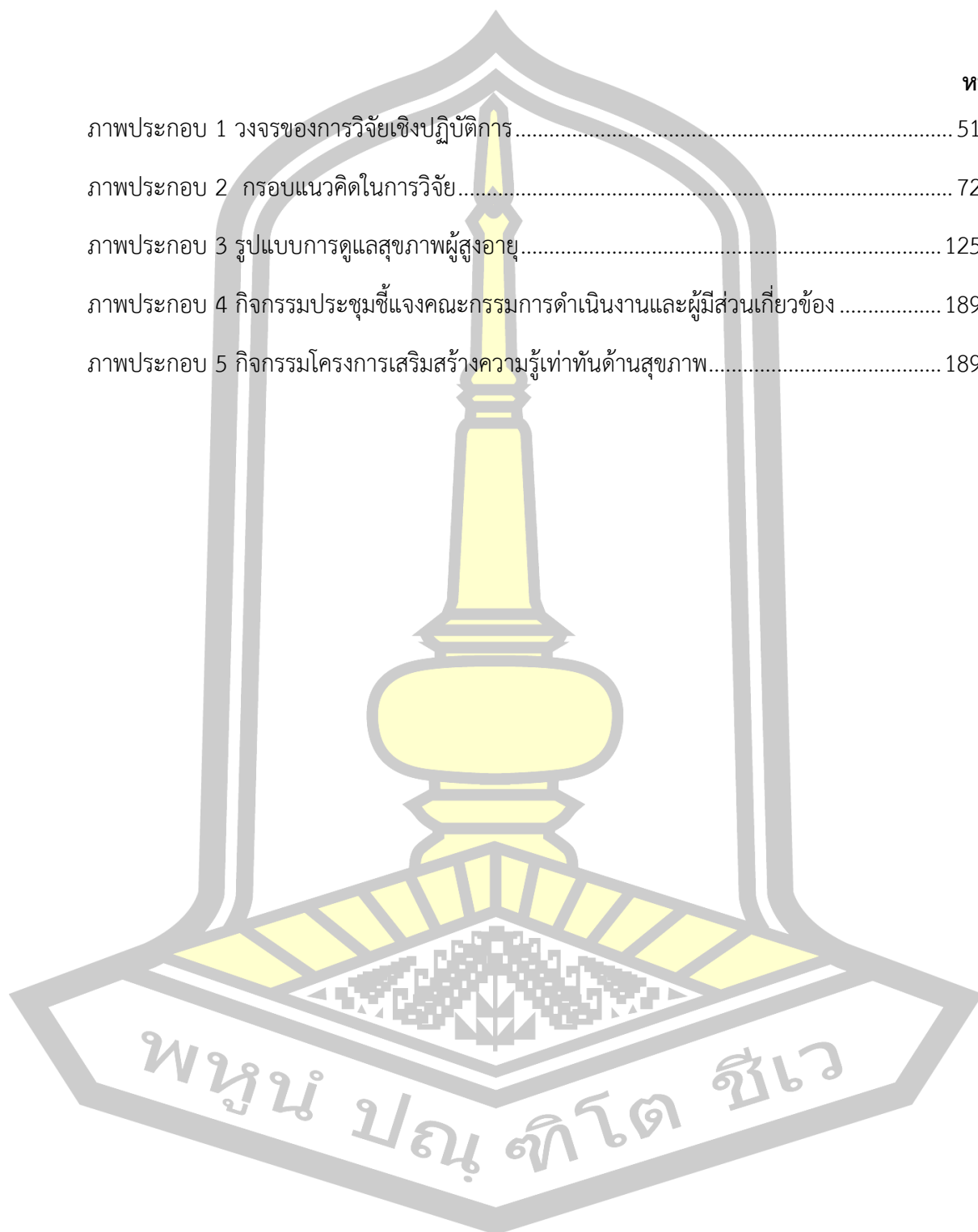
ตารางที่ 23 ระดับความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้องที่มีต่อการพัฒนารูปแบบ (n=30)..... 121

ตารางที่ 24 ความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการพัฒนารูปแบบรายข้อ (n=30)..... 122



สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบ 1 วงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ.....	51
ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	72
ภาพประกอบ 3 รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ.....	125
ภาพประกอบ 4 กิจกรรมประชุมชี้แจงคณะกรรมการดำเนินงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	189
ภาพประกอบ 5 กิจกรรมโครงการเสริมสร้างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ.....	189



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ภูมิหลัง

ปัจจุบันมีการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุเกิดขึ้นทั่วโลก โดยในปี ค.ศ. 2018 ทั่วโลกมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 990 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรทั้งหมด ส่วนในภูมิภาคอาเซียนก็เข้าสู่สังคมสูงอายุโดยพบว่า มีประชากรสูงอายุ จำนวน 67 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด ในปี 2018 ซึ่งมีประเทศสมาชิกอาเซียนที่เป็นสังคมสูงอายุไปแล้ว 4 ประเทศ คือ สิงคโปร์ (ร้อยละ 20) ไทย (ร้อยละ 18) เวียดนาม (ร้อยละ 12) และมาเลเซีย (ร้อยละ 10) และสำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2562 มีประชากรผู้สูงอายุ 11 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.73 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562) ของประชากรทั้งหมด และกำลังจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2564 โดยผู้สูงอายุจะกลายเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ที่สุดในสังคม ประชากรไทยกำลังมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว อีก 4 ปีข้างหน้าจะเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” เมื่อสัดส่วนผู้สูงอายุถึงร้อยละ 20 และอีก 20 ปีข้างหน้า สัดส่วนประชากรสูงอายุจะสูงขึ้นถึงร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมดอีก 20 ปีข้างหน้าคนในวัยแรงงานอายุ 15-59 ปี จะลดลงจาก 44 ล้านคน เหลือเพียง 37 ล้านคน แต่ผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอีกเกือบเท่าตัวจาก 11 ล้านคนเป็น 20 ล้านคน ทั้งนี้ การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย ทำให้ผู้สูงอายุเผชิญกับปัญหาในการดำรงชีวิต รวมทั้งปัญหาด้านสุขภาพเนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้น และการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามวัย ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561)

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุส่วนหนึ่งถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังคนเดียว หรือกับคู่สมรสที่เป็นผู้สูงอายุ ถึงร้อยละ 11 และ 21 ตามลำดับ และเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงผู้ดูแล และมีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (ไม่สามารถประกอบกิจวัตรพื้นฐาน คือ กินอาหารเอง เข้าห้องน้ำเอง แต่งตัวได้เอง) มากถึงร้อยละ 5 (วิชัย เอกพลากร, 2559) ซึ่งถ้าหากผู้สูงอายุเหล่านี้มีโรคเรื้อรังหรือมีข้อจำกัดในการดูแลช่วยเหลือตนเองร่วมด้วยก็จะทำให้เกิดภาระในการดูแลสุขภาพของครอบครัวและชุมชนตามมา (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล, 2558) สำหรับจังหวัดมหาสารคาม พบว่ามีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โดยในปี 2561 มีผู้สูงอายุจำนวน 157,588 คน (ร้อยละ 16.36) และในปี 2562 มีผู้สูงอายุจำนวน 164,249 คน (ร้อยละ 17.06) (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562) และในพื้นที่ตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเป็นเขตชนบท ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก เช่น การทำไร่มันสำปะหลัง ทำไร่อ้อย ทำนาข้าว และการเลี้ยงสัตว์ เป็นต้น มีประชากรผู้สูงอายุถึง 1,024 คน คิดเป็นร้อยละ 21.43 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงผู้ดูแลถึงร้อยละ 17.6 (องค์การบริหารส่วนตำบลกุดรัง, 2562)

สำหรับรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในตำบลกุดรัง แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้สูงอายุที่ไม่เจ็บป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้ปกติ ซึ่งมีการดำเนินงานร่วมกันจากหลายภาคส่วน เช่น องค์การบริหารส่วนตำบลกุดรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดรัง โรงพยาบาลกุดรัง และโรงเรียนผู้สูงอายุฮักกุดรัง โดยองค์การบริหารส่วนตำบลกุดรัง ในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จะมีการออกตรวจวัดร่างกาย และจ่ายยาถึงบ้าน โดยทีมอาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลกุดรังและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดรัง ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงการดูแล จะมีทีมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver, CG) ให้การดูแลและการออกเยี่ยมของทีมนสวิชาชีพจากโรงพยาบาลกุดรังและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดรัง และในส่วนของผู้สูงอายุที่ไม่เจ็บป่วยบางส่วนได้มาเข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุฮักกุดรัง โดยปัจจุบันมีการดำเนินงานเข้าสู่ปีที่ 3 ซึ่งในปี 2562 ได้มีการพัฒนานักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุฮักกุดรังให้เป็นกลุ่มผู้สูงอายุจิตอาสา ในการดูแลพัฒนาวัด ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนในเขตพื้นที่ตำบลกุดรัง และออกเยี่ยมผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยการช่วยทำความสะอาดบริเวณบ้าน จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม และออกเยี่ยมผู้สูงอายุที่อยู่ห่างไกล ที่ไม่สามารถเดินทางมาเข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุได้

สภาพปัญหาในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในตำบลกุดรัง พบว่า ในการจัดกิจกรรมโครงการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไม่มีการสำรวจความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน บางครั้งพบสภาพปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุในเชิงนโยบาย งบประมาณที่มาจากหน่วยงานราชการมีความล่าช้า การขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทำให้ไม่สะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรม การไม่เข้าสู่ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุบางกลุ่มทำให้การดูแลไม่ทั่วถึง มีการดูแลโดยเน้นผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงเท่านั้น สำหรับผู้สูงอายุที่บางกลุ่มไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมอาจด้วยภารกิจ หรือสภาพร่างกาย เช่น ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ความสะดวกในด้านเวลา การเดินทาง ทัศนคติของครอบครัว ทัศนคติส่วนบุคคล เป็นต้น (องค์การบริหารส่วนตำบลกุดรัง อำเภอภูพาน, 2562) จากรายงานยังชี้ให้เห็นว่าในพื้นที่มีปัญหาโรคเรื้อรังถึงร้อยละ 22.0 เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหอบหืด และโรคหัวใจ เป็นต้น ส่วนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ขาดการออกกำลังกายเป็นประจำ เนื่องจากความเสื่อมถอยของสภาพร่างกาย และมีวิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยการสวดมนต์ไหว้พระ หรือพบปะพูดคุยและปรับทุกข์กับผู้สูงอายุด้วยกัน ส่วนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า บางส่วนยังรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง รสเค็ม และรสหวาน ด้วยเหตุผลว่าเคยชินกับวิถีการบริโภคเช่นนี้ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดรัง, 2562) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุยังมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่เหมาะสม อาจเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพที่ไม่ดีและเจ็บป่วยตามมาได้

การมีสุขภาพที่ดี หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและปัญญา โดยเชื่อมโยงเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ประกอบด้วย สุขภาพกายที่ดี สุขภาพจิตที่ดี สุขภาพทางสังคมที่ดี และสุขภาพทางปัญญาที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่ง จะต้องเน้นที่จะทำให้ร่างกายอยู่ในสภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ร่วมกับส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามที่สภาพร่างกาย จิตใจ และเวลาเอื้ออำนวย (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2562) ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้สนใจในการศึกษาหลักการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 5 อ. ซึ่งประกอบด้วย อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อุบัติเหตุ และอนามัยส่วนบุคคล ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นพื้นฐานในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้วย

สำหรับแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลกุดรัง เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ และช่วยลดภาระในการดูแลและการพึ่งพิงระบบบริการสุขภาพ คือ แนวคิดการพัฒนา “ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ” (Health literacy) หมายถึง ความสามารถและทักษะในการค้นหาข้อมูล มีความรู้ความเข้าใจ สามารถวิเคราะห์ แปรผล และเลือกใช้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพเพื่อให้เกิดการตัดสินใจที่เหมาะสมในการส่งเสริมและดำรงรักษาสุขภาพตนเองเพื่อสุขภาพที่ดี (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร, 2554) โดยความรู้เท่าทันด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ สถานะสุขภาพโดยรวม การเข้าถึงโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ เป็นต้น (Chesser AK et al., 2016) และมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างสุขภาพ การปรับเปลี่ยนทัศนคติด้านสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้วย ซึ่งผู้สูงอายุที่มีระดับความรู้เท่าทันด้านสุขภาพต่ำ จะขาดความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ ขาดความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพ และขาดทักษะการตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลข่าวสารและบริการด้านสุขภาพที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพตนเอง ส่งผลให้เกิดภาวะสุขภาพที่ไม่ดี เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและเสียชีวิตได้ (Javadzade, 2012) นอกจากนี้ยังพบว่าความรู้เท่าทันด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอาจแตกต่างกันไป เนื่องจากหลายปัจจัย เช่น อายุ เพศ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะการอยู่อาศัย ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมการดำรงชีวิต (Geboers et al., 2016) โดยพบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและเขตชนบทอาจจะมีระดับความรู้เท่าทันด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน เนื่องจากความแตกต่างด้านโครงสร้างอายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม และการเข้าถึงสื่อต่าง ๆ เป็นต้น ซึ่งส่งผลต่อความรู้ ทักษะและความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการเลือกใช้ข้อมูลในการดูแลสุขภาพตนเองได้ (Golboni et al., 2018)

จากข้อมูลข้างต้นผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดความรู้เท่าทันด้านสุขภาพร่วมกับการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 5 อ. มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตำบลกุดรัง โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้บริหารองค์การบริหารส่วน

ตำบล นักพัฒนาชุมชน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกุดรัง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน และตัวแทนผู้สูงอายุ นำผลการศึกษาที่ได้ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม

1.2 คำถามการวิจัย

กระบวนการในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคามเป็นอย่างไร

1.3 ความมุ่งหมายของการวิจัย

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.3.2.1 เพื่อศึกษาบริบท และสภาพปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ชุมชนตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม

1.3.2.2 เพื่อศึกษากระบวนการในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม

1.3.2.3 เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้แนวคิดความรู้เท่าทันด้านสุขภาพร่วมกับการดูแลสุขภาพตามหลัก 5 อ.

1.3.2.4 เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม โดยแบ่งขอบเขตการศึกษาเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1.4.1 ขอบเขตด้านพื้นที่การศึกษา

ผู้วิจัยคัดเลือกพื้นที่แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Selection) โดยเลือกหมู่บ้านทุกหมู่บ้านในตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม จำนวนทั้งสิ้น 16 หมู่บ้าน

1.4.2 ขอบเขตด้านประชากร

การวิจัยครั้งนี้ได้ทำการศึกษาในประชากรผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุตุรง อำเภอกุตุรง จังหวัดมหาสารคาม โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1.4.2.1 กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย คณะผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบลกุตุรง นักพัฒนาชุมชน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอำเภอกุตุรง และตัวแทนผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน

1.4.2.2 กลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน โดยกลุ่มตัวอย่างมาจากประชากรผู้สูงอายุในชุมชนตำบลกุตุรง อำเภอกุตุรง จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย

1) กลุ่มตัวอย่างเพื่อศึกษาสภาพปัญหาในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป สถานะทางสุขภาพ ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลกุตุรง ก่อนการพัฒนารูปแบบ จำนวน 257 คน

2) กลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินรูปแบบในการพัฒนา จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน

1.4.3 ขอบเขตด้านระยะเวลาที่ศึกษา

ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา เดือนกันยายน 2562 – เดือนมิถุนายน 2563

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.5.1 ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลกุตุรง อำเภอกุตุรง จังหวัดมหาสารคาม

1.5.2 รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง วิธีการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนตำบลกุตุรง อำเภอกุตุรง จังหวัดมหาสารคาม

1.5.3 ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถและทักษะในการค้นหาข้อมูล มีความรู้ความเข้าใจ สามารถวิเคราะห์ แปรผล และเลือกใช้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพเพื่อให้เกิดการตัดสินใจที่เหมาะสมในการส่งเสริมและดำรงรักษาสุขภาพตนเองเพื่อสุขภาพที่ดี(ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร, 2554)

1.5.4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางด้านสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุเพื่อให้ตนเองมีความสมบูรณ์แข็งแรงทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุขของผู้สูงอายุตำบลกุตุรง อำเภอกุตุรง จังหวัดมหาสารคาม ตามหลัก 5 อ. ประกอบด้วย ด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ ด้านอุบัติเหตุ และด้านอนามัยส่วนบุคคล

1.5.5 การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ประชาชนหรือกลุ่มบุคคลมีแนวคิดหรือจุดมุ่งหมายที่เหมือนกันเข้ามาดำเนินการนั้นให้แล้วเสร็จ ตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดแล้วรับผลประโยชน์ร่วมกัน ซึ่งต้องเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนไม่ว่าจะเป็นการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล (จิระนันท์ พันธุ์ทอง, 2560)

1.5.6 ผู้เกี่ยวข้อง หมายถึง ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนตำบลกุตุรัง ประกอบด้วย ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบลกุตุรัง ผู้นำชุมชน นักพัฒนาชุมชน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกุตุรัง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุตุรัง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และตัวแทนผู้สูงอายุ



บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

ในการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า ทบทวนเอกสาร รวมถึงได้รวบรวมแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในหัวข้อดังต่อไปนี้

- 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ
- 2.3 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ
- 2.4 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม
- 2.5 แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
- 2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

2.1.1 นิยามและความหมายของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย ประเทศไทยมีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างสังเกตเห็นได้ชัดไม่ว่าจะในครอบครัว ชุมชน หรือตามสถานที่สาธารณะเราจะเห็นได้ว่ามีผู้สูงอายุอยู่มากปรากฏการณ์ที่มีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นเช่นนี้ ยืนยันด้วยสถิติข้อมูลประชากร ซึ่งแสดงให้เห็นว่าประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่ “สังคมสูงวัย” มาตั้งแต่ประมาณปี พ.ศ. 2548 แล้ว เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด ยิ่งไปกว่านั้น การฉายภาพประชากรไทยต่อไปในอนาคตยังแสดงให้เห็นว่าสัดส่วนของประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในอีกไม่เกิน 10 ปีข้างหน้าประเทศไทยจะกลายเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561)

2.1.2 คุณค่าของผู้สูงอายุ (value)

การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสังคม การที่กำลังลดถอย การหยุดหรือการปลดจากงานประจำ การเปลี่ยนแปลงวิถีทางดำเนินชีวิตหลังจากเคยทำมาในช่วงเวลา 20-30 ปี การลดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องต่างๆ ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียทางบทบาท ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อเส้นทางเศรษฐกิจ ทำให้ความมั่นใจในตนเองในความสามารถและคุณค่าของตนเองลดลงอย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาถึงมุมมอง

ของตัวผู้สูงอายุเองในเรื่องของคุณค่าในตัวผู้สูงอายุ พบว่า ตัวผู้สูงอายุเองเห็นว่าทุกคนมีคุณค่า คนที่ยังมีชีวิตอยู่ทุกคนไม่ว่าจะแก่สักเพียงใดก็ยังมีโอกาสสร้างคุณค่าให้กับตนเองหรือเป็นคนที่มีค่าของคนอื่นได้ โดยคุณค่าของคนแก่จะมีมากหรือน้อยก็ด้วยเงื่อนไขดังต่อไปนี้

- 1) มีคุณค่าเพราะเกิดมานานมีประสบการณ์มาก สามารถถ่ายทอดสิ่งต่างๆ ไปให้ลูกหลานได้ ประสบการณ์ที่มีอยู่ย่อมเป็นประโยชน์และมีคุณค่าต่อคนรุ่นหลัง
- 2) มีคุณค่าเพราะความดี ทั้งนี้ความดีเกิดจากการมีศาสนา การทำบุญทำทานที่วัด การอยู่ในศีลในธรรม มีเมตตากรุณา จนถึงปฏิบัติตัวไม่ให้เป็นที่รำคาญของลูกหลาน เช่น ไม่พูดมาก ไม่พูดเพื่อจ้อ และเป็นคนใจดี มีคนนับถือ
- 3) มีคุณค่าเพราะมีโภคทรัพย์ หรือทรัพย์สินเงินทอง หรือสมบัติที่ผู้สูงอายุเป็นเจ้าของ ประเด็นนี้ มีความคิดความเชื่อว่า “คนทั่วไปจะเห็นคุณค่าของคนแก่ถ้าเป็นผู้ที่มีสมบัติ” ดังนั้นคนแก่คนใดที่มีสมบัติ ก็จะมีคุณค่า คนแก่ที่ไม่มีสมบัติ มีฐานะยากจนก็ไม่มีคุณค่าเพราะลูกหลานไม่สนใจ
- 4) มีคุณค่าเพราะมีบุญคุณ จากการที่ผู้สูงอายุมีสถานภาพความเป็นพ่อแม่ จึงมีบุญคุณด้วยการให้กำเนิด อบรมเลี้ยงดูลูกๆ มา
- 5) มีคุณค่าเพราะยังทำประโยชน์ให้กับครอบครัวและสังคมได้
- 6) มีคุณค่าเพราะเป็นที่พึ่งทางใจ แม้ผู้สูงอายุจะทำอะไรไม่ได้ไม่มีประโยชน์ในการช่วยงานต่างๆ ไม่มีเงินทองทรัพย์สินสมบัติ แต่ผู้สูงอายุก็น่าเชื่อว่าคุณค่าทางจิตใจให้ลูกหลานได้
- 7) มีคุณค่าเพราะมีคนให้คุณค่า เช่น ลูกหลานให้ค่าด้วยการปฏิบัติที่แสดงความเคารพ เอาใจใส่ดูแลปรนนิบัติ

สำหรับในประเทศไทย พบว่า ทักษะคติของประชากรวัยทำงาน และวัยนักเรียน มีแนวโน้มที่ดีต่อผู้สูงอายุทั้งสองวัย แต่มีมุมมองที่ดีต่อผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) น้อยกว่าโดยเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) (สุชาติ ทวีสิทธิและคณะ, 2553)

2.1.3 รูปแบบการดำเนินชีวิต (lifestyle pattern)

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมการเปลี่ยนแปลงฐานะทางเศรษฐกิจอันเนื่องจากหุดงานประจำของคนสูงอายุโดยทั่วไป คือ การลดบทบาทและเกี่ยวข้องทางสังคม และกิจกรรมต่างๆ ทางสังคมน้อยลง กิจกรรมต่างๆ ซ้ำลงไปตามจังหวะของชีวิตตัวเอง วงสังคมแคบลงและการเกี่ยวข้องกับคนอื่นก็จะมีเฉพาะกิจกรรมที่ตัวเองเป็นศูนย์กลาง เช่น การเจ็บป่วย เป็นต้น กิจกรรมต่างๆ จะน้อยและซ้าลงไม่ค่อยมีการเคลื่อนที่มากนัก การซื้อและจับจ่ายใช้สอยเครื่องอุปโภค บริโภคต่างๆ ก็ลดลง กิจกรรมส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องผู้รับมากกว่าผู้ให้ และเป็นการกระทำโดยลำพังเอง เช่น อ่านหนังสือ ฟังวิทยุมากกว่าจะทำเป็นกลุ่ม และด้วยการที่ร่างกายเสื่อมถอยเร็วแรง น้อย การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุจึงแตกต่างจากหนุ่มสาวเมื่ออายุมากแล้ว ไม่เกิดความคล่องตัว ไม่สนุกสนาน ไม่สนใจสิ่งบันเทิง ไม่ชอบเข้า

สังคม ไม่ชอบเสียงดัง ไม่ชอบแต่งตัวมาก อยากแต่จะเข้าวัด ถือศีล ฟังเทศน์ การพูดการจาสุภาพ เรียบร้อย พุดจามีเหตุผล (ปรีชา อุปโยคินและคณะ, 2541)

2.1.4 การนับถือตนเอง ความภูมิใจในตนเอง (self-esteem)

ผู้สูงอายุมองว่าบทบาทของตนเองเปลี่ยนแปลงไปซึ่งอาจไม่ได้หมายความว่าบทบาทน้อยลง แต่เป็นการเปลี่ยนบทบาทไปตามวัย ทั้งในเรื่องบทบาททางสังคมและครอบครัว เช่น เปลี่ยนจากบทบาท เป็นผู้ทำไร่ทำนา มาเป็นที่ปรึกษาของลูกหลาน ช่วยทำงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ เปลี่ยนจากแม่เป็นยาย ช่วยเลี้ยงหลานเป็นความภูมิใจในบทบาทที่เป็นผู้สูงอายุเหตุผลดังนี้

1) ภูมิใจในศักดิ์ศรีและคุณค่าของตนเอง ผู้สูงอายุที่มีความภูมิใจในลักษณะนี้ โดยให้เหตุผลว่ามี ลูกหลานดี คอยดูแลช่วยเหลือ ไม่เคยแสดงกิริยาไม่ดี ลูกหลานให้ความเคารพนับถือ ปัจจุบันยังคงอบรม สั่งสอนลูกหลานได้ ลูกหลานไม่ทอดทิ้ง ทั้งนี้เพราะตัวเองทำความดีไว้มากจึงมีคนยกย่อง สมัยก่อนอาจมีบทบาทน้อย เดียวนี้ที่ผู้สูงอายุกลับมีบทบาทมากเพราะมีคนนับถือมากขึ้น

2) ภูมิใจในความสามารถกับงานที่ได้ทำด้วยตนเองและยังทำอะไรได้บ้าง เช่น ปลูกผักได้ ทำของชำร่วยได้ เลี้ยงดูลูกหลานได้ และภูมิใจที่เป็นคนแก่ที่ได้ทำหน้าที่มามากช่วยเหลือผู้คนมากมาย

3) ภูมิใจในสุขภาพร่างกายที่อยู่มาได้ถึงขณะนี้ อยู่ได้ทนกว่าคนอื่น คนอื่นที่มีอายุน้อยกว่าตายไป จำนวนมากแล้ว ดีใจที่ตนเองอยู่ได้นานกว่าคนอื่น เพราะมีสุขภาพดี มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี ไม่มีอะไรต้องทำให้คิดมาก

4) ภูมิใจในประสบการณ์ที่มีมากขึ้น ได้พบได้เห็นอะไรมามากสามารถใช้ประสบการณ์แก้ปัญหาช่วยเหลือลูกหลานได้ (ปรีชา อุปโยคิน และคณะ, 2541)

2.1.5 การทำงาน

การทำงานนอกจากมีความจำเป็นทางเศรษฐกิจเพื่อเลี้ยงดูตนเองและครอบครัวแล้วยังทำให้ผู้ทำงานมีสุขภาพกายและใจสมบูรณ์แข็งแรงเป็นปกติดี มีสถานภาพทางสังคม มีเพื่อนร่วมงาน มีผู้นำหน้าถือตา ทำให้เกิดความเชื่อมั่นและนับถือตนเอง อย่างไรก็ตามการทำงานประจำมาเป็นระยะเวลา นานกว่า 30-40 ปี กำลังกายและสติปัญญาเริ่มเสื่อมถอย คนเราควรจะได้รับพักผ่อนจากงานประจำที่เคยทำจำเจมาตลอด การศึกษาถึงสถานภาพการทำงานของผู้สูงอายุในอดีต พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เคยมีงานทำมีรายได้ประจำมาก่อน ก็ยังคงทำงานต่อเพื่อหารายได้จากงานที่ทำประจำนั้น ร้อยละ 40 งานที่ทำส่วนใหญ่ ได้แก่ งานเกษตรกรรมและประกอบธุรกิจส่วนตัวของครอบครัว ในกลุ่มที่ยังทำงานประจำนี้ ร้อยละ 77 ยังประสงค์ที่จะทำงานต่อไปอีกเพราะเหตุผลทางเศรษฐกิจมากกว่าสิ่งอื่นใด จึงทำให้ผู้สูงอายุยังทำงานต่อไปหลังจากอายุ 60 ปีแล้ว จนกระทั่งอายุมากๆ จนทำงานไม่ไหว หรือจนกระทั่งสุขภาพจะไม่อำนวยเพราะเหตุผลทางเศรษฐกิจ งานที่ทำส่วนใหญ่ได้แก่ งานเกษตรกรรม งานส่วนตัว ด้วยเหตุที่ลักษณะของงานที่คนไทยส่วนใหญ่ทำเป็นงานเกษตรกรรมของครัวเรือน รายได้ต่ำ ไม่

มีหลักประกันหลังจากหยุดงานประจำ ดังนั้น อายุการปลดเกษียณ จากงานประจำจึงไม่ตายตัวแน่นอน อย่างไรก็ตามมีแนวโน้มว่าคนชราจะหยุดทำงานประจำเมื่ออายุเกิน 64 ปีขึ้นไป ซึ่งอาจหมายความว่า ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไปบางส่วนยังสามารถทำงานได้หรือประกอบกิจกรรมที่ต้องใช้พลังงานได้เป็นอย่างดี

การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย และญี่ปุ่น พบว่า การทำงานหลังอายุ เกษียณ หรือการทำงานที่ยาวนานขึ้นไม่ว่าจะเป็นงานที่ก่อให้เกิดรายได้ หรืองานอาสาสมัครมีผลดีต่อ สุขภาพจิต เนื่องจาก การคงอยู่ของบทบาททางสังคม การมีรายได้ที่ต่อเนื่อง และการสนับสนุนจากสังคม แต่ผลกระทบที่มีต่อสุขภาพจิต มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับวิถีการดำเนินชีวิต การเห็นคุณค่าในตนเอง สถานภาพทางเศรษฐกิจ และสังคม บรรทัดฐานทางสังคม และความเป็นอิสระในการเลือกอาชีพหลังอายุ เกษียณ (Profili et al., 2010)

กายกับจิตมีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกัน สุขภาพจิตดีย่อมทำให้สุขภาพกายดีด้วย การตัดสินใจที่จะเกษียณขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น การมีหลักประกันสุขภาพ การได้รับประโยชน์จาก การประกันสังคม สุขภาพกาย และสุขภาพจิต รวมถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจของปัจเจกบุคคล (Cutler & Wise, 2008)

สุขภาพกาย ภาวะสูงอายุทางสรีระวิทยาเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุทาง ร่างกาย เป็นการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพที่จะปรากฏให้เห็นอย่างชัดเจนกับร่างกายของคนเมื่อวัยสูงขึ้น กระบวนการนี้มี 2 ลักษณะ คือ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา

1) การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เป็นการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและโครงสร้างของ ร่างกายที่ปรากฏ ให้เห็นอย่างชัดเจน เช่น ผิวหนังเหี่ยวย่น ตกรัศ ผิบบาง เกิดบาดแผลได้ง่าย กล้ามเนื้อ ลดจำนวนลงทำให้ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง กระดูกเปราะบาง กระดูก หักง่าย กระดูกข้ออักเสบ ฯลฯ

2) การเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาเป็นการเปลี่ยนแปลงคุณภาพของอวัยวะต่างๆ ใน ร่างกายที่เคยใช้งานได้ดี เช่น การใช้สายตา หู ลิ่น ฯลฯ หย่อนสมรรถภาพลง จำนวนเซลล์สมองลดลงทำให้ ความจำเสื่อมลงไป ระบบทางเดินหายใจ ทางเดินอาหาร ทางเดินปัสสาวะ ฯลฯ ทำงานได้น้อยลง ทำให้เกิดอาการผิดปกติตามมา เช่น อาหารไม่ย่อย เป็นไข้หวัดได้ง่าย อั้นปัสสาวะไม่ได้ ฯลฯ ผลการสำรวจ สุขภาพของผู้สูงอายุไทยในงานวิจัยจำนวนมาก พบว่าปัญหาหลักของผู้สูงอายุคือ ปัญหาสุขภาพทั้งที่ สุขภาพไม่สมบูรณ์ไม่แข็งแรงเช่นแต่ก่อน และปัญหาการเจ็บไข้ได้ป่วยด้วยโรคต่างๆ ซึ่งโรคที่มัก พบใน ผู้สูงอายุทั่วไปได้แก่ ปวดหลัง/เอว ไชข้ออักเสบ ความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะ โรคหัวใจ ต้อกระจกตา ต้อเนื้อตา โรคเกี่ยวกับหู อัมพาต/อัมพฤกษ์ และจากการศึกษาของปรีชา อุปโยคินและคณะ พบว่า ผู้สูงอายุยอมรับว่าตนเองเป็นผู้สูงอายุเพราะสังเกตและประเมินจากสุขภาพตัวเองเป็นสำคัญ ยอมรับ ความบกพร่องของร่างกาย และปัญหาสุขภาพโดยได้ยกตัวอย่างภาวะเจ็บป่วยที่สำคัญๆ คือ ปวดเมื่อย ตามแขน ขา ไหล่ เข่า ปวดหลัง ปวดข้อ เวลาเดินทางไปไหนมาไหนรู้สึกเหนื่อยง่าย เดินไปได้ไม่ไกลมี ความอ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง และเป็นลมหน้ามืดบ่อยๆ ตามัวมองอะไรไม่ค่อยเห็น หูไม่ค่อยได้ยินเวลา

ใครพูดต้องใช้มือป้องหู ฟันหลุด ผมหงอก ผิวหนังเหี่ยวย่นเป็นสัญญาณที่บ่งบอกความชราภาพ รวมถึงการมีโรคประจำตัวซึ่งจะไม่ค่อย พบในวัยหนุ่มสาว แต่เมื่อมีอายุมากขึ้นและเป็นผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่หรือแทบทุกคนจะต้องมีโรคใดโรคหนึ่ง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง วัณโรค โรคหัวใจ โรคระบบประสาท สุขภาพจิต ความเป็นผู้สูงอายุสามารถพิจารณาจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ (Psychological Aging) ที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ เช่น ซึมเศร้า จุกจิก จู้จี้ ขี้บ่น น้อยใจ การศึกษาถึงสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในระดับประเทศ พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย คือ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา ลักษณะความพิการ ความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน อาชีพ ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน และภาวะความยากจน

2.1.6 สวัสดิการสิทธิประโยชน์และสวัสดิการของผู้สูงอายุ

ได้กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 แนวทางปฏิบัติปรากฏในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ที่เป็นกฎหมายคุ้มครองส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับสิทธิประโยชน์ต่างๆ โดยมุ่งให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเองได้และดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นหน่วยงานหลักร่วมกับอีกหลายหน่วยงานสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติที่ชัดเจน กฎหมาย ประกาศและระเบียบที่ออกตามความในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ครอบคลุมสิทธิด้านต่าง ๆ (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2546) ดังนี้

- 1) การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เช่น ช่องทางเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการใช้บริการ
- 2) การศึกษา เช่น การบริการการศึกษาต่อเนื่องศูนย์การเรียนรู้ในชุมชน มีหลักสูตรเกี่ยวกับผู้สูงอายุในการศึกษาขั้นพื้นฐานถึงอุดมศึกษา
- 3) การประกอบอาชีพและการฝึกอาชีพ เป็นบริการจัดหางาน ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับตลาดแรงงาน จัดอบรมหรือฝึกอาชีพ
- 4) การจัดหาตลาดรองรับสินค้า ให้ความรู้เรื่องการตลาด
- 5) การลดหย่อนค่าโดยสารและการอำนวยความสะดวกในการเดินทาง เช่น รถโดยสารประจำทาง รถไฟ และรถไฟฟ้าใต้ดิน ลดค่าโดยสารครึ่งราคา ส่วนรถไฟฟ้า BTS จัดลิฟต์บริการตามสถานีหลักๆ
- 6) การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ได้รับอันตรายจากการถูกรังแกหรือถูกทอดทิ้ง โดยช่วยเหลือ ตามสภาพปัญหา และเบื้องต้นช่วยเหลือ 500 บาท
- 7) เบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุทุกคนที่อายุ 60 ปีบริบูรณ์และขึ้นทะเบียนตามกำหนด (ยกเว้นข้าราชการ บำนาญ) ได้รับเงินช่วยเหลือเดือนละ 500 บาทตลอดชีวิต
- 8) การช่วยเหลือเงินสงเคราะห์จัดการศพรายละ 2,000 บาท

9) การลดหย่อนภาษีเงินได้ สำหรับผู้ที่ดูแลบิดามารดา หักลดหย่อนได้ 30,000 บาทต่อผู้สูงอายุ 1 คน

2.1.7 รูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

การดูแลผู้สูงอายุอาจมีลักษณะและความต้องการที่แตกต่างกัน โดยแบ่งออกเป็น 4 รูปแบบ(มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561) ได้แก่

1) การดูแลภายในครอบครัว คือ การให้ความดูแลเอาใจใส่แก่ผู้สูงอายุในปัจจุบัน ไม่ว่าจะเป็นการให้อาหาร เสื้อผ้า จัดที่อยู่อาศัย การดูแลสุขภาพ รักษาพยาบาล รวมทั้งการให้เงิน การดูแลเอาใจใส่ทั้ง ด้านร่างกายจิตใจ เป็นต้น

2) การดูแลในสถาบัน แยกเป็นการดูแลในสถานสงเคราะห์ และการดูแลในสถานพยาบาลหรือสถานที่รับดูแลเฉพาะผู้สูงอายุ

3) การดูแลโดยชุมชน เพื่อสร้างจิตสำนึกให้คนในชุมชนเกิดการแก้ไขปัญหา ระดมความร่วมมือและพัฒนาบริการต่างๆ ให้แก่สมาชิกในชุมชนของตน ระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน องค์กร และสถาบันทางสังคมต่าง ๆ ซึ่งมีรูปแบบและลักษณะบริการแตกต่างกันและ

4) การดูแลในสถานการณพิเศษ โดยเน้นในกลุ่มที่มีปัญหาดูแลอย่างไม่เหมาะสม ซึ่งมี จำนวน 10 แนวทาง ได้แก่

4.1) ตั้งใจและใส่ใจฟังเรื่องราวจากมุมมองของผู้ป่วยสูงอายุ โดยไม่ติตใจสงสัย เพราะเป็นความจริงที่เกิดขึ้นในส่วนของเขา เขารู้สึกว่าคุณทรมาน เป็นทุกข์จากสภาพดังกล่าว

4.2) ประเมินความปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุก่อนเสมอ

4.3) ชักประวัติและตรวจร่างกายอย่างละเอียด รวมทั้งตรวจทางห้องปฏิบัติการเท่าที่จำเป็นเพื่อประเมินสภาพโรคของผู้ป่วยสูงอายุ

4.4) หากญาติมาด้วยให้สังเกตปฏิกริยาระหว่างญาติกับผู้ป่วยก่อน อย่าใกล้ชิดหรือกลบเกลื่อนความขัดแย้งระหว่างคนสองฝ่ายในทันที

4.5) ประเมินความต้องการของทั้งผู้ป่วยสูงอายุและญาติว่าต่างฝ่ายต่างต้องการอะไรทำอะไรจึงจะอยู่กันได้อย่างมีความสุขขึ้น

4.6) ขออนุญาตไปเยี่ยมบ้านเพื่อหาหนทางให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้นที่บ้านจะได้เป็นภาระกับญาติน้อยลง อย่าทำให้ญาติรู้สึกว่าไปจับผิดที่เขาไม่ดูแลผู้สูงอายุ

4.7) เมื่อไปเยี่ยมบ้าน ให้ประเมินการใช้ชีวิตด้วยตนเองของผู้ป่วยสูงอายุที่บ้าน ความเสี่ยงอันตรายต่าง ๆ โอกาสในการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน เช่น พื้นที่ออกกำลังกาย หรือทำกายภาพบำบัด

4.8) ปรึกษาทิมสหวิชาชีพ เพื่อร่วมกันหาทางช่วยเหลือสุขภาพองค์รวม เช่น

4.8.1) แพทย์ หาทาทางควบคุมอาการไม่ให้ลุกลามหรือเป็นที่น่ารำคาญแก่คนใกล้ชิดปรับตำรับยาให้ใช้ง่ายไม่ยุ่งยาก

4.8.2) พยาบาล เยียวยาสภาพจิตใจ สภาพบาดแผล ความไม่สุขกายสุขใจต่าง ๆ

4.8.3) นักสังคมสงเคราะห์ ช่วยครอบครัวหาทางออก แก้ปัญหาเศรษฐกิจด้วยตนเองได้ในระยะยาว ประสานกับผู้นำชุมชนเพื่อดูแลสมาชิกชุมชนเดียวกัน

4.8.4) นักกายภาพบำบัด ออกแบบท่าทางการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่เหมาะสมกับสภาพบ้านและการใช้ชีวิต

4.9) นัดหมายติดตามดูแลครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ปรับเป้าหมายเมื่อสถานการณ์เปลี่ยนไปอาจนัดพบกันที่บ้านหรือสถานพยาบาลที่สะดวกกับทุกฝ่าย

4.10) สนับสนุนส่งเสริมให้ครอบครัวและผู้ป่วยมีทักษะการแก้ไขปัญหาความสัมพันธ์และปัญหาครอบครัวได้ดีขึ้น จึงจะส่งผลต่อสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุในระยะยาว

2.1.8 การดูแลผู้สูงอายุด้วยตัวผู้สูงอายุเอง

หลักสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุด้วยตัวผู้สูงอายุเองก็คือ ต้องให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นสามารถดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง โดยพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด และมีความสุขกายสบายใจในบั้นปลายของชีวิต ดังคำที่ว่า “เป็นร่มโพธิ์ร่มไทรของลูกหลาน” การดูแลผู้สูงอายุด้วยตัวผู้สูงอายุเอง หมายถึง จะทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีคือ ผู้สูงอายุที่มีความสุขความพอใจตามอัตภาพ สามารถทำประโยชน์ทั้งต่อตนเอง ต่อผู้อื่น ต่อชุมชน และต่อสังคม เพื่อที่จะนำไปสู่การได้รับคำยกย่องและสรรเสริญจากสังคมโดยรวม สิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่เป็นสุขคือ การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งอาจจะขึ้นอยู่กับปัจจัยหรือองค์ประกอบของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ จำนวน 3 ประการ ดังนี้

1) การมีสุขภาพดี หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา โดยเชื่อมโยงเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ประกอบด้วย สุขภาพกายที่ดี สุขภาพจิตที่ดี สุขภาพทางสังคมที่ดี และ สุขภาพทางปัญญาที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่ง จะต้องเน้นที่จะทำให้ร่างกายอยู่ในสภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ร่วมกับส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามที่สภาพร่างกายจิตใจ และเวลาเอื้ออำนวย โดยยึดหลัก 10 อ. (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ, 2561) ดังนี้

1.1) อาหาร ผู้สูงอายุยังคงต้องการสารอาหารต่าง ๆ ที่ใกล้เคียงกับวัยผู้ใหญ่ แต่ควรลดอาหารประเภทไขมันและคาร์โบไฮเดรตลง ส่วนอาหารประเภทโปรตีนควรเป็นเนื้อสัตว์ที่ย่อยง่าย เช่น เนื้อปลาและไข่ขาว ส่วนไข่แดงควรกินไม่เกินสัปดาห์ละ 3 ฟอง นอกจากนี้ควรกินผักและถั่ว รวมทั้งผลไม้ให้มาก แต่ควรเป็นผลไม้ที่ไม่มีรสหวานจัดจนเกินไป เพราะอาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรค เช่น โรคเบาหวาน ได้

1.2) ออกกำลังกาย เพื่อให้มีร่างกายแข็งแรง สามารถเคลื่อนไหวได้อย่างคล่องแคล่ว ซึ่งจะช่วยให้การทรงตัวดีขึ้น ไม่หกล้มง่าย ผู้สูงอายุจึงควรออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง

1.3) อนามัย ผู้สูงอายุควรรู้จักสังเกตการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น ระบบขับถ่าย ควรพยายามลด ละ เลิกสิ่งที่จะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น เหล้า บุหรี่ และพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ สำหรับผู้ที่อายุ 65 ปีขึ้นไป ควรตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี

1.4) อัจฉาระ ปัสสาวะ ผู้สูงอายุจะต้องให้ความสนใจเรื่องการขับถ่ายให้มากเป็นพิเศษ หากมีปัญหาขับถ่ายยาก ถ่ายลำบาก หรือกลั้นการขับถ่ายไม่ได้ ก็ควรรีบแก้ปัญหามาตามสาเหตุ

1.5) อากาศ และแสงอาทิตย์ ผู้สูงอายุควรได้อยู่ในสถานที่ที่มีสภาพแวดล้อมที่ดี เป็นธรรมชาติ มีอากาศบริสุทธิ์ และควรได้รับแสงแดดบ้าง

1.6) อารมณ์ ผู้สูงอายุจะมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย เช่น หงุดหงิด โมโห โกรธง่าย ทำให้ขาดสติในการพิจารณาไตร่ตรองเหตุผล ก่อให้เกิดความขัดแย้งกับบุคคลอื่นได้ง่าย และต้องหาวิธีควบคุมอารมณ์ซึ่งมีหลายวิธี เช่น การทำสมาธิ การศึกษาธรรมะ จะช่วยให้ผ่อนคลาย มีสติมากขึ้น

1.7) อติเรก ผู้สูงอายุควรหางานอดิเรกทำเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจหรือลดการหมกมุ่นในสิ่งที่ไม่สบายใจ เป็นการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์

1.8) อบอุ่น การเป็นบุคคลที่มีบุคลิกโอบอ้อม เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ช่วยเหลือสมาชิกใน ครอบครัวและบุคคลอื่น เพื่อให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน

1.9) อุบัติเหตุ ระมัดระวังไม่ให้เกิดอุบัติเหตุโดยวิธีการต่าง ๆ เช่น สายตายาว ต้องใส่แว่นสายตา ได้ยินไม่ชัดเจนต้องไปตรวจหูเพื่อแก้ไข ถ้ามีสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสมต้อง ไปปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม

1.10) อนาคต ผู้สูงอายุต้องเตรียมเงินและที่อยู่อาศัยเพื่อเป็นหลักประกันในการดำเนินชีวิต

ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุจะต้องปรับการดูแลให้เหมาะสมตามสภาพปัญหาที่แตกต่างกันหรือ การเปลี่ยนแปลงที่ไม่เท่ากัน โดยขึ้นอยู่กับสุขภาพและการใช้ชีวิตในวัยที่ผ่านมา โดยยึดหลัก 10 อ. มาใช้เป็นหลักในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตามบริบทที่เหมาะสม

2) การร่วมแรงร่วมใจกันทำงาน คือ มีส่วนร่วมในการประกอบกิจการงานต่าง ๆ ตามอัธยาศัย โดยยังประโยชน์ต่อตนเองและประโยชน์ต่อผู้อื่นสมเป็นสัสปัญจบุรุษ (คนดี) กล่าวคือ ต้องเตรียมตัวเตรียมใจยอมรับสภาพการณ์ในชีวิต ควรจะหางานอดิเรกหรือกิจกรรมต่าง ๆ ทำเพื่อประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น เช่น การอ่าน เขียนหนังสือ ทำบุญทำทาน ออกกำลังกาย การรดน้ำต้นไม้ และเก็บกวาดบ้าน เป็นต้น ดังนั้น ผู้สูงอายุต้อง ทำงานเพื่อเป็นการพึ่งตนเองให้มากที่สุด และอย่าพึ่งคนอื่นเป็นดีที่สุด

3) มีความมั่นคงในชีวิต หมายถึง มีหลักประกันในชีวิตหรือความมั่นคง 3 เรื่อง ประกอบด้วย

3.1) ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ คือ มีเงินใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน มีการสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจ จะต้องรู้จักเก็บหอมรอมริบตั้งแต่วัยหนุ่มสาว เพื่อจะได้มีไว้ใช้ในอนาคตทั้งยามปกติ ยามชรา และยามเจ็บป่วย

3.2) ความมั่นคงในชีวิตและทรัพย์สิน คือ สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปลอดภัย ไปไหนมาไหนไม่มีใครมาทำร้าย รวมไปถึงอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี มีที่อยู่อาศัยที่เป็น ส่วนตัว บรรยากาศดี และมีเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็น

3.3) ความมั่นคงในครอบครัว ชุมชน และสิ่งแวดล้อม คือ มีครอบครัวที่ดี อยู่ร่วมกันด้วยความ ร่มเย็นเป็นสุขครอบครัวดี ร่มเย็นเป็นสุข ชุมชนก็จะดี ร่มเย็นเป็นสุข เมื่อชุมชนดี ร่มเย็นเป็นสุข ประเทศชาติ ก็ดี ร่มเย็นเป็นสุขเช่นกัน รวมไปถึงการมีสิ่งแวดล้อมที่ดีก็จะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย

2.1.9 การดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว

การดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนในชนบทไทย ซึ่งเป็นการถอดตัวแบบพฤติกรรมของผู้ดูแลที่มีต่อผู้สูงอายุ โดยมุ่งหวังให้เกิดผลทางจิตวิทยา มากกว่าการลอกเลียนซึ่งพบว่า ตัวแบบการดูแลที่ดีของครอบครัวประกอบด้วย ตัวชี้วัดหลัก 9 ประการ ได้แก่ การดูแลสุขภาพวิหยาส่วนบุคคล การจัดการเรื่องยา การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว การดูแลแผลกดทับ การจัดหาอาหารที่เหมาะสม การป้อนอาหาร การดูแลด้านการขับถ่าย การสร้างความมั่นคงทางด้านอารมณ์ และการดูแลด้านอารมณ์จิตใจและจิตวิญญาณ โดยผู้ดูแลในครอบครัวเป็นองค์ประกอบแรกที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมากที่สุด ครอบครัวและคนในชุมชนเป็นกลุ่มที่มีความใกล้ชิดและสนิทสนมกับผู้สูงอายุมากที่สุด มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน คือ ค่านิยมความกตัญญูกตเวทิตูแลเอาใจใส่บุพการีหรือผู้สูงอายุด้วยความเคารพ รัก เยี่ยมเยียน พุดคุย และให้กำลังใจ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุคลายเหงาและมีความสุขได้ระดับหนึ่ง ดังนั้น ครอบครัวจึงเป็นกลุ่มที่ให้การดูแลผู้สูงอายุครอบคลุม 5 มิติ ประกอบด้วย

1) บทบาทในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเน้นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั่วไปและกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียง ซึ่งจะต้องให้ความช่วยเหลือและดูแลเรื่องการทํากิจวัตรประจำวัน ครอบคลุมทุกอย่าง ตั้งแต่เรื่องอาหารการกิน แต่งตัว ทําความสะอาดร่างกาย การใช้ห้องนํ้าห้องส้วมเคลื่อนที่ภายในบ้าน และออกไปทํากิจกรรมนอกร้าน ซึ่งจะต้องสลับเวลาในการร่วมกันดูแล เนื่องจากมีภาระต้องทํามาหากิน หรือมีธุระต้องทํา รวมไปถึงการนอนเฝ้าเวลากลางคืน

2) บทบาทในการให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตประจำวันสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ให้เงินใช้ รับผิดชอบดูแลค่าใช้จ่ายในบ้าน เช่น ค่ากับข้าว ค่านํ้าค่า

ไฟ ค่ารักษาพยาบาล หรือจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ที่จำเป็นต่าง ๆ สำหรับการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง เช่น กระดาษชำระ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป เป็นต้น

3) บทบาทในการดูแลอาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ คือ จัดเตรียมและทำอาหารให้ผู้สูงอายุทั่วไปและผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว

4) บทบาทในการดูแลผู้สูงอายุตามบรรทัดฐานและค่านิยมที่ดีของวัฒนธรรมไทย คือ ประณินบัติ ดูแล เอาใจใส่ผู้สูงอายุทั้งยามปกติยามเจ็บป่วย รวมไปถึงเยี่ยมเยียน พุดคุย และให้กำลังใจ

5) บทบาทในการจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ โดยการจัดบ้าน สภาพแวดล้อม บรรยากาศทั้งในบ้านและรอบ ๆ บ้าน จัดหาเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้เอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ แต่ก็พบว่าบางบ้านก็ยังมีการจัดบรรยากาศ สถานที่ และจัดหาเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ไม่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น ความสะอาด ฝุ่นละออง และแม้ว่าสังคมไทยจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้ง ด้านเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ แต่ยังมีบางครอบครัวที่มีระบบการดูแลที่ดี โดยพบว่าปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญ คือ การคัดเลือกผู้ดูแลหลักที่เหมาะสม การดูแลแบบองค์รวมบนพื้นฐานของความรักหรือความกตัญญู ความรู้สึกภาคภูมิใจในความสามารถของตนเองของผู้ดูแลและ การจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแล

2.1.10 การดูแลผู้สูงอายุโดยหน่วยงานหรือองค์กร

หน่วยงานและองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้กำหนดมาตรการ แผนงาน และนโยบายต่างๆ เพื่อให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุและครอบครัว ตั้งแต่การจัดตั้งสถานสงเคราะห์คนชรา สวัสดิการเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุ การรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาล บริการประกันสังคม สวัสดิการรักษาพยาบาลของภาคราชการ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการประกันกับบริษัทเอกชน นอกจากนี้แล้ว ยังได้กล่าวถึงสวัสดิการด้านการศึกษา อาชีพ และบริการสังคม ไม่ว่าจะเป็นการศึกษา นอกโรงเรียน การศึกษาระดับอุดมศึกษา การฝึกอาชีพ การกู้ยืมเงินทุนประกอบอาชีพ ศูนย์บริการผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน การจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุและคนพิการ ในที่สาธารณะ และการลดหย่อนค่าโดยสารขนส่งมวลชน ที่เห็นได้อย่างชัดเจน ก็คือ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีสิทธิรักษาพยาบาล โดยไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่ระบุไว้ ตามระเบียบว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้สูงอายุด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2535 แต่ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวและอาการเจ็บป่วยเรื้อรังต่างๆ ก็จำเป็นต้องเข้ารับบริการรักษาพยาบาลในสถานบริการทั้งภาครัฐ และเอกชน ซึ่งจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุทางตรง ก็คือ ค่ายา ค่าตรวจบริการทาง การแพทย์ ค่าอาหาร และค่าเดินทางของผู้ป่วย โดยค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นเงิน 7,040 บาทต่อคน

ต่อปี มีผู้ป่วยเฉลี่ยปีละ 1.05 ล้านคน รวมเป็นงบประมาณที่ใช้กว่า 8,000 ล้านบาทต่อปี ทั้งนี้ยังไม่ได้รวมค่าใช้จ่ายทางอ้อม คือ ค่าใช้จ่ายของญาติที่พาผู้สูงอายุไปรักษา รวมถึงการสูญเสียรายได้ของผู้สูงอายุและญาติ

หากจำแนกบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบขององค์กรต่าง ๆ ที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุทั้งภายในและภายนอกชุมชน อาจแบ่งออกได้เป็น 9 กลุ่ม ดังนี้

1) องค์กรระดับนโยบาย ที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 3 องค์กรหลัก ได้แก่

1.1) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จะทำการโอนงบประมาณให้อปท. ดำเนินงานจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/เบี้ยผู้พิการ ค่าจัดการศพ จัดอบรมให้ความรู้ แก่ อพส. งบซ่อมแซม บ้านผู้สูงอายุที่ยากจน และอื่นๆ

1.2) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทำหน้าที่บริหาร ขับเคลื่อนนโยบายด้านสุขภาพตามที่กำหนด

1.3) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่ สนับสนุนงบประมาณดำเนินงานผ่าน เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เพื่อจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ ประเพณีวัฒนธรรม และอื่นๆ

2) อปท. มีบทบาทหลักในการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ คือ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเบี้ยผู้พิการ และประสานการจัดสวัสดิการตามปัญหาความเดือดร้อนกรณีต่าง ๆ บทบาทรองคือ สนับสนุนการรวมกลุ่ม/จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ รวมไปถึงสนับสนุนงบประมาณดำเนินงานในการจัดกิจกรรมทัศนศึกษา วันผู้สูงอายุ วันสงกรานต์ จัดหาเครื่องออกกำลังกายและวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้กับ ชุมชน รวมทั้งจัดอบรมให้ความรู้แก่ อพส. ส่งเสริมอาชีพ ส่งเสริมหัตถ์ของเครื่องใช้ต่าง ๆ และจัดกิจกรรมดูแลสุขภาพร่วมกับ รพ./รพ.สต. เป็นต้น

3) สถานบริการทางสุขภาพ ทั้ง รพท./รพศ. รพช. และ รพ.สต. ล้วนมีบทบาทหลักใน “การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ” เช่นเดียวกัน โดยจะมีการประสานความร่วมมือกับกลุ่ม อสม. ผู้สูงอายุ และ ผู้นำชุมชนในการลงพื้นที่เยี่ยมเยียนดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยจะมีการแบ่งกลุ่มเพื่อให้สะดวกและง่ายต่อการดูแลผู้สูงอายุ เช่น ผู้สูงอายุ 5 กลุ่ม (กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงที่จะเป็นโรคเบาหวานและความดัน กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดัน กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดัน และโรคแทรกซ้อน และ กลุ่มผู้ป่วยติดเตียง) ผู้สูงอายุ 4 กลุ่ม (กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และกลุ่มป่วยซับซ้อน) หรือผู้สูงอายุ 2 กลุ่มใหญ่ (กลุ่มสีเขียว และกลุ่มสีแดง) ซึ่งมีการจัดบริการดังนี้

3.1) จัดบริการเชิงรับ โดยให้บริการพื้นฐานด้านงานรักษาพยาบาล งานวางแผนครอบครัว งานอนามัยแม่และเด็ก งานเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค และงานอนามัยโรงเรียน

3.2) จัดบริการเชิงรุกในชุมชน (เยี่ยมบ้านโดย อสม. เยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ) และ

3.3) จัดบริการพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ เช่น คลินิกผู้สูงอายุ กลุ่มอัมพฤกษ์อัมพาต และผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสายตา ส่วนบทบาทรองก็คือ สนับสนุนให้เกิดการ รวมกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน จัดกิจกรรมตามเทศกาล ประเพณีวัฒนธรรม และวันสำคัญต่าง ๆ ให้ความรู้ และคำแนะนำแก่ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ครอบครัว และ อสม. ในเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และสนับสนุนสถานที่ เครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

4) ชมรมผู้สูงอายุ มีบทบาทในการส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการรวมกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน และจัดกิจกรรมด้านต่าง ๆ ทั้งจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ (ฅาปนกิจสงเคราะห์ เพื่อนช่วยเพื่อน เยี่ยมเยียนผู้สูงอายุ) สนับสนุนกิจกรรมด้านประเพณีวัฒนธรรมสำหรับผู้สูงอายุ และกิจกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

5) กลุ่มจิตอาสา คือ เน้นการส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการรวมกลุ่มจิตอาสา/อาสาสมัคร เพื่อให้การช่วยเหลือและดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ และเชิญชวนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ประเพณีวัฒนธรรม และวันสำคัญต่าง ๆ

6) องค์กรศาสนา จะเน้นการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้ามาร่วมกิจกรรมทางศาสนา ประเพณี วัฒนธรรม และวันสำคัญต่าง ๆ บางแห่งสนับสนุนในการดูแลสุขภาพกายและใจแก่ผู้สูงอายุในชุมชนบางแห่งมีหน่วยงานสาธารณสุขอยู่ในพื้นที่เพื่อให้บริการดูแลสุขภาพทั่วไปแก่ผู้สูงอายุและคนในชุมชน ตลอดจนเป็นแหล่งการเรียนรู้ ศึกษาดูงาน และฝึกงานด้านส่งเสริมอาชีพแก่ผู้สูงอายุและคนในชุมชน

7) สถาบันการศึกษามีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุไม่เด่นชัดมากนัก ที่ผ่านมามีเพียงเชิญผู้สูงอายุมาเป็นวิทยากรสอนเด็กนักเรียนด้านภูมิปัญญาต่าง ๆ เช่น การเกษตร ปลูกผัก จักสาน และดนตรีไทย เป็นต้น

8) โรงงานอุตสาหกรรม มีบางแห่งสนับสนุนงบประมาณดำเนินงานเพื่อให้ความช่วยเหลือและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น จัดตั้งศูนย์การเรียนรู้หรือห้องสมุดชุมชน จัดงานวันผู้สูงอายุ และเลี้ยงอาหาร เป็นต้น

9) กลุ่มองค์กรชุมชนอื่น ๆ ส่วนใหญ่เน้นการส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการรวมกลุ่มทางสังคม และจัดสวัสดิการชาวบ้านเพื่อช่วยเหลือและดูแลคนในชุมชนทุกกลุ่ม เช่น กลุ่มฅาปนกิจสงเคราะห์ กลุ่มวิสาหกิจชุมชน กลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มการเกษตร/เลี้ยงสัตว์ กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มภูมิปัญญาท้องถิ่น และกลุ่ม 5 เสือผู้ชุมชน (ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน สมาชิกเทศบาล/อบต. 2 คน และผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 2 คน)

2.1.11 การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน

ในปัจจุบันมีแนวคิดสำหรับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นการเข้าถึงระบบบริการการดูแลอย่างต่อเนื่อง การบริการแบบผสมผสาน การดูแลแบบองค์รวม การประสานการดูแล

และการเสริมพลังชุมชนหรือเรียกว่าการดูแลผู้สูงอายุโดยการเสริมสร้างครอบครัวให้เข้มแข็งและการสนับสนุนจากท้องถิ่นและชุมชน การสนับสนุนศักยภาพผู้สูงอายุและการดูแลต่อเนื่องทั้งในแง่ระบบและผู้ดูแล การมีนโยบายชุมชนเข้มแข็ง และการจัดบริการเฉพาะในกลุ่มด้อยโอกาสโดยชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับระยะหลังที่ได้มีแนวคิดกระจายงานด้านต่าง ๆ ให้อยู่ภายใต้การบริหารจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนให้มากที่สุด เช่น การพัฒนาความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ภาครัฐ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

การให้บริการผู้สูงอายุเคลื่อนที่โดยชุมชนเป็น เจ้าภาพแก้ไขปัญหาแบบบูรณาการพร้อมกัน ในบางชุมชนที่มีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดี ก็จะเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ชุมชนมีการดูแลที่ดีด้วย ได้แก่ ชุมชนเข้มแข็งและมีระบบสนับสนุนที่ดี การมีทุนทางสังคม การบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ การบูรณาการบทบาทในชุมชน และการมีฐานข้อมูลในชุมชน โดยกลวิธีการจัดการของชุมชนที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุ ก็คือ มีบริการด้านสุขภาพและบริการด้านสังคมที่มีประสิทธิภาพและ มีการเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง ซึ่งจำแนกได้ ดังนี้

1) บริการด้านสุขภาพ ที่ดำเนินการโดยพยาบาลร่วมกับ อพส./อสม. ดูแลผู้สูงอายุครอบคลุมทั้งการคัดกรองโรค ควบคุมอาการของโรค และฟื้นฟูสุขภาพ เป็นการให้บริการเชิงรุก เช่น วัดความดัน เจาะเลือดตรวจน้ำตาล และนำยารักษาโรคไปให้ที่บ้าน เป็นต้น

2) บริการด้านสังคม โดยมีอพส./อสม. เป็นบุคลากรที่สำคัญในการประสานการดูแลด้านปัจจัยสี่ รวมทั้งช่วยเหลือเมื่อเสียชีวิต และประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ ก่อนประสานขอการสนับสนุนปัจจัยต่าง ๆ จากองค์กรภาครัฐและเอกชน

3) การเข้าถึงบริการ คลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว/ศูนย์บริการสาธารณสุข การจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุ โดยความร่วมมือของ อสส./อสม. ในการสำรวจข้อมูล เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการอย่างทั่วถึง และบูรณาการ บริการทั้งทางด้านสุขภาพและสังคม นอกจากนี้แล้ว นักวิชาการบางท่านได้กล่าวถึงการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยให้รพ.สต. มีบทบาทหลักในการดำเนินงานโดยใช้หลัก “หัวใจการบริการผู้สูงอายุในชุมชน” 3 ส่วน คือ

3.1) ภาควิชาหลัก 3 ภาควิชาในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน คือ ภาควิชาบริการชุมชน/ท้องถิ่น ภาควิชาบริการสุขภาพ และภาควิชาบริการสังคม

3.2) เจตคติผู้ให้บริการต่อผู้สูงอายุและความสูงอายุ โดยจัดเจตคติทางลบต่อผู้สูงอายุและ เสริมเจตคติทางบวกทั้งผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ เป็นพื้นฐานการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ

3.3) รูปแบบบริการใหม่ที่ใส่ใจผู้สูงอายุ รพ.สต. เอื้ออาทรผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

3.3.1) บุคลากรที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ คือ ผู้ให้บริการที่มีเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ และความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ และมีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ คือ บุคลากรที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ

3.3.2) ระบบบริการที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ คือ หน่วยบริการที่มีระบบการให้บริการที่นำความรู้ เกี่ยวกับผู้สูงอายุมาเป็นตัวนำ มีกระบวนการทำอย่างเป็นระบบ และครอบคลุมเป้าหมายของทุกกลุ่มผู้สูงอายุ

3.3.3) สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ คือ สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยเข้าถึงได้ และต้องเอาใจใส่ ทั้งสิ่งแวดล้อมในหน่วยบริการในชุมชนและที่บ้าน

ซึ่งในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ในการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้มีการใช้หลักการดูแลจากทุกภาคส่วนไม่ว่าจะเป็น การดูแลตนเอง การดูแลจากครอบครัว การดูแลจากชุมชน หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และได้นำแนวทางในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตามหลัก 5 อ.มาใช้ ซึ่งประยุกต์มาจากหลักการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ 10 อ. ซึ่งได้แก่ อาหาร อารมณ์ อุบัติเหตุ ออกกำลังกาย และอนามัยส่วนบุคคล โดยหลัก 5 อ.ที่ได้นำมาใช้นั้นเป็นไปตามบริบทที่เหมาะสมของพื้นที่ชุมชนตำบลกุตุรง

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ

2.2.1 นิยามและความหมาย

จากการรวบรวมนิยามและความหมายของคำว่า Health Literacy พบว่า มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร, 2554) ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1998) Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health แปลว่า “ทักษะต่าง ๆ ทางการรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจก-บุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริม และบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ”

Nutbeam (2008) ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้ และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง

(Nutbeam et al., 2008) สมรรถนะของบุคคลที่สามารถเข้าถึงเข้าใจ ประเมิน ใช้ความรู้ และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพตามความต้องการ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่

ดีตลอดชีวิตความสามารถในการค้นหา ทำความเข้าใจ วิเคราะห์ และใช้ข้อมูลทางสุขภาพในการตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้มีสุขภาพดี และลดความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ ความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลทางสุขภาพเพื่อทำให้เกิดการตัดสินใจทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

จากนิยามดังกล่าวในข้างต้นจะพบว่า Health literacy มีการกำหนดคำนิยามตามการประยุกต์ใช้และบริบทที่เป็นปัญหาของประเทศในภูมิภาคต่าง ๆ แต่คำนิยามที่มีการใช้และถูกอ้างอิงมากที่สุด คือ Nutbeam ซึ่งเน้นเรื่องสมรรถนะและทักษะของบุคคล

สำหรับประเทศไทยได้มีการแปลคำว่า “Health literacy” ไว้แตกต่างกัน ดังนี้

1) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข แปลไว้จากนิยามที่องค์การอนามัยโลก (1998) ได้ให้คำนิยามไว้ว่า “ความแตกฉานด้านสุขภาพ”

2) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ (สสส.) แปลว่า “การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ” ซึ่งเป็นคำที่สอดคล้องกับการดำเนินงานด้านการสื่อสาร ซึ่งมีการพัฒนาและดำเนินงานเรื่องการรู้เท่าทันสื่อ (media literacy)

3) มูลนิธิเพื่อพัฒนาการศึกษาไทย สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา แปลว่า “ความฉลาดทางสุขภาพ” ซึ่งเป็นคำที่เริ่มมีการเรียกกันในแวดวงการศึกษา เมื่อกล่าวถึง literacy ในด้านสุขภาพ

4) กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข แปลว่า “ความฉลาดทางสุขภาพ” เป็นคำที่กำหนดขึ้นใช้ภายใต้โครงการศึกษาและพัฒนาองค์ความรู้เรื่อง Health literacy เพื่อเสริมสร้างภูมิปัญญาและการเรียนรู้ด้านสุขภาพ

ในการศึกษาครั้งนี้ ความรู้เท่าทันสุขภาพ หมายถึงความสามารถและทักษะในการเข้าถึง ข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ สามารถวิเคราะห์ แปลผล และเลือกใช้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพเพื่อให้เกิดการตัดสินใจที่เหมาะสมในการส่งเสริมและดำรงรักษาสุขภาพตนเองเพื่อสุขภาพที่ดี

2.2.2 ระดับความรู้เท่าทันสุขภาพ

ความรู้เท่าทันสุขภาพสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ชั้นพื้นฐาน 2) ชั้นปฏิสัมพันธ์ และ 3) ชั้นวิพากษ์ ดังนี้

ระดับ 1 basic/functional literacy หรือความรู้เท่าทันสุขภาพระดับพื้นฐาน ได้แก่ ทักษะพื้นฐานด้านการอ่านและเขียนในชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นความสามารถในการประยุกต์ทักษะด้านการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับจำนวนตัวเลข เช่น การอ่านใบยินยอม ฉลากยา การเขียนข้อมูล การดูแลสุขภาพ ความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลของแพทย์ พยาบาล เกสซ์กร (ข้อความเขียนและวาจา) รวมทั้งการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ (การรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย) เป็นต้น นับว่าเป็นความรู้และความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับดูแลสุขภาพ

ระดับ 2 communicative/interactive literacy หรือความรู้เท่าทันสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ ทักษะพื้นฐานและทักษะปัญญา (cognitive) รวมทั้งทักษะทางสังคม (social skill) เพื่อปรับปรุงพฤติกรรม การดำเนินกิจกรรม เน้นการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลที่สามารถดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่ดี

ระดับ 3 critical literacy หรือความรู้เท่าทันสุขภาพขั้นวิพากษ์ ได้แก่ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น จนสามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงวิพากษ์ และควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ รวมทั้งสามารถอธิบายผลเสียและโน้มน้าวไม่ให้ผู้อื่นเข้าไปเกี่ยวข้องกับสิ่งที่จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพได้

ความรู้เท่าทันสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพ เช่น สถานะสุขภาพโดยรวม การควบคุมเบาหวาน การควบคุมการติดเชื้อเอชไอวี หรือการใช้ประโยชน์จากบริการสุขภาพ ได้แก่ การให้ภูมิคุ้มกันโรคไข้หวัดใหญ่ การตรวจคัดกรองโรคทางเพศสัมพันธ์ การเข้าถึงโรงพยาบาล และการประเมินค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ซึ่งการรู้เท่าทันสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล เป็นต้น

ทั้งนี้ ระดับความรู้เท่าทันสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ระดับ แต่ระดับการเรียนรู้ตามทฤษฎีของ Bloom แบ่งการเรียนรู้ออกเป็น 6 ระดับ ได้แก่ 1) ความรู้ที่เกิดจากความจำ (knowledge) ซึ่งเป็นระดับล่างสุด 2) ความเข้าใจ (comprehend) 3) การประยุกต์ (application) 4) การวิเคราะห์ (analysis) สามารถแก้ปัญหา ตรวจสอบได้ 5) การสังเคราะห์ (synthesis) สามารถนำส่วนต่าง ๆ มาประกอบเป็นรูปแบบใหม่ให้แตกต่างจากรูปเดิม เน้นโครงสร้างใหม่ และ 6) การประเมินค่า (evaluation) วัดได้ และตัดสินได้ว่าอะไรถูกหรือผิด ประกอบการตัดสินใจบนพื้นฐานของเหตุผลและเกณฑ์ที่แน่ชัด

2.2.3 แนวทางการพัฒนาความรู้เท่าทันสุขภาพ

การพัฒนาความรู้เท่าทันสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ระดับ อันได้แก่ 1) ระดับบุคคล 2) ระดับองค์กร และ 3) เชิงระบบในภาพรวม โดยมีรายละเอียด (สมบูรณ์ ขอสกุล, 2551) ดังนี้

1) ระดับบุคคลมีปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นของความรู้เท่าทันสุขภาพ ประกอบด้วย การอ่าน การเขียน การคิดคำนวณ และพื้นฐานความรู้ของบุคคล ปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นของความรู้เท่าทันสุขภาพจำเป็นต้องมีการวินิจฉัยและจำแนก

2) ระดับองค์กร ได้แก่ สรรวจบริบทขององค์กรและความสามารถของบุคลากร พัฒนาความสามารถและทักษะของบุคลากร การพัฒนาสื่อหรือช่องทาง การใช้การสื่อสารสองทาง และการพัฒนาปัจจัยแวดล้อมให้เอื้ออำนวย

3) เชิงระบบในภาพรวม จำเป็นต้องอาศัยองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ เพื่อให้เกิดผลอย่างเป็น รูปธรรมในระดับประเทศ ประการแรก ได้แก่ การพัฒนาระบบการสาธารณสุข

ระบบการศึกษา และระบบวัฒนธรรมและสังคม เพราะวัฒนธรรมและสังคมเป็นเป้าหมายใหญ่ของการเรียนรู้และการสร้างโอกาสให้ประชาชนมีการยกระดับความรู้เท่าทันสุขภาพเพิ่มขึ้น

นอกจากนี้ ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร (2554) ได้ทบทวนองค์ความรู้ด้านความรู้เท่าทันสุขภาพ พบว่า คุณลักษณะสำคัญเพื่อเพิ่มความรู้เท่าทันสุขภาพในกลุ่มประชาชนทั่วไป ประกอบด้วย 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access) 2) ความรู้ความเข้าใจ (cognitive) 3) ทักษะการสื่อสาร (communication skill) 4) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) 5) การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) และ 6) การจัดการตนเอง (self-management) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คุณลักษณะสำคัญเพื่อเพิ่มความรู้เท่าทันสุขภาพในกลุ่มประชาชนทั่วไป

ระดับ/ คุณลักษณะ สำคัญ	ระดับพื้นฐาน (Functional)	ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive)	ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical)
Access	มีความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพ รู้วิธีการในการค้นหาและการเลือกใช้อุปกรณ์ในการสืบค้นได้อย่างเหมาะสม	มีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพในระดับพื้นฐานและมีความสามารถในการค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและทันสมัยเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	มีการเข้าถึงสุขภาพและบริหารสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์และมีความสามารถในการตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือสำหรับการนำมาใช้
Cognitive	การรู้และการจำประเด็นเนื้อหาสำคัญในการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดี	มีความรู้ความเข้าใจระดับพื้นฐานและสามารถอธิบายถึงความเข้าใจในการจะนำไปปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง	มีความรู้ ความเข้าใจระดับปฏิสัมพันธ์และสามารถวิเคราะห์หรือเปรียบเทียบอย่างมีเหตุผลเกี่ยวกับแนวทางการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง

ตารางที่ 1 คุณลักษณะสำคัญเพื่อเพิ่มความรู้เท่าทันสุขภาพในกลุ่มประชาชนทั่วไป (ต่อ)

ระดับ/ คุณลักษณะ สำคัญ	ระดับพื้นฐาน (Functional)	ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive)	ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical)
Communication skill	มีความสามารถในการสื่อสารโดยการพูดอ่านเขียนข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดี	มีทักษะการสื่อสารระดับพื้นฐาน สามารถสื่อสารให้บุคคลอื่นเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดี	มีทักษะการสื่อสารระดับปฏิสัมพันธ์และสามารถโน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับแนวทางการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง
Decision skill	มีความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี	มีทักษะการตัดสินใจระดับพื้นฐานและมีความสามารถในการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี-ผลเสียเพื่อการปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง/เลือกวิธีปฏิบัติซึ่งเป็นทางเลือกที่ดี	มีทักษะการตัดสินใจระดับปฏิสัมพันธ์และสามารถแสดงทางเลือกที่เกิดผลกระทบน้อยต่อตนเองและผู้อื่นหรือแสดงข้อมูลที่หักล้างความเข้าใจผิดได้
Self- management	มีความสามารถในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนในการปฏิบัติตนเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง	มีการจัดการตนเองระดับพื้นฐานและสามารถทำตามแผนที่กำหนดโดยมีเป้าหมายเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง	มีการจัดการตนเองระดับปฏิสัมพันธ์และมีความสามารถในการทบทวนวิธีการปฏิบัติตนตามเป้าหมายเพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง
Media Literacy	มีความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้องความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำเสนอเพื่อนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง	มีการรู้เท่าทันสื่อระดับพื้นฐานและสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น	มีการรู้เท่าทันสื่อระดับปฏิสัมพันธ์และมีมีความสามารถในการประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้ชุมชนหรือสังคม

2.2.4 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ (Health literacy)

การศึกษาเกี่ยวกับการนำแนวคิดของ Health literacy มาใช้ในการพัฒนาสุขภาพ พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างทักษะการรู้หนังสือต่ำและสุขภาพจะเป็นที่รู้จักและเข้าใจมากยิ่งขึ้น ความสนใจในความสัมพันธ์ดังกล่าวนำไปสู่แนวคิด Health literacy ซึ่งมาจากรากฐานแนวคิดการดูแลทางคลินิกและทางสาธารณสุข โดยได้อธิบายแนวคิดทั้งสองแบบที่สะท้อนไปยัง Health literacy ในเชิงความเสี่ยงทางคลินิกหรือข้อได้เปรียบของบุคคล สำหรับความเสี่ยงทางคลินิกมีการพัฒนาทางวิทยาศาสตร์เพื่อส่งเสริมการคัดกรองผู้ที่มีทักษะการรู้หนังสือต่ำในสถานพยาบาลซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทั้งในการปฏิบัติและองค์กร ในขณะที่ Health literacy ตามแนวคิดด้านข้อได้เปรียบของบุคคลนั้นมีพื้นฐานมาจากงานวิจัยทางการศึกษาเกี่ยวกับการรู้หนังสือ การเรียนรู้ในผู้ใหญ่ และการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งการพัฒนาทางวิทยาศาสตร์สนับสนุนแนวคิดนี้มีน้อยและมุ่งเน้นไปที่การพัฒนาทักษะและศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองและควบคุมปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพ โดยสรุปว่าทั้งสองแนวคิดมีความสำคัญและทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการสื่อสารด้านสุขภาพทั้งในคลินิกและในชุมชน และให้ความสนใจกับปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพ นอกจากนี้พบว่าแนวคิด health literacy ค่อนข้างเป็นเรื่องใหม่ในการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่ง Health literacy เป็นการรวมคำเพื่อใช้ในการอธิบายผลของการให้การสุขศึกษาและกิจกรรมการสื่อสาร ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการพัฒนา health literacy รวมทั้งยังได้ศึกษาถึงความล้มเหลวของการศึกษาในอดีตเพื่อระบุปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจที่มีต่อสุขภาพ และติดตามการลดลงของผลที่ตามมาจากการให้การศึกษาด้านสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบัน ซึ่งความล้มเหลวดังกล่าวนำไปสู่การประเมินค่าบทบาทของการให้การสุขศึกษาที่มีต่อปัจจัยทางสังคมที่ต่ำกว่าความเป็นจริง ซึ่งเน้นย้ำถึง health literacy ว่าเป็นผลลัพธ์สำคัญของการให้การศึกษาด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2008)

2.2.5 การพัฒนาความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ (Health literacy)

การศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนา health literacy พบว่าจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ พบว่า ในการศึกษาผลของการแทรกแซง (intervention) ที่มีต่อผลทางด้านสุขภาพของผู้ที่มีระดับความรู้เท่าทันสุขภาพต่ำนั้น โดยทำการประเมินระดับความรู้เท่าทันสุขภาพในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และวัดผลของการแทรกแซงในผู้ที่มีระดับความรู้เท่าทันสุขภาพต่ำ ในด้านความรู้สุขภาพ พฤติกรรมทางสุขภาพ การใช้แหล่งข้อมูลทางสุขภาพ อาการบ่งชี้ของโรค การเจ็บป่วยและการเสียชีวิตมีเพียง 5 เรื่องเท่านั้นที่ทดสอบปฏิสัมพันธ์ระหว่างระดับการรู้เท่าทันสุขภาพและผลของการแทรกแซง จึงหาข้อสรุปได้ยากเนื่องจากข้อจำกัดในการศึกษาวิจัย การทดสอบการแทรกแซงและผลทางด้านสุขภาพ ซึ่งควรมีการวิจัยต่อไป (Pignone et al., 2005) และนอกจากนี้ยังพบว่าบางวิจัยที่ใช้สื่อสิ่งพิมพ์ที่มีภาพและคำอธิบายที่ชัดเจน แต่ไม่พบหลักฐานว่ามีผลทางด้านสุขภาพแต่อย่างใด และถึงแม้ว่า สื่อ multimedia จะช่วยเพิ่มความรู้ทั้งในกลุ่มที่มีการ

รู้เท่าทันสุขภาพและมีการรู้เท่าทันสุขภาพต่ำ แต่สื่อดังกล่าวไม่มีผลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพ ยังคงต้องมีการค้นคว้าเกี่ยวกับการพัฒนาชุมชนและเครื่องมือประเมินที่สร้างสรรค์ (Hauser and Edwards, 2006) และจากการทบทวนวรรณกรรมของกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มและแบบ quasi randomized ที่มุ่งการแทรกแซงในผู้ที่มีข้อจำกัดด้านการอ่านหรือทางตัวเลขในช่วงปี ค.ศ. 1966-2007 ในแถบอเมริกาเหนือพบว่าการพัฒนาความรู้และความตระหนักในความสามารถของตนเองเป็นผลที่เกิดขึ้น แต่อาจไม่เกี่ยวข้องกับการแทรกแซงดังกล่าว (Clement et al., 2009) นอกจากนี้พบว่าระดับความรู้เท่าทันสุขภาพต่ำมีความเกี่ยวข้องกับผลทางสุขภาพต่ำและการใช้บริการทางสุขภาพน้อย และความแตกต่างในระดับการรู้เท่าทันสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการเข้าโรงพยาบาล การใช้ห้องฉุกเฉินบ่อยขึ้น การเข้ารับการตรวจเมมโมแกรมน้อย การเข้ารับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่น้อย ขาดความสามารถในการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง ขาดความสามารถในการแปลความฉลากยา

ซึ่งการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้นำความรู้เท่าทันสุขภาพ ซึ่งได้แก่ ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ สามารถวิเคราะห์ แผลผล และเลือกใช้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อให้เกิดการตัดสินใจที่เหมาะสมมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม โดยควบคู่ไปกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยคาดหวังว่าเมื่อผู้สูงอายุมีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพที่ดี จะทำให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีด้วย

2.3 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

2.3.1 ความหมายของการดูแลสุขภาพของตนเอง

Levin (1976, p. 11 อ้างถึงใน รัชณี กลิ่นศรีสุข, 2540) กล่าวถึงความหมาย ในการดูแลสุขภาพตนเองไว้ว่า เป็นกระบวนการซึ่งบุคคลปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรค การค้นหาหรือรักษาโรคในระยะเริ่มแรกโดยการใช้แหล่งบริการสุขภาพ และยังรวมถึง แหล่งสนับสนุนอื่น ๆ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนที่ทำงาน เครือข่ายต่าง ๆ ในสังคม และเน้น ว่าผลจากการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมรวมทั้งชุมชน เป็นพื้นฐานในการริเริ่มการดูแลสุขภาพตนเองของ บุคคล นอกจากนี้ ปัจจัยด้านค่าใช้จ่าย ปัญหาทางเศรษฐกิจ ตลอดจนนโยบายของสถานบริการ สาธารณสุข หรือหน่วยงาน ก็ยังเป็นเหตุผลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเองอีกด้วย

Pender (1982, p.150 อ้างถึงใน ลีศนา อุษาสอาด, 2546) กล่าวว่า การดูแลตนเอง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำในแนวทางของตนเพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริม สุขภาพ และความเป็นอยู่อันดีของตนเอง การดูแลตนเองต้องมีแบบแผน เป้าหมาย ขั้นตอน ตลอดจน ความต่อเนื่อง และเมื่อใดกระทำอย่างถูกต้องครบถ้วน จะทำให้มีประสิทธิภาพการดูแล

Orem (1985, pp.38-41) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพของตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตน และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด การที่บุคคลจะสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมนั้น ต้องริเริ่มและปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยต่อไปนี้คือ มีความรู้ความชำนาญและความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง มีแรงจูงใจที่จะกระทำและมีความพยายามอย่างต่อเนื่องจนได้รับผลสำเร็จ ให้ความสำคัญกับการมีสุขภาพดีรับรู้พฤติกรรมการดูแลตนเอง สามารถลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ให้กระทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอโดยมีข้อบกพร่องหรือการล้ามน้อยที่สุด จนบรรลุผลสำเร็จตามต้องการ มีกำลังใจและความตั้งใจสูง ตั้งแต่เริ่มปฏิบัติจนสิ้นสุด

Hill and Smith (1985, p. 10 อ้างถึงใน หวานใจ ชาวพัฒนวรรณ, 2543) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นผลของการกระทำที่บุคคลกระทำกับตนเองหรือสิ่งแวดล้อม เพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่กิจกรรมและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี

Norris (1987, pp.486-489 อ้างถึงใน หวานใจ ชาวพัฒนวรรณ, 2543) การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนและครอบครัว มีโอกาสที่จะช่วยเหลือ ตนเองและรับผิดชอบต่อตนเองด้านสุขภาพอนามัย ทั้งนี้ เนื่องจากประชาชนได้เล็งเห็นความสำคัญ และประโยชน์ของการดูแลสุขภาพตนเอง โดยอาจมีเหตุผลผลักดันมาจากความไม่พึงพอใจต่อการให้ การรักษาพยาบาลของแพทย์ และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่แพง อีกทั้งตระหนักดีว่าตนเอง ก็มีศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองได้

อารีย์ เจียมพุก (2552) ได้กล่าวไว้ว่า การดูแลสุขภาพของตนเอง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางด้านสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่ม ผู้ร่วมงานและชุมชน จะโดยการปฏิบัติด้วยตนเองหรือผู้อื่นช่วยเหลือ โดยรวมถึงกระบวนการตัดสินใจ ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัย การรักษาโรค และการปฏิบัติตนภายหลัง การรับบริการ ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเองและมีความเป็นอยู่ที่ดี สรุปได้ว่า การดูแลสุขภาพของตนเองที่ดึ้นนั้นจะต้องเริ่มจากการดูแลสุขภาพตนเองอย่าง ต่อเนื่องก่อน ซึ่งอาจมีปัจจัยด้านต่าง ๆ มาประกอบกัน ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของหลักความรับผิดชอบ ต่อตนเอง แรงจูงใจ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ฯลฯ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนเป็นกระบวนการใน การที่จะดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพของตนเองไม่เกิดการเจ็บป่วย ตลอดจน การส่งเสริมสุขภาพให้กับครอบครัว เครือข่ายทางสังคม และชุมชน ซึ่งเหมาะสมกับสถานการณ์ใน ปัจจุบัน ความต้องการดูแลตนเอง

Orem (1985) กล่าวว่า ความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-care Demand) และความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care Agency) เป็นปัจจัยพื้นฐานบางส่วน 14

ของการดูแลตนเองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งหมายถึงกิจกรรมการดูแลตนเอง ทั้งหมด ที่บุคคลควรจะทำภายในระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งจะประกอบด้วยการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care Requisites) 3 ด้านคือ

1) การดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป (Universal Self-care Requisites) เป็นการดูแลตนเอง เพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคลการดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคล ทุกคน ทุกวัยแต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์และ กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป มีดังนี้

1.1) คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำอาหารที่เพียงพอ

1.1.1) บริโภคอาหาร น้ำอากาศให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ปกติและคอยปรับตามความเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก

1.1.2) รักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง

1.1.3) หาคความเพลิดเพลินจากการหายใจการดื่ม และการรับประทานอาหาร โดยไม่ทำให้เกิดพิษ

1.2) คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ

1.2.1) จัดการให้มีการขับถ่ายตามปกติทั้งจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม

1.2.2) จัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขับถ่าย ซึ่งรวมถึงการจัดการโครงสร้าง และหน้าที่ให้เป็นไปตามปกติและการระบายสิ่งปฏิกลจากการขับถ่าย

1.2.3) ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล

1.2.4) ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ

1.3) รักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

1.3.1) เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกายการตอบสนองทางอารมณ์ทางสติปัญญาและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม

1.3.2) รับรู้และสนใจถึงความต้องการการพักผ่อน และการออกกำลังกายของตนเอง

1.3.3) ใช้ความสามารถความสนใจค่านิยม และกฎเกณฑ์ทางขนบธรรมเนียมประเพณีเป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการพักผ่อน และการมีกิจกรรมของตนเอง

1.4) รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

1.4.1) คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็นในการพัฒนา ซึ่งเป็นที่พึงของ

ตนเองและสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น เพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น 15

1.4.2) ปฏิบัติตนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรักความผูกพันกับบุคคลรอบข้าง เพื่อจะได้ พึ่งพาซึ่งกันและกัน

1.4.3) ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเองและการเป็นสมาชิกในกลุ่ม

1.5) ป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ

1.5.1) สนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่อาจเกิดขึ้น

1.5.2) จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตราย

1.5.3) หลีกเลียงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่าง ๆ

1.5.4) ควบคุมหรือขจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ

1.6) ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระเบียบสังคมและความสามารถของตนเอง (Promotion of Normalcy)

1.6.1) พัฒนาและรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง

1.6.2) ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง

1.6.3) ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของ

บุคคล (Health Promotion & Preventions)

1.6.4) ค้นหาและสนใจในความผิดปกติของโครงสร้างและการทำหน้าที่ที่

แตกต่างไปจากปกติของตนเอง (Early Detection)

2) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self-care Requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาของชีวิตมนุษย์ในระยะต่าง ๆ เช่น การตั้งครร์ก การคลอดบุตรการเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสีย หรือเป็นอุปสรรค ต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไป ที่ปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 อย่างคือ

2.1) พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและ พัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่ภาวะในวัยต่าง ๆ คือ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ระหว่าง การคลอดในวัยแรกเกิด วัยทารกวัยเด็กวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่และวัยชรา

2.2) ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยจัดการสื่อเพื่อบรรเทาเบาบาง อารมณ์เครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากการขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสีย ญาติมิตรความเจ็บป่วยการบาดเจ็บ และการพิการการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ใน ชีวิต ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการตาย

3) การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health Deviation Self-care Requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเมื่อมีความผิดปกติหรือมีความพิการของ โครงสร้างและหน้าที่ของบุคคลเช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วยรวมทั้งผลกระทบจากการวินิจฉัยโรค และการรักษาของแพทย์การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้มีดังนี้คือ

3.1) แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นที่เชื่อถือได้เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย

3.2) รับรู้สนใจและดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง

3.3) ปฏิบัติตามแผนการรักษาการวินิจฉัยการฟื้นฟูและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4) รับรู้และสนใจดูแลและป้องกันความไม่สุขสบาย จากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

3.5) ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและการรักษา โดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพา ตนเองและบุคคลอื่น

3.6) เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ หรือภาวะที่เป็นอยู่รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุด ตามความสามารถที่เหลืออยู่รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง ซึ่งจะเห็นว่าการดูแลในประเด็นนี้บุคคลจะต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการดูแลทั้งหมดที่จะช่วยป้องกันอุปสรรคหรือบรรเทาเบาบาง ผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัยและการรักษาต่อพัฒนาการของตนเอง ในแง่ของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้น บุคคลจะต้องปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไปและตามระยะพัฒนาการได้รับการตอบสนองและเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะต้อง ปฏิบัติกิจกรรม เพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น ซึ่งเกิดจากภาวะเจ็บป่วยแต่ ในขณะเดียวกันจะต้องดัดแปลงกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป และตามระยะพัฒนาการ ให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วย เพื่อรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ปกติและเพื่อส่งเสริมการ พัฒนาการ และมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

สมจิต หนูเจริญกุล (2540 อ้างถึงใน ขนิษฐา โกเมนทร์, 2547, หน้า 16) ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อที่จะดำรงไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพ และสวัสดิภาพของคน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่มุ่งใจ มีระบบระเบียบเป็น ขั้นตอน และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการดำเนิน ไปได้ถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคลแต่ละวัย ดังนั้น การดูแลตนเองจึงเป็นกิจกรรมที่จำเป็นของ

มนุษย์การดูแลตนเองจึงมุ่งเน้นการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นพฤติกรรมการดำเนินชีวิต หรือ พฤติกรรมแบบแผนของชีวิต (Life Style Behavior) ที่จะส่งผลต่อสุขภาพที่ดี เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับ การพักผ่อน การจัดการความเครียด ซึ่งเป็นพฤติกรรมทางสุขภาพอนามัย สรุปได้ว่า ความต้องการดูแลตนเอง เป็นปัจจัยพื้นฐานของการดูแลตนเอง เพื่อส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของตัวบุคคล การดูแลตนเองจึงจำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกเพศ และทุกวัย ซึ่งจะต้องปรับให้เหมาะสมกับการดูแลสุขภาพตนเองและใช้ในชีวิตประจำวันได้

2.3.2 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง

ในการศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิตและสวัสดิภาพของตนเองและปฏิบัติเป็นประจำจนติดเป็นนิสัยทั้งใน ภาวะปกติและในภาวะเจ็บป่วย เพื่อให้สุขภาพอนามัยของตนสมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ

Kals and Cobb (1966 อ้างถึงใน สันติ ธรรมชาติ, 2545, หน้า 5) ได้ให้ความหมาย พฤติกรรมสุขภาพว่าเป็นกิจกรรมใด ๆ ที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งกระทำขึ้นเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง ซึ่งการกระทำนี้อาจเป็นการป้องกันโรคหรือการค้นหาโรคในระยะที่ยังไม่เกิดอาการชัดเจนด้วย

(Harris and Guten (1979) กล่าวว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาพ คือกิจกรรมทุกชนิดของบุคคลที่ทำตามปกติและสม่ำเสมอเพื่อให้มีสุขภาพดีและสามารถป้องกันโรคได้ ดังนั้น พฤติกรรมดูแลสุขภาพ หมายถึงการกระทำของบุคคลเพื่อให้มีสุขภาพดีและ สามารถป้องกันการเกิดโรคได้ ซึ่งสามารถจำแนกประเภทของพฤติกรรมสุขภาพได้ 2 ประเภท คือ

1) พฤติกรรมดูแลสุขภาพในภาวะปกติให้มีสุขภาพแข็งแรงอยู่เสมอ มี 2 ลักษณะคือ

1.1) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่จะส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง ปราศจากการเจ็บป่วย สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุขและพยายามหลีกเลี่ยงอันตรายต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่กระทำอย่างสม่ำเสมอเช่น การพักผ่อน การรับประทานอาหาร ที่ถูกสุขลักษณะและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

1.2) พฤติกรรมการป้องกันโรคเป็นพฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรง มุ่งป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่าง ๆ แบ่งเป็น

1.2.1) การป้องกันโรคเบื้องต้น

1.2.2) การป้องกันความรุนแรงของโรค

1.2.3) การป้องกันการแพร่ระบาด

2) พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย หมายถึงการปฏิบัติของบุคคลเมื่อเจ็บป่วยหรืออยู่ในภาวะสุขภาพที่ผิดปกติซึ่งจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลาย ๆ อย่าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงความเชื่อเดิม ค่านิยม ขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นต้น

Levin (1976 อ้างถึงใน อรชร โวทวิ, 2548, หน้า 41) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นเสมือนกระบวนการที่ประชาชนสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ อันได้แก่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันสุขภาพและการวิเคราะห์โรครวมทั้งการรักษาในชั้นปฐมภูมิได้ด้วยตนเอง รวมรวมถึง การให้การช่วยเหลือของกลุ่มบุคคลที่ไม่ได้อยู่ในแวดวงวิชาชีพสาธารณสุขโดยตรง เช่น ให้ การพยาบาล หรือการให้ความช่วยเหลือทางด้านจิตใจหรือสังคม

Langlie (1977, pp. 244-260) วัดพฤติกรรมสุขภาพโดยแบ่งเป็นพฤติกรรมย่อย 11 ด้าน ได้แก่พฤติกรรมการเดินทาง การขับรถ การสูบบุหรี่ สุขนิสัยการรับประทานอาหาร การตรวจสุขภาพประจำปี การรับการทดสอบการเป็นโรคในท้องปฏิบัติการใช้เข็มขัดนิรภัย การกิน และการออกกำลังกาย

ทฤษฎีของ Kleinman (1981) ได้อธิบายว่าในสังคมหนึ่ง ๆ จะมีระบบการดูแลสุขภาพเกิดขึ้น ระบบต่าง ๆ ที่มีอยู่ชี้ให้เห็นความแตกต่างของการดูแลสุขภาพ การดูแลสุขภาพไม่ได้แยก โดดเดี่ยว แต่เป็นการผสมผสานกัน ดังนั้น ลักษณะการดูแลสุขภาพตามแนวคิดของ Kleinman สามารถนำมาใช้อธิบายในการดูแลสุขภาพในส่วนของสามัญชน ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนของวิชาชีพ และระบบการดูแลสุขภาพในส่วนของการแพทย์พื้นบ้าน ประชาชนจะรักษากลับไปกลับมา ระหว่าง 3 ระบบ หรือบางครั้งจะรักษาพร้อม ๆ กันตั้งแต่ 2-3 ระบบ ระบบการแพทย์ตามแนวคิดของ Kleinman คำว่าระบบการดูแลสุขภาพ (Health Care System) เขาเปรียบเสมือนระบบวัฒนธรรมของสังคม ซึ่งประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ 3 ส่วน คือระบบการดูแลสุขภาพในส่วนสามัญชน (Popular Sector of Health Care) ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนของวิชาชีพ (Professional Sector of Health Care) ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนของการแพทย์พื้นบ้าน (Folk Sector of Health Care) แต่ละส่วนจะมีการตัดสินใจและมีพฤติกรรมรักษาตั้งแต่การให้ความหมายความเจ็บป่วยแบบแผน ความเชื่อการตัดสินใจวิธีการรักษาแบบแผนการรักษาเยียวยา แบบแผนความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้ป่วยและผู้รักษา ซึ่งแต่ละส่วนมีความต่างกันเชิงแนวคิด ความเจ็บป่วยและกระบวนการเยียวยารักษาแต่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกันและกัน

1) การดูแลสุขภาพในส่วนของสามัญชน (Popular Sector of Health Care) เป็นระบบ การดูแลสุขภาพที่ใหญ่ที่สุดของระบบการดูแลสุขภาพทั้งหมด จะมีการให้ความหมายหรือการ อธิบาย สาเหตุของการเกิดโรค ซึ่งจะมีความแตกต่างกันไปตามลักษณะพื้นฐานในแต่ละสังคมและการ วินิจฉัย ความเจ็บป่วยครั้งแรกพร้อมกับกิจกรรมการรักษาที่เกิดขึ้นเป็นแห่งแรก ทั้งนี้ด้วยวิถีคิดและ วิธีการ แบบชาวบ้านธรรมดาไม่ใช่แบบวิชาชีพหรือผู้ชำนาญการ ในส่วนนี้จะประกอบไปด้วยชุดของ ความคิด ความเชื่อและพฤติกรรมหลายระดับ ตั้งแต่ระดับบุคคลและกลุ่มบุคคลต่าง ๆ 4 ระดับ คือ ผู้ป่วยครอบครัวเครือข่ายทางสังคมผู้ป่วย (Social Network) ได้แก่ญาติเพื่อนบ้าน เพื่อนฝูง และ ชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน

2) การดูแลสุขภาพในส่วนของวิชาชีพ (Professional Sector of Health Care) หมายถึง การปฏิบัติทางการแพทย์ที่เป็นรูปแบบวิชาชีพมีการจัดองค์กรที่เป็นทางการ บุคคลที่ทำการรักษา ทางการแพทย์แผนปัจจุบันไม่เพียงแต่แพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางเท่านั้น แต่ยังรวมถึงบุคคลอื่น ๆ ด้วยเช่น พยาบาลผดุงครรภ์นักกายภาพบำบัด และบุคลากรที่ประกอบวิชาชีพ และได้รับ การรับรองโดยกฎหมายแต่ Kleinman ได้บันทึกไว้ว่า ระบบการแพทย์พื้นบ้านหรือการแพทย์แผนโบราณอาจได้รับการยอมรับเป็นวิชาชีพ เช่น ในอินเดีย ซึ่งรัฐบาลได้ให้การสนับสนุนการแพทย์แผนโบราณจนเป็นที่ยอมรับ โดยที่การแพทย์แผนปัจจุบันมีส่วนในการดูแลสุขภาพอนามัยน้อยลง ทั้งนี้เพราะแพทย์แผนปัจจุบันยังขาดแคลน ดังนั้น การดูแลสุขภาพอนามัยยังคงอยู่ในส่วนของประชาชนและส่วนของการรักษาแบบพื้นบ้าน

3) การดูแลสุขภาพในส่วนของแพทย์พื้นบ้าน (Folk sector of Health Care) คำว่า หมอพื้นบ้านเป็นคำหนึ่งในหลายคำที่ใช้เพื่อสื่อความหมายถึงระบบการแพทย์ที่มีใช้การแพทย์แบบวิทยาศาสตร์แต่เป็นการแพทย์ที่มีรากฐานมาจากวัฒนธรรมท้องถิ่นในภาษาอังกฤษ มีคำว่า Traditional/ Folk/ Indigenous/ Local และ Ethno medicine ในภาษาไทยมีคำว่า หมอแผนโบราณ หมอพื้นบ้าน หมอยากลางบ้าน และที่เริ่มใช้มากขึ้นคือแพทย์ (หมอ) แผนไทยคำเหล่านี้มีการใช้ ทั้งที่เป็นความหมาย รวมและความหมายที่เฉพาะเจาะจง ซึ่งหมอพื้นบ้านจะให้บริการรักษานอกสถาบันสถานบริการที่เป็นทางการ โดยอาจจะเป็นการรักษาที่บ้านหรือบ้านของผู้ป่วย บางส่วนให้บริการแบบนอกเวลา (Part Time) บางส่วนมีการพัฒนาความรู้และระบบการให้บริการคล้าย วัด พฤติกรรมสุขภาพโดยแบ่งเป็นพฤติกรรมเฉพาะ 6 ด้าน ได้แก่ การกิน การออกกำลังกายการใช้ยา และการหลีกเลี่ยงจากการเสพยาเสพติดที่ไม่มีประโยชน์การจัด ความเครียด การรักษาความปลอดภัย การพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพ

พรณี บัญชรหัตถกิจ (2540 อ้างถึงใน ศราวุธ วยุทธ, 2546, หน้า 25) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมดูแลสุขภาพ หมายถึง การกระทำที่บุคคลแสดงออกทางด้านสุขภาพ อาจสังเกตได้ หรือสังเกตไม่ได้ สรุปได้ว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพกาย ใจ อารมณ์ สังคมให้เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างสมดุล ในชีวิตประจำวันอย่างมีระบบระเบียบ มีวินัย ควบคุมตน ทั้งทางด้านการกิน การนอน การพักผ่อน การขับถ่าย การป้องกัน การติดโรค และ การเกิดโรค

ในยุคโลกาภิวัตน์ (Globalization) เป็นยุคแห่งความก้าวหน้าของเทคโนโลยีการติดต่อสื่อสารกันได้ทุกมุมโลก การพัฒนาประเทศไทยจึงเปลี่ยนแปลงไปตามกระแสสังคมโลก ผลกระทบ ต่อสภาวะสุขภาพอนามัยคนไทย จึงมีทั้งในทางบวกและทางลบ โดยมีปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน 3 องค์ประกอบ(สมนึก เกษโกวิท, 2542, หน้า 71-72) คือ

1) องค์ประกอบด้านปัจเจกบุคคล

1.1) พฤติกรรมของประชาชนที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น พฤติกรรมในการบริโภคที่ไม่เหมาะสม การขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการจราจร มีเพียงแต่พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น เช่น มีการใช้บริการจากสถานบริการพยาบาลมากขึ้น ซึ่งแต่ก่อนใช้บริการร้านขายยา

1.2) พันธุกรรม โรคงูสวัดเป็นโรคที่ถ่ายทอดจากบิดาหรือมารดาสู่ทารก เช่น ชาติลีซีเมีย เบาหวาน ผู้เป็นโรคเหล่านี้ ถ้าได้รับการดูแล สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างปกติสุข และให้ความรู้ป้องกันไม่ให้เกิดการถ่ายทอดทางพันธุกรรมต่อไป

1.3) ความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ ประชาชนมีความคิดความเชื่อในเรื่องสุขภาพ แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากการเลี้ยงดู สิ่งแวดล้อม ตลอดจนจากสื่อโฆษณา ทำให้คนทั่วไปจะ สนใจ สุขภาพของตนเองเมื่อยามเจ็บป่วยเท่านั้น ขาดการให้ความสำคัญในการทำให้ตนเองมีสุขภาพดีอยู่เสมอ

2) องค์ประกอบด้านสภาพแวดล้อม

2.1) การเจริญเติบโตด้านเศรษฐกิจของประเทศ การขยายตัวทางเศรษฐกิจ ด้านอุตสาหกรรมและบริการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วโดยเฉพาะอุตสาหกรรมด้านสุขภาพ ได้แก่ อุตสาหกรรมยา เคมีภัณฑ์ เครื่องสำอาง อาหาร การบริการสาธารณสุข มีการขยายตัวอย่างรวดเร็ว ทำให้ประชาชนมีความหวังว่าจะได้รับบริการสุขภาพที่ดีขึ้น แต่ประเทศเสรีจะมีการบริการสุขภาพ ที่มีราคาแพงมากขึ้น

2.2) การศึกษา คนไทยมีอัตราการรู้หนังสือสูงขึ้น ทำให้คนไทยในครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองและครอบครัวมากขึ้น รวมทั้งสามารถป้องกันอันตราย อันเนื่องมาจากการท างานได้มากขึ้น เช่น อันตรายจากการใช้สารเคมี เป็นต้น

2.3) การเมืองการปกครอง การปกครองแบบประชาธิปไตย สามารถทำให้ประชาชน มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง สามารถควบคุมจำนวน และการขยายตัวของผลิตภัณฑ์ สุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนลงได้ โดยผ่านองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค สื่อมวลชน และอื่น ๆ

2.4) โครงสร้างพื้นฐานและความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี มีการขยายตัวอย่างรวดเร็ว ในด้านการสื่อสาร การคมนาคม การสาธารณสุขบ โภค ทำให้พฤติกรรมของประชาชนเปลี่ยนไป จากเดิม การรับรู้ข่าวสารที่ทันสมัยรวดเร็วเป็นประโยชน์ต่อการแสวงหาความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ประชาชนรู้จักเลือกใช้บริการสุขภาพที่เหมาะสมในรูปแบบต่าง ๆ ความ เจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์มีมากขึ้น ทำให้มีวิธีการรักษาโรคแนวใหม่ที่มีการใช้ อุปกรณ์และเครื่องมือที่มีราคาแพง ราคาค่าบริการสูงขึ้น ส่งผลกระทบต่อประชาชนผู้มีรายได้น้อย ที่ไม่มีเงินจ่ายค่ารักษา พยาบาลในราคาที่แพงขึ้น

2.5) ปัจจัยทางด้านสังคม การหันไปรับค่านิยมทางวัฒนธรรมตะวันตก ทำให้มีความเสรีทางเพศมากขึ้น มีการบริโภคบุหรี่ สุราและใช้สารเสพติดสูงขึ้น สิ่งเหล่านี้มีผลต่อการบั่นทอนภาวะสุขภาพของประชาชน ตลอดจนอาจทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ หากไม่รับการเฝ้าระวังที่ถูกต้อง

2.6) การเปลี่ยนแปลงด้านประชากร ปัจจุบันประชากรไทยมีอัตราการเพิ่มประชากรลดลง อายุเฉลี่ยที่ยืนยาวขึ้น ทำให้ต้องหันมาให้ความสำคัญอย่างมากต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการมีโรคประจำตัวสูงขึ้น นอกจากนี้ การอพยพเข้าเมืองอย่างผิดกฎหมายของแรงงานต่างชาติดังกล่าว อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนไทยที่อยู่ตามชายแดนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

2.7) การเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและชีวภาพ ป่าไม้ลดลง ดินคุณภาพต่ำ มลพิษทางอากาศและน้ำ แมลงและสัตว์นำโรค รวมทั้งจุลชีพที่ก่อให้เกิดโรคและดื้อยา ล้วนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีของประชาชนทั้งสิ้น เนื่องจากต้องเสี่ยงภัยจากการใช้สารเคมีและวัตถุอันตราย ในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมและต้องซื้อยาในราคาแพงในกรณีที่มีจุลชีพชนิดใหม่เกิดขึ้น เช่น วัณโรค เอดส์ เป็นต้น

3) องค์ประกอบด้านระบบสาธารณสุข

3.1) การกระจายโครงสร้างพื้นฐานระบบบริการสาธารณสุข ทั้งภาครัฐและเอกชน มีการกระจาย และมีความครอบคลุมมากขึ้น มีการสร้างหลักประกันสุขภาพ บริการส่งเสริม และ ป้องกันโรค อันส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น

3.2) โครงสร้างองค์การบริหารงานสาธารณสุข มีการปรับปรุง และสร้างระบบบริหารสาธารณสุขที่เป็นแบบบูรณาการ โดยยึดคนเป็นศูนย์กลาง ทำให้เกิดการดูแลสุขภาพของ คน วัยต่าง ๆ ได้อย่างผสมผสานแบบองค์รวม เน้นการกระจายอำนาจไปสู่หน่วยงานปฏิบัติ ทำให้เกิดกระบวนการตอบสนองต่อภาวะการณ์มีสุขภาพที่ดีของประชาชน

3.3) คุณภาพและประสิทธิภาพในการบริการ มีการพัฒนาคุณภาพของบริการไปพร้อม ๆ กับการมีอำนาจในการจ่ายค่าบริการของประชาชน แต่ยังมีปัญหาที่สำคัญในเรื่องประสิทธิภาพของ บริการ เนื่องจากการกระจายทรัพยากรสาธารณสุขยังไม่ทัดเทียมกัน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของบุคลากร หรืองบประมาณ

3.4) การมีส่วนร่วมของประชาชน เน้นกลยุทธ์การสาธารณสุขมูลฐาน ทำให้ประชาชน มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชน ทำให้เกิดผลดีต่อส่วนรวม ในเรื่องสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องส่งเสริมให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพของ ตนเอง ครอบครัว และชุมชนอย่างต่อเนื่อง และรัฐจะต้องให้การสนับสนุนในทุกรูปแบบ เพื่อให้ ประชาชนเกิดการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง

2.3.3 แนวคิดและทฤษฎีการดูแลตนเอง

Levin, (1987, cited in Hill & Smith, 1985, p. 8) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกระบวนการ ที่บุคคลหนึ่ง ๆ ทำหน้าที่โดยตัวเองและเพื่อตัวเอง ในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจน การสืบค้นหาโรคและการรักษาขั้นต้นด้วยตนเอง

Steiger and Lipson (1985, p. 12) ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่าเป็นกิจกรรม ที่ริเริ่มกระทำโดยบุคคลครอบครัว ชุมชน เพื่อให้บรรลุหรือคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพให้ดีที่สุด

Pender (1987, p. 150) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติที่บุคคลริเริ่มและกระทำ ในวิถีทางของตนเองเพื่อบำรุงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน ทฤษฎี การดูแลตนเองของ

(Orem (2001, pp.258-265) เป็นแนวคิดที่สร้างขึ้นหรือค้นพบ จากความเป็นจริง เกี่ยวข้องกับการพยาบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายอธิบาย ทำนาย หรือกำหนด วิธีการพยาบาลเป็น ทฤษฎีทางการพยาบาลที่รู้จักแพร่หลายในวิชาชีพพยาบาลและมีการนำไปใช้ เป็นแนวทางในการ ปฏิบัติการพยาบาลเป็นพื้นฐานของการสร้างหลักสูตรในโรงพยาบาลบางแห่ง และเป็นกรอบแนวคิด ในการวิจัยทางการพยาบาลโอเร็ม อธิบายมโนทัศน์ของการดูแลไว้ว่า “การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติ กิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง ในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และ ความเป็นอยู่อันดี” การสร้างทฤษฎีการดูแลตนเอง โอเร็ม ใช้พื้นฐาน ความเชื่อที่นำมาอธิบายมโน ทัศน์หลักของทฤษฎีได้แก่บุคคลเป็นผู้มีความรับผิดชอบ ต่อการกระทำของตนเอง บุคคลเป็นผู้ที่มี ความสามารถและเต็มใจที่จะดูแลตนเองหรือผู้ที่อยู่ใน ความปกครองของตนเองการดูแลตนเองเป็นสิ่ง สำคัญและเป็นความจำเป็นในชีวิตของบุคคลเพื่อ ดำรงรักษาสุขภาพชีวิตการพัฒนาการและความเป็น ปกติสุขของชีวิต (Well Being) การดูแลตนเอง เป็นกิจกรรมที่เรียนรู้และจดจำไว้ได้จากสังคม สิ่งแวดล้อมและการติดต่อสื่อสารที่ซ้ำกันและกัน การศึกษาและวัฒนธรรม มีอิทธิพลต่อบุคคลการ ดูแลตนเองหรือการดูแลผู้อยู่ในความปกครองหรือ ผู้อื่นเป็นสิ่งที่มีความเกี่ยวข้องส่งเสริม ผู้ป่วย คนชราคนพิการ หรือทารกต้องได้รับการช่วยเหลือ ดูแลจากบุคคลอื่น เพื่อสามารถที่จะกลับมา รับผิดชอบดูแลตนเองได้ตามความสามารถที่มีอยู่ ขณะนั้น การพยาบาลเป็นการบริการเพื่อมนุษย์ซึ่ง กระทำโดยมีเจตนาที่จะช่วยเหลือสนับสนุน บุคคลที่มีความต้องการที่ดำรงความมีสุขภาพดีในช่วง ระยะเวลาหนึ่ง ทฤษฎีทางการพยาบาลของ โอเร็ม ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีที่สำคัญ ได้แก่ ทฤษฎีดูแล ตัวเอง (Self-care Theory) ทฤษฎีความพร้อม ในการดูแลตนเอง (The Theory of Self-care Deficit) และทฤษฎีระบบพยาบาล (The Theory of Nursing System) ซึ่งในที่นี้จะพูดถึงเฉพาะ ทฤษฎีดูแลตัวเอง (Self-care Theory)

สรุปได้ว่าการดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลสามารถกระทำกิจกรรมหรือ พฤติกรรมที่ เกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งบุคคลได้เลือกปฏิบัติให้เหมาะสมกับตนเอง โดยมีการเรียนรู้และการสนับสนุน

จากสังคม วัฒนธรรม ที่เป็นสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้นทั้งในวิชาชีพและนอกวิชาชีพ ทางด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองที่เหมาะสมมีประสิทธิภาพเป็นหนทางที่นำไปสู่การมีสุขภาพดี

2.3.4 การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion)

ความหมายการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) จากการประกาศกฎบัตร ออตตาวาที่ประเทศแคนาดา ปี 1986 ได้บัญญัติว่า “การส่งเสริมสุขภาพ” หรือ “HEALTH PROMOTION” (จิระนันท์ พันธุ์ทอง, 2560) หมายถึง “ขบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุม และปรับปรุงสุขภาพของตนเอง ในการบรรลุซึ่งสุขภาพวะอันสมบูรณ์ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม” บุคคล และกลุ่มบุคคลจะต้องสามารถบ่งบอก และตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเอง สามารถตอบสนองต่อปัญหาของตนเอง และสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือปรับตนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ อีกทั้งยังสามารถควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ เช่น ลดปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดมะเร็ง การขาดการออกกำลังกาย การขาดจิตสำนึกในเรื่องความปลอดภัย ทำให้เกิดอุบัติเหตุ หลีกเลียงจากสิ่งแวดล้อมเป็นพิษที่เป็นสาเหตุที่ทำให้สุขภาพ ขณะเดียวกันก็ให้ความสำคัญหรือเน้นให้การเพิ่มในด้านปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายมากขึ้น รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี

ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ควรอาศัยหลักการเกี่ยวกับแนวปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพ 5 ประการ ดังนี้

1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อผู้สูงอายุ โดยเน้นให้ทุกคนในชุมชนหรือสังคมมีข้อตกลงทางสังคมร่วมกัน รับหลักการเดียวกันในการที่จะปฏิบัติเพื่อให้ทุกคนในชุมชนหรือสังคมมีสุขภาพที่ดี เช่น การกำหนดนโยบาย ไม่ให้มีการทอดทิ้ง ผู้สูงอายุในชุมชน นโยบายหมู่บ้านปลอดภัย อุบัติเหตุ นโยบายครอบครัวอบอุ่น เป็นต้น

2) สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุ สิ่งแวดล้อมในที่นี้อาจจะเป็นสิ่งแวดล้อมที่เป็นรูปธรรม หรือนามธรรม สิ่งแวดล้อมที่เป็นรูปธรรมที่ใกล้ตัวผู้สูงอายุ ได้แก่ ครอบครัว ซึ่งจะต้องให้ความรักความเอาใจใส่ มีการเกื้อหนุนดูแลผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันต้องมีปฏิสัมพันธ์ในเชิงรุก มีความเข้าใจกันชุมชน ก็เป็นสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบๆ ตัวผู้สูงอายุนั้นเอง ซึ่งต้องมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในทุกๆ ด้าน การดูแลความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้าน และสิ่งที่อยู่อาศัยรอบ ๆ บ้านก็จะทำให้ผู้อยู่อาศัยรวมถึงผู้สูงอายุด้วยมีความอบอุ่น มีสุขภาพดีและปลอดภัยจากอุบัติเหตุต่าง ๆ ส่วนสิ่งแวดล้อมที่เป็นนามธรรม เช่น ขนบธรรมเนียมประเพณีวัฒนธรรมในสังคม ซึ่งสังคมไทยมีข้อดีกว่าประเทศอื่นๆ ในหลาย ๆ ด้าน เช่น ให้ความเคารพคตินิยมที่ดีต่อผู้สูงวัยปีประเพณีรดน้ำดำหัว รดน้ำสงกรานต์ เป็นต้น

3) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชุมชน จะต้องมีการรวมตัวกันหรือรวมกลุ่มกันเพื่อที่จะดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการรวบรวมปัญหาต่างๆ นำมาวิเคราะห์วางแผนดำเนินการเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้เป็นผู้สูงอายุที่สามารถแสดงศักยภาพได้ตามความถนัด เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง เช่น การจัดให้มีการรวมกลุ่ม เพื่อให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

4) พัฒนาทักษะในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้สูงอายุ บุคคลในครอบครัว และชุมชนในเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางสรีระต่างๆ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้สูงอายุ ตลอดจนแนวทางการดูแลส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านสื่อต่าง ๆ

5) ปรับเปลี่ยนบริการทางด้านสาธารณสุข โดยเน้นทางด้านสุขภาพในเชิงรุกมากขึ้น เช่น มีการคัดกรองสุขภาพให้การดูแล ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพโดยให้บริการในลักษณะองค์รวม ให้ครอบคลุมทุก ๆ ด้าน

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุได้แก่ ผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป มีสุขภาพร่างกายที่เสื่อมถอย และมีความต้องการในด้านต่างๆ ที่ต้องให้การช่วยเหลือจากทั้งครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ในการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้มีการใช้หลักการดูแลจากทุกภาคส่วนไม่ว่าจะเป็น การดูแลตนเอง การดูแลจากครอบครัว การดูแลจากชุมชน หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และได้นำแนวทางในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามหลัก 5 อ.มาใช้ ซึ่งประยุกต์มาจากหลักการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ 10 อ. ซึ่งได้แก่ อาหาร อารมณ์ อุบัติเหตุ ออกกำลังกาย และอนามัยส่วนบุคคล โดยหลัก 5 อ.ที่ได้นำมาใช้นั้นเป็นไปตามบริบทที่เหมาะสมของพื้นที่ชุมชนตำบลกุตุรงค์ อำเภอกุตุรงค์ จังหวัดมหาสารคาม

2.4 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดการมีส่วนร่วม ประกอบไปด้วย ความหมายของการมีส่วนร่วม มีผู้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมไว้หลากหลาย และมีความแตกต่างกันไปตามความเข้าใจและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ซึ่งอาจจะมองทั้งในแง่ของแนวคิด หลักการ กระบวนการ และวิธีการปฏิบัติระดับการมีส่วนร่วม เพื่อนำมาเป็นกรอบแนวคิดในการดำเนินการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

“การมีส่วนร่วม” หมายถึง การที่ประชาชนหรือกลุ่มบุคคลมีแนวคิดหรือจุดมุ่งหมายที่เหมือนกันเข้ามาดำเนินการนั้นให้แล้วเสร็จ ตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดแล้วรับผลประโยชน์ร่วมกัน ซึ่งต้องเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนไม่ว่าจะเป็นการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล (จิระนันท์ พันธุ์ทอง, 2560)

หลักสำคัญของการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา ในกระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม นั้นเกิดจากกระบวนการเรียนรู้ของนักพัฒนาเองและการเรียนรู้ร่วมกับองค์กรชุมชน หลักการสำคัญ ในการปฏิบัติกร่วมกับประชาชนที่สำคัญๆ (บัณฑิร อ่อนดำ และสามารถ ศรีจำนงค์, 2544) มีดังนี้

1) การจัดความสัมพันธ์ที่เสมอภาคเท่าเทียมกัน การจัดความสัมพันธ์ด้านบทบาท ระหว่างนักพัฒนากับชุมชนที่เท่าเทียมกัน เป็นหลักการสำคัญของกระบวนการมีส่วนร่วม โดยต่างฝ่าย ควรมีความตระหนัก ความต้องการของตนเอง และสิ่งที่ตนเองสามารถทำได้ รวมทั้งองค์กรชุมชนควร ตระหนัก ในความเป็นเจ้าของ ต้องการคิดเอง ทำเอง กำหนดเอง ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นส่วนที่คอยกำกับ กำหนดให้เกิดบทบาทการทำงานที่เหมาะสม ตามศักยภาพ และเป็นที่ยอมรับร่วมกันทั้งสองฝ่าย

2) การมีอิสระไม่ครอบงำ ความเชื่อมั่นในความเป็นมนุษย์ ควรอยู่บนฐานของการไม่ ครอบงำ การให้อิสระภาพในการคิด และการแสดงออกโดยไม่มีอคติ และไม่นำความคิดความเชื่อของตน มาวัด หรือตีคุณค่าหรือชักจูงครอบงำให้เปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะความเชื่อมั่นในศักยภาพฐานความรู้ ภูมิ ปัญญา และประวัติศาสตร์วัฒนธรรมดั้งเดิมของชุมชน ที่จะป็นฐานพลังสำคัญในการแก้ไขปัญหาด้วย ตนเองต่อไป โดยที่นักพัฒนาต้องมีวิสัยทัศน์ที่เปิดกว้างพร้อมจะยอมรับฟังความแตกต่าง ความเคารพใน ความเป็นคนของทุกคน

3) การมีส่วนร่วมของทุกกลุ่มในสังคมในชุมชนหนึ่งๆ ย่อมประกอบด้วยความแตกต่าง หลากหลาย ทั้งด้านฐานะ เพศ วัย สถานะทางสังคม ฯลฯ การสร้างโอกาสเปิดพื้นที่ทางสังคมอย่างเท่า เทียมในการให้ทุกส่วนได้มีส่วนร่วมในการแสดงออกทางความคิด ศักยภาพ ความรู้ และร่วมมือบทบาท ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้งานที่ดำเนินไปนั้นไม่กระจุกตัวอยู่ที่กลุ่มใดกลุ่มหนึ่งและส่งผล กระจายไปสู่คนทุกส่วนในชุมชนในสังคมอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

4) การมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการ ทุกขั้นตอน การดำเนินงานพัฒนาตามโครงการพัฒนา หนึ่งๆ นั้น มีกระบวนการขั้นตอนที่ต่อเนื่องเชื่อมโยงกันหลายครั้งที่เราพบว่า โครงการพัฒนาต่างๆ ที่ ส่งผลกระทบต่อชุมชน ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนตั้งแต่ขั้นตอนการศึกษาข้อมูล และการรับรู้ข้อมูล ข่าวสาร ซึ่งเมื่อถึงขั้นดำเนินการแล้วมักเกิดปัญหาความขัดแย้ง และสร้างผลกระทบต่อชุมชนมากมาย ตามมา รวมทั้งการให้ความหมายของการมีส่วนร่วมที่ขาดความเข้าใจอย่างแท้จริง ซึ่งหน่วยงานทั้งหลาย ที่เข้ามาดำเนินงานร่วมกับชุมชนมักอ้างเสมอว่า ได้เปิดโอกาสการมีส่วนร่วมของชุมชนแล้ว โดยการเชิญ ตัวแทนของชุมชนเข้าร่วมประชุมและร่วมกิจกรรม ในขณะที่โครงการที่ดำเนินการไปนั้นผ่านการวางแผน และตัดสินใจมาแล้ว โดยที่ชุมชนไม่มีโอกาสรับรู้มาก่อน แต่เป็นเพียงผู้ร่วมในบางส่วนที่กำหนดโดย เจ้าของโครงการนั้นๆ การมีส่วนร่วมที่แท้จริงจึงควรให้องค์กรชุมชนมีส่วนร่วม ตั้งแต่การรับรู้ข้อมูล ข่าวสารการวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนกำหนดเป้าหมาย การตัดสินใจ การปฏิบัติ การตรวจสอบ ติดตาม ประเมินผล การสรุปบทเรียน แก้ไขปรับปรุง และรวมทั้งการขยายผลและเผยแพร่ผลสู่สาธารณะ

2.4.1 ขั้นตอนการมีส่วนร่วม

(โกวิทย์ พวงงาม, 2545) ได้สรุปถึงการมีส่วนร่วมที่แท้จริงของประชาชน ในการพัฒนา ควรจะมี 4 ขั้นตอน คือ

1) การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาของแต่ละท้องถิ่น กล่าวคือ ถ้าหากชาวบ้านยังไม่สามารถทราบถึงปัญหาและเข้าใจถึงสาเหตุของปัญหา ในท้องถิ่นของตนเป็นอย่างดีแล้ว การดำเนินงานต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาของท้องถิ่นย่อม ไร้ประโยชน์ เพราะชาวบ้านจะไม่เข้าใจ และมองไม่เห็นถึงความสำคัญของการดำเนินงานเหล่านั้น

2) การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรม เพราะการวางแผนดำเนินงานเป็น ขั้นตอนที่จะช่วยให้ชาวบ้านรู้จักวิธีการคิด การตัดสินใจอย่างมีเหตุผล รู้จักการ นำเอาปัจจัยข่าวสาร ข้อมูลต่าง ๆ มาใช้ในการวางแผน

3) การมีส่วนร่วมในการลงทุนและการปฏิบัติงาน แม้ชาวบ้านส่วนใหญ่จะมี ฐานะยากจน แต่ก็มีแรงงานของตนเองที่สามารถใช้เข้าร่วมได้ การร่วมลงทุนและปฏิบัติงาน จะทำให้ชาวบ้านสามารถคิดต้นทุนดำเนินงานได้ด้วยตนเอง ทำให้ได้เรียนรู้การดำเนิน กิจกรรมอย่างใกล้ชิด

4) การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลงาน ถ้าหากการติดตามงานและ ประเมินผลงานขาดการมีส่วนร่วมแล้วชาวบ้านย่อมจะไม่ทราบด้วยตนเองว่างานที่ทำ ไปนั้นได้รับผลดี ได้รับประโยชน์หรือไม่อย่างไร การดำเนินกิจกรรมอย่างเดียวกันใน โอกาสต่อไป จึงอาจจะประสบความสำเร็จยากลำบาก

นอกจากนี้สำนักมาตรฐานการศึกษา, สำนักงานสภาสถาบันราชภัฏ, กระทรวง ศึกษาธิการ, สำนักมาตรฐานอุดมศึกษา และทบวงมหาวิทยาลัยยังได้ กล่าวถึง การมีส่วนร่วมในขั้นตอน ของการพัฒนา 5 ขั้น ดังนี้

1) ขั้นมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาในชุมชนตลอดจน กำหนดความต้องการของชุมชน และมีส่วนร่วมในการจัดลำดับความสำคัญของความต้องการ

2) ขั้นมีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนา โดยประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนด นโยบายและวัตถุประสงค์ของโครงการ กำหนดวิธีการและแนวทางการดำเนินงาน ตลอดจนกำหนด ทรัพยากรและแหล่งทรัพยากรที่ใช้

3) ขั้นมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนา เป็นขั้นตอนที่ประชาชนมีส่วนร่วม ในการ สร้างประโยชน์โดยการสนับสนุนทรัพย์ วัสดุอุปกรณ์และแรงงาน หรือเข้าร่วม บริหารงาน ประสานงาน และดำเนินการขอความช่วยเหลือจากภายนอก

4) ขั้นการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์จากการพัฒนา เป็นขั้นตอนที่ ประชาชน มีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ที่พึงได้รับจากการพัฒนาหรือยอมรับ ผลประโยชน์อันเกิดจากการ พัฒนาทั้งด้านวัตถุและจิตใจ

5) ขั้นการมีส่วนร่วมในการประเมินผลการพัฒนา เป็นขั้นที่ประชาชนเข้าร่วม ประเมินว่าการพัฒนาที่ได้กระทำไปนั้นสำเร็จตามวัตถุประสงค์เพียงใด

2.4.2 ระดับของการมีส่วนร่วม

(นรินทร์ชัย พัฒนพงศา, 2546) ได้กล่าวถึงระดับของการมีส่วนร่วมตาม หลักการทั่วไป ว่าแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ

- 1) การมีส่วนร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูล ของตน/ครอบครัว/ชุมชนของตน
- 2) การมีส่วนร่วมรับข้อมูลข่าวสาร
- 3) การมีส่วนร่วมตัดสินใจ โดยเฉพาะในโครงการที่ตนมีส่วนได้เสีย โดยแบ่งเป็น 3 กรณีแล้วแต่กิจกรรมในตนอยู่ในขั้นตอนใดต่อไปนี้

3.1) ตนมีน้ำหนักการตัดสินใจน้อยกว่าเจ้าของโครงการ

3.2) ตนมีน้ำหนักการตัดสินใจเท่ากับเจ้าของโครงการ

3.3) ตนมีน้ำหนักการตัดสินใจมากกว่าเจ้าของโครงการ

4) การมีส่วนร่วมทำ คือร่วมในขั้นตอนการดำเนินงานทั้งหมด

5) การมีส่วนร่วมสนับสนุน คืออาจไม่มีโอกาสร่วมทำ แต่มีส่วนร่วมช่วยเหลือ

ในด้านอื่น ๆ

นอกจากนี้ยังได้มีการแบ่งระดับของการมีส่วนร่วมเป็นระดับของการมีส่วนร่วม ตามแนวทางพัฒนาชุมชน เป็นการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน โดยได้ แบ่งไว้ดังนี้

- 1) ร่วมค้นหาปัญหาของตนให้เห็นว่าสิ่งใดที่เป็นปัญหารากเหง้าของปัญหา
- 2) ร่วมค้นหาสิ่งจำเป็นของตนในปัจจุบันคืออะไร
 - 2.1) ร่วมคิดช่วยตนเองในการจัดลำดับปัญหา เพื่อจะแก้ไขสิ่งใดก่อนหลัง
 - 2.2) วางแผนแก้ไขปัญหาเป็นเรื่อง ๆ
 - 2.3) ร่วมระดมความคิด ถึงทางเลือกต่าง ๆ และเลือกทางเลือกที่เหมาะสม เพื่อ แก้ไขปัญหาที่วางแผนนั้น
 - 2.4) ร่วมพัฒนาเทคโนโลยีที่จะนำมาใช้
 - 2.5) ร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหานั้น ๆ
 - 2.6) ร่วมติดตามการดำเนินงานและประเมินผลการดำเนินงาน
 - 2.7) ร่วมรับผลประโยชน์/หรือร่วมเสียผลประโยชน์จากการดำเนินงาน

2.4.3 การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน

หลักการสำคัญของการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนมี ดังนี้

- 1) หลักการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันระหว่างทางราชการกับประชาชน โดยยึดถือความศรัทธาของประชาชนที่มีต่อหน่วยงานหรือต่อบุคคล

2) หลักการขจัดความขัดแย้ง ความขัดแย้งในเรื่องผลประโยชน์และความคิด จะมีอิทธิพลต่อการดำเนินงานพัฒนาเป็นอย่างมากเพราะจะทำให้งานหยุดชะงักและล้มเหลว

3) หลักการสร้างอุดมการณ์และค่านิยมในด้านความขยัน ความอดทน การร่วมมือ การซื่อสัตย์ และการพึ่งตนเอง เพราะอุดมการณ์เป็นเรื่องที่จะจูงใจประชาชนให้ ร่วมสนับสนุน นโยบาย และเป้าหมายการดำเนินงาน และอาจก่อให้เกิดขวัญและกำลังใจ ในการปฏิบัติงาน

4) การให้การศึกษอบรมอย่างต่อเนื่องเป็นการส่งเสริมให้คนมีความรู้ ความคิด ของตนเอง ช่วยให้ประชาชนมั่นใจในตนเองมากขึ้น การให้การศึกษอบรมโดยให้ ประชาชนมี โอกาสทดลองคิด ปฏิบัติ จะช่วยให้ประชาชนสามารถคุ้มครองตนเองได้ รู้จักวิเคราะห์เห็นคุณค่าของงาน และนำไปสู่การเข้าร่วมในการพัฒนา

5) หลักการทำงานเป็นทีม สามารถนำมาใช้ในการแสวงหาความร่วมมือในการ พัฒนาได้สี่

6) หลักการสร้างพลังชุมชน การรวมกลุ่มกันทำงานจะทำให้เกิดพลังในการทำงานและทำให้งานเกิดประสิทธิภาพ

สำนักมาตรฐานการศึกษา, สำนักงานสภาสถาบันราชภัฏ, กระทรวงศึกษาธิการ, สำนัก มาตรฐานอุดมศึกษา และทบวงมหาวิทยาลัย ได้ กล่าวถึงยุทธศาสตร์ในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ ประชาชนไว้ 2 ประการคือ

1) การจัดกระบวนการเรียนรู้ สามารถทำได้หลายวิธี ดังนี้

1.1) จัดเวทีวิเคราะห์สถานการณ์ของหมู่บ้านเพื่อทำความเข้าใจและเรียนรู้ ร่วมกันในประเด็นต่าง ๆ

1.2) จัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือจัดทัศนศึกษาระหว่างกลุ่มองค์กร ต่าง ๆ ภายในชุมชนและระหว่างชุมชน

1.3) แก่อบรมเพื่อพัฒนาทักษะเฉพาะด้านต่าง ๆ

1.4) ลงมือปฏิบัติจริง

1.5) ถ่ายถอดประสบการณ์และสรุปบทเรียนที่จะนำไปสู่การปรับปรุง กระบวนการทำงานที่เหมาะสม

2) การพัฒนาผู้นำเครือข่าย เพื่อให้ผู้นำเกิดความมั่นใจในความและ ความสามารถ ที่มี จะช่วยให้สามารถริเริ่มกิจกรรมการแก้ไขปัญหา หรือกิจกรรมการ พัฒนาได้ ซึ่งสามารถทำได้หลาย วิธี ดังนี้

2.1) แลกเปลี่ยน เรียนระหว่างผู้นำทั้งภายในและภายนอกชุมชน

2.2) สนับสนุนการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนอย่างต่อเนือง และสนับสนุน ข้อมูล ข่าวสารที่จำเป็นอย่างต่อเนื่อง

2.3) แลกเปลี่ยนเรียน!และดำเนินงานร่วมกันของเครือข่ายอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดกระบวนการจัดการและจัดองค์กรร่วมกัน

2.4.4 กรรรมวิธีในการมีส่วนร่วมของประชาชน

กรรรมวิธีการมีส่วนร่วมของประชาชน สามารถทำได้หลายวิธี ที่สำคัญมี ดังต่อไปนี้ (โกวิทย์ พวงงาม, 2545)

- 1) การเข้าร่วมประชุมอภิปราย เป็นการเข้าร่วมอภิปรายหรือเนื้อหาสาระของแผนงานหรือโครงการพัฒนา เพื่อสอบถามความคิดเห็นของประชาชน
 - 2) การถกเถียง เป็นการแสดงความคิดเห็นโต้แย้งตามวิถีทางประชาธิปไตย เพื่อให้ทราบถึงผลดี ผลเสียในกรณีต่าง ๆ โดยเฉพาะประชาชนในท้องถิ่นที่มีผลกระทบ ทั้งทางบวกและทางลบต่อความเป็นอยู่ของเขา
 - 3) การให้คำปรึกษาแนะนำ ประชาชนต้องร่วมเป็นกรรมการในคณะกรรมการบริหารโครงการเพื่อให้ความมั่นใจว่ามีเสียงของประชาชนที่ถูกผลกระทบ เข้ามีส่วนร่วม รับรู้และร่วมในการตัดสินใจและการวางแผนด้วย
 - 4) การสำรวจ เป็นวิธีการให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในเรื่องต่าง ๆ อย่างทั่วถึง
 - 5) การประสานงานร่วม เป็นกรรรมวิธีที่ประชาชนเข้าร่วมตั้งแต่การคัดเลือกตัวแทนของกลุ่มเข้าไปเป็นแกนนำในการจัดการหรือบริหาร
 - 6) การจัดทัศนศึกษา เป็นการให้ประชาชนได้เข้าร่วมตรวจสอบข้อเท็จจริง ณ จุดดำเนินการ ก่อนให้มีการตัดสินใจอย่างใดอย่างหนึ่ง
 - 7) การสัมภาษณ์หรือพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการกับผู้นำ รวมทั้งประชาชนที่ได้รับผลกระทบเพื่อหาข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นและความต้องการที่แท้จริงของท้องถิ่น
 - 8) การไต่สวนสาธารณะ เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนทุกกลุ่มเข้าร่วมแสดงความคิดเห็นต่อนโยบาย กฎ ระเบียบในประเด็นต่าง ๆ ที่จะมีผลกระทบต่อประชาชน โดยรวม
 - 9) การสาธิต เป็นการใช้เทคนิคการสื่อสารทุกรูปแบบเพื่อเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารให้ประชาชนรับทราบอย่างทั่วถึงและชัดเจนอันจะเป็นแรงจูงใจให้เข้ามามีส่วนร่วม
 - 10) การรายงานผล เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนทบทวนและสะท้อนผลการตัดสินใจต่อโครงการอีกครั้งหนึ่ง หากมีการเปลี่ยนแปลงจะได้แก้ไขได้ทันที่
- ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าขั้นตอนการมีส่วนร่วมของประชาชนมี 5 ขั้นตอน ดังนี้
- 1) การค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา และพิจารณาแนวทางแก้ไข
 - 2) การตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ไข และวางแผนหรือโครงการแก้ไขปัญหา
 - 3) การปฏิบัติการแก้ไขปัญหามาตามแผนและโครงการที่วางไว้

4) การรับประโยชน์จากโครงการ

5) การประเมินผลโครงการ

2.4.5 ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม

รีดเดอร์ (Reeder, 1963 อ้างถึงใน จีระนันท์ พันธุ์ทอง, 2560) ได้สรุปปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการรักษาการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ 11 ประการ ดังนี้

- 1) การปฏิบัติตนให้สอดคล้องตามความเชื่อถือพื้นฐาน กล่าวคือ บุคคลและกลุ่มบุคคลเหมือนจะเลือกแบบวิธีการปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องและคล้ายคลึงกับความเชื่อพื้นฐานของตนเอง
- 2) มาตรฐานคุณค่า บุคคลและกลุ่มบุคคลดูเหมือนจะปฏิบัติในลักษณะที่สอดคล้องกับมาตรฐานคุณค่าของตนเอง
- 3) เป้าหมาย บุคคลและกลุ่มบุคคลดูเหมือนจะส่งเสริมป้องกันและรักษาเป้าหมายตน
- 4) ประสบการณ์ที่ผิดปกติธรรมดา พฤติกรรมของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลบางครั้งมีรากฐานมาจากประสบการณ์ที่ผิดปกติธรรมดา
- 5) ความคาดหวัง บุคคลและกลุ่มบุคคลจะประพฤติตามแบบที่ตนคาดหวังว่า จะต้องประพฤติในสถานการณ์เช่นนั้น ทั้งยังชอบปฏิบัติต่อผู้อื่นในลักษณะที่ตนคาดหวังจากผู้อื่นด้วยเช่นกัน
- 6) การมองแต่ตนเอง บุคคลและกลุ่มบุคคลมักจะทำสิ่งต่าง ๆ ซึ่งคิดว่าตนเองสมควรกระทำ
- 7) การบีบบังคับ บุคคลและกลุ่มบุคคลมักจะทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยความรู้สึกว่าตนถูกบีบบังคับให้ทำ
- 8) นิสัยและประเพณี บุคคลและกลุ่มบุคคลมักจะทำสิ่งต่าง ๆ ซึ่งเรามีนิสัยชอบกระทำอยู่ในสถานการณ์นั้น ๆ
- 9) โอกาส บุคคลและกลุ่มบุคคลมักจะทำเข้ามามีส่วนร่วมในรูปแบบการปฏิบัติของสังคมโดยเฉพาะในทางที่เกี่ยวข้องกับจำนวนและชนิดของโอกาส ซึ่งโครงการของสังคมเอื้ออำนวยเข้ามามีส่วนร่วมกันในการกระทำเช่นนั้นเท่าที่พวกเขาได้รับรู้
- 10) ความสามารถ บุคคลและกลุ่มบุคคลมักจะทำเข้ามามีส่วนร่วมกันในกิจกรรมบางอย่างที่ตนเห็นว่าสามารถทำในสิ่งที่ต้องการให้เขาทำในสถานการณ์เช่นนั้น
- 11) การสนับสนุนบุคคลและกลุ่มบุคคลมักจะทำปฏิบัติเมื่อเขาารู้สึกว่าเขาได้รับการสนับสนุนที่ดีพอให้กระทำเช่นนั้น

สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้เกิดการสนับสนุนและสร้างโอกาสให้แก่ประชาชน ทั้งในส่วนบุคคล กลุ่มคน ซึ่งสรุปได้ว่าขั้นตอนการมีส่วนร่วมของประชาชนมี 5

ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา และพิจารณาแนวทางแก้ไข 2) การตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ไข และวางแผนหรือโครงการแก้ไขปัญหา 3) การปฏิบัติการแก้ไขปัญหตามแผนและโครงการที่วางไว้ 4) การรับประโยชน์จากโครงการ 5) การประเมินผลโครงการ โดยเข้ามามีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล รับข้อมูล ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมทำและร่วมสนับสนุน ให้การดำเนินงานพัฒนาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุสำเร็จไปด้วยดี

2.4.6 แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการ A-I-C (จีระนันท์ พันธุ์ทอง, 2560) กล่าวว่า การพัฒนาชุมชนที่นำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน คือ การเปิดโอกาสให้บุคคลและผู้แทนของกลุ่มองค์กรต่างๆ ที่อยู่ในชุมชน ท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วม และรับผิดชอบในการกำหนดทิศทางในการพัฒนาชุมชน ร่วมตัดสินใจอนาคตของชุมชน ร่วมดำเนินกิจกรรมการพัฒนาและร่วมรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น กระบวนการ A-I-C จะช่วยให้ชุมชนเข้าไปมีส่วนร่วม ในการวางแผนและการตัดสินใจ ร่วมสร้าง ความเข้าใจในการดำเนินงาน สร้างการยอมรับ ความรับผิดชอบในฐานะสมาชิกของชุมชนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและเกิดความภาคภูมิใจในผลงานที่ตนมีส่วนร่วมกระบวนการพัฒนาชุมชนจึงเกิดความต่อเนื่องและก่อให้เกิดความสำเร็จสูงจากประสบการณ์ในการพัฒนามีข้อสรุปที่ได้จากการนำเอากระบวนการประชุมนี้มาใช้ ซึ่งพบว่า

- 1) กระบวนการ A-I-C ช่วยให้ประชาชนและกลุ่มองค์กรต่างๆ ทั้งในและนอกชุมชนที่เข้ามามีส่วนร่วม มีความกระตือรือร้นในการเข้าร่วมพัฒนาชุมชนท้องถิ่นมากขึ้น
- 2) การวางแผนแบบมีส่วนร่วมเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้แทนกลุ่มต่างๆ ประชาชน โดยเฉพาะผู้รู้ กลุ่มคนจน ผู้ด้อยโอกาส ผู้หญิง และเยาวชน เข้ามามีบทบาทในการร่วมคิด กำหนด แนวทางการพัฒนาและจัดสรรทรัพยากร การมีส่วนร่วมในกิจกรรมและเสริมสร้างความเข้าใจซึ่งกันและกันซึ่งเป็นการรวมพลังเชิงสร้างสรรค์
- 3) ประชาชน กลุ่มองค์กรต่างๆ มีความรู้สึกเป็นเจ้าของทั้งกิจกรรม โครงการ ผลของการพัฒนาและความเป็นเจ้าของชุมชนท้องถิ่น ทำให้เกิดความมีพลังรู้ถึงศักยภาพในการพึ่งตนเอง
- 4) องค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐ และเอกชนเรียนรู้ที่จะเข้าร่วมมือกันในการพัฒนาอย่างประสานสอดคล้องนับได้ว่ากระบวนการ A-I-C ช่วยให้เกิดการระดมแนวคิดที่สร้างสรรค์มีส่วนร่วม และเสริมพลังของชุมชนท้องถิ่นในการพัฒนา

กระบวนการ A-I-C เป็นการประชุมที่ก่อให้เกิดการทำงานร่วมกันเพื่อจัดทำแผนโดยเป็นวิธีการที่เปิดโอกาส ให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีเวทีพูดคุยแลกเปลี่ยน ความรู้ประสบการณ์ นำเสนอข้อมูลข่าวสารที่จะทำให้เกิดความเข้าใจ ถึงสภาพปัญหา ความต้องการข้อจำกัดและศักยภาพของ ผู้ที่เกี่ยวข้องต่างๆ เป็นกระบวนการที่ช่วยให้มีการระดมพลังสมองในการศึกษาวิเคราะห์พัฒนาทางเลือก เพื่อใช้ใน

การแก้ไขปัญหาและพัฒนา เกิดการตัดสินใจร่วมกันเกิดพลังของการสร้างสรรค์และรับผิดชอบต่อการพัฒนาชุมชนท้องถิ่น กระบวนการ A-I-C มีขั้นตอนสำคัญ ดังนี้

1) ขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation: A) คือขั้นตอนการเรียนรู้ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ขั้นตอนนี้จะเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน แสดงความคิดเห็น รับฟังและหาข้อสรุปร่วมกันอย่างสร้างสรรค์เป็นประชาธิปไตยยอมรับในความคิดของเพื่อนสมาชิกโดยใช้การวาดรูปเป็นสื่อในการแสดงความคิดเห็นและแบ่งเป็น 2 ส่วน

A1 : การวิเคราะห์สภาพการของหมู่บ้าน ชุมชน ตำบล ในปัจจุบัน

A2 : การกำหนดอนาคตหรือวิสัยทัศน์ อันเป็นภาพพึงประสงค์ในการพัฒนาว่าต้องการอย่างไร โดยการวาดภาพมีความสำคัญคือ

(1) การวาดภาพจะช่วยให้ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถสร้างจินตนาการคิดวิเคราะห์

จนสรุปมาเป็นภาพ และช่วยให้ผู้ไม่ถนัด ในการเขียนสามารถสื่อสารได้

(2) ช่วยกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมประชุมคิดและพูดเพื่ออธิบายภาพซึ่งตนเองวาด นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุม อื่นๆ ได้ซักถามข้อมูลจากภาพเป็นการเปิดโอกาสให้มีการพูดคุย แลกเปลี่ยนและกระตุ้นให้คนที่ไม่ค่อยกล้าพูดให้มีโอกาสนำเสนอ

(3) การรวมภาพของแต่ละบุคคล เพื่อเป็นภาพรวมของกลุ่ม จะช่วยให้มีความ

ง่ายต่อการรวบรวมแนวคิดของผู้เข้าร่วม ประชุมและสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของภาพ (ความคิด) และ ส่วนร่วมในการสร้างภาพพึงประสงค์ของกลุ่ม

(4) จะช่วยเสริมสร้างบรรยากาศการประชุมให้มีความสุขและเป็นกันเองในบางครั้ง ผู้เข้าร่วมประชุมมักมองว่าการวาดภาพเป็นกิจกรรมสำหรับเด็ก ดังนั้นวิทยากรกระบวนการจำเป็นต้องสร้างความเข้าใจ และนำเกมต่างๆ เกี่ยวกับการวางแผน การละลายพฤติกรรมกลุ่ม หรือการวาดภาพเพื่อการแนะนำตนเองหรือวาดภาพสิ่งทีตนเองชอบ ไม่ชอบ มาใช้อุ่นเครื่องเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้เข้าร่วมประชุม

2) ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence : I) คือขั้นตอนการหาวิธีการและเสนอทางเลือกในการพัฒนาตามที่ได้สร้างภาพพึงประสงค์ หรือที่ได้ช่วยกันกำหนดวิสัยทัศน์ เป็นขั้นตอนที่จะต้องช่วยกันหามาตรการ วิธีการและค้นหาเหตุผลเพื่อกำหนดทางเลือกในการพัฒนา กำหนดเป้าหมาย กำหนดกิจกรรมและจัดลำดับ ความสำคัญของกิจกรรม โครงการโดยแบ่งเป็น 2 ช่วง คือ

I1 : การคิดเกี่ยวกับกิจกรรมโครงการที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ ตามภาพพึงประสงค์

I2 : การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม โครงการ โดย

(1) กิจกรรม หรือโครงการที่หมู่บ้าน ชุมชน ท้องถิ่นทำเองได้เลย

(2) กิจกรรมหรือโครงการที่บางส่วนต้องการความร่วมมือหรือการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานที่ร่วมทำงานสนับสนุนอยู่

(3) กิจกรรมที่หมู่บ้าน ชุมชน ตำบล ไม่สามารถดำเนินการได้เอง ต้องขอความร่วมมือเช่น ดำเนินการจากแหล่งอื่น ทั้งภาครัฐและเอกชน

3) ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control : C) คือยอมรับและทำงานร่วมกันโดยนำเอาโครงการหรือกิจกรรมต่างๆ มาสู่การปฏิบัติและจัดกลุ่มผู้ดำเนินการ ซึ่งจะรับผิดชอบโครงการโดยขั้นตอนกิจกรรมประกอบด้วย

C1 : การแบ่งความรับผิดชอบ

C2 : การตกลงใจในรายละเอียดของการดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติตนนอกจากนี้

ผลลัพธ์ที่ได้จากการประชุมคือ

(1) รายชื่อกิจกรรม หรือโครงการที่กลุ่ม องค์กรชุมชนดำเนินการได้เองภายใต้ความรับผิดชอบ และเป็นแผนปฏิบัติการของหมู่บ้าน ชุมชน

(2) กิจกรรม โครงการที่ชุมชน หรือองค์กรชุมชน เสนอขอรับการส่งเสริมสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานภาครัฐที่ทำงาน หรือสนับสนุนชุมชน

(3) รายชื่อกิจกรรม โครงการที่ชาวบ้านต้องแสวงหาทรัพยากรและประสานงานความร่วมมือจากภาคีความร่วมมือต่างๆ ทั้งจากภาครัฐหรือองค์กรพัฒนาเอกชน เป็นต้น

ปัจจัยที่สำคัญที่จะช่วยให้การประชุม A-I-C ประสบความสำเร็จได้

1) การจัดประชุมกระบวนการ A-I-C นี้ “เน้นความเป็นกระบวนการ” จะดำเนินการข้ามขั้นตอนหรือสลับขั้นตอนไม่ได้ เน้นการระดมความคิดและสร้างการยอมรับซึ่งกันและกัน ให้ความสำคัญกับการตัดสินใจ การกำหนดอนาคตร่วมกัน และเน้นการสร้างพลังความคิด วิเคราะห์ และเสนอทางเลือก ในการพัฒนาและพลังความรัก ความเอื้ออาทร การสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร อันเป็นพลังเชิงสร้างสรรค์ในการพัฒนา

2) การศึกษาและเตรียมชุมชน

2.1) การศึกษาชุมชนเพื่อให้เข้าใจสภาพของหมู่บ้าน ชุมชน หรือตำบล ความสัมพันธ์ของกลุ่มต่างๆ การทราบความสามารถ ศักยภาพของกลุ่ม สภาพการพึ่งตนเอง เป็นต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เพียงพอ เป็นข้อเท็จจริง ในการกำหนดอนาคตทางเลือก รวมทั้งกลวิธีที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา และการประสานความร่วมมือ

2.2) การเตรียมชุมชนเพื่อทำให้กลุ่มต่างๆ ในชุมชน ประชาชนเข้าใจและส่งผู้แทนที่มีอำนาจในการตัดสินใจของกลุ่มเข้าร่วมประชุม รวมทั้งมีการพิจารณาเพื่อกระจายโอกาสให้กลุ่มต่างๆ ในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม เช่น กลุ่มสตรี เด็ก คนจน ผู้ประสบปัญหาต่างๆ เป็นต้น

3) วิทยากรกระบวนการที่เข้าใจขั้นตอนของกระบวนการ A-I-C มีประสบการณ์ ความรู้ใน

เรื่องที่เกี่ยวข้องในการประชุม มีไหวพริบในการแก้ไขปัญหาสถานการณ์เฉพาะหน้า สามารถไกล่เกลี่ย หรือมีวิธีการในการจัดการกับความขัดแย้ง ที่เหมาะสมในกรณีที่สามารถเกิดขึ้น โดยสามารถทำหน้าที่

3.1) เตรียมชุมชน เตรียมการประชุม ดำเนินการประชุมและสรุปผล
 3.2) สร้างบรรยากาศในการประชุม เพื่อคลายความตึงเครียดของผู้เข้าร่วมประชุม
 3.3) ความคุมขั้นตอนและเวลาในการดำเนินการประชุมให้เป็นไปตามกระบวนการ
 3.4) สรุปความเห็นที่แท้จริงของผู้เข้าร่วมประชุม โดยไม่สอดแทรกความเห็นหรือทัศนคติของตนเองลงไป

3.5) ในกรณีที่มีข้อถกเถียงระหว่างผู้เข้าร่วมประชุม ซึ่งเกิดความตึงเครียดหรือการปกป้องผลประโยชน์ของตนเอง ผู้ดำเนินการประชุมต้องทำหน้าที่ไกล่เกลี่ยและหาข้อยุติให้ได้

3.6) วิเคราะห์และสังเกตบรรยากาศในการประชุม สำหรับจำนวนผู้จัดการประชุมอาจมีเพียงคนเดียวก็ได้เป็นผู้นำการประชุมซึ่งจะมีข้อดี คือ กระบวนการประชุมเป็นเอกภาพมากกว่าแต่หากไม่มั่นใจในการดูแลบรรยากาศการประชุม ควรจัดคณะมาช่วยโดยแบ่งหน้าที่เป็น

3.6.1) ผู้จัดการประชุม ดูแลอำนวยความสะดวกทั่วไป ได้แก่ การลงทะเบียน อาหารเครื่องดื่ม

3.6.2) ผู้นำการประชุม

3.6.3) ผู้จัดการกิจกรรมเกมส์ สร้างบรรยากาศ เพื่อการละลายพฤติกรรมคลายเครียด และการนำเข้าสู่ขั้นตอนแต่ละขั้นตอน

3.6.4) ผู้เตรียมวัสดุอุปกรณ์ ทั้งนี้คณะฯ จะต้องทำความเข้าใจ ในขั้นตอนและวิธีการให้ตรงกัน สอดรับกัน

ซึ่งกระบวนการ A-I-C จะนำมาใช้ในการดำเนินการประชุมเพื่อวางแผนในขั้นตอนการวางแผนการดำเนินการวิจัยเนื่องจากเป็นการเปิดโอกาสให้บุคคลและผู้แทนของกลุ่มองค์กรต่างๆ ที่อยู่ในชุมชน ท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วม และรับผิดชอบในการกำหนดทิศทางในการพัฒนาชุมชน ร่วมตัดสินใจอนาคตของชุมชน ร่วมดำเนินกิจกรรมการพัฒนาและร่วมรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น กระบวนการ A-I-C จะช่วยให้ชุมชนเข้าไปมีส่วนร่วม ในการวางแผนและการตัดสินใจ ร่วมสร้าง ความเข้าใจในการดำเนินงาน สร้างการยอมรับ ความรับผิดชอบในฐานะสมาชิกของชุมชนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและเกิดความภาคภูมิใจในผลงานที่ตนมีส่วนร่วมกระบวนการพัฒนาชุมชนจึงเกิดความต่อเนื่องและก่อให้เกิดความสำเร็จสูง ผู้วิจัยจึงได้นำวิธีการนี้มาใช้ในขั้นตอนการวางแผนการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม

2.5 แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง การแสวงหาความรู้ภายใต้การดำเนินการของ นักปฏิบัติที่ กลายมาเป็น นักวิจัย หรือผู้ซึ่งทำงานเป็นหุ้นส่วนกับนักวิจัย เพื่อตรวจสอบประเด็นและปัญหาในสถานที่ ทำงานของตนเอง เป็นการนำความคิดไปปฏิบัติผ่านกระบวนการที่เป็นวงจร ซึ่งแต่ละวงจะขึ้นกับวงก่อน หน้าการวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่ใช่วิธีการวิจัยบริสุทธิ์ แต่เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาและนักวิจัยสามารถใช้วิธีการเก็บและ รวบรวมข้อมูลได้หลากหลายวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นทั้งการวิจัยและการ ปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการวิจัยที่มีเป้าหมายที่จะแก้ปัญหา พัฒนากิจกรรมโดยการ ปรับปรุง เปลี่ยนแปลง (Improving by changing) โดยบุคคลที่เผชิญกับปัญหานั้นอยู่เอง เป็นรูปแบบ ของการทำความเข้าใจในการปรับปรุงสถานการณ์เฉพาะที่พบว่ามีปัญหาเพื่อต้องการพัฒนา หาหลักการ เหตุผลและวิธีการ ปฏิบัติงานเพื่อการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานนั้นและขณะเดียวกันก็เป็นการ พัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการ ปฏิบัติงานนั้น ๆ (ศิริพร จิรวรรณกุล, 2553)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการวิจัยที่เป็นการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงวิธีการปฏิบัติการอย่าง เป็นระบบระเบียบ (Improve practice and systematically) และเป็นการศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นใน สถานการณ์เฉพาะนั้น ๆ พร้อมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ได้มาซึ่งรูปแบบของการแก้ปัญหาและได้ คำตอบในการแก้ปัญหาดังกล่าว ดังนั้นการวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงมีความแตกต่างไปจากการแก้ปัญหา ประจำวัน เพราะมีการใช้วิธีการศึกษาทางวิทยาศาสตร์ มีการศึกษาปัญหาอย่างเป็นระบบ และ กระบวนการแก้ปัญหาที่ใช้ หลักทฤษฎีเป็นการวิจัยที่มุ่งเน้นให้เกิดความร่วมมือกันในการที่จะทำให้คนเห็น ปัญหา และวางเป้าหมายในการ แก้ปัญหาไปด้วยกัน ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างนักวิจัยกับ ผู้รับบริการ เน้นให้เห็นความสำคัญของการ เรียนรู้กันในกระบวนการวิจัย

ธรรมชาติ ของวิธีวิทยา (McNiff & Whitehead, 2006) อธิบาย Ontological assumption, Epistemological assumption และ Methodological assumptions ของการวิจัยเชิง ปฏิบัติการ ดังนี้ Ontological assumption ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการคือ การวิจัยที่เชื่อในคุณค่า (Value laden) มีสัญญาใจ (Morally commit) และมีเป้าหมายที่จะเข้าใจว่า “ฉัน” หรือ “เรา” ที่เป็น ผู้กระทำ ไม่ใช่ “พวกเขา” และผู้วิจัย ต้องอยู่ในความสัมพันธ์กับพื้นที่ที่จะศึกษา ไม่สามารถหลุดพ้นจาก การให้คุณค่าได้ (Value free) และจะนำคุณค่าที่มีไปใช้กับสิ่งที่จะศึกษา Epistemological assumption ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มี 3 ประการคือ

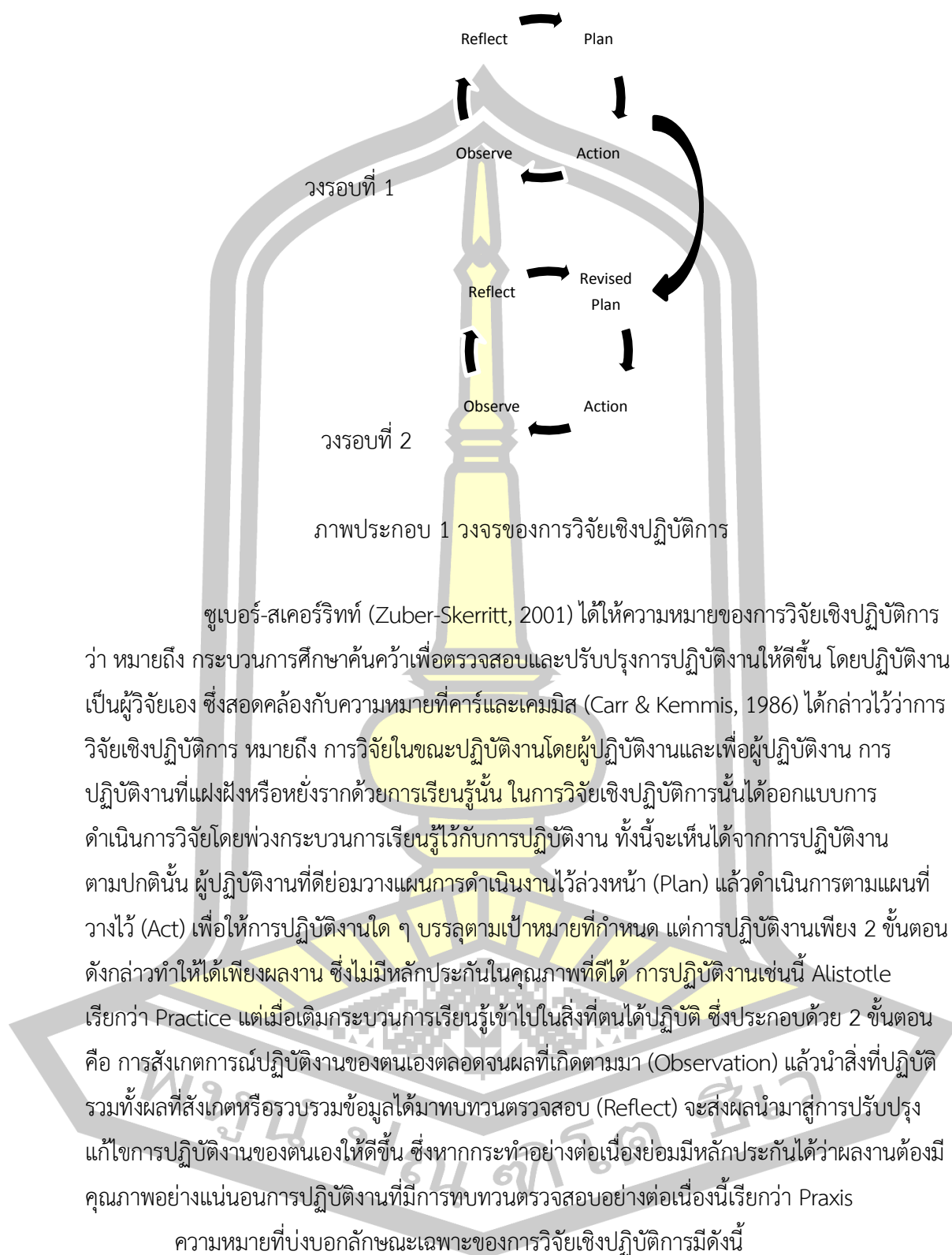
- 1) เป้าหมายของการค้นหาความรู้คือ “ตัวฉันเอง” (I) ไม่ใช่ไปศึกษา “ผู้อื่น” (Other people)
- 2) ความรู้เป็นสิ่งที่ไม่แน่นอน ไม่ตายตัว มีหลายคำตอบ ไม่สามารถค้นพบได้เองแต่ต้อง สร้างสรรค์ ขึ้นมา

3) ความรู้เป็นลักษณะปัจเจก (Individual) สร้างได้จากกระบวนการความร่วมมือ (Collaborative process) Methodological assumptions ของวิจัยเชิงปฏิบัติการไว้ 3 ประการคือ

- 3.1) ผู้ปฏิบัติเป็นผู้วิจัย
- 3.2) วิจัยวิทยามีลักษณะแบบยืดหยุ่นและการพัฒนาต่อเนื่องปรับตามสถานการณ์
- 3.3) เป้าหมายเพื่อการปรับปรุงให้ดีขึ้นโดยการเรียนรู้ร่วมกัน

ดังที่กล่าวมาข้างต้นจึงสรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง กระบวนการวิจัยที่ให้ ความสำคัญกับการมีส่วนร่วม (Participation) การร่วมมือ (Collaboration) ของบุคคลผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) กับ ปัญหาที่ต้องการแก้ไข โดยที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการปรับปรุงปัญหาให้ดีขึ้น (Improve) เพื่อการเปลี่ยนแปลง (Change) การสร้างความรู้ใหม่ (Constructive new knowledge) โดยการปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงดังกล่าว จะต้องบูรณาการความรู้กับการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นตามสภาพจริงในบริบทนั้น ๆ นอกจากนั้นในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ นักวิจัยต้องใช้หลักการทำงานแบบหุ้นส่วน (Partnership) มีความเชื่อร่วมกันระหว่างนักวิจัยกับผู้ร่วมวิจัยเป็นการปลดปล่อยให้เกิดความอิสระ (Emancipation) นักวิจัยกับผู้ร่วมวิจัยมีอำนาจหน้าที่เท่าเทียมกัน เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัต สามารถออกแบบการเก็บข้อมูลทั้งปริมาณและคุณภาพ ทำให้ตอบโจทย์ปัญหาวิจัยได้ ครอบคลุมนำไป ปฏิบัติได้จริง

การวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่ได้เน้นในการกำหนดแนวทางรูปแบบที่ชัดเจนของวิธีวิทยานักแต่ มีเป้าหมายสูงสุดคือ ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อเรียนรู้สู่การปฏิบัติ วิธีการที่จะเลือกใช้ขึ้นอยู่กับบริบทที่จะศึกษาโดยวิธีการเด่น ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการคือ มีลักษณะการดำเนินการวิจัยเป็นวงจรถือเกลียว (Spiral) มีความเป็นพลวัต ในวงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เริ่มต้นที่การวางแผน (Planning) เป็นการวางแผนที่นำไปสู่การ ปฏิบัติเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ลำดับต่อมาคือการปฏิบัติ (Action) เป็นการปฏิบัติงานตามแผนที่กำหนดไว้ จากนั้นเข้าสู่การติดตามผลการปฏิบัติเป็นการสังเกต (Observation) และขั้นสุดท้ายคือการสะท้อน (Reflection) เป็นการสะท้อนคิดผลของการปฏิบัติว่าได้ ดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ เป็นการส่งเสริมให้ผู้วางแผนได้เรียนรู้หรือเข้าใจจุดอ่อนและจุดแข็งของแผนเพื่อนำไปสู่การปรับแผนการดำเนินงานในขั้นตอนต่อไป เพื่อที่จะเริ่มต้นเข้าสู่เกลียวลำดับวงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการสรุปได้ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 วงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ซูเบอร์-สเคอร์ริทท์ (Zuber-Skerritt, 2001) ได้ให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการว่า หมายถึง กระบวนการศึกษาค้นคว้าเพื่อตรวจสอบและปรับปรุงการปฏิบัติงานให้ดีขึ้น โดยปฏิบัติงานเป็นผู้วิจัยเอง ซึ่งสอดคล้องกับความหมายที่คาร์และเคมมิส (Carr & Kemmis, 1986) ได้กล่าวไว้ว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง การวิจัยในขณะที่ปฏิบัติงานโดยผู้ปฏิบัติงานและเพื่อผู้ปฏิบัติงาน การปฏิบัติงานที่แฝงฝังหรือหยั่งรากด้วยการเรียนรู้ นั้น ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการนั้นได้ออกแบบการดำเนินการวิจัยโดยพ่วงกระบวนการเรียนรู้ไว้กับการปฏิบัติงาน ทั้งนี้จะเห็นได้จากการปฏิบัติงานตามปกติ นั้น ผู้ปฏิบัติงานที่ดีย่อมวางแผนการดำเนินงานไว้ล่วงหน้า (Plan) แล้วดำเนินการตามแผนที่วางไว้ (Act) เพื่อให้การปฏิบัติงานใด ๆ บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด แต่การปฏิบัติงานเพียง 2 ขั้นตอนดังกล่าวทำให้ได้เพียงผลงาน ซึ่งไม่มีหลักประกันในคุณภาพที่ดีได้ การปฏิบัติงานเช่นนี้ Aristotle เรียกว่า Practice แต่เมื่อเติมกระบวนการเรียนรู้เข้าไปในสิ่งที่ตนได้ปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ การสังเกตการณ์ปฏิบัติงานของตนเองตลอดจนผลที่เกิดตามมา (Observation) แล้วนำสิ่งที่ปฏิบัติรวมทั้งผลที่สังเกตหรือรวบรวมข้อมูลได้มาทบทวนตรวจสอบ (Reflect) จะส่งผลนำมาสู่การปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงานของตนเองให้ดีขึ้น ซึ่งหากกระทำอย่างต่อเนื่องย่อมมีหลักประกันได้ว่าผลงานต้องมีคุณภาพอย่างแน่นอน การปฏิบัติงานที่มีการทบทวนตรวจสอบอย่างต่อเนื่องนี้เรียกว่า Praxis

ความหมายที่บ่งบอกลักษณะเฉพาะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีดังนี้

“10 ใช่ - 5 ไม่ใช่” ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 10 ลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการมี

ดังนี้

1. ผู้ปฏิบัติงานเป็นผู้วิจัย(Practitioner-based)
2. เป็นการหาความรู้ของ“ฉัน”(First-personenquiry)
3. ให้ความสำคัญกับกระบวนการเรียนรู้มากกว่าผลลัพธ์ปลายทาง
4. เน้นการเปลี่ยนแปลงที่เริ่มจากตนเอง
5. เป็นวิถีประชาธิปไตย โดยการให้การหาความรู้ไม่ถูกผูกขาดแต่เฉพาะแวดวงวิชาการ
6. ผู้ปฏิบัติตระหนักในความรับผิดชอบต่องานที่ปฏิบัติ
7. เน้นที่การปฏิบัติงานที่แฝงด้วยจุดยืนหรือความมุ่งมั่นต่อวิชาชีพ
8. กระบวนการวิจัยประกอบด้วยการปฏิบัติงาน (Action) ที่ผนึกด้วยการเรียนรู้ (Learning) ในลักษณะของวงจรกิจกรรม 4 อย่างคือ วางแผน ดำเนินงานตามแผน สังเกต และทบทวน ตรวจสอบซึ่งกระทำอย่างต่อเนื่อง

9. มีการตั้งคำถามเชิงวิพากษ์กับสิ่งที่ตนเองคิดและกระทำโดยตลอด

10. มุ่งมั่นและผูกพันกับงานที่ปฏิบัติอย่างจริงจัง

ลักษณะที่ไม่ใช่การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีดังนี้

1. การทดลอง
2. ศึกษาเรื่องของคนอื่นหรือสิ่งนอกตัว
3. เน้นวิธีการหาความรู้ในเชิงเทคนิคมากกว่ากระบวนการเรียนรู้
4. อ้างอิงผลการศึกษาสู่ข้อสรุปที่จะใช้เป็นมาตรฐานทั่วไป(Generalization)
5. เน้นประสิทธิภาพการทำงานและการควบคุม

จากความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า เป็นความหมายที่คล้ายคลึงและเป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งหมด จึงสรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง กระบวนการศึกษาค้นคว้าและพัฒนาการปฏิบัติงานที่ปฏิบัติโดยไม่คาดหวังว่าจะอ้างอิงผลไปยังกลุ่มอื่น ๆ ได้หรือไม่

การที่จะเข้าใจความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการได้อย่างลึกซึ้งและชัดเจน สามารถนำไปประยุกต์ใช้งานได้ดั่งนั้น เคมมิส และแม็คแทกการ์ท (Kemmis and McTaggart, 1988) ได้อธิบายลักษณะสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 21 ข้อ ดังนี้

1. เป็นวิธีสำหรับปรับปรุงการศึกษาโดยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและเรียนรู้จากการเปลี่ยนแปลงนั้น
2. เป็นการดำเนินงานของผู้ปฏิบัติเองเพื่อพัฒนางานของตนเองและกลุ่มอาชีพของตนเอง
3. เป็นกระบวนการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องเป็นวงจรเริ่มจากการวางแผนการปฏิบัติตามแผน การสังเกตและการสะท้อนผล เป็นวงจรเช่นนี้ไปเรื่อย ๆ จนกว่างานนั้นจะได้รับการปรับปรุงตามที่ต้องการ

4. เป็นวิธีการที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยเน้นกระบวนการกลุ่มเป็นหลักจึงจะประสบผลสำเร็จตามที่ต้องการได้
5. เป็นวิธีการที่ก่อให้เกิดสังคมแห่งการพัฒนาตนเองและพึ่งตนเองโดยความร่วมมือระหว่างสมาชิกด้วยกันเอง มีความเป็นอิสระในการดำเนินการและตัดสินใจได้ด้วยกลุ่มของตนเอง
6. เป็นกระบวนการเรียนรู้อย่างเป็นระบบโดยผ่านการปฏิบัติตามที่ได้คิดไตร่ตรองด้วยสติปัญญาอย่างรอบคอบ มีการวางแผนเป็นขั้นตอน
7. เป็นวิธีการที่เกี่ยวข้องกับบุคคลในการสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติเป็นการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น ทั้งการปฏิบัติและผลจากการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของคน
8. เป็นวิธีการที่เปิดโอกาสให้บุคคลได้ปฏิบัติตามแนวคิดและข้อสมมติ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบผลที่เกิดขึ้นเพื่อปรับปรุงการปฏิบัติต่อไป
9. เป็นวิธีการที่เปิดกว้างสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกแง่มุม ไม่เฉพาะแต่ข้อมูลที่จะใช้อธิบายข้อเท็จจริงเท่านั้น
10. เป็นวิธีการที่เน้นการเก็บข้อมูลทั้งกระบวนการการปฏิบัติและผลที่เกิดขึ้นในทุกแง่มุม
11. เป็นกระบวนการทางการเมืองเนื่องจากการวิจัยเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงซึ่งมีผลกระทบต่อบุคคลหรือกลุ่มบุคคลทำให้เกิดปฏิกิริยาต่อต้านขึ้น
12. เป็นวิธีการที่ต้องอาศัยการวิเคราะห์สถานการณ์ต่าง ๆ อย่างเข้มข้นและจริงจังทั้งในเรื่องของบุคคลและสถาบัน เพื่อทำความเข้าใจและก่อให้เกิดการยอมรับในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
13. ควรเริ่มวิจัยจากจุดเล็ก ๆ โดยการเปลี่ยนแปลงตนเองก่อนจากนั้น จึงเปลี่ยนแปลงชั้นเรียน โรงเรียน และชุมชน
14. ควรเริ่มจากวงจรการปฏิบัติเล็ก ๆ คือ การวางแผน การปฏิบัติตามแผนการสังเกตและการสะท้อนผลก่อนที่จะขยายวงกว้างต่อไป
15. ควรเริ่มจากความร่วมมือกันของกลุ่มเล็ก ๆ จากนั้นจึงขยายไปสู่ความร่วมมือระดับสถาบันและชุมชน
16. เป็นวิธีการที่จะช่วยให้สามารถบันทึกเหตุการณ์ความก้าวหน้าต่างๆ อย่างต่อเนื่องทั้งเหตุการณ์และความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
17. เป็นวิธีการที่จะช่วยให้สามารถอธิบายและให้เหตุผลเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านการศึกษากับผู้อื่นได้อย่างน่าเชื่อถือ
18. การวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่ใช่สิ่งที่ปฏิบัติอยู่ตามปกติ แต่เป็นการปฏิบัติอย่างเป็นระบบมีความร่วมมือกันของกลุ่มในการพัฒนางานอย่างชัดเจน

19. การวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่ใช่กระบวนการแก้ปัญหาที่ง่าย ๆ ที่เกิดขึ้นในชั้นเรียนแต่เป็นกระบวนการเรียนรู้และทำความเข้าใจปัญหาและแก้ปัญหาเพื่อปรับปรุงเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติให้ดีขึ้น

20. การวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่ใช่การวิจัยที่นักวิชาการหรือนักวิจัยภายนอกที่อ้างตนว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญเข้ามาศึกษาในชั้นเรียน แล้วสรุปเป็นความรู้เพื่อนำไปปฏิบัติ

21. การวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่ใช่วิธีการทางวิทยาศาสตร์ ไม่ใช่การทดสอบสมมติฐานด้วยวิธีการทางสถิติจากการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อหาข้อสรุป ไม่อ้างผลจากกลุ่มตัวอย่างไปสู่ประชากรเหมือนการวิจัยอื่น ๆ แต่การวิจัยเชิงปฏิบัติการเน้นวิธีการทางสังคมศาสตร์หลายๆ วิธีร่วมกันเพื่อก่อให้เกิดการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์มากกว่าการอธิบายหรือตีความสถานการณ์

คุณลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คุณลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่แตกต่างจากระเบียบวิธีการอื่น โดยมีแนวคิดพื้นฐาน คือ เป็นการศึกษาปรากฏการณ์นิยม จากการเปลี่ยนแปลงโดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมกับนักวิจัยร่วมกันกำหนดปัญหา และปฏิบัติการวิจัยนับตั้งแต่ขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์ ขั้นตอนดำเนินการปฏิบัติการและขั้นตอนประเมินผล เครื่องมือแก้ปัญหาที่เน้นด้านสังคมศาสตร์พฤติกรรมศาสตร์บทบาทผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมกับนักวิจัยมีบทบาทสำคัญในกระบวนการวิจัยวางแผนปฏิบัติการ นำแผนไปปฏิบัติ การประเมินผลและการปรับปรุงแผนใหม่โดยอาศัยความร่วมมือระดับผู้ร่วมวิจัยทุกฝ่ายเกี่ยวววงจรที่เกิดขึ้นหลายวงจรมันเกิดจากการกำหนดแผนการปฏิบัติ (Action Plan) จะต้องมีคามยืดหยุ่นและเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ เพราะสภาพความเป็นจริงของสังคม มีความซับซ้อนไม่อาจคาดคะเนการปฏิบัติที่จำเป็นล่วงหน้าทุกอย่าง การปฏิบัติและการสะท้อนการปฏิบัติจึงเป็นการกระทำที่คาบเกี่ยวกัน เพื่อให้สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขแผนการปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม

การดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิส และแม็คเทกการ์ท อธิบายว่าวิธีการดำเนินการ จะอยู่ในลักษณะของวงจรกิจกรรม 4 อย่างตาม ที่ไม่มีจุดเริ่มต้นแน่นอนตายตัว ได้แก่ 1) การวางแผน (planning=P) 2) การดำเนินกิจกรรมตามแผน (action=A) 3) การรวบรวมข้อมูล (observation = O) หมายถึง การบันทึกผลการปฏิบัติงาน และการวัดผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติ เป็นระยะ และ 4) การทบทวน ไคร่ครวญ หรือไตร่ตรอง (reflection= R) ในสิ่งที่ได้ดำเนินการไป ทั้งในระหว่างการดำเนินการ และหลังดำเนินการ หรืออาจเรียกว่าเป็นการถอดสิ่งที่เรียนรู้จากการปฏิบัติ ทั้ง 4 กิจกรรมนี้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เป็นวัฏจักรหมุนเวียนซ้ำกิจกรรมเดิมไปเรื่อยๆ โดยหลังจากที่มีการทบทวนสิ่งที่ได้ปฏิบัติไปแล้วแต่ละครั้ง จะส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ที่นำมาสู่การปรับแผนการดำเนินงานในครั้งต่อไป

2.5.1 วิธีดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิส และแม็คเทกการ์ท

1) การวางแผน (Plan) เป็นการกำหนดแนวทางปฏิบัติการไว้ก่อนล่วงหน้า โดยอาศัย

การคาดคะเนแนวโน้มของผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติการตามแผนที่วางไว้ กอปรกับการระลึกถึงเหตุการณ์หรือเรื่องราวในอดีตที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขตามประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมของผู้วางแผน ภายใต้การใคร่ครวญไตร่ตรองถึงปัจจัยสนับสนุนขัดขวางความสำเร็จในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งสภาวะการณ์เงื่อนไขอื่น ๆ ที่แวดล้อมปัญหาอยู่ในเวลานั้นโดยทั่วไปการวางแผนจะต้องคำนึงถึงความยืดหยุ่น ทั้งนี้เพื่อจะได้สามารถปรับเปลี่ยนให้เข้ากับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอนาคตซึ่งอาจไม่เป็นไปตามเงื่อนไขหรือยากต่อการควบคุมให้เป็นไปในทางที่พึงปรารถนาได้ กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการจะต้องประกอบด้วยกิจกรรมที่ส่งผลต่อการแก้ไขปัญหาได้ในระดับหนึ่งเป็นอย่างดี และเป็นกิจกรรมที่มีความสอดคล้องกลมกลืนกับบริบททางด้านสังคมวัฒนธรรม การเมืองและอื่น ๆ ที่เป็นอยู่ในสภาวะการณ์เวลานั้น

2) การปฏิบัติ (Action) เป็นการลงมือดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้อย่างระมัดระวัง และควบคุมการปฏิบัติการให้เป็นไปตามที่ระบุไว้ในแผน อย่างไรก็ตามในความเป็นจริงการปฏิบัติการตามแผนที่กำหนดไว้มีโอกาสเกิดการพลิกผันหรือแปรเปลี่ยนไปตามเงื่อนไขและข้อจำกัดในสภาวะการณ์เวลานั้นได้ ด้วยเหตุนี้แผนปฏิบัติการที่ดีจะต้องมีลักษณะเป็นเพียงแผนทดลองหรือแผนชั่วคราว ซึ่งเปิดช่องทางให้ผู้ปฏิบัติสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามเงื่อนไขปัจจัยที่เป็นอยู่ในขณะนั้น ดังที่กล่าวมาแล้วการปฏิบัติการที่ดีจะต้องดำเนินไปอย่างต่อเนื่องเป็นพลวัตภายใต้การใช้ดุลยพินิจตัดสินใจ สิ่งใดควรทำตามแผนที่วางไว้ สิ่งใดควรปรับเปลี่ยนให้เข้ากับปัจจัยเงื่อนไขในขณะนั้นแล้วจึงดำเนินกิจกรรมอื่นต่อไปผู้ปฏิบัติอาจใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการกระทำของตนได้บางส่วนแต่ประสบการณ์เหล่านั้นก็เป็นเพียงสมมติฐานชั่วคราว (Working Hypothesis) ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในเวลานั้นก็ได้

3) การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการและผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานที่ได้ลงมือกระทำลงไป (ทั้งที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจ) รวมทั้งสังเกตการณ์ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยขัดขวางการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ ตลอดจนประเด็นปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างปฏิบัติการตามแผนว่ามีสภาพหรือลักษณะเป็นอย่างไร การสังเกตการณ์ที่ดีจะต้องมีการวางแผนไว้ก่อนล่วงหน้าอย่างคร่าว ๆ โดยจะต้องมีขอบเขตไม่แคบหรือจำกัดจนเกินไป เพื่อจะได้เป็นแนวทางสำหรับการสะท้อนกลับ กระบวนการและผลการปฏิบัติที่จะเกิดขึ้นตามมา นอกจากนี้จะต้องตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ที่มองเห็นได้ด้วยตาและสัมผัสได้ด้วยกายหรือใจ และจะต้องมีความยืดหยุ่นต่อการเก็บรายละเอียดของสรรพสิ่งต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ในหลายแง่มุมและหลายรูปแบบ ดังนั้น นักวิจัยเชิงปฏิบัติการจะต้องมีความพร้อมตลอดเวลาในการสังเกตการณ์การเปลี่ยนแปลงของสรรพสิ่งต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นและไม่เกิดขึ้นตามแผนที่วางไว้

4) การสะท้อนกลับ (Reflection) เป็นการทวนระลึกถึงการกระทำตามที่บ้านที่ข้อมูลไว้จากการสังเกตอย่างครุ่นคิดไตร่ตรองในเชิงวิพากษ์กระบวนการและผลการปฏิบัติงานตามแผนที่วางไว้

ตลอดจนการใคร่ครวญเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยขัดขวางการพัฒนา รวมทั้งประเด็นปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นว่าเป็นไปตามที่พึงประสงค์หรือไม่ กลยุทธ์ประการหนึ่งที่ช่วยให้กระบวนการสะท้อนกลับเกิดขึ้นอย่างได้ผล ได้แก่ การอภิปรายซักถามในลักษณะวิพากษ์วิจารณ์หรือประเมินผลการปฏิบัติงานระหว่างบุคคลที่มีส่วนร่วมในการวิจัยภายใต้การยึดมั่นต่อเป้าหมายของกลุ่มเป็นหลัก การสะท้อนกลับโดยอาศัยกระบวนการกลุ่มดังกล่าวนี้ จะนำไปสู่การรื้อถอน (Deconstruction) แนวคิดความเชื่อและการปฏิบัติงานอย่างเดิมไปสู่การฟื้นฟูหรือปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานตามแนวทางดั้งเดิมเปลี่ยนไปเป็นการปฏิบัติงานตามวิธีการใหม่ ซึ่งใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการทบทวนและปรับปรุงวางแผนปฏิบัติการในวงจรกระบวนการในรอบหรือเกลียวต่อไป

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีขั้นตอนที่สำคัญในการดำเนินการดังนี้

1) การจำแนกหรือพิจารณาปัญหาที่ประสงค์จะศึกษา ผู้วิจัย และกลุ่มที่ทำการวิจัยจะต้องศึกษารายละเอียดของปัญหาที่จะศึกษาอย่างชัดเจน ปัญหาที่เกิดขึ้นในห้องเรียนซึ่งจะทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการจะต้องมีทฤษฎีรองรับในเรื่องที่เกี่ยวกับปัญหานั้น การวิเคราะห์สภาพของปัญหาควรพิจารณาให้ครบ 4 องค์ประกอบต่อไปนี้ คือ ผู้สอน ผู้เรียน เนื้อหาวิชาและสภาพแวดล้อม

2) เลือกปัญหาสำคัญที่เป็นสาระควรแก้ไขในการศึกษาวิจัย เลือกโดยอาศัยทฤษฎีมาร่วมพิจารณาลักษณะของปัญหา แล้วสร้างสมมติฐานของการวิจัยในรูปแบบของข้อความต้องการที่จะประเมินที่แสดงความสัมพันธ์ของปัญหากับหลักการ หรือกับทฤษฎีพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับปัญหา

3) เลือกเครื่องมือดำเนินการวิจัยที่จะช่วยให้ได้คำตอบของปัญหาตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เครื่องมือจะมี 2 ลักษณะคือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองปฏิบัติหรือฝึกหัดตามวิธีการ เช่น อุปกรณ์ การเรียน การสอน แบบฝึกหัด เป็นต้น และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการปฏิบัติ เช่น แบบทดสอบ แบบสังเกตพฤติกรรม เป็นต้น

4) บันทึกเหตุการณ์อย่างละเอียดในแต่ละขั้นตอนของการวิจัย ทั้งส่วนที่เป็นความก้าวหน้าและเป็นอุปสรรคตามวงจรของการปฏิบัติการ คือ ในขั้นตอนของการวางแผนการปฏิบัติการ การสังเกต และการสะท้อนการปฏิบัติการ เก็บสะสมข้อบันทึกเพื่อใช้ในการปรับปรุงวงจรปฏิบัติการต่อไป และเพื่อเป็นการรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์หาคำตอบของสมมติฐาน

5) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้านต่าง ๆ ของข้อมูลที่รวบรวมไว้ ซึ่งส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การตรวจสอบรายละเอียดของข้อมูลเพื่อให้แน่ใจความถูกต้อง แสดงรายละเอียดอธิบายสถานการณ์ จัดหมวดหมู่และแยกประเภทของกลุ่มข้อมูลตามหัวข้อที่เหมาะสม เปรียบเทียบข้อแตกต่าง และคล้ายคลึงของข้อมูลแต่ละประเภทโดยวิเคราะห์วิจารณ์อย่างลึกซึ้งกับกลุ่มผู้วิจัย

6) ตรวจสอบข้อมูลที่กลุ่มผู้วิจัยได้พิจารณาไว้แล้วอีกครั้งหนึ่ง เพื่อสรุปหาคำตอบที่เป็นสาเหตุ ผล และวิธีแก้ปัญหานั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้และจะก่อประโยชน์สูงสุดโดยสรุปประมวล

เป็นหลักการ รูปแบบ ของการปฏิบัติ หรือข้อเสนอเชิงทฤษฎี หรือทฤษฎี ทั้งนี้ต้องอาศัยหลักตรรกวิทยา โดยวิธีอุปนัย และความรู้เชิงทฤษฎีของผู้วิจัย

2.5.2 ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ วิธีวิจัยเป็น 3 แนวทาง ดังนี้

1) ดำเนินการโดยอาศัยความร่วมมือทางเทคนิค (Technical collaborative approach) เป็นการวิจัยเชิง ปฏิบัติการที่มีเป้าหมายหลักเพื่อการทดสอบวิธีการแก้ไข้ปัญหา (Intervention) ซึ่งพัฒนามาจากความรู้หรือจากทฤษฎีที่มีอยู่ เพื่อดูว่าวิธีการตามทฤษฎีนั้นสามารถใช้ได้จริงในทางปฏิบัติมักมีการตั้งสมมติฐานนำมาก่อน เป็น การศึกษาโดยใช้วิธีการอนุมาน (Deductive approach) ผู้วิจัยได้มีการกำหนดปัญหาและวิธีการแก้ไข้ปัญหามาก่อนแล้วความร่วมมือที่คาดหวังจากผู้ร่วมวิจัยคือการตกลงหรือยินยอมที่จะยอมรับและช่วยสนับสนุนให้มีการ นำวิธีการนั้น ๆ มาใช้ในทางปฏิบัติ ผลที่ได้รับมักจะเป็นความเปลี่ยนแปลงในทางปฏิบัติที่เกิดขึ้นในระยะสั้น และความรู้ที่ได้รับจะเป็นความรู้เชิงทำนาย (Predictive knowledge) ซึ่งสอดคล้องกับชนิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เรียกว่า (Traditional Action Research) ที่หมายถึงการวิจัยเชิงปฏิบัติการแท้ ๆ ที่ทำในเรื่องโครงสร้างอำนาจขององค์กรทำปฏิบัติการแก้้ปัญหา

2) การดำเนินการโดยอาศัยความร่วมมือซึ่งกันและกัน (Mutual collaboration approach) โดยมีปรัชญาพื้นฐานมาจาก Historical-hermeneutic ในลักษณะนี้ผู้วิจัยอาจมีแนวคิดหรือมีปัญหาเรื่องใดเรื่องหนึ่งมาก่อน อย่างกว้าง ๆ และในขั้นตอนของการวิจัยนั้นผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย มัก ร่วมกันค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นหรือที่มี แนวโน้มที่จะเกิดขึ้นในสถานการณ์จริง ๆ รวมทั้งสาเหตุของปัญหา และวิธีการแก้ไข้ที่อาจจะเป็นไปได้ (Possible interventions) มักใช้วิธีการอุปมาน (Inductive approach) เป็นส่วนใหญ่ผลที่ได้รับคือทั้งผู้วิจัยและ ผู้ร่วมวิจัยจะเกิดความเข้าใจในปัญหาและสาเหตุของปัญหาในมุมมองใหม่ๆ ตลอดจนได้ทางเลือกสำหรับแก้ไข้ ปัญหาและนำไปสู่การพัฒนาความรู้หรือทฤษฎีใหม่ หรืออาจเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า Contextual action research: Action learning ซึ่งงานวิจัยทำให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างองค์กร ผู้ปฏิบัติงานได้เข้าใจงานทั้งหมด และช่วยให้ผู้ร่วมงานได้กระทำตนเป็นผู้ออกแบบโครงการและเป็นผู้ร่วมวิจัย

3) ดำเนินการโดยการส่งเสริมให้บุคคลได้สะท้อน ถึงปัญหาและการปฏิบัติด้วยตนเอง (Enhancement approach) มีเป้าหมายคือช่วยให้ผู้ประสบปัญหาได้ค้นพบปัญหาและวิธีการแก้ไข้ ปัญหาด้วยตนเอง ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นเพียงผู้อำนวย ความสะดวกให้ผู้ร่วมวิจัยได้มีการคิดถึงสภาพปัญหา และเงื่อนไขต่าง ๆ ทั้งในระดับบุคคลหรือองค์กรภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และความขัดแย้งที่เกิดขึ้นจากการสะท้อนความคิดเชิงเหตุและผล ของผู้ร่วมวิจัยจะทำให้ได้มุมมองใหม่ ๆ เกี่ยวกับปัญหาและการปฏิบัติจะได้มาซึ่งความรู้เชิงบรรยาย และเชิงทำนายด้วย (Descriptive and predictive knowledge) หรืออาจเรียกอีกชื่อหนึ่งว่าเป็น Radical action research ซึ่งมีรากฐานมาจากทฤษฎีวิวัตุนิยมของ Marx มีการใช้ PAR ในการเคลื่อนไหวทางสิทธิเสรีภาพเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคม

2.5.3 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

เอ็อมพร หลิมเจริญ (2555) กล่าวว่า การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นขั้นตอนที่สำคัญในกระบวนการวิจัย วิธีการหลักที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นวิธีการสร้างข้อสรุปจากการศึกษาจากข้อมูลจำนวนหนึ่ง ซึ่งมักไม่ใช่สถิติในการวิเคราะห์หรือถ้าใช้สถิติก็ไม่ได้ถือว่าสถิติเป็นวิธีการวิเคราะห์หลักแต่จะถือเป็นข้อมูลเสริมในการวิเคราะห์ ข้อมูลเชิงคุณภาพนั้น ผู้วิเคราะห์ข้อมูลนับเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญยิ่ง และควรมีความรู้เท่าทันในเรื่องแนวคิด ทฤษฎีอย่างกว้างขวาง มีความเป็นสหวิทยาการอยู่ในตัวเอง มีความสามารถทางภาษาสามารถเชื่อมโยงข้อความ และสร้างข้อสรุปเป็นกรอบแนวคิดและตีความหมายของข้อมูลได้หลาย ๆ แบบ ทั้งนี้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพนั้นอาจไม่จำเป็นต้องใช้เฉพาะการวิจัยเชิงคุณภาพเท่านั้น แต่อาจใช้กับการวิจัยเชิงปริมาณที่ผู้วิจัย มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น แบบสอบถามปลายเปิด การสัมภาษณ์ การสังเกต จดบันทึก มาทำการวิเคราะห์ เพื่อให้ข้อมูลที่รวบรวมมาตีความและตอบคำถามหรือจุดมุ่งหมายของการวิจัย สำหรับสาระ โดยเทคนิคการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่สำคัญ ๆ และนักวิจัยนิยมใช้ ได้แก่ การจำแนกหรือการจัดกลุ่มข้อมูล การเปรียบเทียบเหตุการณ์ การวิเคราะห์ส่วนประกอบ การวิเคราะห์แบบอุปนัย และการวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นเอกสาร ซึ่งเทคนิคการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพแต่ละ เทคนิคนั้นผู้เขียนได้นำเสนอรายละเอียดพร้อมตัวอย่างประกอบตามลำดับ ดังนี้ เทคนิควิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลเอกสาร ในการวิเคราะห์ข้อมูลเอกสารนั้น สามารถทำได้โดยวิธีการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ วิธีเชิงปริมาณ คือ การทำให้ข้อมูลของเอกสารนั้น ได้แก่ ถ้อยคำ ประโยค หรือใจความที่ปรากฏในเอกสารเป็นจำนวน ที่วัดได้แล้วเจนนับจำนวนของถ้อยคำ ประโยค หรือใจความเหล่านั้น วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลแบบนี้ที่รู้จักกันดี คือ การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ซึ่งโดยปกติการวิเคราะห์เนื้อหาจะทำตามเนื้อหาที่ปรากฏ (Manifest content) ในเอกสารมากกว่ากระทำกับเนื้อหาที่ซ่อนอยู่ (Latent content) การวัดความถี่ของคำหรือข้อความในเอกสารก็หมายถึงคำหรือข้อความที่มีอยู่ ไม่ใช่คำหรือข้อความที่ผู้วิจัยตีความได้ การตีความจะกระทำ ในอีกขั้นตอนหนึ่งภายหลังเมื่อผู้วิจัยจะสรุปข้อมูล ส่วนวิธีการทางคุณภาพ คือ การตีความสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (Induction) จากเอกสารดังกล่าวประกอบกับเอกสารอื่น ๆ โดยอาจมีการแบ่งประเภทตามเนื้อหาของเอกสารแล้วเปรียบเทียบเนื้อหาประเภทต่าง ๆ เข้าด้วยกัน ทั้งนี้ในการวิจัยเชิงคุณภาพนั้นการวิเคราะห์ข้อมูลเอกสารนั้นมิได้สนใจเพียงแค่ข้อความที่ปรากฏในเอกสาร หากทว่าพยายามค้นหาและตีความหมายที่แฝงอยู่ในข้อความเหล่านั้นอีกด้วย โดยอาศัยข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้ด้วยวิธีการอื่นหรือข้อมูลภูมิหลังสภาพแวดล้อมอื่น ๆ มาประกอบการวิเคราะห์และตีความหมายข้อมูลในเอกสาร สำหรับขั้นตอนในการวิเคราะห์เนื้อหาโดยทั่วไป มีการดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดเกณฑ์คัดเลือกเอกสารเป็นการกำหนดให้ชัดเจนว่าผู้วิจัยคัดเลือกเอกสารอะไร ประเภทใดมาทำการวิเคราะห์ ซึ่งผู้วิจัยจะต้องตั้งกฎเกณฑ์ขึ้น สำหรับการคัดเลือกเอกสาร

และหัวข้อที่จะทำการวิเคราะห์ ให้ชัดเจนโดยอาจใช้ช่วงระยะเวลาปีที่พิมพ์หรือบันทึก แหล่งเผยแพร่ และลักษณะการเผยแพร่ เป็นต้น การกำหนดเกณฑ์คัดเลือกเอกสารที่ชัดเจนจะมีประโยชน์มากในกรณีที่มีบุคคลอื่นมาทำการวิเคราะห์จะทำให้เลือกเอกสารได้ตรงกัน

ขั้นตอนที่ 2 วางเค้าโครงการวิเคราะห์เป็นการจัดระบบการจำแนกคำ หรือข้อความในเนื้อหาสาระของเอกสารซึ่งผู้วิเคราะห์ควรจัดระบบการจำแนกให้ชัดเจนว่าจะจำแนกโดยใช้คำ หรือข้อความใดบ้างระบบการจำแนกที่ชัดเจนนี้จะช่วยให้ผู้วิเคราะห์สามารถที่จะนำเนื้อหาใดมาวิเคราะห์ และจะตัดเนื้อหาใดออกไป ทั้งนี้การกำหนดระบบการจำแนกควรจำแนกโดยการพิจารณาถึงหลักเกณฑ์ต่อไปนี้ คือ

- 1) การจำแนกควรสอดคล้องกับปัญหา วัตถุประสงค์ของตัวแปรในการวิจัย
- 2) การจำแนกควรมีความครอบคลุมคำ หรือข้อความที่ผู้วิจัยนำมาใช้เป็นระบบในการจำแนกควรมีความครอบคลุมคำ หรือข้อความอื่น ๆ ที่มีอยู่ในเอกสารเพื่อให้สามารถนำมาลงรหัส แจกแจงนับได้ถูกต้องภายใต้คำหลักในการจำแนก
- 3) การจำแนกควรใช้หลักเกณฑ์เดียวกัน เช่น การจำแนกโดยใช้ฐานะทางเศรษฐกิจ อาชีพ เวลา และสถานภาพ เป็นต้น ซึ่งการใช้หลักเกณฑ์เดียวกันในการจำแนกจะมีประโยชน์ป้องกันการซ้ำซ้อนกันของคำ หรือข้อความที่จะปรากฏเมื่อทำการแจกแจง
- 4) การจำแนกควรมีระบบที่เด่นชัด ไม่ควรมีคำซ้ำซ้อนกันระหว่างข้อความที่จะนำไปแจกแจงภายใต้ระบบการจำแนกแต่ละครั้ง

ขั้นตอนที่ 3 พิจารณาเงื่อนไขแวดล้อม (Context) ของข้อมูลเอกสารเป็นการพิจารณาเกี่ยวกับลักษณะต่าง ๆ ของข้อมูลเอกสารที่จะนำมาวิเคราะห์ เพื่อให้การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นไปอย่างถูกต้อง มีความครอบคลุมมากที่สุด โดยลักษณะของข้อมูลที่จะพิจารณา ได้แก่ แหล่งที่มาของข้อมูล ช่วงเวลาของการบันทึกข้อมูล ผู้รับข้อมูลหรือบุคคลที่ผู้บันทึกข้อมูลประสงค์จะส่งข้อมูลถึง และแหล่งเผยแพร่ข้อมูลลักษณะเหล่านี้ของข้อมูลจะช่วยให้ผู้วิเคราะห์ข้อมูลสามารถวิเคราะห์เชื่อมโยงอธิบายข้อมูลในเอกสารได้ดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูล เป็นการนับความถี่ของคำ หรือข้อความที่จำแนกไว้ภายใต้ระบบการจำแนกที่กำหนดไว้หลังจากนั้น ก็ทำการวิเคราะห์เชื่อมโยง สรุปบรรยายข้อมูลที่จำแนกได้ อ้างอิงไปสู่ข้อมูลทั้งหมดในเอกสารนั้น ๆ

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยจึงได้นำวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ เคมมิส และแม็คแทกการ์ท (Kemmis and McTaggart, 1988) แบบ (Technical action research) มาใช้เป็นแนวทางในการวิจัย ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนการวิจัยทั้งหมด 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน ปฏิบัติตามแผน การสังเกต และการสะท้อนผล เพื่อการดำเนินงานวิจัยการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม และใช้เทคนิคการวิเคราะห์เชิงคุณภาพนั้น

ผู้วิจัยได้นำเทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา(Content analysis) และมีการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา การจัดหมวดหมู่ และการทบทวนเนื้อหาเพื่อให้ได้ข้อมูลคุณภาพที่ถูกต้อง มาใช้ในการวิเคราะห์ผลของการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนตำบลกุตรัง อำเภอกุตรัง จังหวัดมหาสารคาม

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ

วัชรพร เชนสุวรรณ (2560) ได้ทำการรวบรวมแนวคิดเรื่องความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ พบว่า ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้ แรงจูงใจ และความสามารถของประชาชนในการเข้าถึงเข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ เพื่อพิจารณาและตัดสินใจในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในตลอดช่วงอายุ วัตถุประสงค์ของบทความนี้เขียนขึ้นเพื่อทบทวนคำจำกัดความ องค์ประกอบและระดับของความรู้เท่าทันด้านสุขภาพปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ แนวทางการพัฒนาความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ และแนวทางการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล ประชาชนทั่วไปสามารถมีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพได้ โดยการใช้ทักษะที่จำเป็นในการแสวงหา ทำ ความเข้าใจ ประเมิน สื่อสาร และใช้สารสนเทศด้านสุขภาพ ในขณะเดียวกันพยาบาลสามารถส่งเสริมความรู้เท่าทันด้านสุขภาพได้โดยมีการประเมินระดับความรู้เท่าทันด้านสุขภาพของผู้รับบริการ การสร้างสัมพันธภาพและสื่อสารในแนวทางที่ทำให้ผู้รับบริการเกิดความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตามข้อมูลที่ได้รับดีขึ้น ซึ่งการสื่อสารที่ดียังสามารถเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วยด้วย

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล (2558) ได้ทำการศึกษาการเสริมสร้างความรู้รอบด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงอายุ พบว่า แนวโน้มของสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) ในประเทศไทยจะเกิดขึ้นภายในปี พ.ศ. 2564 ผู้สูงอายุจะกลายเป็นประชาชนกลุ่มใหญ่ที่สุดในสังคม ซึ่งส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ต้องเผชิญความเสี่ยงในเรื่องความเฉื่อยทางปัญญาอันสืบเนื่องมาจากความเสื่อมถอยของระบบร่างกาย โดยเฉพาะประสาทสัมผัสต่างๆ ผู้สูงอายุไม่เพียงต้องมีการตัดสินใจและจัดการเรื่องภาวะโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องเท่านั้น แต่มีการพึ่งพิงระบบบริการทางการแพทย์มากขึ้น และมีข้อจำกัดในการฟังและอ่านคำแนะนำ ข้อมูลสุขภาพ หรือใบสั่งยาของแพทย์ ซึ่งมีความจำเป็นต้องอาศัยความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ (Health literacy) ประกอบด้วย ทักษะทางการรับรู้ และทักษะทางสังคมในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและดูแลรักษาสุขภาพของตนเองการเสริมสร้างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงอายุที่ผ่านมา มุ่งเน้นความสามารถพื้นฐานมากเกินไป ให้ความสำคัญในการพัฒนาทักษะค่อนข้างน้อย และการพัฒนาวิธีการวัดและการประเมินไม่ก้าวหน้าเท่าที่ควร ทักษะที่แตกต่างของนักวิชาการในการพัฒนาระดับ Health literacy ได้

ช่วยสร้างประเด็นในการพัฒนา ปรับปรุง และเตรียมการด้านการสื่อสารและการให้ข้อมูลข่าวสารในระบบบริการด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล รวมทั้งการเสริมสร้างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพให้เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ

วิมลรัตน์ บุญเสถียร และอรทัย เจริญทิพย์สกุล (2563) พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับที่ไม่เพียงพอโดยเฉพาะเรื่องความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การสื่อสารทางสุขภาพ และการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพแม้การศึกษาจะพบว่า ผู้สูงอายุมีทักษะด้านการตัดสินใจและการเลือกปฏิบัติในระดับดีแต่การได้รับข้อมูลสุขภาพที่ไม่เพียงพอรวมทั้งการขาดทักษะการสื่อสารทางสุขภาพที่อาจส่งผลให้มีการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพตนเองผิดพลาดได้ง่าย การช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพโดยการช่วยสร้างความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพผ่านการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ จะช่วยให้ผู้สูงอายุเหล่านี้สามารถพึ่งพาตนเอง ลดภาวะพึ่งพิงผู้อื่น และสามารถดำเนินชีวิตต่อไปตามศักยภาพของตน

นฤมล ใจดีและคณะ (2562) ทำการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ด้านความรู้ ความเข้าใจสุขภาพและป้องกันโรคผู้สูงอายุ มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 57.65 ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพสามารถค้นหา หรือเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ทันที ระดับการปฏิบัติอยู่ที่บางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 49.74 ด้านทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้ชักชวนให้ผู้อื่นทำตาม/พฤติกรรมดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น ระดับการปฏิบัติอยู่ที่ทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 57.91 ด้านทักษะการตัดสินใจผู้สูงอายุใช้ความรู้ ความเข้าใจ เมื่อมีอาการเวียน ศีรษะเป็นประจำจะเลือกออกกำลังกายวิธีการเดินช้าๆ คิดเป็นร้อยละ 95.15 การตัดสินใจรับฟังฟังซึมเพื่อลดอาการปวดตึงของกล้ามเนื้อ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุเปรียบเทียบผลดี-ผลเสียมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.04 ด้านทักษะการจัดการตัวเอง พบว่าผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่กำหนดเป้าหมายเรื่อง การดูแลสุขภาพตนเอง ระดับการปฏิบัติบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 44.90 ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ผู้สูงอายุมีทักษะรู้เท่าทันสื่อ ส่วนใหญ่ เชื่อโฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตัวอย่างเช่น อาหารเสริม เครื่องดื่มบำรุงสมอง ที่สื่อนำเสนอ ระดับการปฏิบัติไม่ได้ทำเลย คิดเป็นร้อยละ 55.36

ฤดีวรรณ วงศ์เจริญและประเสริฐ ประสมรักษ์ (2562) ได้ทำการศึกษาระดับความรู้เท่าทัน ด้านสุขภาพพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลลัพธ์ทางสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังกล่าว พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุเพศหญิงร้อยละ 59. อายุเฉลี่ย 69.66 +7.02 ปี เป็นสมาชิกชมรม 44.5% สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี ร้อยละ 98.5 ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับประจำมากที่สุด มีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี ร้อยละ 58.2 มีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพระดับไม่ตี ร้อยละ 71.9 เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่นพบว่า ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (AOR 5.35) และการออกกำลังกาย (AOR 5.64) มีความสัมพันธ์กับความรู้เท่าทันด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

สมิทธิ์ กล้าณรงค์ (2557) ได้ทำการศึกษา พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ย 68.10 ± 6.81 ปี ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม และจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพได้ดี มีโรคประจำตัวในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 40 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาพรวมมีค่าเฉลี่ย 3.41 เมื่อจำแนกค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพรายด้านพบว่า อยู่ในระดับสูง 5 ด้าน ได้แก่ การดูแลสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ (3.82 ± 0.86) ด้านการขับถ่าย (3.55 ± 1.00) ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและการมีเวลาเป็นส่วนตัว (3.46 ± 0.96) ด้านการจัดการกับความเครียด (3.39 ± 0.96) และด้านการพักผ่อน (3.39 ± 0.88) ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลางมี 3 ด้าน ได้แก่ด้านอาหาร (2.9 ± 1.04) ด้านการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน (3.19 ± 1.06) และด้านการเคลื่อนไหวร่างกายและการออกกำลังกาย (3.17 ± 1.11) ข้อเสนอแนะ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลผางาม อำเภอยางชุมน้อย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงแต่พบว่า ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านอาหาร ด้านการเคลื่อนไหวร่างกายและการออกกำลังกาย และด้านการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน น้อยที่สุดตามลำดับ จึงเห็นว่าควรพัฒนาการดำเนินงานด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยการส่งเสริมการเพิ่มศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ด้วยการสร้างองค์ความรู้ ความเข้าใจ การดูแลสุขภาพตนเอง และการใช้ชีวิตประจำวันที่ปลอดภัยเหมาะสม รวมถึงการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

ประภาพร มโนรัตน์ (2559) ได้ทำการศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุไทยที่นับถือศาสนาพุทธในชุมชนกิ่งเมืองกิ่งชนบท ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุ มีค่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\mu = 3.95, \sigma = 0.38$) โดยพบว่า ผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองมากที่สุดในด้านโรคยาอยู่ในระดับสูงมาก ($\mu = 4.43, \sigma = 0.57$) รองลงมาคือ ด้านอบายมุขและด้านอารมณ์ อยู่ในระดับสูงมาก ($\mu = 4.40, \sigma = 0.77$ และ $\mu = 4.20, \sigma = 0.62$ ตามลำดับ) และน้อยที่สุด คือด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง ($\mu = 3.06, \sigma = 0.97$) และผู้สูงอายุเห็นว่าการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องของตนเองที่จะต้องคงไว้เพื่อสุขภาพดี จากผลการวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะว่า หน่วยบริการสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเร่งรัดให้มีการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุไทยพุทธด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยและบริบทผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

2.6.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ (2557) ได้ดำเนินการศึกษาพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาโดยการมีส่วนร่วม ระหว่าง ครอบครัว ชุมชน และองค์กรรัฐ การออกแบบวิจัย: การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (Participatory action research) การดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล เครือข่ายชุมชน และบุคลากรทีม สุขภาพของศูนย์บริการสาธารณสุขแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร การศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ระยะคือ ระยะที่ 1 ประชุมกลุ่ม (focus group) ใน

แต่ละกลุ่มประมาณ 8-10 คน เพื่อหาปัญหาและ ความต้องการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ระบบสนับสนุนและบริการที่มีอยู่ ระยะที่2 ประชุมกลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบของระบบบริการ การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การตรวจสอบ ในกลุ่มระหว่างกลุ่ม จนกระทั่งได้รูปแบบบริการ นำ ไปทดลองกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาใน 3 ชุมชน ผลการวิจัย: การนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นโดยใช้ชุมชนเป็นฐานโดยมี อาสาสมัครเป็นผู้ประสานความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุ ระหว่าง ครอบครัว ชุมชน และศูนย์บริการ สาธารณสุขไปทดลองใช้ พบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจสูงกว่าก่อนให้บริการอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < 0.05$) ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเข้าถึงบริการได้สูงขึ้นกว่าก่อนให้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อย่างไรก็ตามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและความพึงพอใจในบริการของผู้ดูแลไม่มีความ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อเสนอแนะ ระบบบริการสุขภาพที่พัฒนาขึ้นนี้มีประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชน และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการร่วมคิด ร่วมทำในกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ควรมีการศึกษา ประสิทธิภาพ ของรูปแบบบริการนี้ต่อไป

เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิผล (2557) ได้ดำเนินการศึกษาโดยใช้เทคนิคการวิจัยปฏิบัติการ อย่างมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมของกลไกต่างๆ ในชุมชน ทั้งองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จิตอาสา ผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน พระ ครู ผู้ดูแลใน ครอบครัว และคนในชุมชน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างทีมวิจัยมหาวิทยาลัยมหิดล จากหลาย คณะ/สถาบันฯ ที่มีความเชี่ยวชาญในสหวิทยาการ ทั้งทางด้านสาธารณสุขมูลฐาน โภชนาการ การ พยาบาล-การดูแลผู้สูงอายุ ด้านประชากร สังคม และวัฒนธรรม รวมทั้งทีมวิจัยพื้นที่ 8 ตำบล ใน 4 อำเภอ ของจังหวัดนครปฐมและกาญจนบุรี กระบวนการวิจัย แบ่งเป็น 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การ เตรียมชุมชน เตรียมคน และเตรียมเครือข่ายการทำงาน ทั้งผู้สูงอายุและกลไกต่างๆ ในชุมชนเพื่อให้ได้ แก่นนำชุมชนอย่างแท้จริง 2) การประเมินสถานการณ์ปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุ โดยการเก็บ รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณด้วยวิธีการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามกับผู้สูงอายุโดยทีมวิจัย 3) การประเมิน บทบาทหน้าที่และศักยภาพของกลไกต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ เจาะลึกและสนทนากลุ่มตามแนวคำถามที่กำหนดไว้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานบริการสุขภาพ องค์กรชุมชน องค์กรอื่นๆ ครอบครัวและคนในชุมชน 4) การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปสะท้อนกลับให้ ชุมชน เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และออกแบบโครงการ/กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 5) การ พัฒนาต่อยอดโครงการ/กิจกรรมให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง 6) การเผยแพร่ข้อมูล สู่สาธารณะ วิพากษ์ข้อมูล และแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างหลากหลายจากบุคคลภายในและภายนอก โครงการ รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญ เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาต่อยอดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยแบบบูรณาการครั้งนี้ คือ การดูแลผู้สูงอายุในลักษณะองค์รวม ควรให้ ครอบครัวการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพ โภชนาการที่เหมาะสม และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า การ พัฒนาอาชีพสำหรับผู้สูงอายุที่มีความต้องการรายได้เพิ่มเติม และการรักษา/ส่งเสริมคุณค่าผู้สูงอายุที่

สอดคล้อง ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกกลุ่ม/วัย โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างพื้นที่เมือง-ชนบท และสังคมวัฒนธรรม เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งในการดูแลผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน ภายใต้การจัดการเครือข่ายความร่วมมือของกลไกต่างๆ ทั้งจากในและนอกชุมชน

รัชนิภา จิตรากุล (2558) ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบหมู่บ้านจัดการสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดมหาสารคาม มีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์การพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 2) พัฒนาระบบการการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 3) ศึกษาผลการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการมี 4 ขั้นตอน พื้นที่ดำเนินงาน คือ บ้านขอนแก่น หมู่ที่ 3 ตำบลวังแสง อำเภอกันตัง จังหวัดมหาสารคาม ผู้ร่วมวิจัยคือ กลุ่มแกนนำ/ตัวแทนชุมชน และกลุ่มผู้นำระดับครอบครัว เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์วิเคราะห์ข้อมูลโดยการสถิติแบบพรรณนาสถิติอนุमानและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาระยะเวลาดำเนินงานเดือนกรกฎาคม- ธันวาคม 2554 ผลการวิจัยพบว่า 1) ก่อนการพัฒนาพบว่าหมู่บ้านมีผลการประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ผ่านเกณฑ์โดยรวม 5 ด้าน ร้อยละ 88.83 ระดับศักยภาพของการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพผ่านเกณฑ์โดยรวม 5 ด้านร้อยละ 76.85 โดยผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับดี (ระดับ 4 ดาว) แต่พบว่าผลการประเมินรายด้านไม่ผ่านเกณฑ์ 3 ด้าน คือด้านการจัดการทุนเพื่อสุขภาพ ด้านการจัดการข้อมูลเพื่อใช้ในกระบวนการวางแผนสุขภาพชุมชนและด้านการถ่ายทอดความรู้สุขภาพสู่ชุมชนผลการประเมินกลุ่มผู้นำระดับครอบครัว และกลุ่มแกนนำ/ตัวแทนชุมชน พบว่าการมีส่วนร่วมการพัฒนา และการได้รับผลประโยชน์ อยู่ในระดับต่ำ มีการรับรู้ ความภาคภูมิใจ และทัศนคติต่อการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง แกนนำและตัวแทนของชุมชนมีความรู้และศักยภาพในการจัดการสุขภาพชุมชนโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ผู้นำระดับครอบครัวมีความรู้ในระดับดี 2) ขั้นตอนการวางแผนแก้ไขปัญหาและพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ และการดำเนินงานตามแผน พบว่ากลยุทธ์ที่ใช้ในการวางแผน คือ (1) การติดต่อสื่อสารแบบสองทางและไม่เป็นทางการ (2) หลักการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน (3) การศึกษาดูงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับชุมชนที่ประสบความสำเร็จในการพัฒนา (4) ใช้ข้อมูลจริงจากพื้นที่ในการวิเคราะห์สถานการณ์ และวางแผนพัฒนา (5) การยกย่องชมเชย และสร้างขวัญกำลังใจให้แก่ชุมชนกระบวนการวางแผน เริ่มจากการประชุมและนำเสนอผลการวิเคราะห์ปัญหาของชุมชน เพื่อกำหนดแผนพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 5 ด้าน และได้แผนงานทั้งหมด 6 แผนงาน 20 กิจกรรมดำเนินงาน 3) ขั้นตอนการประเมินผลการดำเนินงานหลังการพัฒนาหมู่บ้านพบว่าหมู่บ้านมีคะแนนการประเมินผลการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 5 ด้านผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100 เพิ่มขึ้นร้อยละ 12.57 ซึ่งผ่านเกณฑ์การประเมินโดยรวมทั้ง 5 ด้านโดยมีระดับศักยภาพการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพของหมู่บ้านโดยรวม 5 ด้านร้อยละ 95.37 เพิ่มขึ้นร้อยละ 24.10 ผ่านเกณฑ์ประเมินโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดีมาก (ระดับ 5 ดาว) กลุ่มผู้นำระดับครอบครัว ก่อนและหลังพัฒนา พบว่า ทั้ง 6 ด้านเพิ่มขึ้น มีค่า p-value < 0.001 กลุ่มแกนนำและตัวแทนชุมชนก่อนและหลัง

พัฒนา พบว่า ทั้ง 6 ด้านเพิ่มขึ้น มีค่า p-value < 0.001 ด้านศักยภาพของแกนนำและตัวแทนชุมชนในการจัดการสุขภาพชุมชน ภาพรวมทุกด้านและรายด้านก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ในภาพรวมทุกด้านมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น p-value < 0.001 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ในระดับครอบครัวต่อการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาสุขภาพของชุมชน พบว่าในภาพรวมมีความพึงพอใจ อยู่ในระดับสูง ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพครั้งนี้ คือ 1) มีการบริหารจัดการดี และมีภาวะผู้นำที่เข้มแข็ง 2) มีการสร้างเครือข่ายและการประสานงานที่ดีทั้งภายในและภายนอกชุมชน 3) กระแสปัญหาที่มีในชุมชน 4) ชุมชนมีความสัมพันธ์ที่ดีเป็นความสัมพันธ์เชิงระบบเครือข่าย 5) มีการศึกษาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้จาก/กับชุมชนต้นแบบ สรุปได้ว่า รูปแบบที่เหมาะสมในการทำกิจกรรมเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในชุมชนนั้นต้องมีการสนับสนุนงบประมาณการจัดการระบบการพัฒนาศักยภาพผู้เกี่ยวข้องผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีบทบาทในทุกขั้นตอนจะทำให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

วริยา จันทร์ขำและคณะ (2558) ได้ดำเนินการศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเองกรณีศึกษา : องค์การบริหารส่วนตำบลท่าบอง อำเภอสว่างวีรบุรี จังหวัดสิงห์บุรี การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพในชุมชน โดยใช้เครื่องมือการประเมินชุมชนเชิงชาติพันธุ์วรรณาแบบเร่งด่วนเก็บรวบรวมข้อมูล วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาฐานคิด วิเคราะห์ทุนสังคมและศักยภาพและวิเคราะห์รูปแบบการดูแล ผู้สูงอายุ เพื่อสร้างชุมชนจัดการตนเองขององค์การบริหารส่วนตำบลท่าบอง อำเภอสว่างวีรบุรี จังหวัดสิงห์บุรี วิธีการ ศึกษาจากแหล่งข้อมูล 1) ศึกษาจาก เอกสารข้อมูลตำบล รายงานประจำปี โครงการ แผนงานโครงการของตำบล 2) การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม ในกลุ่มผู้บริหาร แกนนำ ท้องถิ่น ท้องที่ ประชาชน หน่วยงานภาครัฐ ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 105 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้กระบวนการวิเคราะห์ เชิงเนื้อหา เปรียบเทียบเรื่องราว วิเคราะห์แบบตารางเปรียบเทียบ มีการตรวจสอบ ข้อมูลแบบสามเส้า ผลการศึกษา พบว่า 1) ฐานคิด ทุนสังคม และศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุเพื่อสร้างชุมชนจัดการตนเอง คือ การมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผลประโยชน์แก้ไขปัญหาโดยใช้ภาคีเครือข่าย สร้างความมีจิตสาธารณะ เพื่อพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพ พัฒนาสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะชุมชน จัดระบบบริการสุขภาพจัดตั้งกองทุน/สวัสดิการ และนำใช้ข้อมูลตำบลมาพัฒนางานอย่างเป็นระบบ 2) รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเอง ใช้ระบบฐานข้อมูลตำบล บูรณาการทุนและศักยภาพทางสังคมภายในและภายนอกพื้นที่เน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิต สุขภาพความเป็นอยู่ และการพึ่งพาตนเอง ดูแลผู้ที่เข้าสู่วัยผู้สูงอายุและผู้สูงอายุโดยเน้น 4 มิติคือ 1) การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long-term care) 2) การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุด้านการเรียนรู้สัมมาอาชีพ 3) การเตรียมความพร้อมก่อนวัยสูงอายุและ 4) การจัดสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์ 1) ประโยชน์ในเชิงสาธารณะ กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของโครงการตำบลสุขภาพทำให้เกิดการบ่มเพาะกระบวนการเรียนรู้จากตำบลแม่แบบนำไปสู่การคิดเทียบเคียงและการจัดการตนเองของ

ท้องถิ่นภายใต้บริบทของพื้นที่ของตนเองโดยใช้กระบวนการสอบสวนทุนและศักยภาพในการจัดการตนเองของตำบลท่างาม ทำให้ตำบลท่างามค้นพบทุนและศักยภาพของตนเองในการจัดการปัญหา มีการนำใช้ข้อมูลเรื่องทุนศักยภาพ และปัญหาในการวางแผนการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบและวางแผนการพัฒนาศักยภาพทางความคิดในการสร้างความมั่นคง สร้างการมีส่วนร่วมขององค์กรต่างๆในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม ตั้งแต่การออกมารวมตัวกันร่วมคิดมองหาปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหาการหาแนวทางร่วมกันแก้ไขปัญหาร่วมกันผ่านกระบวนการเวทีสะท้อนความคิดเห็น โดยใช้กระบวนการการภารกิจของหน่วยงานต่างๆ ที่มีร่วมกันดังเช่นการจัดการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่ โดยการใช้การจัดการงาน ทำหน้าที่ประสานและวางแผนในการทำงานมีข้อมูลของตำบลเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการคิดและตัดสินใจร่วมกันในการดำเนินการ ก่อให้เกิดการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้ง 4 มิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความสุขสมบูรณ์ทางด้านเศรษฐกิจ และนำทุนดังกล่าวมาพัฒนาเป็นนโยบายสาธารณะในการขับเคลื่อนเชิงพื้นที่ในเรื่องการจัดการสวัสดิการสังคมโดยชุมชนมี “เวทีวงเดือนลาดวน” เพื่อดูแลผู้สูงอายุทั้งด้าน 4 มิติและวางแผนพัฒนาต่อยอดเป็นกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุในอนาคต 2) ประโยชน์ทางด้านวิชาการและการสาธารณสุขจากฐานคิดการจัดการสุขภาวะในการพัฒนาตำบลท่างามซึ่งเป็นการทำงานแบบสร้างการมีส่วนร่วม จากการใช้วิกฤตให้เป็นโอกาส การหนุนเสริมความเข้มแข็งและการใช้การจัดการตนเองในการช่วยพัฒนาตำบล ภายใต้ความเข้มแข็งขององค์การบริหารส่วนตำบลท่างามที่มีความสามารถในการใช้ข้อมูลตำบลเป็นฐานในการตัดสินใจ และการจัดการแบบพหุภาคีแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน ซึ่งเป็นรูปธรรมให้พื้นที่อื่นได้เรียนรู้และยึดเป็นแบบอย่างในการดำเนินงาน โดยอาศัยทุนและศักยภาพที่มีในการจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน เพื่อสร้างชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเองขององค์การบริหารส่วนตำบลท่างามมีการพัฒนาศักยภาพ 4 มิติและมีการจัดสวัสดิการเพื่อคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่อย่างทัดเทียม ไม่เป็นภาระแก่สังคมด้วยรูปแบบของการออมเงินหรือระดมทุนเพื่อส่งเสริมการออมเงิน และนำมาช่วยเหลือเกื้อกูลประชาชนที่ด้อยโอกาสในเรื่องเงินทุนประกอบอาชีพและดำรงชีวิต การจัดสวัสดิการให้แก่สมาชิกและประชาชน ส่งเสริมกิจกรรมสาธารณประโยชน์ของหมู่บ้าน รวมถึงการบำเพ็ญบุญกุศลและวัฒนธรรม ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันปัญหาสุขภาพกายและจิตของผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 มุ่งให้มีการดำเนินงานในพื้นที่ดำเนินงานระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เน้นการดำเนินงานในชมรมผู้สูงอายุ เพื่อคัดกรองปัญหาสุขภาพทั้งกายและจิตในผู้สูงอายุ และสนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพทั้งกาย จิต และป้องกันปัญหาสุขภาพกายและจิตให้กับผู้สูงอายุพัฒนาแนวทางการดูแลทางด้านสังคม จิตใจ ให้กับผู้สูงอายุในงานบริการสุขภาพของคลินิกสูงอายุในสถานบริการระดับโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป ปี พ.ศ. 2557 มุ่งพัฒนาเกณฑ์เบื้องต้นในการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพกายและจิตผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้เกิดระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งตำบลท่างามได้แสดงให้เห็นถึงรูปธรรมการดำเนินการทั้งหมดโดย

ครอบคลุมทั้ง 4 มิติคือ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษาฟื้นฟูมีรูปธรรมการจัดการสุขภาพ โดยพัฒนา ศักยภาพบุคลากร และภาคประชาชน อาสาสมัคร ให้สามารถส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพกายและ จิตผู้สูงอายุในชุมชน รวมถึงส่งเสริมศักยภาพให้กับผู้สูงอายุในชุมชนโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมในเรื่องสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม ซึ่งเป็นการลดต้นทุนในการดูแล สุขภาพ และเป็นการจัดการปัญหาสุขภาพองค์รวมอย่างยั่งยืน ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ความสำเร็จใน การจัดการตนเองเกิดจากผู้นำท้องถิ่นมีการนำข้อมูลของชุมชน เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วน ร่วมคิด วางแผนแก้ไขปัญหา พัฒนาพื้นที่ การแบ่งการทำงานอย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพจัดทำเป็น แผนพัฒนาตำบลในการจัดสรรงบประมาณในระยะยาว

เกวลี เครือจักร (2558) การวิจัยเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างรูปแบบและประเมิน ศักยภาพการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมกลุ่มผู้สูงอายุ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและ เครือข่ายภาคประชาสังคมในพื้นที่รวมทั้งเผยแพร่รูปแบบให้แก่ชุมชนอื่น ขั้นตอนการศึกษาประกอบด้วย การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมเพื่อเก็บข้อมูลบริบท สถานการณ์ผู้สูงอายุและการดำเนินงาน ด้านผู้สูงอายุในชุมชน การวิเคราะห์ SWOT โดยกลุ่มเป้าหมาย ผลการศึกษาพบว่าชมรมผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลแม่จัน มีตำแหน่งยุทธศาสตร์การทำงานในเชิงรุก มุ่งเน้นการใช้ปัจจัยภายในที่เป็นจุดแข็ง ในการขยายงาน/กิจกรรมที่มีอยู่เดิม พร้อมกับใช้ปัจจัยภายนอกที่เป็นโอกาสสร้างกิจกรรมใหม่ เพื่อ ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยจัดทำแผนระยะสั้นและแผนระยะยาว และชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลแม่ จันก็ได้ดำเนินการตามโครงการ/กิจกรรมที่ได้วางแผนไว้ทั้งหมดโดยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย จากการ ประเมินรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายภาคประชาสังคมพบว่ามีความเหมาะสม สอดคล้อง เพียงพอและสามารถดำเนินการได้มาก ที่สุด ในกระบวนการถ่ายทอดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสู่ชุมชนอื่น ได้มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้โดยมีชมรมผู้สูงอายุที่ให้การตอบรับและจะนำรูปแบบไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

สุรัตน์ ตะภา (2559) ได้ศึกษาการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ร่วมเรียนรู้วิเคราะห์ สังเคราะห์ ปัญหา และพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ตามมาตรฐาน การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวให้เกิดความเหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการตามบริบท ใช้เวลา ศึกษา 24 สัปดาห์ กลุ่มเป้าหมาย เป็นผู้นำชุมชน ผู้บริหารท้องถิ่น สมาชิกครอบครัวผู้สูงอายุ และ อาสาสมัคร 52 คนเข้ากระบวนการกลุ่ม เพื่อปลูกเร้าบุพการี เสริมแนวความคิดการเปลี่ยนแปลงทางด้าน สุขภาพผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว สุขภาพภาคประชาชน ธรรมนูญสุขภาพ โดยใช้ กระบวนการ กลุ่มทำการ สสำรวจ เรียนรู้ เก็บข้อมูล วิเคราะห์ ปัญหาความต้องการ จากผู้สูงอายุกลุ่มติด บ้าน 12 คน นำข้อมูลมาวางแผนและแก้ไขปัญหา วิเคราะห์คำตอบจากแบบสอบถาม สนทนา สังเกต ประเมินผลงาน และการถอดบทเรียน ผลการศึกษาพบว่า เกิดความร่วมมือของเครือข่ายสุขภาพ มีการ

กำหนดกิจกรรม การวางแผน การมอบหมายงานทำให้เกิดกิจกรรมแผนงานโครงการ และร่วมแก้ไข ปัญหา ตรงกับความต้องการตามบริบทของผู้สูงอายุ โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมจากระดับปานกลางเพิ่มขึ้นเป็นระดับมากระดับค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของกลุ่มขับเคลื่อนเพิ่มขึ้นจาก 16.06 เป็น 19.87 ระดับค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเพิ่มขึ้นจาก 14.06 เป็น 17.7 และการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านหลังการดำเนินงานอยู่ในระดับดีสูงกว่าก่อนการพัฒนา

ณัฐริฐิตา เทวาลีศสกุล (2559) ได้ดำเนินการศึกษาแนวทางการพัฒนาผู้สูงอายุจากภาระให้เป็นพลัง กรณีศึกษาเทศบาลนครรังสิต มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ปัญหาและอุปสรรค 2) ศักยภาพ 3) ความต้องการในการพัฒนาศักยภาพ และ 4) แนวทางการพัฒนาผู้สูงอายุจากภาระให้เป็นพลังในเขตเทศบาลนครรังสิต การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ นายกเทศบาลนครรังสิต 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4 คน และผู้สูงอายุเทศบาลนครรังสิต 32 คน รวมทั้งสิ้น 37 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา และการบรรยายเชิงพรรณนา ผลการศึกษาวิจัย พบว่า 1. ปัญหาและอุปสรรคของผู้สูงอายุ (1) ด้านบุคลากร คือ บุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุไม่เพียงพอ (2) ด้านงบประมาณ คือ การจัดงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุยังไม่ครอบคลุมต่อความต้องการของผู้สูงอายุ (3) ด้านการบริหารจัดการ คือ อำนาจหน้าที่ของเทศบาลนครรังสิตมีข้อจำกัดที่ไม่ครอบคลุมการจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุในบางเรื่อง (4) ด้านร่างกาย คือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีร่างกายไม่ค่อยแข็งแรง และอาการเจ็บป่วย (5) ด้านจิตใจและอารมณ์ คือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความหงุดหงิดจากปัญหาสุขภาพ และปัญหาสภาพแวดล้อม (6) ด้านครอบครัวและสังคม คือ ปัญหาเศรษฐกิจที่ต้องดิ้นรนทำกินจนไม่มีเวลาปฏิสัมพันธ์กันในครอบครัว และ (7) ด้านรายได้และสวัสดิการ คือ รายได้ไม่สมดุลกับรายจ่าย 2. ศักยภาพของผู้สูงอายุ (1) ด้านทักษะพื้นฐานที่จำเป็นต่อการเรียนรู้ คือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความคิดที่เป็นระบบ มีประสบการณ์ มีความรู้ มีความคิดเป็นผู้นำ และมีการสื่อสารที่ชัดเจนพอสมควร (2) ด้านการทำงาน คือ ผู้สูงอายุเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ใช้ความรู้ ความเชี่ยวชาญมาช่วยทำงานพัฒนาชุมชน และ (3) ด้านการมีส่วนร่วมและการอยู่ร่วมกันในสังคม คือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความยินดีมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคมและเข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน 3. ความต้องการของผู้สูงอายุ (1) ด้านร่างกาย คือ ต้องการศูนย์สุขภาพ และการดูแลตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ (2) ด้านการพัฒนาความรู้ คือ ต้องการการอบรมให้ความรู้ด้านต่างๆ (3) ด้านรายได้และสวัสดิการสังคม คือ ต้องการรายได้จากเบี้ยยังชีพที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต และ (4) ด้านครอบครัวและสังคม คือ ต้องการให้ลูกหลานดูแลเอาใจใส่ตนอย่างใกล้ชิดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ 4. แนวทางการพัฒนาผู้สูงอายุจากภาระให้เป็นพลัง (1) ด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ คือ การจัดกิจกรรมสันทนาการให้กับผู้สูงอายุ (2) ด้านอาชีพ คือ การเชิญวิทยากร อาจารย์สอนอาชีพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และ (3) ด้านการบริหารจัดการ คือ การจัดตั้งชมรม 11 ชมรม มีประธานชมรมเป็นตัวแทนประสานงาน

สมุทร์รัตน์ ครอบรู้เจน (2560) ได้ดำเนินการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยการดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทและสภาพปัญหาของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบ ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการดูแล และระยะที่ 4 ปรับปรุงรูปแบบ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสนทนากลุ่มแบบสัมภาษณ์เชิงลึก คู่มือรูปแบบกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลที่ใช้รูปแบบ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุ แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและแบบสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าทีและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ จากการออกแบบร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 40 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง กลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดย 6 กิจกรรมดังนี้ 1) การให้ความรู้ผู้ดูแล 2) การพบปะผู้สูงอายุที่วัด 3) สาธิตการเสริมคุณค่าผู้สูงอายุ 4) กิจกรรมกลุ่มพบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 5) การสร้างต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุ การใช้สมุนไพรพื้นบ้าน 6) การสร้างรอยยิ้ม และสันตนาการ ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยบทบาทผู้ดูแลพบว่า ผู้ดูแลมีความรู้เฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบการดูแลสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.22$; $p\text{-value} < .001$) ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับมากที่สุด และผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลสุขภาพจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ในส่วนระยะการปรับปรุงรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ สรุปได้ว่า ผู้เชี่ยวชาญพึงพอใจรูปแบบอยู่ในระดับมากขึ้นไปสามารถให้ผู้ดูแลนำไปใช้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบทบาทผู้ดูแล เพื่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วยกิจกรรมที่พัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีที่สำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดูแล โดยรูปแบบที่ได้เป็นกระบวนการกำกับ ผู้ดูแลผู้สูงอายุให้สามารถให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุบรรลุตามเป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องมีบทบาทที่สำคัญในการเป็นผู้ควบคุมกำกับ สนับสนุนด้านการดูแลผู้สูงอายุร่วมกันอย่างต่อเนื่องข้อเสนอแนะข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ 1) จัดตั้งชมรมผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่และสนับสนุนกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน 2) ควรส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบทบาทผู้ดูแล โดยจัดทำคู่มือ และวิดีโอทัศน์ประกอบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เผยแพร่แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตลอดจนผู้สนใจ ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป 1) ควรศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบทบาทผู้ดูแล เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยเปรียบเทียบคะแนนทักษะการดูแล

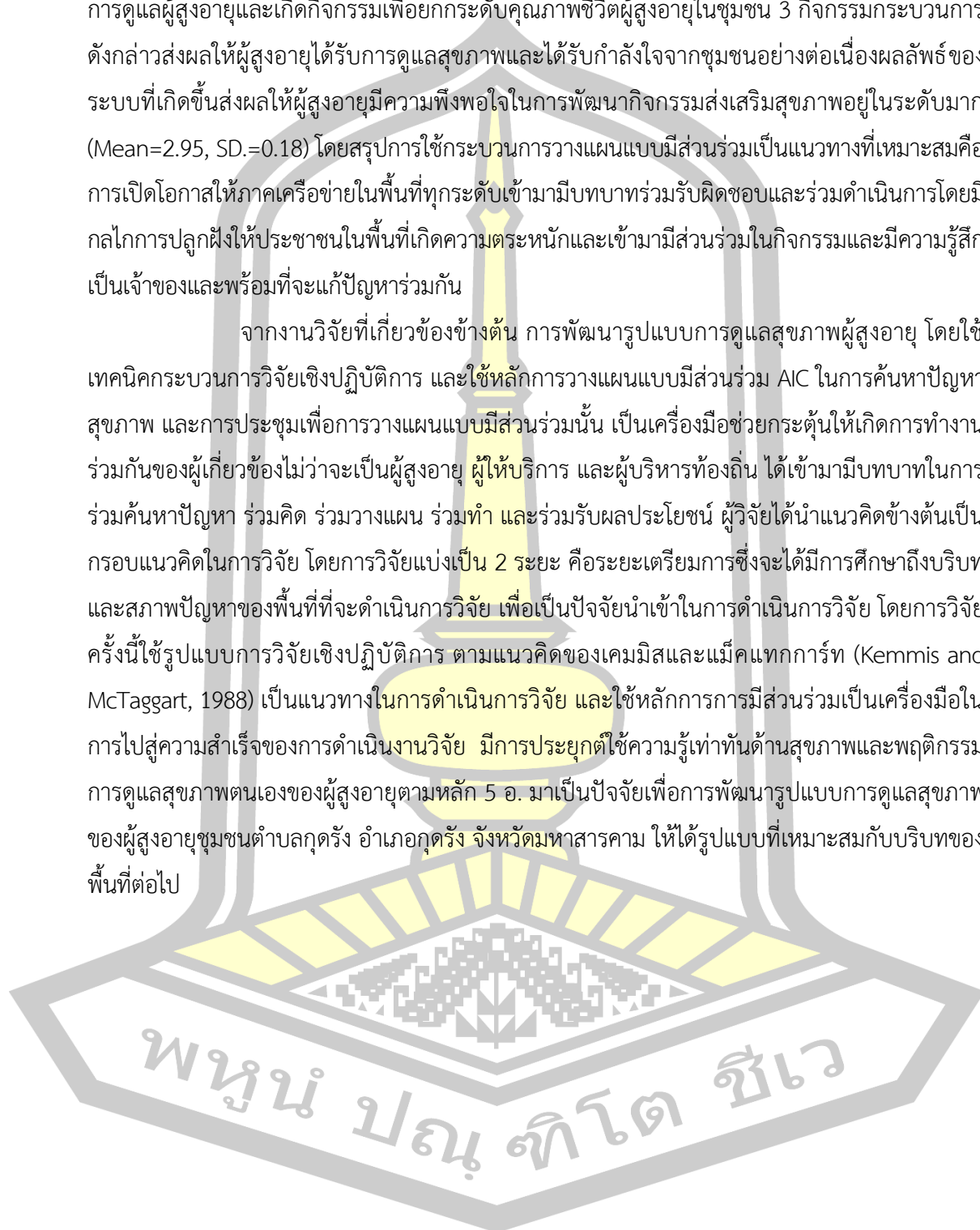
สุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม 2) ควรศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบทบาทผู้ดูแล เพื่อเสริมสร้างทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงเพื่อให้เกิดรูปแบบที่มีความหลากหลาย น่าสนใจ สามารถนำไปใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้

ณัฐทิภา นະกุลรัมย์ (2560) ได้ดำเนินการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยชุมชนบ้านอังกัญ ตำบลท่าสว่าง อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ ได้ดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง อายุ 60- 69 ปี จำนวน 33 คน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 30 คน ซึ่งกิจกรรมการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม AIC วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า กระบวนการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง โดยชุมชน ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1.การศึกษาข้อมูลพื้นฐานและวิเคราะห์บริบทพื้นที่ 2.จัดประชุมวางแผนเชิงปฏิบัติการ 3.กำหนดแผนปฏิบัติการ 4.ปฏิบัติตามแผน 5.นิเทศ สอบถามผลการดำเนินงาน 6.ประชุมสรุปผลการดำเนินงาน พบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1.กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2.กิจกรรมการถ่ายทอดความรู้สู่ชุมชน 3.กิจกรรมสร้างขวัญกำลังใจให้กับผู้สูงอายุและ 4.กิจกรรมส่งเสริมอาชีพสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง ขอเสนอแนะ จากการศึกษาการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยใช้กระบวนการวางแผนอย่างมีส่วนร่วมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ต้องกำหนดนโยบายส่งเสริม สนับสนุน จัดเวทีใหญ่ผู้สูงอายุได้แสดงออก เพื่อเป็นการฝึกสติปัญญา การปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมปัจจุบัน เป็นการเพิ่มศักดิ์ศรีให้เท่าเทียมกับวัยอื่นๆ

แพรววิภา รัตนศรี (2560) ได้ดำเนินการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมเพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านสระแก้ว ตำบลสระแก้ว อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกเทศบาลตำบล ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้านตัวแทนผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรวมทั้งสิ้น 22 คนและกลุ่มผู้สูงอายุ 77 คนทำการคัดเลือกแบบเจาะจงเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการพัฒนานี้มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหาปัญหาสาเหตุและการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ 2) การจัดทำแผน 3) ปฏิบัติตามแผน 4) นิเทศติดตามสรุปผลการดำเนินงาน กระบวนการดังกล่าวส่งผลให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าใจถึงสถานการณ์และสภาพปัญหาของการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่และร่วมกันกำหนดแผนงาน/โครงการ เพื่อ

พัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้ผู้นำชุมชนประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุและเกิดกิจกรรมเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน 3 กิจกรรมกระบวนการดังกล่าวส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพและได้รับกำลังใจจากชุมชนอย่างต่อเนื่องผลลัพธ์ของระบบที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในการพัฒนากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก (Mean=2.95, SD.=0.18) โดยสรุปการใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมเป็นแนวทางที่เหมาะสมคือ การเปิดโอกาสให้ภาคเครือข่ายในพื้นที่ทุกระดับเข้ามามีบทบาทร่วมรับผิดชอบและร่วมดำเนินการโดยมีกลไกการปลูกฝังให้ประชาชนในพื้นที่เกิดความตระหนักและเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมและมีความรู้สึกเป็นเจ้าของและพร้อมที่จะแก้ปัญหาาร่วมกัน

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้เทคนิคกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ และใช้หลักการวางแผนแบบมีส่วนร่วม AIC ในการค้นหาปัญหาสุขภาพ และการประชุมเพื่อการวางแผนแบบมีส่วนร่วม นั้น เป็นเครื่องมือช่วยกระตุ้นให้เกิดการทำงานร่วมกันของผู้เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุ ผู้ให้บริการ และผู้บริหารท้องถิ่น ได้เข้ามามีบทบาทในการร่วมค้นหาปัญหา ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมทำ และร่วมรับผลประโยชน์ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดข้างต้นเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือระยะเตรียมการซึ่งจะได้มีการศึกษาถึงบริบทและสภาพปัญหาของพื้นที่ที่จะดำเนินการวิจัย เพื่อเป็นปัจจัยนำเข้าในการดำเนินการวิจัย โดยการวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามแนวคิดของเคมมิสและแม็คแทกการ์ท (Kemmis and McTaggart, 1988) เป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัย และใช้หลักการการมีส่วนร่วมเป็นเครื่องมือในการไปสู่ความสำเร็จของการดำเนินงานวิจัย มีการประยุกต์ใช้ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามหลัก 5 อ. มาเป็นปัจจัยเพื่อการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม ให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่อไป



2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการวิจัย

การศึกษาริบท และสภาพปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ การเตรียมพร้อมของผู้วิจัย และแต่งตั้งคณะกรรมการ พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตำบลกุดรัง

ระยะที่ 2 ขั้นดำเนินการวิจัย

ภายใต้แนวคิด Kemmis & McTaggart (1988) ซึ่งมีทั้งหมด 4 ขั้นตอน ดังนี้

1.ขั้นวางแผน (Planning)

- 1.1 การประชุมชี้แจงคณะดำเนินงาน
- 1.2 ร่วมกันวิเคราะห์สภาพปัญหาาร่วมกัน และสรุปประเด็นปัญหาเพื่อนำไปสู่การวางแผนในการดำเนินงาน
- 1.3 ร่วมวางแผนการจัดทำโครงการ/กิจกรรม

2.ขั้นปฏิบัติการ (Action)

- 2.1 การปฏิบัติตามแผน โดยดำเนินโครงการ เสริมสร้างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามหลัก 5 อ. ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่
 - 1) กิจกรรมการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่น่าเชื่อถือ
 - 2) กิจกรรมการส่งเสริมความรู้เท่าทันในการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 5 อ.
 - 3) กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทักษะการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 5 อ. และ
 - 4) กิจกรรมการฝึกทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพ

4.ขั้นสะท้อนผล (Reflection)

- 4.1 ประชุมสรุปสะท้อนผลการดำเนินงาน
- 4.2 ถอดบทเรียนค้นหาปัจจัยแห่งความสำเร็จ
- 4.3 สรุปปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

3.ขั้นสังเกต (Observation)

- 3.1 ประเมินความรู้เท่าทันด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อน-หลัง การดำเนินกิจกรรม
- 3.2 ประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุตามหลัก 5 อ. ก่อน-หลัง การดำเนินกิจกรรม
- 3.3 การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
- 3.4 ประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
- 3.5 ประเมินความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้องต่อกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนตำบลกุดรัง

ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม ในการศึกษาครั้งนี้เป็นไปภายใต้กรอบการศึกษาวิจัยแบบวงจรการวิจัยปฏิบัติการรูปแบบ PAOR ตามแนวคิดของเคมมิสและแมคแทกการ์ท (Kemmis and McTaggart, 1988) ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) และได้มีการกำหนดแนวทางในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.4 การสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย
- 3.5 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย
- 3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.7 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้
- 3.8 จริยธรรมในการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีกระบวนการดำเนินการศึกษา 2 ระยะ คือ ระยะก่อนการวิจัย และระยะดำเนินการวิจัย โดยกำหนดขั้นตอนการวิจัยในลักษณะวงรอบ ตามแนวคิดของเคมมิสและแมคแทกการ์ท (Kemmis and McTaggart, 1988) ในกระบวนการการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม เพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ การศึกษากระบวนการ ผลการพัฒนารูปแบบ และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุของชุมชนตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม รายละเอียดการดำเนินงานดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะก่อนการวิจัย

1. การเตรียมผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย มีการเตรียมความพร้อมในด้านความรู้ความเข้าใจในการดำเนินการวิจัย ศึกษาข้อมูลความรู้จากเอกสาร ตำรา แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง และเอกสารงานวิจัยที่

เกี่ยวข้อง และมีการเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยในการเป็นผู้ประสานงาน ผู้สังเกตการณ์ ผู้กระตุ้น และผู้สร้างบรรยากาศในกระบวนการกิจกรรมต่างๆ

2. การเตรียมพื้นที่ ประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ทำการศึกษาเพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย เพื่อทำความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของการดำเนินการวิจัย

3. การศึกษาบริบทของพื้นที่ รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุจากผู้เกี่ยวข้อง และการเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ข้อมูลความรู้เท่าทันด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและข้อมูลพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

4. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน เพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจน ระยะเวลา 2 ระยะดำเนินการวิจัย

ซึ่งในระยะนี้ประกอบไปด้วยกระบวนการภายใต้แนวคิด Kemmis & McTaggart (Kemmis and McTaggart, 1988) มีทั้งหมด 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นการวางแผน (Planning) มีการประชุมชี้แจงคณะกรรมการดำเนินงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ร่วมกันวิเคราะห์สภาพปัญหาในพื้นที่วิจัยและกำหนดแนวทางการพัฒนา การสร้างแนวทางการพัฒนาและการคัดเลือกปัญหา การจัดทำแผนปฏิบัติการ และการกำหนดผู้รับผิดชอบ

2. ขั้นการปฏิบัติการ (Action) การจัดโครงการเสริมสร้างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามหลัก 5 อ.

3. ขั้นการสังเกต (Observation) ประเมินความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการเข้าร่วมโครงการ และประเมินความพึงพอใจและการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

4. ขั้นการสะท้อนผล (Reflection) การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสะท้อนผลการดำเนินการ พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การค้นหาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรค

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้แบ่งประชากรและกลุ่มตัวอย่างดังนี้

3.2.1 ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

3.2.1.1 ผู้เกี่ยวข้องในการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน ประกอบด้วย

1) ตัวแทนผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุตรัง	จำนวน	4	คน
2) ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบลกุตรัง	จำนวน	2	คน
3) นักพัฒนาชุมชน	จำนวน	1	คน

4) ผู้นำชุมชน	จำนวน	5	คน
5) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	จำนวน	16	คน
6) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดรัง	จำนวน	1	คน
7) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกุดรัง	จำนวน	1	คน

3.2.1.2 ผู้สูงอายุที่มีทะเบียนบ้านอยู่ในเขตตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 1,024 คน จาก 16 หมู่บ้าน

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการแบ่งกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยเป็น 3 แบบ ได้แก่ สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ และสำหรับการประเมินผลของรูปแบบที่ได้พัฒนา ดังนี้

3.2.2.1 กลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาสภาพปัญหาในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ศึกษาข้อมูลทั่วไป สภาวะทางสุขภาพ ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 257 คน ซึ่งมีเกณฑ์ในการคัดเลือกดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria)

- 1) เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
- 2) สามารถสื่อสารและอ่านภาษาไทยได้
- 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

- 1) มีโรคประจำตัวที่แสดงอาการเจ็บป่วยรุนแรงเป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล เช่น ผู้พิการที่ไม่ได้ยินเสียง มองไม่เห็น ไม่สามารถสื่อสารได้
- 2) ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบตามแบบสัมภาษณ์

การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วนประชากร (อรุณ จิรวัดณ์กุล, 2557) กรณีทราบขนาดประชากร ดังนี้

$$n = \frac{X^2 N p (1 - p)}{e^2 (N - 1) + X^2 (1 - p)}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดประชากร ($N = 1,024$)

e = ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ ($e = 0.05$)

$\chi^2 =$ ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95 % ($\chi^2=3.841$)

$p =$ สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดีมาก อำเภอ เชียงยี่น จังหวัดมหาสารคาม (เขมิกา สมบัติโยธาและคณะ, 2561) ($p = 0.62$)

แทนค่า

$$n = \frac{(3.841)(1024)(0.62)(1-0.62)}{(0.05)^2(1024-1)+(3.841)(1-0.62)}$$

$$n = \frac{926.6582}{4.0171}$$

$$n = 230.6784$$

ปรับขนาดตัวอย่างในการศึกษาร้อยละ 10 เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย (Missing data) ดังนี้

$$n_{adj} = \frac{n}{1 - R}$$

$$n = 231 / (1 - 0.10)$$

$$= 256.66$$

ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ 257 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำข้อมูลรายชื่อผู้สูงอายุทั้งหมดมาจัดทำเป็นกรอบการสุ่มตัวอย่าง (Sampling Frame) แยกตามหมู่บ้าน จากนั้นก็กำหนดรหัสประจำผู้สูงอายุแต่ละคน เช่น 0001 ไปจนถึงลำดับที่ 1,024 จากนั้นดำเนินการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการใช้ตารางเลขสุ่ม ซึ่งการสุ่มจะใช้ตัวเลข 2 หลัก ที่ตรงกับรหัสประจำผู้สูงอายุ 2 ตัวสุดท้าย ผู้สูงอายุที่มีรหัสประจำตัวตรงกับเลขที่สุ่มได้ก็จะถูกเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง กรณีที่ได้เลขซ้ำให้เลือกใช้เลขถัดไป ดำเนินการสุ่มตัวอย่างจนได้ขนาดตัวอย่างครบตามสัดส่วนของแต่ละหมู่บ้านดังตารางที่ 2

พูน ปณุกิต ชีเว

ตารางที่ 2 ขนาดตัวอย่างของผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้าน

หมู่ที่	หมู่บ้าน	จำนวนผู้สูงอายุ	ขนาดตัวอย่าง
1	บ้านกุตริง	108	25
2	บ้านหนองบัว	42	11
3	บ้านหนองป้าน	47	12
4	บ้านหัวช้าง	94	24
5	บ้านโคกสี	60	15
6	บ้านหนองคลอง	65	17
7	บ้านดอนโมง	133	32
8	บ้านกุตเม็ก	34	9
9	บ้านหัวขัว	71	18
10	บ้านโสกขุ่น	50	13
11	บ้านสว่าง	79	20
12	บ้านหนองน้ำใส	40	10
13	บ้านศรีวิไล	32	8
14	บ้านหัวช้าง	58	15
15	บ้านหนองบัว	55	14
16	บ้านกุตริง	56	14
รวม		1,024	257

3.2.2.2 กลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างได้มาจากวิธีการสุ่มตัวอย่างโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตำบลกุตริง อำเภอกุตริง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 30 คน ดังนี้

1.กลุ่มผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

1) ตัวแทนผู้สูงอายุ จำนวน 4 คน

2.กลุ่มผู้บริหาร กำหนดนโยบายและงบประมาณ และผู้นำในชุมชน ประกอบด้วย

1) ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบลกุตริง จำนวน 2 คน

2) ผู้นำชุมชน จำนวน 5 คน

3.กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ ดูแลผู้สูงอายุทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย ประกอบด้วย

1) นักพัฒนาชุมชน	จำนวน	1	คน
2) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	จำนวน	1	คน
3) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอำเภอภูตริง	จำนวน	1	คน
4) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	จำนวน	16	คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

- 1) เป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุในตำบลภูตริง
- 2) มีประสบการณ์ในการดำเนินงานการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 ปี
- 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกระบวนการการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

- 1) ไม่สามารถที่จะเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดจนกระทั่งเสร็จสิ้นในการวิจัย เช่น ผู้ที่มีฐานะหรือมีความจำเป็นต้องเดินทางออกนอกพื้นที่ระหว่างการวิจัย

3.2.2.3 กลุ่มตัวอย่างสำหรับการประเมินรูปแบบที่ได้พัฒนา เพื่อศึกษาผลของโครงการเสริมสร้างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามหลัก 5 อ. กลุ่มทดลอง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่หมู่ 7 บ้านดอนโหมง ตำบลภูตริง อำเภอภูตริง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่หมู่ 11 บ้านสว่าง ตำบลภูตริง อำเภอภูตริง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 30 คน ซึ่งมีเกณฑ์ในการคัดเลือกดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

- 1) เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60- 69 ปี
- 2) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย
- 3) สามารถสื่อสารและอ่านภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

- 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด
- 2) ไม่สามารถตอบแบบสัมภาษณ์ หรือไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน

การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่ม อิสระต่อกัน (อรุณ จีรวัดณ์กุล, 2557) ดังนี้

$$n/gr = \frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 2\sigma^2}{(\mu_1 - \mu_0)}$$

$Z_{\alpha/2}$ = ค่า Z ที่ระดับ $\alpha/2 = 1.96$

Z_{β} = ค่า Z ที่ระดับ $\beta = 0.84$ ค่าอำนาจทดสอบ 80 %

σ^2 = ค่าความแปรปรวนของคะแนนความรู้เท่าทันด้านสุขภาพจากงานวิจัยเท่ากับ $(29.69)^2$ (สุรีย์ สิมพลีและพรรณณี บัญชรหัตถกิจ)

$\mu_1 - \mu_0$ = ค่าความแตกต่างของคะแนนความรู้เท่าทันด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมจากงานวิจัยเท่ากับ 22.84 (สุรีย์ สิมพลีและพรรณณี บัญชรหัตถกิจ)

$$n/gr = \frac{(1.96+0.84)^2 2(29.69)^2}{(22.84)^2}$$

$$n/gr = \frac{13821.86}{521.67}$$

$$= 26.49 \approx 27$$

ปรับขนาดตัวอย่างในการศึกษาร้อยละ 10 เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย (Missing data) ดังนี้

$$n_{adj} = \frac{n}{1 - R}$$

$$n = 27 / (1 - 0.10)$$

$$= 30$$

ดังนั้น จำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาแต่ละกลุ่มเท่ากับ 30 คน (รวม 2 กลุ่มเท่ากับ 60 คน)

การสุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่ม (กลุ่มทดลอง/กลุ่มควบคุม) โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับสลาก จนครบตามจำนวนขนาดตัวอย่างของแต่ละกลุ่ม (กลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน)

การเลือกพื้นที่เป้าหมาย มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยแบ่งเขตพื้นที่เป้าหมายสำหรับการศึกษากิ่งทดลอง ตามการแบ่งเขตพื้นที่บริหารจัดการขององค์การบริหารส่วนตำบลกุดรัง ซึ่งแบ่งเป็น 2 เขต ได้แก่ เขตเหนือ ประกอบด้วย บ้านกุดรังหมู่ที่ 1, 16 บ้านดอนโหม่งหมู่ที่ 7 บ้านหนองบัวหมู่ที่ 2, 15 และบ้านหนองป่าหมู่ที่ 3 และเขตใต้ ประกอบด้วย บ้านหัวช้างหมู่ที่ 4, 14 บ้านสว่างหมู่ที่ 11 บ้านหมู่ที่ 10 บ้านโคกลีหมู่ที่ 5 บ้านกุดเม็กหมู่ที่ บ้านหนองน้ำใสหมู่ที่ 12 บ้านหัวขัวหมู่ที่ 9 บ้านหนองคลองหมู่ที่ 6 และบ้านศรีวิไลหมู่ที่ 13
2. จับสลากเพื่อคัดเลือกพื้นที่สำหรับดำเนินการศึกษา โดยพื้นที่ของกลุ่มทดลอง ได้แก่ เขตเหนือ และพื้นที่ของกลุ่มควบคุม ได้แก่ เขตใต้
3. ดำเนินการคัดเลือกหมู่บ้านที่ศึกษาในแต่ละเขตแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยในแต่ละเขตจะคัดเลือกจากหมู่บ้านที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพระดับต่ำ ในสัดส่วนที่มากที่สุด มาเขตละ 1 หมู่บ้าน ซึ่งกลุ่มทดลอง (เขตเหนือ) ได้แก่ บ้านดอนโหม่งหมู่ที่ 7 และกลุ่ม

ควบคุม(เขตใต้) ได้แก่ บ้านสว่างหมู่ที่ 11 (ดังตารางที่ 3) ซึ่งเป็นข้อมูลจากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชั้นการวางแผน

ตารางที่ 3 ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้าน

หมู่ที่	หมู่บ้าน	ระดับพฤติกรรม		รวม	
		การดูแลสุขภาพตนเอง			
		ระดับต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน (ร้อยละ)		
เขตเหนือ					
1	บ้านกุดรัง	10 (40.0)	15 (60.0)	25	
2	บ้านหนองบัว	3 (27.3)	8 (72.7)	11	
3	บ้านหนองบ้าน	3 (25.0)	9 (75.0)	12	
7	<u>บ้านดอนโมง</u>	<u>25 (78.1)</u>	<u>7 (21.9)</u>	<u>32</u>	<u>*กลุ่มทดลอง</u>
15	บ้านหนองบัว	2 (14.3)	12 (85.7)	14	
16	บ้านกุดรัง	9 (64.3)	5 (35.7)	14	
เขตใต้					
4	บ้านหัวช้าง	4 (16.6)	20 (83.4)	24	
5	บ้านโคกลี	7 (46.6)	8 (53.3)	15	
6	บ้านหนองคลอง	7 (41.2)	10 (58.8)	17	
8	บ้านกุดเม็ก	6 (40.0)	3 (60.0)	9	
9	บ้านหัวขัว	10 (66.6)	8 (33.4)	18	
10	บ้านโสกขุ่น	4 (30.7)	9 (69.3)	13	
11	<u>บ้านสว่าง</u>	<u>16 (80.0)</u>	<u>4 (20.0)</u>	<u>20</u>	<u>*กลุ่มควบคุม</u>
12	บ้านหนองน้ำใส	7 (70.0)	3 (30.0)	10	
13	บ้านศรีวิไล	4 (50.0)	4 (50.0)	8	
14	บ้านหัวช้าง	3 (20.0)	12 (80.0)	15	
15	บ้านหนองบัว	2 (14.3)	12 (85.7)	14	
16	บ้านกุดรัง	9 (64.3)	5 (35.7)	14	
รวม		120 (46.7)	137 (53.3)	257	

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วยเครื่องมือวิจัย 8 ชุด ดังนี้

เครื่องมือชุดที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ลักษณะการอยู่อาศัย และความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

1) การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอทีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) (ภาษาไทย) มีจำนวน 10 ข้อ (คะแนนเต็ม 20 คะแนน) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่บอกให้ทราบถึงภาวะการพึ่งพิงหรือสุขภาพของการทำงานของร่างกาย จำแนกกลุ่มผู้สูงอายุได้ดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2562) การแปลผลแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน

กลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัดหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน

เครื่องมือชุดที่ 2 แบบประเมินความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ เป็นการประเมินระดับความรู้เท่าทันด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผู้วิจัยได้นำเอามาตรวัดความรู้เท่าทันด้านสุขภาพของภัทร์ธนิศา ศรีแสง และวารภรณ์ ดิน้ำจิต (2562) มาใช้ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ มีลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต (Likert scale) ให้ระดับคำตอบ 5 ระดับ คือ 5 (เห็นด้วยมากที่สุด) 4 (เห็นด้วยมาก) 3 (เห็นด้วยปานกลาง) 2 (เห็นด้วยน้อย) 1 (เห็นด้วยน้อยที่สุด) ผู้วิจัยแบ่งระดับความรู้เท่าทันด้านสุขภาพของแต่ละองค์ประกอบ โดยใช้ค่ามัธยฐาน (Median) ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1) องค์ประกอบ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ มีคะแนนรวมระหว่าง 6-30 คะแนน โดยการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพในระดับสูง คือ 10 คะแนนขึ้นไป และระดับต่ำคือน้อยกว่า 10 คะแนน

2) องค์ประกอบการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ มีคะแนนรวมระหว่าง 5-25 คะแนน โดยการเข้าใจข้อมูลสุขภาพในระดับสูง คือ 18 คะแนนขึ้นไป และระดับต่ำคือน้อยกว่า 18 คะแนน

3) องค์ประกอบการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ มีคะแนนรวมระหว่าง 6-30 คะแนน โดยการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพในระดับสูง คือ 21 คะแนนขึ้นไป และระดับต่ำคือน้อยกว่า 21 คะแนน

4) องค์ประกอบการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ มีคะแนนรวมระหว่าง 5-25 คะแนน โดยการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ ในระดับสูง คือ 19 คะแนนขึ้นไป และระดับต่ำคือน้อยกว่า 19 คะแนน

5) ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพโดยรวม จำนวน 22 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 22-110 คะแนน ซึ่งการมีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพโดยรวมในระดับสูงคือ 67 คะแนนขึ้นไป และระดับต่ำคือน้อยกว่า 67 คะแนน

เครื่องมือชุดที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นการประเมินระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างข้อคำถามโดยอ้างอิงตามหลักการดูแลสุขภาพและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ, 2562) 5 ด้าน ได้แก่ ด้านอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อุบัติเหตุ และอนามัยส่วนบุคคล จำนวน 27 ข้อ ซึ่งมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) ให้ระดับคำตอบ 3 ระดับ คือ 3 (ปฏิบัติเป็นประจำ) 2 (ปฏิบัติบางครั้ง) 1 (ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง) โดยมีคะแนนรวมระหว่าง 27-81 คะแนน ผู้วิจัยแบ่งระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ออกเป็น 2 ระดับ โดยใช้ค่ามัธยฐาน (Median) ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ ระดับสูง คือ 69 คะแนนขึ้นไป และระดับต่ำคือน้อยกว่า 69 คะแนน

เครื่องมือชุดที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้น โดยมีการจัดโครงการเสริมสร้างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพร่วมกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามหลัก 5 อ. มีลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต (Likert scale) ให้ระดับคำตอบ 5 ระดับ คือ 5 (เห็นด้วยมากที่สุด) 4 (เห็นด้วยมาก) 3 (เห็นด้วยปานกลาง) 2 (เห็นด้วยน้อย) 1 (เห็นด้วยน้อยที่สุด) ผู้วิจัยวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจโดยใช้ค่ามัธยฐาน (Median) ของกลุ่มตัวอย่าง จากข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ มีคะแนนรวมระหว่าง 11-55 คะแนน โดยความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการเข้าร่วมกิจกรรมโดยรวมในระดับสูง คือ 49 คะแนนขึ้นไป และระดับต่ำคือน้อยกว่า 49 คะแนน

เครื่องมือชุดที่ 5 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตำบลกุตรัง มีลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิ

เคิร์ท (Likert scale) ให้ระดับคำตอบ 5 ระดับ คือ 5 (เห็นด้วยมากที่สุด) 4 (เห็นด้วยมาก) 3 (เห็นด้วยปานกลาง) 2 (เห็นด้วยน้อย) 1 (เห็นด้วยน้อยที่สุด) ผู้วิจัยวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจโดยใช้ค่ามัธยฐาน (Median) ของกลุ่มตัวอย่าง จากข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ มีคะแนนรวมระหว่าง 12-60 คะแนน โดยความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อกระบวนการพัฒนารูปแบบในระดับสูง คือ 54 คะแนนขึ้นไป และระดับต่ำคือน้อยกว่า 54 คะแนน

เครื่องมือชุดที่ 6 แบบสังเกตการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยสังเกตการมีส่วนร่วมในด้านต่าง ๆ ดังนี้ การมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล การมีส่วนร่วมในการวางแผน การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ และการมีส่วนร่วมในการถอดบทเรียน

เครื่องมือชุดที่ 7 แบบบันทึกการสนทนากลุ่มของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการสนทนากลุ่มและบันทึกข้อมูลของผู้ร่วมสนทนาที่แสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะตลอดกิจกรรม

เครื่องมือชุดที่ 8 แบบบันทึกการถอดบทเรียนในการดำเนินกิจกรรม เพื่อบันทึกสรุปผลการดำเนินงาน และค้นหาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหา และอุปสรรค

3.4 การสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

3.4.1 การสร้างเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

การสร้างเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษามีขั้นตอนดังนี้

- 1) ศึกษาเนื้อหาการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เอกสาร ตำราวิชาการ แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
- 2) ศึกษาแนวทางการดำเนินงานข้อมูลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในทุกมิติ
- 3) ศึกษาแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบด้วยขั้นตอนการวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection)
- 4) นำเนื้อหา เอกสาร ตำรา แนวคิด ทฤษฎี รวมถึงผลงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นกรอบในการกำหนดแนวทางการดำเนินการวิจัยและการสร้างเครื่องมือ
- 5) นำเครื่องมือ เสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อพิจารณาตรวจสอบ และให้ข้อเสนอแนะแล้วนำกลับมาปรับปรุงแก้ไข

3.4.2 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

3.4.2.1 การตรวจสอบความตรง (Validity) นำเครื่องมือเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ และมีประสบการณ์จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย

- 1) อาจารย์ ดร.เขมิกา สมบัติโยธา ตำแหน่ง อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์

2) อาจารย์ ดร.อดิสร วงศ์คงเดช ตำแหน่ง อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์

3) ผศ.ดร.ภก.กัญเกียรติ ทุดปอ ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) พิจารณาความถูกต้อง ความตรงของเนื้อหา ความชัดเจนของภาษา ประเมินค่าความสอดคล้องของข้อความถามและวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษาตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นทั้ง 3 ท่านที่ให้คะแนนในแต่ละข้อ ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ให้ 1 เมื่อข้อความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย

ให้ 0 เมื่อไม่แน่ใจหรือไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าข้อความสอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย

ให้ -1 เมื่อข้อความไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย

การแปลค่า IOC (Index of Congruence) ผู้วิจัยได้กำหนดให้มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 0.5 ขึ้นไป จึงจะยอมรับได้ว่าข้อความมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา หากข้อความใดมีค่า IOC น้อยกว่า 0.5 ผู้วิจัยจะทำการพิจารณาสร้างข้อความนั้นๆ ใหม่ เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา จากการตรวจสอบเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน โดยจากการตรวจสอบดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความถามและวัตถุประสงค์ ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ โดยเลือกใช้ข้อที่ผู้เชี่ยวชาญเห็นตรงกันอย่างน้อย 2 ใน 3 ท่าน ค่า IOC อยู่ในช่วง 0.67 – 1.00 และนำข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่านมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อความสมบูรณ์และมีความเหมาะสมกับการนำไปใช้ จากผลการตรวจสอบของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่านพบว่า ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญจากแบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุมีค่าเท่ากับ 0.70 ขึ้นไปทุกข้อความ ซึ่งแสดงว่าข้อความนั้นมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุเพื่อการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในลำดับต่อไป

3.4.2.2 การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือนำเครื่องมือที่แก้ไขถูกต้องตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้วทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษาจำนวน 30 คน และเป็นประชากรที่อยู่ในพื้นที่ที่มีลักษณะโครงสร้างทางวัฒนธรรม สังคม การดำรงชีวิต และขนาดคล้ายคลึงกับพื้นที่ที่ทำการวิจัย เพื่อทำการทดสอบความความชัดเจนของคำถาม ความเข้าใจของภาษา

โดยผู้วิจัยได้ทำการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha-Coefficient) ดังนี้ 1) แบบสอบถามความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ ได้ค่า Cronbach's α เท่ากับ 0.85 2) แบบสอบถามข้อมูลพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ความ

เชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ ได้ค่า Cronbach's α เท่ากับ 0.76 3) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการเข้าร่วมกิจกรรม ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ ได้ค่า Cronbach's α เท่ากับ 0.74 และ 4) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้องต่อกระบวนการพัฒนาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ ได้ค่า Cronbach's α เท่ากับ 0.72

3.5 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ในการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนการดำเนินงานโดยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

3.5.1 ระยะเตรียมการวิจัย ประกอบด้วย

1) การเตรียมผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย มีการเตรียมความพร้อมในด้านความรู้ความเข้าใจในการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในทุกมิติ และความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ โดยศึกษาข้อมูลความรู้จากเอกสาร ตำรา แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และมีการเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยในการเป็นผู้ประสานงาน ผู้สังเกตการณ์ ผู้กระตุ้น และผู้สร้างบรรยากาศในกระบวนการกิจกรรมต่างๆ

2) การเตรียมพื้นที่ ประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ทำการศึกษาเพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย เพื่อทำความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของการดำเนินการวิจัย รายละเอียดแผนการดำเนินกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องได้มีการสื่อสารให้ชุมชนได้รับทราบ และเกิดความเข้าใจร่วมกัน

3) การศึกษาบริบทของพื้นที่ รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุจากผู้เกี่ยวข้อง และการเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ข้อมูลความรู้เท่าทันด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และนำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุจำนวน 257 คน

4) มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตำบล กุดรัง เพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจน

3.5.2 ระยะดำเนินการวิจัย

ในระยะนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินงานภายใต้แนวคิด PAOR ของ Kemmis & McTaggart (Kemmis and McTaggart, 1988) จะประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การวางแผน (Planning)

1) การประชุมชี้แจงคณะกรรมการดำเนินงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงาน

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุตุรงค์ อำเภอกุตุรงค์ จังหวัดมหาสารคาม เพื่อทำความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของการดำเนินการวิจัย รายละเอียดแผนการดำเนินกิจกรรมขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องได้มีการสื่อสารให้ชุมชนได้รับทราบและเกิดความเข้าใจร่วมกัน

2) การประชุมเชิงปฏิบัติการผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตำบลกุตุรงค์ อำเภอกุตุรงค์ จังหวัดมหาสารคาม เพื่อร่วมกันวิเคราะห์สภาพปัญหาาร่วมกัน และสรุปประเด็นปัญหาเพื่อนำไปสู่การวางแผนในการการดำเนินงาน ร่วมกันวิเคราะห์สภาพปัญหาในพื้นที่วิจัยและกำหนดแนวทางการพัฒนา การสร้างแนวทางการพัฒนา

3) การคัดเลือกปัญหา การจัดทำแผนปฏิบัติการ และการกำหนดผู้รับผิดชอบ

ขั้นที่ 2 การปฏิบัติการ (Action)

การดำเนินการตามแผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้ร่วมกัน

ขั้นที่ 3 การสังเกต (Observation)

ประเมินความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการเข้าร่วมโครงการ และประเมินความพึงพอใจและการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ขั้นที่ 4 สะท้อนข้อมูล (Reflection)

จากประชุมเชิงปฏิบัติการถอดบทเรียน การสะท้อนผล ระดมความคิด แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อสะท้อนผลการดำเนินงาน ค้นหาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรค ในการดำเนินงานในการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

3.6.1 ขั้นเตรียมการ

1) ผู้วิจัยทำหนังสือถึงนายกองค์การบริหารส่วนตำบลกุตุรงค์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุตุรงค์ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุตุรงค์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

2) ภายหลังจากได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบนายกองค์การบริหารส่วนตำบลกุตุรงค์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุตุรงค์และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุตุรงค์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และขอความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมและเก็บรวบรวมข้อมูล

3) การเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาบริบทของพื้นที่แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1) ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 257 คน โดยได้อบรมผู้ช่วยวิจัยในการเก็บข้อมูลก่อนการเก็บข้อมูล 2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่เกี่ยวข้อง และแบบบันทึกการสนทนากลุ่มของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลกุตุรงค์ ประกอบด้วย ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบล นักพัฒนาชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และตัวแทนผู้สูงอายุ

3.6.2 ขั้นตอนการวิจัย

1) ขั้นตอนการวางแผนมีการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสังเกตการณ์มีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง ในการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้เทคนิค A-I-C

2) ขั้นปฏิบัติการ มีการเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ แบบประเมินความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพการดูแลสุขภาพตนเอง ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล นัดวัน เวลา และสถานที่เข้าร่วมกิจกรรมส่วนกลุ่มควบคุมนัดหมายเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินอีกครั้งในอีก 6 เดือน

3) ขั้นสังเกต มีการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ แบบประเมินความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพการดูแลสุขภาพตนเอง และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการเข้าร่วมกิจกรรม ทำการตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามและนำมาวิเคราะห์ผลการศึกษา หลังสิ้นสุดการวิจัย ได้นัดกลุ่มควบคุมอีกครั้ง เพื่อให้ได้เข้าร่วมกิจกรรมการเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง เพื่อจริยธรรมของการวิจัย

4) ขั้นสะท้อนผล มีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกการถอดบทเรียนในการดำเนินกิจกรรม บันทึกการประชุมเพื่อถอดบทเรียนของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลกุตุรงค์ ประกอบด้วย ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบล นักพัฒนาชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และตัวแทนผู้สูงอายุ

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

3.7.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โครงการ PASW Statistics 18 ประกอบด้วย

3.7.1.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้อธิบายข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

3.7.1.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

- 1) การเปรียบเทียบความรู้เท่าทันด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ โดยใช้สถิติ Wilcoxon matched pair sign rank test ในการวิเคราะห์ข้อมูล
- 2) การเปรียบเทียบความรู้เท่าทันด้านสุขภาพผู้สูงอายุ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann-whitney U test ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.7.1.3 สถิติเชิงวิเคราะห์ (Binary logistic regression) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

3.7.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) จากข้อมูลที่ได้จากการดำเนินงาน ได้แก่ การสนทนากลุ่ม การถอดบทเรียน การสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม โดยมีการรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล นำมาแยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา จากนั้นทำการตีความหมายจากข้อมูล และวิเคราะห์แปลผล

3.8 จริยธรรมในการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงจริยธรรมในการวิจัยเป็นอย่างยิ่ง โดยก่อนดำเนินการวิจัยผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตจริยธรรมวิจัยในมนุษย์กับคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เอกสารรับรองเลขที่ 146/2562 ลงวันที่ 18 กรกฎาคม 2562 ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงสิทธิประโยชน์ในการให้ข้อมูลของผู้ร่วมวิจัย ผู้ให้ข้อมูลจะเป็นผู้ตัดสินใจในการเข้าร่วมการศึกษาโดยสมัครใจ โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการ ขั้นตอน และระยะเวลาในการศึกษาในครั้งนี้ให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องในงานวิจัยได้ทราบล่วงหน้า โดยกิจกรรมการดำเนินการศึกษาวิจัยเป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยในส่วนของข้อมูลที่ได้จะถือว่าเป็นความลับ ในส่วนของการวิเคราะห์และนำเสนอจะกระทำในภาพรวมซึ่งจะเป็นประโยชน์ในทางวิชาการ เพื่อหาแนวทางที่จะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องในงานวิจัย ก่อนการเก็บข้อมูล หากต้องมีการบันทึกภาพ เสียง หรือจดบันทึกจะต้องขออนุญาตก่อนทุกครั้ง หากผู้ที่เกี่ยวข้องในงานวิจัยในครั้งนี้ไม่ยินดีเข้าร่วมการศึกษาก็จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น หรือในระหว่างการศึกษาก็จะขอถอนตัวไม่เข้าร่วมกิจกรรมก็ย่อมได้

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้วิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาในการพัฒนาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุดรัง ศึกษากระบวนการในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุดรัง ศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุดรัง และศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุของชุมชนตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งมีระยะดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือนกันยายน 2562 - มิถุนายน 2563 ประกอบด้วย

4.1 ผลการศึกษาบริบทและสภาพปัญหาในการพัฒนาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม

4.1.1 บริบทของพื้นที่ รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

4.1.2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

4.1.2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการ จำนวน 30 คน

4.1.2.2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 257 คน

4.1.3 ข้อมูลการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

4.1.4 ข้อมูลความรู้เท่าทันด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

4.1.5 ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

4.1.6 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

4.2 กระบวนการในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม

4.2.1 กระบวนการในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

4.3 ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม

4.3.1 คุณลักษณะผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในการเข้าร่วมโครงการ เสริมสร้างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามหลัก 5 อ.

4.3.2 ผลการศึกษาเปรียบเทียบความรู้เท่าทันด้านสุขภาพโดยรวม ความรู้เท่าทัน

ด้านสุขภาพแยกตามองค์ประกอบ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลัง
ดำเนินการของกลุ่มทดลอง

4.3.3 ผลการศึกษาเปรียบเทียบความรู้เท่าทันด้านสุขภาพโดยรวม ความรู้เท่าทันด้าน
สุขภาพแยกตามองค์ประกอบ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

4.3.4 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่
พัฒนา

4.3.5 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้องต่อกระบวนการพัฒนารูปแบบการ
ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

4.3.6 ผลจากการสังเกตการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงานการพัฒนา
รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

4.4 การถอดบทเรียนการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุดรัง
อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม
โดยผลการศึกษาที่มีรายละเอียดดังนี้

4.1 ผลการศึกษาริบทและสภาพปัญหาในการพัฒนาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

4.1.1 บริบทของพื้นที่ รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ปัญหาและอุปสรรคในการดูแล
ผู้สูงอายุ

4.1.1.1 บริบทของพื้นที่

ที่ตั้งและอาณาเขต ตำบลกุดรัง อยู่ในอำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม ตั้งอยู่ทางทิศ
ตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลางของประเทศไทย มีอาณาเขตติดกับเขตการปกครองข้างเคียงดังนี้

ทิศเหนือ ติดกับ อำเภอโกสุมพิสัย และตำบลห้วยเตย อำเภอกุดรัง

ทิศใต้ ติดกับ ตำบลเลิงแฝก และตำบลหนองแวง อำเภอกุดรัง

ทิศตะวันออก ติดกับ อำเภอบรบือ

ทิศตะวันตก ติดกับ ตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง

ลักษณะภูมิประเทศ สภาพพื้นที่โดยทั่วไปเป็นที่ราบลุ่มสลับที่ดอน เป็นลูกคลื่น มีป่า
โปร่งและป่าละเมาะลักษณะของดินเป็นดินร่วนปนทราย

การคมนาคม มีถนนเข้าถึงทุกหมู่บ้าน ส่วนใหญ่เป็นถนนคอนกรีตเสริมเหล็ก และถนน
เส้นหลักเป็นถนนลาดยาง ทั้งนี้ มีถนนแฉ่งสนิทเป็นทางหลวงแผ่นดินที่แยกออกมาจากถนนมิตรภาพ
ตัดผ่าน การเดินทางจากบ้านไปยังโรงพยาบาลหรือรพ.สต. ไม่มีรถประจำทาง จะใช้เป็นรถยนต์ หรือ

รถจักรยานยนต์ ส่วนตัวหรือรถรับจ้าง การเดินทางเข้าสู่ตัวจังหวัดสามารถเดินทางได้สองเส้นทางคือ ผ่านอำเภอโกสุมพิสัย หรือ ผ่านอำเภอบรือ

การปกครองประชากร โดยองค์การบริหารส่วนตำบลกุดรัง ตำบลกุดรัง ประกอบด้วย 16 หมู่บ้าน และมีสถานบริการสาธารณสุขในเขตตำบลกุดรัง ได้แก่ โรงพยาบาลกุดรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดรัง ซึ่งมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุในเขตตำบลกุดรัง แยกตามหมู่บ้าน ดังนี้ (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนประชากรผู้สูงอายุในตำบลกุดรัง แยกตามหมู่บ้าน

หมู่บ้าน	จำนวนประชากร		
	ชาย	หญิง	รวม
หมู่ที่ 1 กุดรัง	48	60	108
หมู่ที่ 2 หนองบัว	18	24	42
หมู่ที่ 3 หนองบ้าน	23	24	47
หมู่ที่ 4 หัวช้าง	38	56	94
หมู่ที่ 5 โคกลี	24	36	60
หมู่ที่ 6 หนองคลอง	33	32	65
หมู่ที่ 7 ดอนโมง	64	69	133
หมู่ที่ 8 กุดเม็ก	13	21	34
หมู่ที่ 9 หัวขัว	33	38	71
หมู่ที่ 10 โสภขุ่น	24	26	50
หมู่ที่ 11 สว่าง	34	45	79
หมู่ที่ 12 หนองน้ำใส	16	24	40
หมู่ที่ 13 ศรีวิไล	14	18	32
หมู่ที่ 14 หัวช้าง	25	33	58
หมู่ที่ 15 หนองบัว	23	32	55
หมู่ที่ 16 กุดรัง	22	34	56
รวม	452	572	1,024

4.1.1.2 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ

การดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในตำบลกุดรัง แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้สูงอายุที่ไม่เจ็บป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้ปกติ ซึ่งมีการดำเนินงานร่วมกันจากหลายภาคส่วน เช่น องค์การบริหารส่วนตำบลกุดรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดรัง โรงพยาบาลกุดรัง และโรงเรียนผู้สูงอายุอักษกุดรังโดยองค์การบริหารส่วนตำบลกุดรัง ในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จะมีการออกตรวจวัดร่างกาย และจ่ายยาถึงบ้าน โดยทีมอาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลกุดรังและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดรัง ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงการดูแล จะมีทีมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver, CG) ให้การดูแลและการออกเยี่ยมของทีมนักวิชาชีพจากโรงพยาบาลกุดรังและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดรัง และในส่วนของผู้สูงอายุที่ไม่เจ็บป่วยบางส่วนได้มาเข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุอักษกุดรัง โดยปัจจุบันมีการดำเนินงานเข้าสู่ปีที่ 3 ซึ่งในปี 2562 ได้มีการพัฒนานักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุอักษกุดรังให้เป็นกลุ่มผู้สูงอายุจิตอาสา ในการดูแลพัฒนาวัด ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนในเขตพื้นที่ตำบลกุดรัง และออกเยี่ยมผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยการช่วยทำความสะอาดบริเวณบ้าน จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม และออกเยี่ยมผู้สูงอายุที่อยู่ห่างไกล ที่ไม่สามารถเดินทางมาเข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุได้

โดยสรุปรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนตำบลกุดรัง สามารถแบ่งได้ 4 รูปแบบประกอบด้วย 1) การดูแลภายในครอบครัว ซึ่งเป็นการดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุตามหลักปัจจัยสี่จากคนในครอบครัว ทั้งด้านอาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย การดูแลสุขภาพ การรักษาพยาบาล และด้านจิตใจ 2) การดูแลในสถาบัน ในพื้นที่ชุมชนตำบลกุดรังได้มีการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุอักษกุดรัง ซึ่งดำเนินการโดยองค์การบริหารส่วนตำบลกุดรัง ซึ่งจะดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีความต้องการพบปะผู้สูงอายุด้วยกัน 3) การดูแลโดยชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งจะมีศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนมีการทำงานเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดรัง และโรงพยาบาลอำเภออักษกุดรัง โดยทำหน้าที่หลัก 3 ด้าน ได้แก่ ให้บริการดูแลโรคเบื้องต้น ปฐมพยาบาลเบื้องต้นแก่ชาวบ้านฟรี โดยใช้ยาสามัญประจำบ้านและใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้าน เช่น การนวดหรือใช้สมุนไพรมาแก้ปัญหาสุขภาพ เป็นศูนย์และเปลี่ยนเรียนรู้ และดำเนินงานเชิงรุก เช่น ตรวจคัดกรองโรค อาทิ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น และ 4) การดูแลโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงพยาบาลกุดรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุดรัง โดยให้การดูแลด้านสุขภาพให้การส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ และองค์การบริหารส่วนตำบลกุดรัง ให้การสนับสนุนในส่วนของงบประมาณและการบริหารจัดการงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุในตำบลกุดรัง

4.1.1.3 ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

จากการศึกษาข้อมูล พบว่าตำบลกุดรังมีประชากรผู้สูงอายุถึง 1,024 คน คิดเป็นร้อยละ 21.43 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงผู้ดูแล ร้อยละ 17.68 และมีปัญหาโรคเรื้อรัง (ร้อยละ 22.0) เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหอบหืด และโรคหัวใจ เป็นต้น จากข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบลกุดรัง เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชนตำบลกุดรัง พบว่า ในการจัดกิจกรรมโครงการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไม่มีการสำรวจความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน บางครั้งพบสภาพปัญหาและอุปสรรคในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเชิงนโยบาย การขาดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ขาดการกำกับติดตามการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง งบประมาณที่มาจากหน่วยงานราชการมีความล่าช้า การขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ขาดการฟื้นฟูองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ขาดการนำองค์ความรู้ใหม่เข้ามาในการให้ความรู้ ขาดสื่อและคู่มือในการสนับสนุนความรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ขาดการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกกลุ่ม ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทำให้ไม่สะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรม การไม่เข้าสู่ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุบางกลุ่มทำให้การดูแลไม่ทั่วถึง มีการดูแลโดยเน้นผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงเท่านั้น สำหรับผู้สูงอายุที่บางกลุ่มไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมอาจด้วยภารกิจ หรือสภาพร่างกาย เช่น ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ความสะดวกในด้านเวลา การเดินทาง ทัศนคติของครอบครัว ทัศนคติส่วนบุคคล เป็นต้น

4.1.2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

4.1.2.1 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 18 คน (ร้อยละ 60.0) มีค่ากลาง (median) อายุเท่ากับ 51 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 18 คน (ร้อยละ 60.0) จบการศึกษา มัธยมศึกษา หรือต่ำกว่าจำนวน 28 คน (ร้อยละ 73.3) และส่วนใหญ่มีค่ากลางของรายได้ต่อเดือน 1,750 บาท (ดังตารางที่ 5)

พูน ปณ ทิโต ชีเว

ตารางที่ 5 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการ (n=30)

คุณลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	12	40.0
หญิง	18	60.0
อายุ (ปี)		
≥ 51	17	56.7
< 51	13	43.3
Median (IQR)= 51 (9) min.=38 max.=69		
ลักษณะการอยู่อาศัย		
หม้าย/หย่า/แยก	12	40.0
คู่สมรส	18	60.0
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า	22	73.3
อนุปริญญา ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	8	26.7
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
< 1,750	15	50.0
≥ 1,750	15	50.0
Median (IQR)= 1,750(6,300) min.=1,500 max.=40,000		

4.1.2.2 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จากการศึกษ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 180 คน (ร้อยละ 70.0) มีค่ากลาง (median) อายุเท่ากับ 67 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยก จำนวน 134 คน (ร้อยละ 52.1) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า จำนวน 225 คน (ร้อยละ 87.5) มีค่ากลางของรายได้ต่อเดือนเท่ากับ 2,000 บาท และส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส/บุตร/ญาติ จำนวน 227 คน (ร้อยละ 88.3) (ดังตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ (n=257)

คุณลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	77	30.0
หญิง	180	70.0
อายุ (ปี)		
60 – 69 ปี	191	74.3
70 - 79 ปี	58	22.6
80 ปีขึ้นไป	8	3.1
Median (IQR)= 67 (7) min.=60 max.=85		
ลักษณะการอยู่อาศัย		
หม้าย/หย่า/แยก	134	52.1
คู่สมรส	123	47.9
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	225	87.5
มัธยมศึกษาขึ้นไป	32	12.5
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
< 2,000	97	37.7
≥ 2,000	160	62.3
Median (IQR)= 2,000 (2,000) min.=600 max.=6,000		

4.1.3 ข้อมูลการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

จากการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้วยดัชนีบาร์เธลเอดีแอลลของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 25 คน (ร้อยละ 9.7) และกลุ่มติดสังคม จำนวน 232 คน (ร้อยละ 90.3) (ดังตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย

ประเภท	จำนวน (n=257)	ร้อยละ
กลุ่มที่ 1 (กลุ่มติดสังคม)	232	90.3
กลุ่มที่ 2 (กลุ่มติดบ้าน)	25	9.7
กลุ่มที่ 3 (กลุ่มติดเตียง)	0	0.0
รวม	257	100.0

4.1.4 ข้อมูลความรู้เท่าทันด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความรู้เท่าทันด้านสุขภาพโดยรวม และระดับความรู้เท่าทันด้านสุขภาพในแต่ละองค์ประกอบในระดับสูง (ดังตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 ระดับความรู้เท่าทันด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n=257)

ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ	Median	IQR*	ระดับต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน (ร้อยละ)
-การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	10.0	3.0	84 (32.7)	172 (67.3)
-การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	18.0	5.0	113 (44.0)	144 (56.0)
-การวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ	21.0	7.0	105 (40.9)	152 (59.1)
-การประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ	19.0	4.0	110 (42.8)	147 (57.2)
-ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพโดยรวม	67.0	16.0	125 (48.6)	132 (51.4)

* IOR=Interquartile range

และเมื่อพิจารณารายองค์ประกอบ ได้ดังนี้

1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพในระดับน้อย-น้อยมากที่สุด (ร้อยละ 82.2) เช่น การเปิดรับและค้นหาข้อมูลสิทธิและ

สวัสดิการด้านสุขภาพ การค้นหาความรู้เพื่อนำไปดูแลสุขภาพของตนเอง การสืบค้นข้อมูลด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาตนเอง และสามารถค้นหาข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น

2. การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ พบว่า โดยภาพรวมผู้สูงอายุมีความสามารถในการเข้าใจข้อมูลสุขภาพในระดับมาก เช่น ความเข้าใจสาเหตุและผลกระทบจากปัญหาสุขภาพ (ร้อยละ 44.4) สามารถอธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจในปัญหาสุขภาพของตนเอง (ร้อยละ 38.1) และสามารถเข้าใจข้อมูลที่จะนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง (ร้อยละ 42.0) และบางส่วนมีความสามารถในระดับปานกลาง เช่น ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่ได้รับจากผู้ให้บริการสุขภาพ (ร้อยละ 47.1) เป็นต้น

3. การวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ พบว่า โดยภาพรวมผู้สูงอายุมีความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพในระดับมาก เช่น การประเมินข้อมูลที่ได้รับก่อนปฏิบัติตาม (ร้อยละ 38.1) การเลือกข้อมูลสุขภาพที่ดีสำหรับตนเอง (ร้อยละ 37.7) การประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูล (ร้อยละ 38.9) การประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพของตนเอง (ร้อยละ 41.2) เป็นต้น

4. การประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ พบว่า โดยภาพรวมผู้สูงอายุมีความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพในระดับมาก เช่น การวางแผนการรับประทานอาหารเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค (ร้อยละ 44.4) การวางแผนการออกกำลังกาย (ร้อยละ 46.7) และการจัดการความเครียดด้วยวิธีที่เหมาะสมกับตนเอง (ร้อยละ 41.2) และการดูแลสุขภาพฟัน (ร้อยละ 39.7) เป็นต้นดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุดรังรายองค์ประกอบ (n=257)

กิจกรรม	มากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	น้อยที่สุด จำนวน (ร้อยละ)
1. องค์ประกอบการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ					
1.1 เปิดรับข้อมูลสิทธิและสวัสดิการด้านสุขภาพที่รัฐบาลจัดให้	1 (0.4)	18 (7.0)	23 (8.9)	118 (45.9)	97 (37.7)
1.2 ค้นหาข้อมูลสิทธิและสวัสดิการด้านสุขภาพตามหลัก 5 อ.ได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาใคร	5 (1.9)	13 (5.1)	21 (8.2)	103 (40.1)	115 (44.7)

ตารางที่ 9 ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุตุรงรายองค์ประกอบ (n=257) (ต่อ)

กิจกรรม	มากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	น้อยที่สุด จำนวน (ร้อยละ)
1.3 สามารถค้นหาความรู้ตามหลัก 5 อ. เพื่อนำมาพัฒนาตนเองได้	6 (2.3)	13 (5.1)	17 (6.6)	102 (39.7)	119 (46.3)
1.4 สามารถสืบค้นข้อมูลสุขภาพตาม หลัก 5 อ. ที่สอดคล้องกับปัญหา สุขภาพของท่านได้	5 (1.9)	15 (5.8)	15 (5.8)	108 (42.0)	114 (44.4)
1.5 เมื่อต้องการข้อมูลด้านสุขภาพตาม หลัก 5 อ. สามารถค้นหาข้อมูลจาก แหล่งต่าง ๆ ได้ เช่น เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ บุตรหลาน	7 (2.7)	17 (6.6)	27 (10.5)	121 (47.1)	85 (33.1)
1.6 ค้นหาช่องทางบริการ สาธารณสุขได้ เช่น การตรวจสุขภาพ ฟัน การเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ	6 (2.3)	19 (7.4)	87 (33.9)	99 (38.5)	46 (17.9)
2. องค์ประกอบการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ					
2.1 เข้าใจข้อมูลสุขภาพตามหลัก 5 อ. ที่ได้รับจากผู้ให้บริการสุขภาพทันที	44 (17.1)	58 (22.6)	121 (47.1)	28 (10.9)	6 (2.3)
2.2 เข้าใจถึงสาเหตุและผลกระทบจาก ปัญหาด้านสุขภาพตามหลัก 5 อ. ได้	27 (10.5)	114 (44.4)	91 (35.4)	22 (8.6)	3 (1.2)
2.3 สามารถอธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจใน ปัญหาสุขภาพของตนเองได้	49 (19.1)	98 (38.1)	76 (29.6)	32 (12.5)	2 (0.8)
2.4 มีความเข้าใจข้อมูลสุขภาพตาม หลัก 5 อ. อย่างเพียงพอที่จะนำมาใช้ใน การดูแลสุขภาพตนเองได้	50 (19.5)	108 (42.0)	75 (29.2)	22 (8.6)	2 (0.8)
2.5 เข้าใจถึงสิทธิในการรักษาของ ตนเอง	103 (40.1)	71 (27.6)	69 (26.8)	13 (5.1)	1 (0.4)

ตารางที่ 9 ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุฎรังรายองค์ประกอบ (n=257) (ต่อ)

กิจกรรม	มากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	น้อยที่สุด จำนวน (ร้อยละ)
3. องค์ประกอบการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ					
3.1 สามารถประเมินข้อมูลสุขภาพตามหลัก 5 อ.ที่ได้รับมาก่อนที่ท่านจะปฏิบัติตามได้	17 (6.6)	98 (38.1)	88 (34.2)	50 (19.5)	4 (1.6)
3.2 สามารถเลือกข้อมูลสุขภาพตามหลัก 5 อ.ที่ดีที่สุดให้กับตนเองได้	26 (10.1)	97 (37.7)	83 (32.3)	41 (16.0)	10 (3.9)
3.3 สามารถประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพตามหลัก 5 อ.ได้	38 (14.8)	100 (38.9)	73 (28.4)	36 (14.0)	10 (3.9)
3.4 เมื่อได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโภชนาการสามารถเลือกอาหารที่เหมาะสมกับตัวเองได้	47 (18.3)	82 (31.9)	80 (31.1)	41 (16.0)	7 (2.7)
3.5 สามารถเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีที่สุด	38 (14.8)	93 (36.2)	93 (36.2)	28 (10.9)	5 (1.9)
3.6 เมื่อแพทย์แนะนำเกี่ยวกับความเสี่ยงทางสุขภาพของผู้สูงอายุ สามารถประเมินตนเองได้ว่ามีความเสี่ยงหรือไม่	45 (17.5)	106 (41.2)	79 (30.7)	26 (10.1)	1 (0.4)
4. องค์ประกอบการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ					
4.1 สามารถวางแผนการรับประทานอาหารในแต่ละมื้อ เพื่อควบคุมป้องกันโรคได้	36 (14.0)	125 (48.6)	75 (29.3)	20 (7.8)	1 (1.4)
4.2 หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ เช่น อาหารที่มีไขมันสูง หวานจัด เค็มจัด	49 (19.1)	114 (44.4)	73 (28.4)	19 (7.4)	2 (0.8)

ตารางที่ 9 ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุดรังรายองค์ประกอบ (n=257) (ต่อ)

กิจกรรม	มากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	น้อยที่สุด จำนวน (ร้อยละ)
4.3 สามารถวางแผนการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับตัวเองได้	44 (17.1)	120 (46.7)	64 (24.9)	23 (8.9)	6 (2.3)
4.4 มีวิธีจัดการกับความเครียดได้ด้วยวิธีที่เหมาะสมกับตนเองได้	55 (21.4)	106 (41.2)	81 (31.5)	15 (5.8)	-
4.5 หาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเพื่อนำมาใช้ในการเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับกรบดเคี้ยวได้	63 (24.5)	102 (39.7)	63 (24.5)	25 (9.7)	4 (1.6)

4.1.5 ข้อมูลพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองโดยภาพรวม ในระดับสูง จำนวน 137 คน (ร้อยละ 53.3) และระดับต่ำจำนวน 120 คน (ร้อยละ 46.7) (ดังตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (n=257)

พฤติกรรมดูแลสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	137	53.3
ระดับต่ำ	120	46.7

และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแต่ละด้าน ได้ดังนี้

- ด้านอาหาร พบว่า ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติเป็นประจำ เช่น การรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ (ร้อยละ 74.7) การรับประทานอาหารที่หลากหลาย (ร้อยละ 58.0) การรับประทานอาหารผัก/ผลไม้ (ร้อยละ 61.9) และดื่มน้ำไม่น้อยกว่าวันละ 8 แก้ว (ร้อยละ 82.1) เป็นต้น ส่วนระดับการปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง เช่น การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง อาหารที่มีรสเค็มและอาหารที่มีรสหวาน เป็นต้น

2. ด้านการออกกำลังกาย พบว่า ผู้สูงอายุมีการปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง เช่น การออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา (ร้อยละ 51.8) การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 42.8) และการออกกำลังกายด้วยกิจกรรมนันทนาการ (ร้อยละ 54.5) เป็นต้น

3. ด้านอารมณ์ พบว่า ผู้สูงอายุมีวิธีการคลายเครียดที่ปฏิบัติเป็นประจำ เช่น การไหว้พระ สวดมนต์และนั่งสมาธิ (ร้อยละ 54.5) การพูดคุยพบปะเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 44.4) และมีกิจกรรมที่ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง เช่น การปลูกต้นไม้ การออกกำลังกายและการดูหนังฟังเพลง เป็นต้น นอกจากนี้พบว่าจะมีการทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและกิจกรรมนันทนาการในชุมชนเป็นประจำด้วย

4. ด้านอุบัติเหตุ พบว่า ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติเป็นประจำในการป้องกันอุบัติเหตุ เช่น การระมัดระวังเมื่อเข้าห้องน้ำ (ร้อยละ 55.6) การเก็บกวาดสิ่งของให้เป็นระเบียบ (ร้อยละ 53.3) การจัดเตรียมไฟฉาย/อุปกรณ์ให้ความสว่างกรณีเข้าห้องน้ำตอนกลางคืน (ร้อยละ 49.8) และมีการปฏิบัติบางครั้ง เช่น การทำความสะอาดพื้นห้องน้ำไม่ให้ลื่น (ร้อยละ 49.0) และเมื่อมีอาการเวียนศีรษะจะหยุดเดินและนั่งพัก (ร้อยละ 51.8) เป็นต้น

5. ด้านอนามัยส่วนบุคคล พบว่า ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติเป็นประจำในการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล เช่น การล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร (ร้อยละ 80.2) และหลังเข้าห้องน้ำห้องส้วม (ร้อยละ 74.3) และมีการปฏิบัติบางครั้ง เช่น การสระผมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง (ร้อยละ 40.5) และการแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง (ร้อยละ 44.4) เป็นต้น (ดังตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (n=257)

กิจกรรม	ประจำ จำนวน (ร้อยละ)	บางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	นาน ๆ ครั้ง จำนวน (ร้อยละ)
1) ด้านอาหาร			
1.1 การรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ใน 1 วัน	192 (74.7)	60 (23.3)	5 (1.9)
1.2 การรับประทานอาหารหลากหลายไม่ซ้ำกัน	149 (58.0)	90 (35.0)	18 (7.0)
1.3 การรับประทานอาหารผัก ผลไม้ทุกวัน	159 (61.9)	83 (32.3)	15 (5.8)
1.4 การรับประทานอาหารไขมันสูง อาหารประเภททอดหรืออาหารที่ปรุงด้วยกะทิ	25 (9.7)	98 (38.1)	134 (52.1)
1.5 การรับประทานอาหารรสเค็มจัด	29 (11.3)	114 (44.4)	114 (44.4)

ตารางที่ 11 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (n=257) (ต่อ)

กิจกรรม	ประจำ จำนวน (ร้อยละ)	บางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	นาน ๆ ครั้ง จำนวน (ร้อยละ)
1.6 การรับประทานอาหารรสหวานจัด	102 (39.7)	74 (28.8)	81 (31.5)
1.7 ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว	211 (82.1)	40 (15.6)	6 (2.3)
2) ด้านการออกกำลังกาย			
2.1 การออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาทุกวันวันละ 2 ชม.	53 (20.6)	71 (27.6)	133 (51.8)
2.2 มีการเคลื่อนไหวทำงานบ้าน งานอาชีพโดยไม่พักผ่อน	112 (43.6)	100 (38.9)	45 (17.5)
2.3 มีการยืดเหยียดก่อนออกกำลังกาย	50 (19.5)	97 (37.7)	110 (42.8)
2.4 มีการออกกำลังกายด้วยกิจกรรมนันทนาการ การเต้นประกอบดนตรี สัปดาห์ละ 2-3 วัน	52 (20.2)	65 (25.3)	140 (54.5)
3) ด้านอารมณ์			
3.1 เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ ผ่อนคลายความเครียดโดยวิธีต่อไปนี้			
3.1.1 ไหว้พระ / สวดมนต์/ นั่งสมาธิ	140 (54.5)	78 (30.4)	39 (15.2)
3.1.2 ดูหนัง / ฟังเพลง / ร้องเพลง	87 (33.9)	106 (41.2)	64 (24.9)
3.1.3 ปลูกต้นไม้	32 (12.5)	112 (43.6)	113 (44.0)
3.1.4 ออกกำลังกาย	26 (10.1)	97 (37.7)	134 (52.1)
3.1.5 ปรึกษาพูดคุยกับเพื่อนๆ หรือสมาชิกในครอบครัว	114 (44.4)	79 (30.7)	64 (24.9)
3.1.6 สูบบุหรี่ ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	10 (3.9)	17 (6.6)	230 (89.5)
3.1.7 ใช้นานอนหลับ / ยาระงับประสาท	8 (3.2)	9 (3.6)	240 (93.1)
3.2 ทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว	161 (62.6)	82 (31.9)	14 (5.4)
3.3 ทำกิจกรรมสันตนาการกับกลุ่มเครือข่ายของตนเอง	144 (56.0)	88 (34.2)	25 (9.7)
4) ด้านอุบัติเหตุ			
4.1 เก็บกวาดสิ่งของให้เป็นระเบียบอยู่เสมอ	137 (53.3)	95 (37.0)	25 (9.7)

ตารางที่ 11 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (n=257) (ต่อ)

กิจกรรม	ประจำ จำนวน (ร้อยละ)	บางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	นาน ๆ ครั้ง จำนวน (ร้อยละ)
4.2 ระมัดระวังเป็นพิเศษเมื่อเข้าห้องน้ำ	143 (55.6)	93 (36.2)	21 (8.2)
4.3 สวมรองเท้าที่หลวมมาก ๆ จะทำให้ใส่สบาย	93 (36.2)	110 (42.8)	54 (21.0)
4.4 เตรียมไฟฉายหรืออุปกรณ์ให้แสงสว่างไว้ใกล้ที่นอนก่อนนอน กรณีไปเข้าห้องน้ำในเวลากลางคืนหรือเวลาเกิดเหตุฉุกเฉิน	128 (49.8)	75 (29.2)	54 (21.0)
4.5 เมื่อมีอาการเวียนศีรษะจะหยุดเดินและนั่งพักก่อน	72 (28.0)	133 (51.8)	52 (20.2)
4.6 ทำความสะอาดพื้นห้องน้ำไม่ให้เปียกและลื่น	97 (37.7)	126 (49.0)	34 (13.2)
4.7 เปลี่ยนท่านอนมาเป็นท่านั่งอย่างรวดเร็ว	80 (31.1)	94 (36.6)	83 (32.3)
5) ด้านอนามัยส่วนบุคคล			
5.1 ล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร	206 (80.2)	38 (14.8)	13 (5.1)
5.2 ล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งหลังการใช้ส้วม / ขับถ่าย	191 (74.3)	57 (22.2)	9 (3.5)
5.3 อาบน้ำวันละ 3 ครั้ง (เช้า / กลางวัน / เย็น)	61 (23.7)	94 (36.6)	102 (39.7)
5.4 สระผมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง	56 (21.8)	104 (40.5)	97 (37.7)
5.5 สวมใส่เสื้อผ้าตัวเดิมซ้ำกัน	21 (8.2)	46 (17.9)	190 (73.9)
5.6 การแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งหรือทุกครั้งหลังอาหาร	96 (37.4)	114 (44.4)	47 (18.3)

4.1.6 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ จำแนกตามระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับสูง จำนวน 100 คน (ร้อยละ 73.0) และผู้สูงอายุเพศชายส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับต่ำ จำนวน 40 คน (ร้อยละ 33.3) ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 67 ปีส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับต่ำ จำนวน 69 คน (ร้อยละ 57.5) และผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า 67 ปีส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับสูง จำนวน 71 คน (ร้อยละ 51.8) ผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่าหรือเท่ากับ 2,000 บาทส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับสูง จำนวน 90 คน (ร้อยละ 65.7) และผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า 2,000 บาทส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับต่ำ จำนวน 50 คน

(ร้อยละ 41.7) ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในระดับต่ำ จำนวน 18 คน (ร้อยละ 15.0) และผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในระดับสูง จำนวน 130 คน (ร้อยละ 94.9) (ดังตารางที่ 12)

ตารางที่ 12 คุณลักษณะส่วนบุคคลและความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ จำแนกตามระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง

ตัวแปร	พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองระดับต่ำ (n=120) จำนวน (ร้อยละ)	พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองระดับสูง (n=137) จำนวน (ร้อยละ)
เพศ		
ชาย	40 (33.3)	37 (27.0)
หญิง	80 (66.7)	100 (73.0)
อายุ (ปี)		
≥ 67	69 (57.5)	66 (48.2)
< 67	51 (42.5)	71 (51.8)
สถานภาพสมรส		
หม้าย/หย่า/แยก	65 (54.2)	69 (50.4)
คู่สมรส	55 (45.8)	68 (49.6)
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	106 (88.3)	119 (86.9)
มัธยมศึกษาขึ้นไป	14 (11.7)	18 (13.1)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
< 2,000	50 (41.7)	47 (34.3)
≥ 2,000	70 (58.3)	90 (65.7)
ลักษณะการอยู่อาศัย		
อยู่คนเดียว	21 (17.5)	9 (6.6)
อยู่กับคู่สมรส/บุตร/ญาติ	99 (82.5)	128 (93.4)

ตารางที่ 12 คุณลักษณะส่วนบุคคลและความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ จำแนกตามระดับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง (ต่อ)

ตัวแปร	พฤติกรรม การดูแล สุขภาพตนเองระดับต่ำ (n=120) จำนวน (ร้อยละ)	พฤติกรรม การดูแล สุขภาพตนเองระดับสูง (n=137) จำนวน (ร้อยละ)
ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน		
กลุ่มติดบ้าน	18 (15.0)	7 (5.1)
กลุ่มติดสังคม	102 (85.0)	130 (94.9)
ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพโดยรวม		
ระดับต่ำ	73 (60.8)	52 (38.0)
ระดับสูง	47 (39.2)	85 (62.0)
พฤติกรรม การดูแลสุขภาพรายด้าน		
1.ด้านอาหาร	110 (42.8)	147 (57.2)
2.ด้านออกกำลังกาย	101 (39.3)	156 (60.7)
3.ด้านอารมณ์	102 (39.7)	155 (60.3)
4.ด้านอุบัติเหตุ	126 (49.0)	131 (51.0)
5.ด้านอนามัยส่วนบุคคล	83 (32.3)	174 (67.7)

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง สำหรับการวิเคราะห์แบบ Bivariate Analysis คือการวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์เปรียบเทียบระหว่างตัวแปรสองตัว พบว่า การมีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพโดยรวมในระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR=2.53, 95% CI : 1.53,4.20) และเมื่อวิเคราะห์แยกตามองค์ประกอบ พบว่าการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพในระดับต่ำ มีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน สำหรับการวิเคราะห์ Multivariate โดยควบคุมตัวแปรกวน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ลักษณะการอยู่อาศัย และความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน พบว่า ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพโดยรวมในระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญ (aOR=2.66, 95%CI : 1.47,4.81) ส่วนการวิเคราะห์แยกองค์ประกอบก็ให้ผลในลักษณะ

เดียวกันคือ การมีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพแต่ละองค์ประกอบในระดับต่ำจะทำให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่ำด้วย (ดังตารางที่ 13)

ตารางที่ 13 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพระดับต่ำ	
	OR (95%CI)	aOR (95%CI)
-มีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพในระดับต่ำ (ref: ระดับสูง)	2.16 (1.27, 3.68)*	2.38 (1.26, 4.49)*
-มีความเข้าใจข้อมูลสุขภาพในระดับต่ำ (ref: ระดับสูง)	2.50 (1.50, 4.14)*	2.21 (1.22, 4.01)*
-มีการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพในระดับต่ำ (ref: ระดับสูง)	2.86 (1.71, 4.79)*	2.39 (1.32, 4.33)*
-มีการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพในระดับต่ำ (ref: ระดับสูง)	3.16 (1.89, 5.29)*	2.28 (1.27, 4.08)*
-มีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพโดยรวมในระดับต่ำ (ref: ระดับสูง)	2.53 (1.53, 4.20)*	2.66 (1.47, 4.81)*

หมายเหตุ: OR=Odds ratio, aOR=Adjusted Odds ratio, CI=confidence interval, ref=Reference group, กลุ่มพฤติกรรมการดูแลสุขภาพระดับสูง (กลุ่มอ้างอิง), *p<0.01, ควบคุมตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ลักษณะการอยู่อาศัย และความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

4.2 กระบวนการในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

4.2.1 กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ในการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนการดำเนินงาน โดยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระเบิดการวิจัย

1. ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย มีการเตรียมความพร้อมในด้านความรู้ความเข้าใจในการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในทุกมิติ และความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ โดยศึกษาข้อมูลความรู้จากเอกสาร ตำรา แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และมีการเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยในการเป็นผู้ประสานงาน ผู้สังเกตการณ์ ผู้กระตุ้น และผู้สร้างบรรยากาศในกระบวนการกิจกรรมต่างๆ

2. ประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ทำการศึกษาเพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย โดยเพื่อทำความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของการดำเนินการวิจัย รายละเอียดแผนการดำเนินกิจกรรมขั้นตอนการดำเนินการวิจัยการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องได้มีการสื่อสารให้ชุมชนได้รับทราบและเกิดความเข้าใจร่วมกัน ประกอบด้วย ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบลกุดรัง จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่พัฒนาชุมชน จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดรัง จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกุดรัง จำนวน 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 16 คน และผู้นำชุมชน จำนวน 5 คน ตัวแทนผู้สูงอายุ จำนวน 4 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 30 คน

3. การศึกษาบริบทของพื้นที่ รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุจากผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้บริหาร 2 คน เจ้าหน้าที่พัฒนาชุมชนตำบลกุดรัง จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกุดรัง และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดรัง จำนวน 2 คน และการเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้สูงอายุ ข้อมูลการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ข้อมูลความรู้เท่าทันด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และนำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

4. การแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน เพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจน โดยนายกองค์การบริหารส่วนตำบลกุดรัง

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การวางแผน (Planning) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 ประชุมชี้แจงคณะกรรมการดำเนินงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง การประชุมชี้แจงคณะกรรมการดำเนินงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุดรัง เพื่อทำความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของการดำเนินการวิจัย รายละเอียดแผนการดำเนินกิจกรรมขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องได้มีการสื่อสารให้ชุมชนได้รับทราบและเกิดความเข้าใจร่วมกัน

กิจกรรมที่ 2 การวิเคราะห์สภาพปัญหาในพื้นที่วิจัยและกำหนดแนวทางการพัฒนา การประชุมเชิงปฏิบัติการผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตำบลกุดรัง อำเภอ กุดรัง จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้เทคนิค A-I-C โดยกิจกรรมนี้จะใช้ขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation : A) เพื่อร่วมกันวิเคราะห์สภาพปัญหาในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของพื้นที่ที่ได้ดำเนินการอยู่เดิม และกำหนดแนวทางหรือรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ ซึ่งสามารถสรุปประเด็นปัญหา อุปสรรค และแนวทางพัฒนารูปแบบเพื่อนำไปสู่การวางแผนในการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 สภาพปัญหาในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่และแนวทางในการพัฒนารูปแบบ

ประเด็นที่ศึกษา	สภาพปัญหาและอุปสรรค	แนวทางการพัฒนา
1.ด้านบุคลากร	-ขาดการฟื้นฟูองค์ความรู้ -ขาดองค์ความรู้ใหม่ในการเป็นวิทยากร ของบุคลากรในพื้นที่ -ขาดการดำเนินงานของคณะกรรมการ อย่างเป็นระบบ	-มีการทบทวนและค้นคว้าองค์ความรู้ ใหม่ๆ ในการบรรยาย อบรม หรือจัด กิจกรรมต่างๆ -การดำเนินงานของคณะกรรมการมี ระบบการประสานงาน และการ ประชุมเพื่อติดตาม แก้ไขปัญหาและ พัฒนาแผนการดำเนินงานร่วมกัน
2.ด้านนโยบาย	-ขาดการกำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน -ขาดการกำกับติดตามการดำเนินงาน ของคณะกรรมการ	-มีการกำหนดผู้รับผิดชอบโดยมีคำสั่ง แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน -มีการกำกับติดตามการดำเนินงานของ คณะกรรมการ
3.ด้านระบบบริการ	-ขาดการจัดการการดูแลสุขภาพให้ ครอบคลุมทุกกลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุติด สังคมที่ไม่ได้เข้ามาในระบบการดูแล และผู้สูงอายุที่ห่างไกล -ขาดการติดตามเพื่อให้การดูแลสุขภาพ อย่างครอบคลุม	-มีระบบการติดตามดูแล จัดกลุ่ม ผู้สูงอายุในพื้นที่ เพื่อการให้การดูแล อย่างครอบคลุม -ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา แก้ไขและป้องกัน
4.ด้านสิ่งสนับสนุน	-ขาดสื่อและคู่มือในการสนับสนุน ความ รู้เท่าทันด้านสุขภาพและการดูแล สุขภาพของผู้สูงอายุ	-มีการจัดหาและจัดทำสื่อ คู่มือเพื่อ สนับสนุนในการสนับสนุนความรู้เท่า ทันด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพ ของผู้สูงอายุ

พหุบัณฑิต ชีวะ

ตารางที่ 14 สภาพปัญหาในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่และแนวทางในการพัฒนารูปแบบ (ต่อ)

ประเด็นที่ศึกษา	สภาพปัญหาและอุปสรรค	แนวทางการพัฒนา
5.ด้านผู้สูงอายุ	<p>-มีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน/ติดเตียงโดยทีมผู้ดูแลผู้สูงอายุ</p> <p>-มีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังโดยทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีการจัดโรงเรียนผู้สูงอายุ มีการดูแลโดยอบต. แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกหลังคาเรือน</p>	<p>-มีการจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุโดยจำแนกตามกลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง และกลุ่มติดสังคม</p> <p>-มีการจัดกิจกรรมเพื่อให้ตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มโดย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.กลุ่มติดสังคม ส่งเสริมสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมและการรวมกลุ่มทำกิจกรรมสาธารณสุขประโยชน์ในชุมชน 2.กลุ่มติดบ้าน ป้องกันภาวะแทรกซ้อนภาวะทุพพลภาพเพิ่มศักยภาพในการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ และเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนได้ 3.กลุ่มติดเตียง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคต่างๆ ปรึกษาปรึกษาอาการเจ็บป่วยและเตรียมพร้อมด้านจิตใจเพื่อลมหายใจสุดท้ายที่สงบสุข

กิจกรรมที่ 3 การสร้างแนวทางการพัฒนาและการคัดเลือกปัญหา การประชุมเชิงปฏิบัติการผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตำบลกุตุรงค์ อำเภอกุตุรงค์ จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้เทคนิค A-I-C โดยกิจกรรมนี้จะใช้ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence: I) เพื่อร่วมกันระดมความคิด สร้างกิจกรรม/โครงการเพื่อตอบสนองแนวความคิดในรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ ซึ่งได้มีการระดมความคิดในกิจกรรมที่ 1 โดยใช้ข้อมูลจากผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพโดยรวมในระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีการจัดลำดับความสำคัญของของกิจกรรมโดยเลือกกิจกรรมที่ชุมชนมีความพร้อมในการดำเนินการ จึงได้มีการกำหนดโครงการเสริมสร้าง

ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามหลัก 5 อ. ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังตารางที่ 15

ตารางที่ 15 โครงการเสริมสร้างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามหลัก 5 อ.

องค์ประกอบ	วัตถุประสงค์	กิจกรรม
1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 5 อ.	เพื่อสร้างโอกาสให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสาร/ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 5 อ.	กิจกรรมการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่น่าเชื่อถือ
2. ความรู้ ความเข้าใจ ข้อมูลสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 5 อ.	เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 5 อ.	กิจกรรมการส่งเสริมความรู้เท่าทันในการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 5 อ.
3. การวิเคราะห์ข้อมูลและการสื่อสารด้านการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 5 อ.	เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 5 อ. มีความเข้าใจ และสามารถสื่อสารกับคนอื่นเพื่อให้มีการดูแลสุขภาพตามหลัก 5 อ.ได้	กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทักษะการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 5 อ.
4. การประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ (การจัดการตนเองและการเลือกตัดสินใจใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ)	เพื่อให้ผู้สูงอายุมีเหตุผลและสามารถตัดสินใจใช้ข้อมูลในการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 5 อ.	กิจกรรมการฝึกทักษะตัดสินใจ การต่อรอง และทักษะการปฏิเสธในสิ่งที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ

กิจกรรมที่ 4 การจัดทำแผนปฏิบัติการ และการกำหนดผู้รับผิดชอบ การประชุมเชิงปฏิบัติการผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้เทคนิค A-I-C โดยกิจกรรมนี้จะใช้ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control:

C) เพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการ กำหนดรายละเอียดในแต่ละกิจกรรม และกำหนดผู้รับผิดชอบกิจกรรม ดังตารางที่ 16

ตารางที่ 16 รายละเอียดผู้รับผิดชอบโครงการเสริมสร้างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามหลัก 5 อ.

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
1.กิจกรรมการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่น่าเชื่อถือ	เพื่อสร้างโอกาสให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสาร/ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 5 อ.	ผู้สูงอายุ หมู่ที่ 7 บ้านดอนโม่ (กลุ่มทดลอง)	1) องค์การบริหารส่วนตำบล กุดรัง สนับสนุนงบประมาณและสถานที่ 2) โรงพยาบาล กุดรัง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กุดรัง รับผิดชอบในส่วนของการเป็นวิทยากร เตรียมองค์ความรู้ และการดำเนินกิจกรรมตลอดโครงการ
2.กิจกรรมการส่งเสริมความรู้เท่าทันในการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 5 อ.	เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 5 อ.		3) ผู้นำชุมชน สนับสนุนการเดินทางเข้าร่วมกิจกรรม
3.กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทักษะการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 5 อ.	เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 5 อ. มีความเข้าใจและสามารถสื่อสารกับคนอื่นเพื่อให้มีการดูแลสุขภาพตามหลัก 5 อ.ได้		4) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประชาสัมพันธ์ เชิญชวนและสร้างความเข้าใจแก่ผู้เข้าร่วมกิจกรรม
4.กิจกรรมการฝึกทักษะตัดสินใจ การต่อรอง และทักษะการปฏิเสธในสิ่งที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ	เพื่อให้ผู้สูงอายุมีเหตุผลและสามารถตัดสินใจใช้ข้อมูลในการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 5 อ.		5) นักพัฒนาชุมชน การบริหารจัดการ ครง ประสานงานผู้เกี่ยวข้อง 6) ผู้บริหาร ให้คำปรึกษา ให้ความเห็นชอบการจัดโครงการ

กิจกรรมที่ 1 , 2 , 3 และ 4 มีการดำเนินการ เมื่อวันที่ 13 กันยายน 2562 เวลา 09.00 -15.00 น. ณ ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลกุดรัง โดยคณะกรรมการดำเนินงาน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุดรังและผู้วิจัย

ขั้นที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) ประกอบด้วย 1 โครงการมี 4 กิจกรรม ได้แก่

การจัดโครงการเสริมสร้างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตามหลัก 5 อ. สำหรับแนวทางการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดจากนิยามของความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ ซึ่งหมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล มีความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมิน และเลือกตัดสินใจใช้ข้อมูลเพื่อจัดการตนเอง และชี้แนะบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อการเสริมสร้างพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอ้างอิงตามหลักการดูแลสุขภาพและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านอาหาร ด้านออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ ด้านอุบัติเหตุ และด้านอนามัยส่วนบุคคล มาใช้ โดยสามารถแยกวิเคราะห์ได้ 4 องค์ประกอบหลัก คือ 1) การเข้าถึงข้อมูลการดูแลสุขภาพตามหลัก 5 อ. 2) มีความรู้ ความเข้าใจข้อมูลการดูแลสุขภาพตามหลัก 5 อ. 3) การวิเคราะห์ข้อมูลและการสื่อสารข้อมูลการดูแลสุขภาพตามหลัก 5 อ. 4) การประยุกต์ใช้ข้อมูลการดูแลสุขภาพตามหลัก 5 อ. โดยกิจกรรมนี้มีการดำเนินการกับผู้สูงอายุบ้านดอนโหมง หมู่ 7 ซึ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน เมื่อวันที่ 22 ธันวาคม 2562 เวลา 09.00 -15.30 น. ณ ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลกุดรังดังตารางที่ 17

ตารางที่ 17 รายละเอียดการดำเนินกิจกรรมโครงการเสริมสร้างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามหลัก 5 อ.

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	รายละเอียดกิจกรรม	วันที่/เวลา
1.กิจกรรมการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่น่าเชื่อถือ	เพื่อสร้างโอกาสให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสาร/ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 5 อ.	มีการกระตุ้น/ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงข้อมูลสุขภาพ จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ที่น่าเชื่อถือและวิธีตรวจสอบข้อมูล การตรวจสอบความเข้าใจและให้ฝึกปฏิบัติการสืบค้นข้อมูลความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 5 อ.	22 ธ.ค.2562 เวลา 09.00 -10.30 น.

ตารางที่ 18 รายละเอียดการดำเนินกิจกรรมโครงการเสริมสร้างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพในการดูแล
สุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามหลัก 5 อ. (ต่อ)

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	รายละเอียดกิจกรรม	วันที่/เวลา
2.กิจกรรมการส่งเสริมความรู้เท่าทันในการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 5 อ.	เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 5 อ.	มีการอบรม/การเรียนรู้ในเนื้อหาการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 5 อ.	22 ธ.ค.2562 เวลา 10.30 -12.00 น.
พักรับประทานอาหารกลางวัน เวลา 12.00 – 13.00 น.			
3.กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทักษะการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 5 อ.	เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 5 อ. มีความเข้าใจและสามารถสื่อสารกับคนอื่นเพื่อให้มีการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 5 อ.ได้	มีการเสริมสร้างสมรรถนะทางสังคมด้วยทักษะต่างๆ เช่น ความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อน ทัศนคติที่รู้ในคุณค่าของตนเอง กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสื่อสาร และทักษะการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 5 อ.	22 ธ.ค.2562 เวลา 13.00 -14.00 น.
4.กิจกรรมการฝึกทักษะตัดสินใจ ต่อรอง และการปฏิเสธในสิ่งที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ	เพื่อให้ผู้สูงอายุมีเหตุผล และสามารถตัดสินใจใช้ข้อมูลในการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 5 อ.	มีการฝึกทักษะให้ผู้สูงอายุสามารถให้ข้อมูล/เนื้อหา/องค์ความรู้ที่ถูกต้องทั้งข้อดีและข้อเสีย เพื่อการตัดสินใจ และฝึกทักษะการต่อรองทักษะการปฏิเสธในสิ่งที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพได้	22 ธ.ค.2562 เวลา 14.00 -15.00 น.
5.สรุปโครงการ	เพื่อทบทวนประเด็นความรู้และกิจกรรมที่ได้อบรมและฝึกปฏิบัติตลอดระยะเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรม	มีการสรุปประเด็นและการนำไปใช้ โดยผู้สูงอายุ ซึ่งแบ่งเนื้อหาเป็น 4 องค์ประกอบ และสรุปภาพรวมของการจัดโครงการ พร้อมทั้งการแสดงความเห็นต่อการจัดโครงการโดยผู้สูงอายุ	22 ธ.ค.2562 เวลา 15.00 -15.30 น.

ขั้นที่ 3 การสังเกต (Observation) ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมการสังเกตและการบันทึกผลการดำเนินงาน ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 การประเมินความรู้เท่าทันด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมโครงการเสริมสร้างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามหลัก 5 อ.

กิจกรรมที่ 2 การประเมินด้านพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมโครงการเสริมสร้างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามหลัก 5 อ.

กิจกรรมที่ 3 การประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อกิจกรรมโครงการเสริมสร้างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามหลัก 5 อ.

กิจกรรมที่ 4 การประเมินความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้องต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่ 5 การสังเกตการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ

โดยกิจกรรมที่ 1 – 3 ผู้วิจัยได้ดำเนินการบันทึกข้อมูลโดยการใช้แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ทั้งก่อนและหลังดำเนินโครงการเสริมสร้างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามหลัก 5 อ. โดยสัมภาษณ์ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 60 คน ก่อนทดลอง เมื่อวันที่ 21 ธันวาคม 2562 เวลา 09.00 -17.00 น. และหลังทดลอง เมื่อวันที่ 6 มิถุนายน 2563 เวลา 09.00 -17.00 น.

กิจกรรมที่ 4 ผู้วิจัยได้ดำเนินการบันทึกข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ เมื่อวันที่ 19 มิถุนายน 2563 เวลา 09.00 -12.00 น. ณ องค์การบริหารส่วนตำบลกุตุรงค์

กิจกรรมที่ 5 ผู้วิจัยได้สังเกตและบันทึกการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุตลอดการดำเนินการวิจัย

ขั้นที่ 4 สะท้อนข้อมูล (Reflection) ประกอบด้วย 3 กิจกรรม

การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสะท้อนผลการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ค้นหาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรค

กิจกรรมที่ 1 การสะท้อนผลการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ร่วมกันสรุปรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่ 2 ร่วมกันค้นหาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่ 3 ร่วมกันค้นหาปัญหาและอุปสรรคของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ

โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการในกิจกรรมที่ 1 - 3 เมื่อวันที่ 26 มิถุนายน 2563 เวลา 09.00 -15.00 น. ณ ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลกุตุรง เพื่อระดมความคิด ถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อสะท้อนผลการดำเนินงาน ค้นหาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรค ในการดำเนินงานในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อย แต่ละกลุ่มจะมีการคัดเลือกประธาน และเลขานุการ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่ในการกระตุ้นกระบวนการระดมความคิด เมื่อเสร็จสิ้น เลขานุการแต่ละกลุ่มจะมีหน้าที่ในการสรุปให้ที่ประชุมฟังอีกครั้ง ซึ่งผู้เข้าร่วมประชุมสามารถแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมได้ ทั้งนี้ ได้มีการรวบรวมสรุปข้อมูลเพื่อการพัฒนาารูปแบบในวงรอบต่อไป

4.3 ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

4.3.1 คุณลักษณะผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในการเข้าร่วมโครงการการเสริมสร้างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพร่วมกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามหลัก 5 อ.

คุณลักษณะผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยภาพรวมมีความคล้ายคลึงกัน ไม่ว่าจะเป็นด้านเพศของทั้ง 2 กลุ่ม โดยมีเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีค่ากลาง (median) อายุเท่ากับ 64 ปี ด้านสถานภาพกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพหย่า/หม้าย/แยก ด้านระดับการศึกษาทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ด้านรายได้ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนเท่ากับ 2,000 บาท และลักษณะการอยู่อาศัยส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส/บุตร/ญาติ รายละเอียดดังตารางที่ 18

ตารางที่ 19 คุณลักษณะผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	7	23.3	9	30.0
หญิง	23	76.7	21	70.0
อายุ (ปี)				
≥ 64	16	53.3	16	53.3
< 64	14	46.7	14	46.7
Median (IQR)	64 (61.5)		64 (61.5)	

ตารางที่ 18 คุณลักษณะผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพ				
หม้าย/หย่า/แยก	18	60.0	17	56.7
คู่สมรส	12	40.0	13	43.3
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	28	93.3	24	80.0
มัธยมศึกษาขึ้นไป	2	6.7	6	20.0
รายได้ต่อเดือน (บาท)				
< 2,000	17	56.6	16	53.3
≥ 2,000	13	43.4	14	46.7
Median (IQR)	2000 (1,250)		2000 (1,250)	

4.3.2 ผลการศึกษาเปรียบเทียบความรู้เท่าทันด้านสุขภาพโดยรวม ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพแยกตามองค์ประกอบ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังดำเนินการของกลุ่มทดลอง

จากการศึกษาวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test พบว่า ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพโดยรวม ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพแยกตามองค์ประกอบ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ดังตารางที่ 19)

พญ. ปณ. ทิโต ชีเว

ตารางที่ 20 การเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังดำเนินการของกลุ่มทดลอง (n = 30)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Z	p-value
	Median	IQR*	Median	IQR*		
ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ โดยรวม	60	11	80	7	-4.788	<0.001
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	9	3	11.5	4	-4.583	<0.001
การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	16.5	3	24	3	-4.790	<0.001
การวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ	17	5	23	2	-3.911	<0.001
การประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ	16	5	22	3	-4.762	<0.001
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	67.5	8	74.5	6	-4.788	<0.001

*IQR = Interquartile range

4.3.3 ผลการศึกษาเปรียบเทียบความรู้เท่าทันด้านสุขภาพโดยรวม ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพแยกตามองค์ประกอบ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

จากการศึกษาวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U-test ก่อนการทดลอง พบว่า ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพโดยรวม ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพแยกตามองค์ประกอบ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) และเมื่อพิจารณาหลังการทดลอง พบว่า ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพโดยรวม ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพแยกตามองค์ประกอบ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ดังตารางที่ 20)

พูน ปรนุ ทิโต ชีเว

ตารางที่ 21 การเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ก่อน-หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		Mann-Whitney U	p-value
	Median	IQR*	Median	IQR*		
ก่อนทดลอง						
ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ โดยรวม	60	11	58.5	11	391.0	0.382
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	9	3	9	0	449.0	0.988
การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	16.5	3	15.5	6	438.5	0.863
การวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ	17	5	17	5	375.5	0.268
การประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ	16	5	16.5	7	437.0	0.847
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	67.5	8	67	6	427.5	0.739
หลังทดลอง						
ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ โดยรวม	80	7	60	10	6.0	<0.001
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	11.5	4	9	4	201.0	<0.001
การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	24	3	16	5	43.5	<0.001
การวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ	23	2	16	4	44.0	<0.001
การประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ	22	3	16	6	126.0	<0.001
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	74.5	6	68.5	5	45.0	<0.001

*IQR = Interquartile range

4.3.4 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่พัฒนาจากการศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการเข้าร่วมกิจกรรมโครงการเสริมสร้างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 5 อ. พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับสูง ร้อยละ 76.7 (ดังตารางที่ 21)

ตารางที่ 22 ระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีต่อการเข้าร่วมกิจกรรม (n=30)

ความพึงพอใจ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	7	23.3
ระดับสูง	23	76.7

และเมื่อพิจารณาโดยแยกเป็น 2 ประเด็น ได้ดังนี้

1. ด้านเนื้อหาความรู้เท่าทันด้านสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุตามหลัก 5 อ. พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพในระดับมาก (ร้อยละ 53.3) มีความพึงพอใจในความเข้าใจข้อมูลสุขภาพในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 50.0) มีความพึงพอใจในการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพในระดับมาก (ร้อยละ 63.3) มีความพึงพอใจในการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพในระดับมาก-มากที่สุด (ร้อยละ 93.4) มีความพึงพอใจ ในข้อมูลการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 5 อ. ได้แก่ ด้านอาหาร ด้านออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ ด้านอุบัติเหตุ และด้านอนามัยส่วนบุคคล ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 56.7)

2. ด้านการจัดการโครงการ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในความสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรมในระดับมาก (ร้อยละ 60.0) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในความสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรมในระดับมาก (ร้อยละ 60.0) มีความพึงพอใจต่อสถานที่ในการจัดกิจกรรมในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 63.3) มีความพึงพอใจต่อเวลาในการจัดกิจกรรมในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 63.3) มีความพึงพอใจต่ออาหาร อาหารว่างและเครื่องดื่มในการจัดกิจกรรมในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 63.3) มีความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมในภาพรวมในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 80.0) มีความพึงพอใจต่อประโยชน์ที่ได้รับในภาพรวมในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 66.7) (ดังตารางที่ 22)

พหุบัณฑิต ชีวะ

ตารางที่ 23 ความพึงพอใจของของผู้สูงอายุที่มีต่อการเข้าร่วมกิจกรรมรายข้อ (n=30)

ประเด็น/กิจกรรม	มากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	น้อยที่สุด จำนวน (ร้อยละ)
1.ด้านเนื้อหาความรู้เท่าทันด้านสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลผู้สูงอายุตามหลัก 5 อ.					
1.1 มีความรู้/ความเข้าใจในการเข้าถึง ข้อมูลสุขภาพ	11 (36.7)	16 (53.3)	2 (6.7)	1 (3.3)	-
1.2 มีความรู้/ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	15 (50.0)	14 (46.7)	1 (3.3)	-	-
2.3 มีความรู้/ความเข้าใจ ในการ วิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ	10 (33.3)	19 (63.3)	1 (3.3)	-	-
2.4 มีความรู้/ความเข้าใจ ในการ ประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ	14 (46.7)	14 (46.7)	2 (6.7)	-	-
2.5 มีความรู้/ความเข้าใจ ในข้อมูลการ ดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 5 อ. ได้แก่ ด้านอาหาร ด้านออกกำลังกาย ด้าน อารมณ์ ด้านอุบัติเหตุ และด้านอนามัย ส่วนบุคคล	17 (56.7)	13 (43.3)	-	-	-
2.ด้านการจัดการโครงการ					
2.1.ได้รับความสะดวกในการเข้าร่วม กิจกรรม	8 (26.7)	18 (60.0)	4 (13.3)	-	-
2.2 มีความพึงพอใจต่อสถานที่ในการจัด กิจกรรม	19 (63.3)	10 (33.4)	1 (3.3)	-	-
2.3 มีความพึงพอใจต่อเวลาในการจัด กิจกรรม	19 (63.3)	8 (26.7)	3 (10.0)	-	-
2.4 อาหาร อาหารว่างและเครื่องดื่มใน การจัดกิจกรรม	19 (63.3)	10 (33.4)	1 (3.3)	-	-
2.5 มีความพึงพอใจต่อการเข้าร่วม กิจกรรมในภาพรวม	24 (80.0)	6 (20.0)	-	-	-

ตารางที่ 24 ความพึงพอใจของของผู้สูงอายุที่มีต่อการเข้าร่วมกิจกรรมรายข้อ (n=30) (ต่อ)

ประเด็น/กิจกรรม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
2.6 มีความพึงพอใจต่อประโยชน์ที่ได้รับ ในภาพรวม	20 (66.7)	10 (33.3)	-	-	-

ทั้งนี้ ผู้สูงอายุได้แสดงความคิดเห็นชื่นชม และขอบคุณผู้จัดโครงการ โดยกล่าวว่าเป็นโครงการที่ดี และมีเนื้อหาที่แปลกใหม่ออกไปจากที่เคยได้รับ อยากให้มีโครงการแบบนี้อีก และอยากให้มีการเพิ่มจำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้ครอบคลุมทั่วทั้งตำบล

4.3.5 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้องต่อกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

จากการศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับสูง ร้อยละ 73.3 (ดังตารางที่ 23)

ตารางที่ 25 ระดับความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้องที่มีต่อการพัฒนารูปแบบ (n=30)

ความพึงพอใจ	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับต่ำ	8	26.7
ระดับสูง	22	73.3

และเมื่อพิจารณาโดยแยกเป็น 2 ประเด็น ได้ดังนี้

1. ด้านกระบวนการพัฒนารูปแบบ พบว่า ผู้เกี่ยวข้องส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อกระบวนการเตรียมความพร้อมการชี้แจงวัตถุประสงค์ การสร้างความเข้าใจของผู้วิจัยในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 73.3) มีความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนเพื่อดำเนินการพัฒนา
รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับมาก (ร้อยละ 53.3) มีความพึงพอใจต่อเทคนิคในการจัดประชุมเพื่อวางแผนการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับมาก (ร้อยละ 63.3)

มีความพึงพอใจต่อการจัดโครงการเสริมสร้างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตามหลัก 5 อ.ในระดับมาก-มากที่สุด (ร้อยละ 96.7) มีความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมในการสรุปผลการดำเนินงานในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 56.7) มีความพึงพอใจต่อการมีส่วนแสดงความคิดเห็นถึงถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรคในกระบวนการในระดับมาก-มากที่สุด (ร้อยละ 83.3)

2. ด้านการเข้าร่วมกระบวนการพัฒนารูปแบบ พบว่า ผู้เกี่ยวข้องส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในความสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรมในระดับมาก (ร้อยละ 63.3) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในความสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรมในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 66.7) มีความพึงพอใจต่อสถานที่ในการจัดกิจกรรมในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 60.0) มีความพึงพอใจต่อเวลาในการจัดกิจกรรมในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 80.0) มีความพึงพอใจต่ออาหาร อาหารว่างและเครื่องดื่มในการจัดกิจกรรมในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 66.7) มีความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมในภาพรวมในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 80.0) มีความพึงพอใจต่อประโยชน์ที่ได้รับในภาพรวมในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 70.0) (ดังตารางที่ 24)

ตารางที่ 26 ความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการพัฒนารูปแบบรายข้อ (n=30)

ประเด็น/กิจกรรม	มากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	น้อยที่สุด จำนวน (ร้อยละ)
1.ด้านกระบวนการพัฒนารูปแบบ					
1.1 ความพึงพอใจต่อกระบวนการเตรียมความพร้อมการชี้แจงวัตถุประสงค์ การสร้างความเข้าใจของผู้วิจัย	15 (50.0)	13 (43.3)	2 (6.7)	-	-
1.2 ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนเพื่อดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	16 (53.3)	14 (46.7)	-	-	-
1.3 ความพึงพอใจต่อเทคนิคในการจัดประชุมเพื่อวางแผนการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	11 (36.7)	19 (63.3)	-	-	-

ตารางที่ 24 ความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการพัฒนารูปแบบรายข้อ (n=30) (ต่อ)

ประเด็น/กิจกรรม	มากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	น้อยที่สุด จำนวน (ร้อยละ)
1.4 ความพึงพอใจต่อการจัดโครงการ เสริมสร้างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพและ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 5 อ.	14 (46.7)	15 (50.0)	1 (3.3)	-	-
1.5 ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมในการ สรุปผลการดำเนินงาน	16 (53.3)	14 (46.7)	-	-	-
1.6 ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมแสดงความ คิดเห็นถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหา และอุปสรรคในกระบวนการ	12 (40.0)	13 (43.3)	5 (16.7)	-	-
2.ด้านการเข้าร่วมกระบวนการพัฒนารูปแบบ					
2.1 ได้รับความสะดวกในการเข้าร่วม กิจกรรม	19 (63.3)	11 (36.7)	-	-	-
2.2 มีความพึงพอใจต่อสถานที่ในการจัด กิจกรรม	20 (66.7)	8 (26.7)	2 (6.7)	-	-
2.3 มีความพึงพอใจต่อเวลาในการจัด กิจกรรม	18 (60.0)	12 (40.0)	-	-	-
2.4 อาหาร อาหารว่างและเครื่องดื่มในการ จัดกิจกรรม	24 (80.0)	6 (20.0)	-	-	-
2.5 มีความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรม ในภาพรวม	20 (66.7)	10 (33.3)	-	-	-
2.6 มีความพึงพอใจต่อประโยชน์ที่ได้รับใน ภาพรวม	21 (70.0)	7 (23.3)	2 (6.7)	-	-

4.3.6 ผลจากการสังเกตการณ์มีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงานกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

จากการสังเกตการณ์มีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม สามารถสรุปได้ดังนี้

- 1) การเตรียมความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรม จากผลการสังเกตพบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีการเตรียมความพร้อมและประสานงานกันเป็นอย่างดี
- 2) การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรม เจ้าหน้าที่และผู้เกี่ยวข้องให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลและเข้ามามีส่วนร่วมในวางแผนในการดำเนินกิจกรรมเป็นอย่างดี มีการประสานความร่วมมือ การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในการตัดสินใจในการวางแผนกิจกรรม
- 3) การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีความสนใจและมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในแต่ละกิจกรรมเป็นอย่างดี โดยได้แสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่าง ๆ รวมถึงการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนเองเพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนา
- 4) การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลงาน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ในการสรุปประเด็น ข้อเสนอแนะต่าง ๆ ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบ อาจมีข้อคิดเห็นที่แตกต่างกัน แต่เมื่อสรุปประเด็นก็มีการยอมรับความคิดเห็นซึ่งกันและกัน โดยมีการวิเคราะห์และสรุปกิจกรรมร่วมกัน

4.4 การถอดบทเรียนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

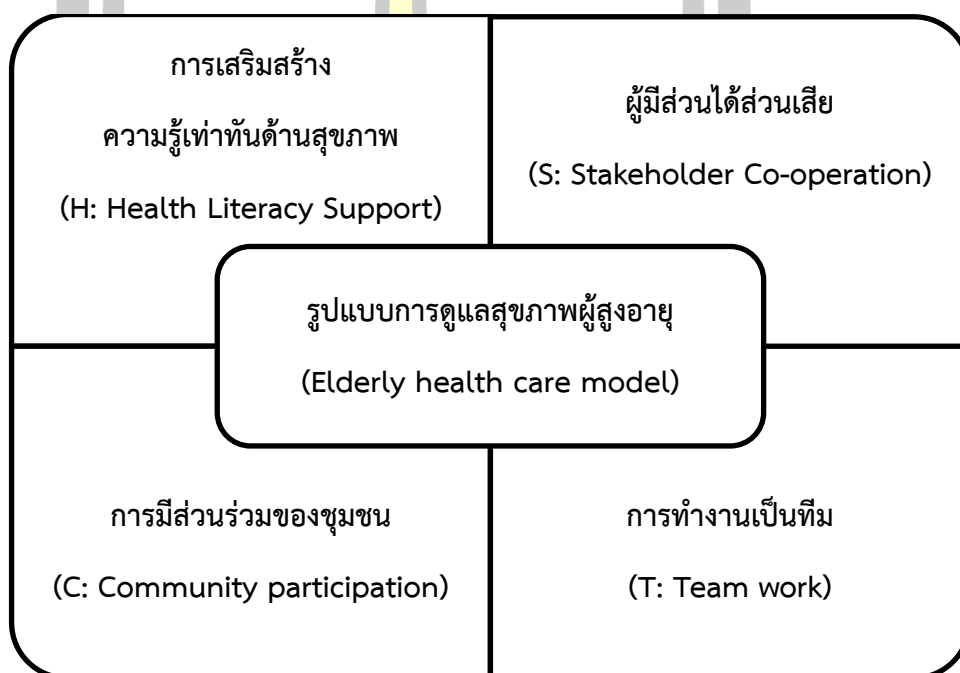
จากประชุมเชิงปฏิบัติการถอดบทเรียน การสะท้อนผล ระดมความคิด แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อสะท้อนผลการดำเนินงาน ค้นหาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรค ในการดำเนินงานในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สามารถสรุปเป็นประเด็น ได้ดังนี้

4.4.1 รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

กระบวนการพัฒนารูปแบบในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุดรังที่มุ่งเน้นให้ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้สูงอายุในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานตั้งแต่ขั้นการวางแผน การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์และจัดทำแผนเพื่อแก้ไขปัญหา ซึ่งมีแผนงานจากขั้นการวางแผน จำนวน 1 โครงการ คือ 1) โครงการเสริมสร้างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามหลัก 5 อ. ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่น่าเชื่อถือ กิจกรรมการส่งเสริมความรู้เท่าทันในการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 5 อ. กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทักษะการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 5 อ. และกิจกรรมการฝึกทักษะตัดสินใจ การต่อรอง และทักษะการปฏิเสธในสิ่งที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ ทำให้มีการดำเนินกิจกรรม

เพื่อเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีความน่าสนใจมากขึ้น สามารถสรุปรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยผู้เกี่ยวข้องในชุมชนได้เป็น HSTC Model ประกอบด้วย

- 1) การเสริมสร้างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ (H: Health Literacy Support)
- 2) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (S: Stakeholder Co-operation)
- 3) การทำงานเป็นทีม (T: Team work)
- 4) การมีส่วนร่วมของชุมชน (C: Community participation)



ภาพประกอบ 3 รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

4.4.2 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ประกอบด้วย

1) มีการเสริมสร้างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามหลักการดูแลสุขภาพและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านอาหาร ด้านออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ ด้านอุบัติเหตุ และด้านอนามัยส่วนบุคคลให้แก่ผู้สูงอายุ

2) การมีส่วนร่วมของทีม

จากการมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการและกำหนดบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบที่ชัดเจน เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ร่วมวางแผนและดำเนินงานตามแผน รวมทั้งการบันทึกผลและประเมินผลการดำเนินงานเพื่อการพัฒนาารูปแบบอย่าง ต่อเนื่องนั้น คณะกรรมการดำเนินงานได้จัดให้มีการประชุมโดยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในการวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนเพื่อแก้ปัญหาร่วมกัน การทำงานตามบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการที่

ได้รับมอบหมายอย่างเต็มความสามารถ และการประสานงานและการสื่อสารกับชุมชนที่ทำให้การดำเนินงานครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ฮักกูดรังทีม (Hug Kudrang TEAM) เป็นการทำงานร่วมกันของผู้เกี่ยวข้องที่มีเป้าหมายเดียวกันคือ การพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุตุรัง การมีส่วนร่วมในการทำงานเป็นทีม ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในทีมทุกคน คือส่วนสำคัญของการดำเนินงานให้สำเร็จลุล่วงได้เกิดจากการระดมความคิด แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และประสานงานของทีมซึ่งทุกคนในทีมจะทำตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายอย่างเป็นความสามารถ ทุกคนในทีมมีส่วนร่วมในการดำเนินงานร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ และร่วมประเมินผล ทำให้การดำเนินงานสำเร็จลุล่วงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) สิ่งสนับสนุนในกระบวนการ

การมีองค์ความรู้ที่แปลกใหม่ทำให้ผู้สูงอายุมีความน่าสนใจในการร่วมกิจกรรม การสนับสนุนสื่อหรือคู่มือเพื่อให้ผู้สูงอายุได้ทำการศึกษาเพิ่มเติมด้วยตนเองจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้ทบทวนความรู้และความเข้าใจในเนื้อหาที่ได้รับในโครงการและนำมาปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และต่อเนื่อง รวมทั้งมีการสนับสนุนการเดินทางของผู้สูงอายุในการเข้าร่วมกิจกรรมโดยผู้นำชุมชน การให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมโครงการของผู้สูงอายุไม่ว่าจะเป็นการให้ความสนใจในเนื้อหา การตอบคำถามและการซักถามข้อสงสัยระหว่างดำเนินกิจกรรม

ซึ่งสรุปได้ว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ 3 ป. 2 ส. ประกอบด้วย

1) การมีเป้าหมายเดียวกันของทีม คือ การพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุตุรัง

2) การปฏิบัติตามหน้าที่ที่ตนได้รับมอบหมาย

3) การประสานงานของทีมและการสื่อสารกับชุมชน

4) การเสริมสร้างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตาม

หลักการดูแลสุขภาพและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ 5 ด้าน

5) การมีส่วนร่วมของทีมฮักกูดรัง (Hug Kudrang TEAM)

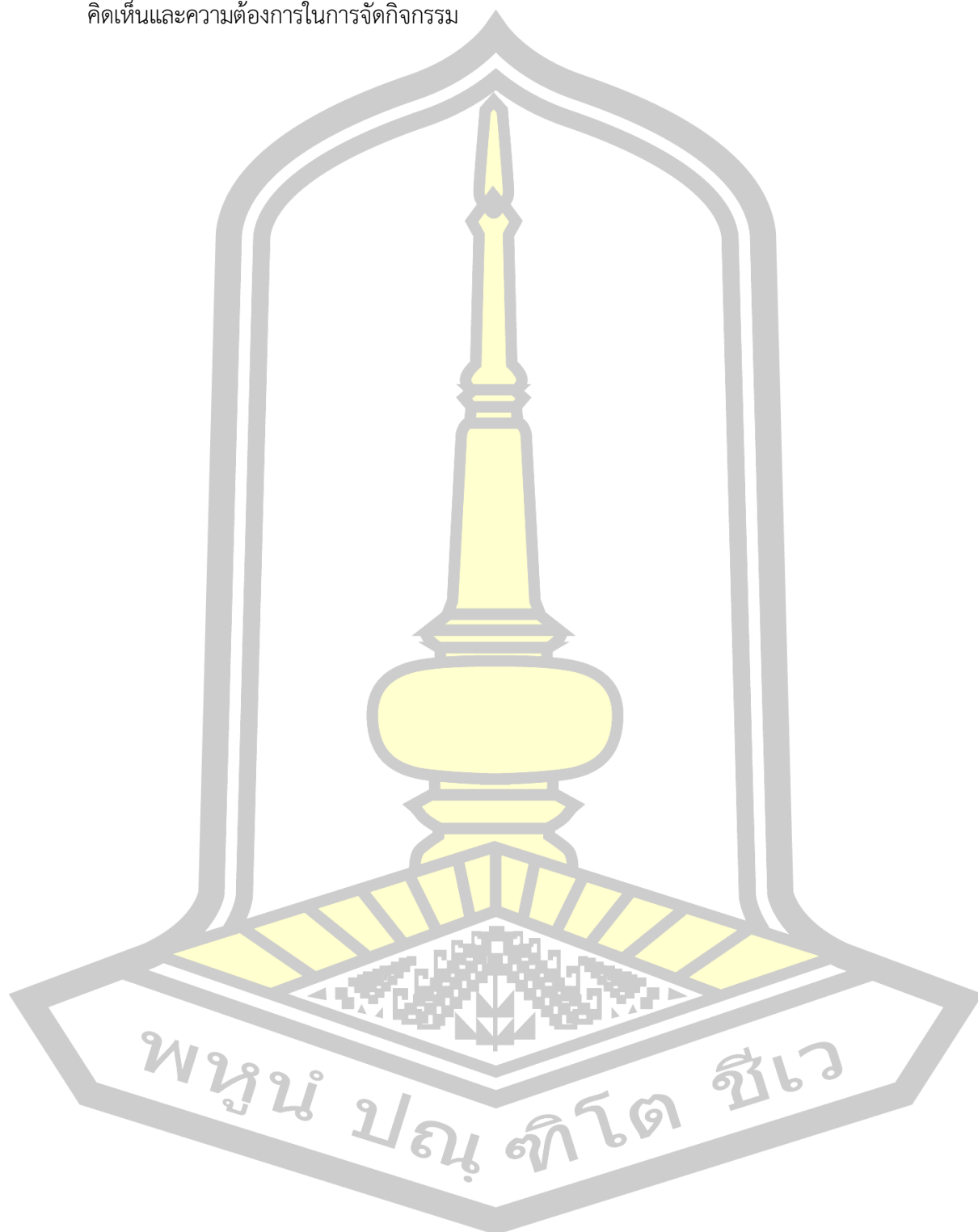
4.4.3 ปัญหาและอุปสรรค

1) การสนับสนุนงบประมาณด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจากหน่วยงานภายนอกยังมีน้อย

2) การขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทำให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นตัวผู้สูงอายุเอง ครอบครัว หรือคนในชุมชนไม่สามารถให้ความช่วยเหลือ หรือการให้คำแนะนำได้อย่างเต็มที่

3) การขาดความเข้าใจในระเบียบการเบิกจ่ายงบประมาณที่เกี่ยวข้อง ทำให้การเบิกจ่ายงบประมาณมีความล่าช้า

4) ทักษะของผู้สูงอายุบางกลุ่มไม่สอดคล้องกับกิจกรรมที่จัด ควรมีการสำรวจความคิดเห็นและความต้องการในการจัดกิจกรรม



บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาการพัฒนาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้วิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลักได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกต และการสะท้อนผล มีระยะเวลาดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนกันยายน 2562 – เดือนมิถุนายน 2563 ซึ่งสามารถสรุปผลการดำเนินการได้ดังนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

ผู้วิจัยขอเสนอผลการศึกษิตามกรอบการวิจัยประกอบด้วย 2 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการวิจัยและระยะดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกต และการสะท้อนผล ดังต่อไปนี้

5.1.1 ระยะเตรียมการวิจัย

จากการศึกษาบริบทในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในตำบลกุดรัง พบว่า มีการดำเนินงานร่วมกันจากหลายภาคส่วนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยแบ่งเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง และติดสังคม ซึ่งจะมีการแบ่งความรับผิดชอบและมีการจัดกิจกรรมเพื่อให้ตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มที่แตกต่างกัน ซึ่งสามารถแบ่งได้ 4 รูปแบบดังนี้ 1) การดูแลภายในครอบครัว 2) การดูแลในสถาบันในพื้นที่ชุมชนตำบลกุดรังได้มีการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ อีกรุดรัง 3) การดูแลโดยชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 4) การดูแลโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงพยาบาลกุดรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดรัง องค์การบริหารส่วนตำบลกุดรัง ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จากการศึกษาข้อมูล พบว่า ตำบลกุดรังมีประชากรผู้สูงอายุถึง 1,024 คน คิดเป็น ร้อยละ 21.43 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงผู้ดูแล ร้อยละ 17.68 และมีปัญหาโรคเรื้อรัง ร้อยละ 22.0 เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหอบหืด และโรคหัวใจ เป็นต้น และจากข้อมูลการสัมภาษณ์ ข้อมูลจากผู้ที่เกี่ยวข้องพบว่า ในการจัดกิจกรรมโครงการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ขาดการสำรวจความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน บางครั้งพบสภาพปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุในเชิงนโยบาย การขาดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ขาดการกำกับติดตามการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง งบประมาณที่มาจากหน่วยงานราชการมีความล่าช้า การขาดความรู้ความเข้าใจ

ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ขาดการฟื้นฟูองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ขาดการนำองค์ความรู้ใหม่เข้ามาในการให้ความรู้ ขาดสื่อและคู่มือในการสนับสนุนความรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ขาดการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกกลุ่ม ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทำให้ไม่สะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรม การไม่เข้าสู่ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุบางกลุ่มทำให้การดูแลไม่ทั่วถึง มีการดูแลโดยเน้นผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงเท่านั้น สำหรับผู้สูงอายุที่บางกลุ่มไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมอาจด้วยภารกิจ หรือสภาพร่างกาย เช่น ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ความสะดวกในด้านเวลา การเดินทาง ทักษะคติของครอบครัว ทักษะคติส่วนบุคคล

ผู้วิจัยจึงได้มีการศึกษาเพิ่มเติมโดยใช้แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุตำบลกุดรัง จำนวน 257 คน ในประเด็นความรู้เท่าทันด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความรู้เท่าทันด้านสุขภาพโดยรวมในระดับสูง จำนวน 132 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 51.4 ของจำนวนผู้สูงอายุเท่านั้น และเมื่อพิจารณารายองค์ประกอบ จะพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตามหลัก 5 อ. ในระดับน้อย-น้อยมากที่สุด (ร้อยละ 82.2) และได้ศึกษาประเด็นพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองโดยภาพรวมในระดับสูง จำนวน 137 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 53.3 ของจำนวนผู้สูงอายุเท่านั้น และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแต่ละด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุดคือ ด้านอาหาร การจัดการความเครียด การป้องกันอุบัติเหตุ และการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล เช่น การล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร และหลังเข้าห้องน้ำห้องส้วม ส่วนการออกกำลังกายจะมีการปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง

ทั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้ทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ สำหรับการวิเคราะห์แบบ Bivariate Analysis คือการวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์เปรียบเทียบระหว่างตัวแปรสองตัว พบว่า การมีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพโดยรวมในระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อวิเคราะห์แยกตามองค์ประกอบ พบว่าการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพในระดับต่ำ มีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน สำหรับการวิเคราะห์ Multivariate โดยควบคุมตัวแปรกวน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ลักษณะการอยู่อาศัย และความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน พบว่า ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพโดยรวมในระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนการวิเคราะห์แยกองค์ประกอบก็ให้ผลในลักษณะเดียวกันคือ การมีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพแต่ละองค์ประกอบในระดับต่ำจะทำให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองต่ำด้วย

5.1.2 ระยะดำเนินการวิจัย

ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกต และการสะท้อนผล ดังต่อไปนี้

1. การวางแผน (Planning) มีการประชุมชี้แจงคณะกรรมการดำเนินงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการในการวางแผนแบบมีส่วนร่วมโดยใช้เทคนิค A-I-C เพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหาในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของพื้นที่ที่ได้การดำเนินการอยู่เดิม และกำหนดแนวทางหรือรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ ซึ่งสามารถสรุปประเด็นปัญหาได้ว่า 1) ด้านบุคลากรทางการแพทย์ พึงประสงค์ความรู้และการเพิ่มเติมองค์ความรู้ใหม่ 2) ด้านนโยบาย ขาดการกำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ขาดการกำกับติดตามการดำเนินงาน 3) ด้านระบบบริการ ขาดการจัดการการดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกกลุ่ม 4) ด้านสิ่งสนับสนุน ขาดสื่อและคู่มือสำหรับผู้สูงอายุ และ 5) ด้านผู้สูงอายุ มีการดูแลผู้สูงอายุที่ยังไม่ครอบคลุมทุกหลังคาเรือน และได้ร่วมกันระดมความคิด สร้างกิจกรรม/โครงการเพื่อตอบสนองแนวความคิดในรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ จึงได้มีการกำหนดโครงการเสริมสร้างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามหลัก 5 อ. ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรมการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่น่าเชื่อถือ 2) กิจกรรมการส่งเสริมความรู้เท่าทันในการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 5 อ. 3) กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทักษะการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 5 อ. 4) กิจกรรมการฝึกทักษะตัดสินใจ การต่อรอง และทักษะการปฏิเสธในสิ่งที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ และได้แผนปฏิบัติการ ที่มีกำหนดรายละเอียดในแต่ละกิจกรรม ซึ่งได้แผนปฏิบัติการที่มีการกำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน

2. การปฏิบัติการ (Action) มีการจัดโครงการเสริมสร้างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามหลัก 5 อ. สำหรับแนวทางการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดจากนิยามของความรู้เท่าทันด้านสุขภาพร่วมกับหลักการดูแลสุขภาพและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านอาหาร ด้านออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ ด้านอุบัติเหตุ และด้านอนามัยส่วนบุคคล โดยกิจกรรมประกอบด้วย 1) การกระตุ้น/ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงข้อมูลสุขภาพ จากแหล่งข้อมูลต่างๆ ที่น่าเชื่อถือและวิธีตรวจสอบข้อมูล การตรวจสอบความเข้าใจและให้ฝึกปฏิบัติการสืบค้นข้อมูลความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 5 อ. 2) การเรียนรู้ในเนื้อหาการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 5 อ. 3) การเสริมสร้างสมรรถนะทางสังคมด้วยทักษะต่าง ๆ เช่น ความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อน ความตระหนักรู้ในคุณค่าของตนเอง กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสื่อสาร และทักษะการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 5 อ. 4) การฝึกทักษะให้ผู้สูงอายุสามารถให้ข้อมูล/เนื้อหา/องค์ความรู้ที่ถูกต้องทั้งข้อดีและข้อเสีย เพื่อการตัดสินใจ และฝึกทักษะการต่อรอง ทักษะการปฏิเสธในสิ่งที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพได้ 5) การสรุปประเด็นและการ

นำไปใช้โดยผู้สูงอายุและสรุปภาพรวมของการจัดโครงการ พร้อมทั้งการแสดงความคิดเห็นต่อการจัดโครงการโดยผู้สูงอายุเพื่อนำไปปรับปรุงการจัดกิจกรรมในครั้งต่อไป

3. การสังเกต (Observation) มีการสังเกตและบันทึกผลการดำเนินงานดังนี้

1) ผลการศึกษาการเปรียบเทียบความรู้เท่าทันด้านสุขภาพโดยรวม ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพแยกตามองค์ประกอบ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังดำเนินการของกลุ่มทดลอง จากการศึกษาวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test สรุปได้ว่า ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพโดยรวม ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพแยกตามองค์ประกอบ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

2) ผลการศึกษาเปรียบเทียบความรู้เท่าทันด้านสุขภาพโดยรวม ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพแยกตามองค์ประกอบ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง พบว่า ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพโดยรวม ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพแยกตามองค์ประกอบ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) และเมื่อพิจารณาหลังการทดลอง พบว่า ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพโดยรวม ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพแยกตามองค์ประกอบ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

3) ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่พัฒนา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับสูง ร้อยละ 76.7 และเมื่อพิจารณาโดยแยกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านเนื้อหาความรู้เท่าทันด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 5 อ. พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพในระดับมาก (ร้อยละ 53.3) มีความพึงพอใจในความเข้าใจข้อมูลสุขภาพในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 50.0) มีความพึงพอใจในการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพในระดับมาก-มากที่สุด (ร้อยละ 93.4) มีความพึงพอใจในการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพในระดับมาก (ร้อยละ 63.3) มีความพึงพอใจ ในข้อมูลการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 5 อ. ได้แก่ ด้านอาหาร ด้านออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ ด้านอุบัติเหตุ และด้านอนามัยส่วนบุคคล ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 56.7) และด้านการจัดการโครงการ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในความสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรมในระดับมาก (ร้อยละ 60.0) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในความสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรมในระดับมาก (ร้อยละ 60.0) มีความพึงพอใจต่อสถานที่ในการจัดกิจกรรมในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 63.3) มีความพึงพอใจต่อเวลาในการจัดกิจกรรมในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 63.3) มีความพึงพอใจต่ออาหาร อาหารว่างและเครื่องดื่มในการจัดกิจกรรมในระดับมาก

ที่สุด (ร้อยละ 63.3) มีความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมในภาพรวมในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 80.0) มีความพึงพอใจต่อประโยชน์ที่ได้รับในภาพรวมในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 66.7)

4) ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับสูง ร้อยละ 73.3 และเมื่อพิจารณาโดยแยกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านกระบวนการพัฒนารูปแบบ พบว่า ผู้เกี่ยวข้องส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อกระบวนการเตรียมความพร้อมการชี้แจงวัตถุประสงค์ การสร้างความเข้าใจของผู้วิจัยในระดับมาก-มากที่สุด (ร้อยละ 73.3) มีความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนเพื่อดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับมาก (ร้อยละ 53.3) มีความพึงพอใจต่อเทคนิคในการจัดประชุมเพื่อวางแผนการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับมาก (ร้อยละ 63.3) มีความพึงพอใจต่อการจัดโครงการเสริมสร้างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตามหลัก 5 อ.ในระดับมาก-มากที่สุด (ร้อยละ 96.7) มีความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมในการสรุปผลการดำเนินงานในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 56.7) มีความพึงพอใจต่อการมีส่วนแสดงความคิดเห็นถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรคในกระบวนการในระดับมาก-มากที่สุด (ร้อยละ 83.3) และด้านการเข้าร่วมกระบวนการพัฒนารูปแบบ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในความสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรมในระดับมาก (ร้อยละ 63.3) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในความสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรมในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 66.7) มีความพึงพอใจต่อสถานที่ในการจัดกิจกรรมในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 60.0) มีความพึงพอใจต่อเวลาในการจัดกิจกรรมในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 80.0) มีความพึงพอใจต่ออาหาร อาหารว่างและเครื่องดื่มในการจัดกิจกรรมในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 66.7) มีความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมในภาพรวมในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 80.0) มีความพึงพอใจต่อประโยชน์ที่ได้รับในภาพรวมในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 70.0)

5) จากการสังเกตการณ์มีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุตุรง อำเภอกุตุรง จังหวัดมหาสารคาม สามารถสรุปได้ดังนี้

จากการสังเกตของผู้วิจัยผู้เกี่ยวข้องให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการให้ข้อมูล มีการเตรียมความพร้อม การประสานงานผู้เกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรม มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในการวางแผน มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม มีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลงาน โดยได้แสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่างๆ รวมถึงการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนเองเพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนา ในการสรุปประเด็นข้อเสนอแนะต่าง ๆ ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบ อาจมีข้อคิดเห็นที่แตกต่างกัน แต่เมื่อสรุปประเด็นก็มีการยอมรับความคิดเห็นซึ่งกันและกัน โดยมีการวิเคราะห์และสรุปกิจกรรมร่วมกัน

4. สะท้อนข้อมูล (Reflection) จากประชุมเชิงปฏิบัติการถอดบทเรียน การสะท้อนผลระดมความคิด แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อสะท้อนผลการดำเนินงาน ค้นหาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรค ในการดำเนินงานในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สามารถสรุปประเด็นได้ดังนี้

1) รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ได้จากการพัฒนา คือ HSTC Model ประกอบด้วย การเสริมสร้างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ (H: Health Literacy Support) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (S: Stakeholder Co-operation) การทำงานเป็นทีม (T: Team work) และการมีส่วนร่วมของชุมชน (C: Community participation)

2) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ 3 ป. 2 ส. ประกอบด้วย การมีเป้าหมายเดียวกันของทีม คือ การพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุดรัง การปฏิบัติตามหน้าที่ที่ตนได้รับมอบหมาย การประสานงานของทีมและการสื่อสารกับชุมชน การเสริมสร้างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามหลักการดูแลสุขภาพและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ 5 ด้าน และการมีส่วนร่วมของทีมฮักกุดรัง (Hug Kudrang TEAM) การมีส่วนร่วมในการทำงานเป็นทีม ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในทีมทุกคน คือ ส่วนสำคัญของการดำเนินงานให้สำเร็จลุล่วงได้เกิดจากการระดมความคิด การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และทุกคนในทีมมีส่วนร่วมในการดำเนินงานร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ และร่วมประเมินผล ทำให้การดำเนินงานสำเร็จลุล่วงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) ปัญหาและอุปสรรค คือ

- 3.1) ด้านบุคลากร ขาดการฟื้นฟูองค์ความรู้และการเพิ่มเติมองค์ความรู้ใหม่
- 3.2) ด้านนโยบาย ขาดการกำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ขาดการกำกับติดตามการดำเนินงาน
- 3.3) ด้านระบบบริการ ขาดการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกกลุ่ม
- 3.4) ด้านสิ่งสนับสนุน ขาดสื่อและคู่มือสำหรับผู้สูงอายุ
- 3.5) ด้านผู้สูงอายุ มีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ยังไม่ครอบคลุมทุกหลังคาเรือน

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

5.2.1 ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

จากผลการศึกษาด้านสุขภาพประเด็นความรู้เท่าทันด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับสูง โดยมีการปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุดคือ ด้านอาหาร การจัดการความเครียด การป้องกันอุบัติเหตุ และการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล เช่นการล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร และหลังเข้าห้องน้ำ ห้องส้วม ส่วนการออกกำลังกายจะมีการปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฤดีวรรณ

วงศ์เจริญและประเสริฐ ประสมรักษ์ (2562) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติในการเสริมสร้างสุขภาพตนเองในระดับสูง โดยเฉพาะด้านการจัดการความเครียด และการศึกษาของศิริพันธ์ สุขศรีและดาร์วรรณ เศรษฐีธรรม (2560) พบว่าผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองในระดับสูงคือ ด้านการรับประทานอาหาร ส่วนการออกกำลังกายสามารถปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง แต่แย้งกับการศึกษาของเนตรดาว จิตโสภากุล (2557) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับปานกลาง และการศึกษาของปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์และคณะ (2561) พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านจิตวิญญาณมากที่สุด รองลงมาคือด้านโภชนาการและด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งทั้งนี้ความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ อาจเนื่องมาจากหลาย ๆ ปัจจัย เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ การสนับสนุนทางสังคม ความแตกต่างในพื้นที่ ภูมิภาค บริบทการใช้ชีวิต และการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมทั้งความรู้เท่าทันด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่นั้น ๆ ด้วย

สำหรับความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความรู้เท่าทันด้านสุขภาพโดยรวมในระดับสูง แต่เมื่อวิเคราะห์แยกองค์ประกอบ พบว่าผู้สูงอายุมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลระดับน้อย-น้อยที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนฤมล ใจดีและคณะ (2562) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ทราบแหล่งที่มาของข้อมูลสุขภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุอยู่ในสถานะผู้ด้อยโอกาสในการรับข้อมูลข่าวสาร และยังมีความเสี่ยงต่อการยอมรับและเชื่อบุคคลที่ไว้วางใจหรือแหล่งข้อมูลใกล้ชิดได้ง่าย ซึ่งอาจทำให้ขาดความสามารถในการกลั่นกรองข้อมูลเพื่อนำไปสู่การดูแลสุขภาพตนเองได้และในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุบางส่วนที่มีความเข้าใจข้อมูลที่ได้รับจากผู้ให้บริการสุขภาพในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิมลรัตน์ บุญเสถียร และอรทัย เจริญทิพย์สกุล (2563) พบว่าผู้สูงอายุมีความเสื่อมถอยของระบบร่างกายซึ่งส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ และความสามารถในการฟัง อ่าน เขียน รวมทั้งการสื่อสารระหว่างบุคคล จึงส่งผลให้เกิดความเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่ได้รับมาคลาดเคลื่อนและเลือกตัดสินใจใช้ข้อมูลในการดูแลสุขภาพตนเองไม่เหมาะสมได้ และถึงแม้ว่าผลการศึกษานี้ผู้สูงอายุจะมีความสามารถในการวิเคราะห์และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพระดับมากก็ตาม แต่สิ่งที่ควรคำนึงถึงคือความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ ซึ่งถ้าผู้สูงอายุสามารถวิเคราะห์หรือเปรียบเทียบข้อมูลอย่างมีเหตุมีผลจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเลือกใช้อุปกรณ์สุขภาพที่ถูกต้อง และสอดคล้องกับความต้องการในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่า การมีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพโดยรวมในระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อวิเคราะห์แยกตามองค์ประกอบ พบว่าการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพในระดับต่ำ มีความสัมพันธ์กับการมี

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพพระดื่บต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน สำหรับการวิเคราะห์ Multivariate โดยควบคุมตัวแปรกวน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ลักษณะการอยู่อาศัย และความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน พบว่า ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพโดยรวมในระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพพระดื่บต่ำอย่างมี ส่วน การวิเคราะห์แยกองค์ประกอบก็ให้ผลในลักษณะเดียวกันคือ การมีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพแต่ละ องค์ประกอบในระดับต่ำจะทำให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองต่ำด้วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย ของชินตา เตชะวิจิตรจรรู (2561) พบว่า ความรู้เท่าทันทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพอันส่งผลไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพ บุคคลที่มีความรู้เท่าทันทางสุขภาพต่ำจะมีผลต่อ องค์ประกอบของความรู้เท่าทันทางสุขภาพทุกองค์ประกอบ และมีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า และสอดคล้องกับวัชรพร เขยสุวรรณ (2560) กล่าวว่า หาก ประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความรู้เท่าทันด้านสุขภาพต่ำ ย่อมจะส่งผลต่อสภาวะโดยรวม กล่าวคือ ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพโดยรวม และความรู้เท่าทัน ด้านสุขภาพในแต่ละองค์ประกอบในระดับต่ำ (ได้แก่ เข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ) จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ในระดับต่ำด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mahdizadeh and Solhi (2018), Javadzade et al. (2012) and Geboers et al. (2016) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับความรู้เท่าทันด้านสุขภาพต่ำจะมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองต่ำไปด้วย และมีแนวโน้มการมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี เสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น เป็นต้น โดยผู้สูงอายุที่มีความรู้เท่าทัน ด้านสุขภาพต่ำนั้น จะขาดความตระหนัก เอาใจใส่ และละเลยในการดูแลสุขภาพตนเอง รวมทั้งมี ทักษะในการตัดสินใจและการเลือกปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพตนเองต่ำ จึงทำให้มีภาวะสุขภาพไม่ดีตาม และสำหรับผู้สูงอายุที่มีความเข้าใจข้อมูลสุขภาพและการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพระดับต่ำ อาจทำให้การ ตัดสินใจดูแลสุขภาพตนเองผิดพลาดได้ หรือมีการปฏิบัติหรือพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง เนื่องจากมีข้อจำกัดในการฟัง อ่าน เขียน ลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น จึงส่งผลต่อความเข้าใจข้อมูล สุขภาพคลาดเคลื่อนได้ และสำหรับผู้สูงอายุที่มีทักษะการวิเคราะห์ ตัดสินใจและเลือกใช้ข้อมูลใน ระดับต่ำ จะทำให้ขาดทักษะในการสื่อสารภาวะสุขภาพของตนเองให้ผู้อื่นเข้าใจ จึงทำให้เสี่ยงที่จะ ได้รับคำแนะนำที่ไม่ตรงกับความต้องการ ซึ่งจะส่งผลต่อการตัดสินใจใช้ข้อมูลข่าวสารและความรู้ด้าน สุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง หรือการเลือกบริการด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้องได้ จากผลการศึกษา ข้างต้นจึงชี้ให้เห็นว่าความรู้เท่าทันด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ตนเองของผู้สูงอายุ ดังนั้นการเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุมีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพในระดับเพียงพอ จะ

ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพ สามารถค้นหาและเข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพที่ตรงกับความต้องการได้ รวมทั้งสามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม

5.2.2 การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยนำข้อมูลด้านสุขภาพประเด็นความรู้เท่าทันด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามหลัก 5 อ. ได้แก่ ด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ ด้านอุบัติเหตุ และด้านอนามัยส่วนบุคคล มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตำบลกุดรัง โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการในรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกต และการสะท้อนผล โดยขั้นตอนการวางแผนผู้วิจัยได้นำกระบวนการการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม A-I-C มาใช้ ซึ่งประกอบด้วย 1) ขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation : A) เพื่อร่วมกันวิเคราะห์สภาพปัญหาในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของพื้นที่ที่ได้การดำเนินการอยู่เดิม และกำหนดแนวทางหรือรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ 2) ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence: I) เพื่อร่วมกันระดมความคิด สร้างกิจกรรม/โครงการเพื่อตอบสนองแนวความคิดในรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ ซึ่งได้มีการระดมความคิดในขั้นตอนที่ 1 โดยใช้ข้อมูลจากผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และ 3) ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control: C) เพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการ กำหนดรายละเอียดในแต่ละกิจกรรม และกำหนดผู้รับผิดชอบกิจกรรม ซึ่งได้แผนปฏิบัติการที่มีการกำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของประทุม กงมหา และ กรรณิการ์ หาญสูงเนิน (2560) พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุใช้เทคนิค Appreciation Influence Control (AIC) ประกอบด้วย 1) ประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 2) ชุมชนร่วมกันวางแผนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 3) การพัฒนาผู้นำให้มีศักยภาพ 4) การลงมือปฏิบัติตามแผน 5) การติดตามประเมินผล เช่นเดียวกับงานวิจัยของคมสรณ์ ชื่นรัมย์และคณะ (2559) ได้ทำการศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเอง โดยมีการดำเนินการวิจัย 2 ขั้นตอน คือ การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเอง การประยุกต์ใช้การกระบวนการ Appreciation Influence Control (AIC) และการเลือกใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมใน 6 ขั้นตอน 1) การนำเสนอข้อมูลสภาพปัญหา 2) การกำหนดเป้าหมาย 3) การค้นหากิจกรรมการพัฒนา 4) จัดลำดับความสำคัญ 5) วางแผนหาผู้รับผิดชอบ 6) จัดทำแผน/กิจกรรม/โครงการ

จากขั้นตอนการวางแผนโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม A-I-C ซึ่งนำไปสู่การจัดโครงการเสริมสร้างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามหลัก 5 อ.

ผลการศึกษาเปรียบเทียบความรู้เท่าทันด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวม ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพของผู้สูงอายุรายองค์ประกอบ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวม ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพของผู้สูงอายุรายองค์ประกอบ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ มากกว่าก่อนทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโครงการเสริมสร้างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามหลัก 5 อ. ทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามหลัก 5 อ. สูงขึ้นและมากกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของสุรีย สิมพลีและพรรณี บัญชรหัตถกิจ (2562) พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในด้านต่าง ๆ มีการปฏิบัติตัวในการป้องกันการหกล้มดีขึ้น ก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งส่งผลให้ระดับความสามารถในการทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง และดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งนภา อาระหัง (2560) พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบ สอดคล้องกับการศึกษาของนิริรัตน์ บุญदानนท์และคณะ (2562) พบว่าหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านโภชนาการภาพรวม และรายประเด็น ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ การเข้าใจด้านโภชนาการ การโต้ตอบซักถาม การตัดสินใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านโภชนาการหลังได้รับโปรแกรม ทั้งภาพรวม และรายประเด็นทุกด้าน แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ เมื่อใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านโภชนาการในผู้สูงอายุก่อนการได้รับโปรแกรมเป็นตัวแปรร่วม และสอดคล้องกับการศึกษาของปณดา รามไพบุลย์และคณะ, 2561) หลังจากการให้โปรแกรมพบว่าระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความรู้เรื่องสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพร พฤติกรรมการใช้สมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพรและความรอบรู้ทางสุขภาพ มีระดับที่เพิ่มขึ้นแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่มีพฤติกรรมความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงลดลงก่อนการได้รับโปรแกรม

ทั้งนี้ จากสภาพปัญหาการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุก่อนการพัฒนา พบว่าการจัดบริการสุขภาพไม่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน ไม่มีการสำรวจความคิดเห็น ขาดความรู้ใหม่ เนื้อหาความรู้ที่หน่วยบริการจัดให้ซ้ำเดิม สภาพปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุใน

เชิงนโยบาย และงบประมาณที่มาจากหน่วยงานราชการ บางครั้งมีความล่าช้า การดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุที่ห่างไกลทำให้เข้าถึงได้ยาก การไม่เข้าสู่ระบบการดูแลของผู้สูงอายุทำให้การดูแลไม่ทั่วถึง รูปแบบการดูแลที่ไม่ครอบคลุม มีการดูแลโดยเน้นผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง และกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง สำหรับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีบางกลุ่มก็เข้ามาในระบบด้วยการเข้ามาร่วมกิจกรรมกับโรงเรียนผู้สูงอายุ แต่บางกลุ่มก็ไม่ได้เข้ามาร่วม ด้วยภารกิจ ความสะดวกในด้านเวลา การเดินทาง ทัศนคติของ ครอบครัว ทัศนคติส่วนบุคคล และไม่ได้มีการดำเนินการกับผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าว ในการดำเนินการ พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุได้มีการวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาข้างต้น โดยมีการสำรวจปัญหา ก่อนการดำเนินการจัดกิจกรรมโครงการ การนำความรู้ใหม่ในการนำมาเป็นเนื้อหาในการจัดกิจกรรม เพื่อให้เกิดความน่าสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรม การบริหารจัดการด้านนโยบายให้เกิดความคล่องตัว การบริการรับ-ส่ง ผู้สูงอายุเพื่อเข้าร่วมกิจกรรม เป็นต้น

5.2.3 การมีส่วนร่วม

เมื่อการพัฒนารูปแบบครบ 1 วงรอบ ได้มีการถอดบทเรียนเพื่อค้นหาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุดรัง พบว่า การดำเนินงาน สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี โดยอาศัยหลักการการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง การให้ความร่วมมือของ ผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน จากการสังเกตพบว่า ผู้เกี่ยวข้องให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการให้ข้อมูล มีการเตรียมความพร้อม การประสานงานผู้เกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมในการวางแผน ดำเนินกิจกรรม มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในการวางแผน มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มี ส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม มีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลงาน โดยได้แสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่าง ๆ รวมถึงการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนเองเพื่อเป็นข้อมูลในการ พัฒนา ในการสรุปประเด็นข้อเสนอแนะต่าง ๆ ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบ อาจมี ข้อคิดเห็นที่แตกต่างกัน แต่เมื่อสรุปประเด็นก็มีการยอมรับความคิดเห็นซึ่งกันและกัน โดยมีการ วิเคราะห์และสรุปกิจกรรมร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัชนิภา จิตรากุล (2558) ได้ศึกษา การพัฒนารูปแบบหมู่บ้านจัดการสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดมหาสารคาม ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ 1) มีการบริหารจัดการดี และมีภาวะผู้นำที่เข้มแข็ง 2) มีการสร้าง เครือข่ายและประสานงานที่ดีทั้งภายในและภายนอก และสอดคล้องกับการศึกษาของประทุม กงมหา และ กรรณิการ์ หาญสูงเนิน (2560) พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จมาจากการมีส่วนร่วมของคนใน ชุมชน ซึ่งมีส่วนช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสในการร่วมวางแผนการพัฒนาชุมชนและได้รับรู้ ข้อมูลภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1) ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าความรู้เท่าทันด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ดังนั้นการเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุมีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพในระดับเพียงพอ จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพ สามารถค้นหาและเข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพที่ตรงกับความต้องการได้ รวมทั้งสามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม

2) โอกาสการเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่ตรงกับความต้องการและการประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุยังมีน้อย การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถตัดสินใจเลือกและปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมและลดการพึ่งพิงระบบบริการสุขภาพในน้อยลงได้

3) พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุยังมีน้อย จึงควรจัดกิจกรรมออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง บริเวณลานกิจกรรมของหมู่บ้านเพื่อให้ผู้สูงอายุในชุมชนสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้สะดวก

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1) ควรเสริมสร้างความเข้มแข็งและส่งเสริมให้ชุมชนมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนการดูแลสุขภาพและเสนอแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนในครั้งต่อไป

2) พัฒนาให้เป็นทีมต้นแบบในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและสามารถนำไปปรับใช้ในพื้นที่ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

3) การพัฒนาและขยายเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยส่งเสริมกิจกรรมให้ผู้สูงอายุดูแลกันเอง

4) การพัฒนาและขยายเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยกลุ่มเยาวชนในชุมชน

พหุบัณฑิต ชีวะ

บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2546). พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- เกวลี เครือจักร. (2558). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายภาคประชาสังคมและ ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลแม่จัน อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย. วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต, 161-171.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2562). สถิติผู้สูงอายุประเทศไทย. ออนไลน์
เข้าถึงได้จาก <http://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/275>. [สืบค้นเมื่อวันที่ 16 มกราคม 2562].
- โกวิทย์ พวงงาม. (2545). การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). การเสริมสร้างและ
ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. (ฉบับปรับปรุง). นนทบุรี: กระทรวง
สาธารณสุข.
- เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิผล. (2557). การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแล
ผู้สูงอายุแบบองค์รวม. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 8(2), 120-131.
- ชนิษฐา โภเมนทร์. (2547). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุศึกษาต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของ
ผู้สูงอายุโรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาสุศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ขวัญเมือง แก้วคำเกิง. (2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้. (พิมพ์ครั้งที่
2). กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้ง.
- ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล. (2558). การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพใน
ประชากรผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 9(2), 1-8.
- ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร. (2554). ความฉลาดทางสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร:
นิวธรรมดาการพิมพ์.
- เขมิกา สมบัติโยธา, วิทยา อยู่สุข, นิรุวรรณ เทิร์นโบล. (2561) พฤติกรรมสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของ
ผู้สูงอายุ อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 38(1),
47-59.
- คมสรรรค์ ชื่นรัมย์, บุญสิทธิ์ ไชยชนะ และกรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ. (2559) การพัฒนา

รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเอง ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินของโรงพยาบาลสุ
คีริน ด้วยเทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC). วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและ
การสาธารณสุขภาคใต้, 3(3), 179-193.

งานผู้สูงอายุ กลุ่มงานพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมแบบครบวงจร ศูนย์อนามัยที่
2 สระบุรี. คู่มือการอบรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครราชสีมา : หจก.อินดี
อาร์ต ; 2557. 156 หน้า

จิระนันท์ พันธุ์ทองและคณะ. (2560). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วน
ร่วมของชุมชน บ้านไทยสามัคคีธรรม ตำบลโนนสำราญ อำเภอแก้งสนามนาง จังหวัด
นครราชสีมา. ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะ
สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

ซินตา เตชะวิจิตรจารย์. (2561). ความรอบรู้ทางสุขภาพ: กุญแจสำคัญสู่พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์
สุขภาพที่ดี. วารสารพยาบาลทหารบก 2561; 19 (Supplement):1-11.

ณัฐจิตริตตา เทวาลีศสกุล. (2559). แนวทางการพัฒนาผู้สูงอายุจากภาวะให้เป็นพลัง กรณีศึกษา
เทศบาลนครรังสิต. วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร, 9(1), 529-545.

ณัฐธิภา นะกุลรัมย์. (2560). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมโดยชุมชน
บ้านอังกัญ ตำบลท่าสว่าง อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกัน
ควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา, 23(1), 52-63.

นรินทร์ชัย พัฒนพงศา. (2546). การมีส่วนร่วม หลักการพื้นฐาน เทคนิคและกรณี ตัวอย่าง. กรุงเทพฯ:
598Print.

นฤมล ใจดี, รัฐธำ ระมั่ง, นवलจันทร์ กวินวานิช และราตรี โพธิ์ระวัช. (2562). ความฉลาดด้าน
สุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร. รายงานสืบเนื่องจากการประชุม
วิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 6 สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร.

นิริรัตน์ บุญตานนท์และคณะ. (2562). ประสิทธิภาพของการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการใน
ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9
นครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม,
13(30), 1-14.

เนตรดาว จิตโสภาคกุล. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ
ผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ที่ 6 ตำบลบึงศาล อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก. วารสารวิชาการ
มหาวิทยาลัยปทุมธานี, 6(2): 171-178.

บัณฑิต อ่อนคำ และสามารถ ศรีจำนงค์. (2544). การจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม =

Participatory learning process. เชียงใหม่: สถาบันส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน มูลนิธิพัฒนาภาคเหนือ.

บุญชม ศรีสะอาด. (2556). การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.

เบญจมาศ สุขศรีเพ็ง. (2555). รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการส่งเสริมสุขภาพ. [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก <https://www.gotoknow.org/posts/195870> [สืบค้นเมื่อวันที่ 16 มกราคม 2562].

ประทุม กงมหา และ กรรณิการ์ หาญสูงเนิน. (2560). รูปแบบการเสริมสร้างภาวะพลัดพลังในผู้สูงอายุ ใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม, ฉบับพิเศษการประชุมพยาบาลครั้งที่ 25.

ประไพศิริ เชี่ยวสารกิจ. คู่มือสูงวัยอย่างสมารถ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) ; 2556. 80 หน้า.

ประภาพร มโนรัตน์. (2559) การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุไทยพุทธในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท : กรณีศึกษาบ้านนาโปรง ตำบลท่าเสา อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์, 8(2).96-111.

ปณดา รามไพบุลย์และคณะ.(2561).การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพในการใช้สมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพรของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย. เชียงรายเวชสาร, 10(1), 81-92.

ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์และคณะ. (2561). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอาศัยในชุมชนชานเมือง จังหวัดขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร, 33(2).153-160.

ปรีชา อุบายคินและคณะ. (2541). ไม้เกลือฝัก: สถานภาพและบทบาทผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: เจริญดีการพิมพ์.

แพรววิภา รัตนศรีและคณะ. (2560). รูปแบบการพัฒนากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านสระแก้ว ตำบลสระแก้ว อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม, 12(2). 199-208.

ภัทร์ธิดา ศรีแสง และวารภรณ์ ดินน้ำจิต, (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร: กรณีศึกษาการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง ฉบับที่ 63 ฉบับเพิ่มเติม, 73 -82.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2561.พิมพ์ครั้งที่ 1

- นครปฐม : บริษัท พรินเตอร์ จำกัด ; 2561. 127 หน้า.
- รัชนี้ กลิ่นศรีสุข .(2540). พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน.
กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัชนี้วิภา จิตรากุล. (2558). การพัฒนารูปแบบหมู่บ้านจัดการสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
จังหวัดมหาสารคาม. วารสารช่อพยอม, 26(2), 196–208.
- รุ่งนภา อาระหัง. (2560). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการ
ป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งใน
จังหวัดนครปฐม. ปรินญาณิพนธ์การศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต(สาขาวิชาการ
พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ลัดดา อุษอาด. (2546). ปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงมีครรภ์
ที่มารับบริการฝากครรภ์โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม จังหวัดนครปฐม . ปรินญาณิพนธ์.
บัณฑิตวิทยาลัย.มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- วริยา จันทร์ขำและคณะ. (2558). รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเอง
กรณีศึกษา: องค์การบริหารส่วนตำบลท่างาม อำเภอบึงสามพัน จังหวัดสิงห์บุรี. วารสารวิจัย
เพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่, 7(3), 22–41.
- หวานใจ ขาวพัฒน์วรรณ . (2543). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต. ศิลปศาสตร์ (ประชากรศึกษา).
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิชัย เอกพลากร. (2559). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5
พ.ศ. 2557 นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข , พิมพ์ครั้งที่ 12, 83 หน้า.
- วิมลรัตน์ บุญเสถียร และอรทัย เจริญทิพย์สกุล. (2563) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: สถานการณ์และ
ผลกระทบต่อสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท. 2(1),
1-19.
- วิราพรธรรม วิโรจน์รัตน์. (2557). การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น.
วารสารสภาการพยาบาล, 29(3),104–115.
- วัชรพร เขยสุวรรณ. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ : แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการ
พยาบาล. วารสารแพทยนาวิ, 44(3),183-197.
- วัฒน์พงศ์ นีราราช. (2560). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชุมชน บ้านบุ
ไทย ตำบลห้วยยาง อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา. วารสารการพยาบาล การ
สาธารณสุขและการศึกษา, 18(3), 117–127.

- ศราวุธ ยงยุทธ. (2546). พฤติกรรมสุขภาพ การดูแลตนเอง และการออกก าลังกายของผู้สูงอายุที่มา
รับบริการศูนย์บริการ ทางด้านสังคมผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ศึกษา
ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพลศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศิรินันท์ สุขศรีและดารีวรรณ เศรษฐีธรรม. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดูแลตนเองที่มี
ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญ จังหวัด
อำนาจเจริญ. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น(ฉบับบัณฑิตศึกษา), 17(4),73-84.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2553). การวิจัยเชิงคุณภาพด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์.
- สมิทธิ์ กล้าณรงค์. (2557). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลผางาม อำเภอเวียงชัย
จังหวัดเชียงราย. เชียงรายเวชสาร, 6(2), 125-131.
- สันติ ธรรมชาติ. (2545). สุขภาพจิตในการทำงาน พฤติกรรมสุขภาพ และความพึงพอใจในงานของ
ผู้บริหารธนาคารออมสิน สำนักงานใหญ่. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมนึก เกษโกวิท. (2542). ความรู้และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในจังหวัด
ตราด. ตราด: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด.
- สมบูรณ์ ขอสกุล.(2551). รวมผลงานวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. นครปฐม: สถาบัน
พัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ. (2561). หลัก 10 อ. การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
[ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก <https://www.thaihealth.or.th/> [สืบค้นเมื่อวันที่ 2 ธันวาคม
2561].
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2558). การสำรวจสุขภาพจิต (ความสุข) คนไทย พ.ศ.2558. [ออนไลน์]
เข้าถึงได้จาก [http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/mental-
healthm_FullReport_58.pdf](http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/mental-healthm_FullReport_58.pdf) [สืบค้นเมื่อวันที่ 2 ธันวาคม 2561].
- สำนักศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ. (2561). ระบบการดูแลผู้สูงวัยแบบครบวงจร, พิมพ์ครั้งที่ 1 .
นครปฐม : บริษัท พรินท์เออร์ จำกัด ; 2561.20 หน้า
- สุชาดา ทวีสิทธิและคณะ. (2553). ประชากรและสังคม 2553 คุณค่าผู้สูงอายุ ในสายตาสังคมไทย.
[ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก <http://khunnaipui.multiply.com> [สืบค้นเมื่อวันที่ 2 ธันวาคม
2561].
- สมลรัตน์ รอบรู้เจน. (2560). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ
อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์,
9(3), 57-69.
- สุรัตน์ ตะภา. (2559). การพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ของโรงพยาบาลส่งเสริม

- สุขภาพตำบล. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา, 109–120.
- สุรีย์ สิมพลีและพรณี บัญชรหัตถกิจ. (2562). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ร่วมกับการออกกำลังกายโดยทำบริหารมณีเวชประยุกต์เพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารสุขศึกษา, 42(2), 149-159.
- อรุณ จีรวัดน์กุลและคณะ. (2547). ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ขอนแก่น: ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อารีย์ เจียมพุก. (2552). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม. สารนิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- องค์การบริหารส่วนตำบลกุตุรงค์. (2562). ข้อมูลประชากรตำบลกุตุรงค์ อำเภอกุตุรงค์ จังหวัด มหาสารคาม.
- อัมพรพรรณ ธีรานูตร และคณะ. (2552). คู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- เอี่ยมพร หลิมเจริญ. (2555). เทคนิคการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ. วารสารการวัดผลการศึกษา, 17(1), 17–29.
- อรชร โวทวี . (2548). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในอำเภอบางแพ จังหวัด ราชบุรี. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ฤดีวรรณ วงศ์เจริญและประเสริฐ ประสมรักษ์. (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารการ พัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 7(2), 181-196.
- Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med.* 2011;155(2):97-107.
- Carr, W., & Kemmis, S. (1986). *Becoming Critical: Education, Knowledge and Action Research.*
- Chesser AK, Keene Woods N, Smothers K, Rogers N. (2016). Health Literacy and Older Adults: A Systematic Review. *Gerontol Geriatr Med.* 2:1-13.
- Clement S, Ibrahim S, Crichton N, Wolf M, Rowlands G. (2009). Complex interventions to improve the health of people with limited literacy: A systematic review. *Patient Educ Couns.* 75(3):340-351.
- Cutler, D. M., & Wise, D. A. (2008). Health at older ages: the causes and consequences

- of declining disability among the elderly. University of Chicago Press.
- Geboers B, de Winter AF, Spoorenberg SL, Wynia K, Reijneveld SA. (2016) The association between health literacy and self-management abilities in adults aged 75 and older, and its moderators. *Qual Life Res.* 25(11):2869-2877.
- Golboni F, Nadrian H, Najafi S, Shirzadi S, Mahmoodi H. (2018) Urban-rural differences in health literacy and its determinants in Iran: A community-based study. *Aust J Rural Health.* 26(2):98-105.
- Harris, D. M., & Guten, S. (1979). Health-protective behavior: An exploratory study. *Journal of Health and Social Behavior*, 20(1), 17-29.
- Hauser J and Edwards P. (2006). Literacy, Health Literacy and Health: A Literature Review. Unpublished report prepared for the Expert Panel on Health Literacy. Ottawa.
- Javadzade SH, Sharifirad G, Radjati F, Mostafavi F, Reisi M, Hasanzade A. (2012). Relationship between health literacy, health status, and healthy behaviors among older adults in Isfahan, Iran. *J Educ Health Promot.* 1:31.
- Kemmis and McTaggart. (1988). *The Action Research Planner*. Victoria: Deakin University Press.
- Kleinman, A. (1981). *Patient and Healers in the Context of Culture*. London: California Press.
- Langlie, J. K. (1977). Social networks health beliefs and preventive behavior, and preventive behavior. *Journal of Health and Social Behavior*, 14(3), 244-260.
- Levin, B. (1985). *Impressions For Complete Dentures*. Chicago: Quintessence.
- Mahdzadeh M, Solhi M. (2018). Relationship between self-care behaviors and health literacy among elderly women in Iran, *Electron Physician.* 10(3):6462-6469.
- Nutbeam D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med.* 67(12):2072-2078.
- Orem, D. E. (1985). *Nursing Concept of Practice* (3th ed.). New York: mc Graw-Hill. 61
- Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.
- Pender, N. J. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice* (2nd ed.). Connecticut:

Appleton & Lange.

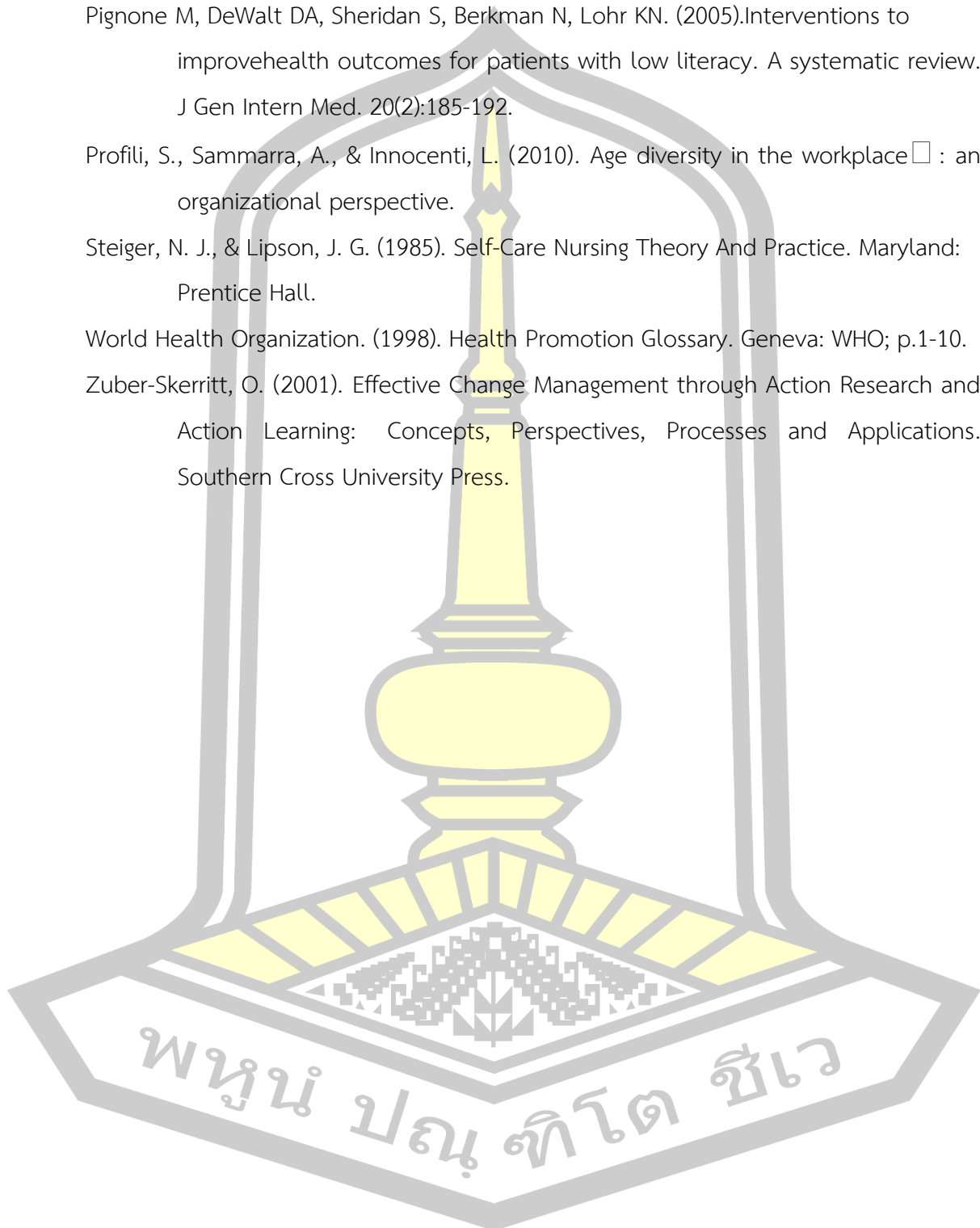
Pignone M, DeWalt DA, Sheridan S, Berkman N, Lohr KN. (2005). Interventions to improve health outcomes for patients with low literacy. A systematic review. *J Gen Intern Med.* 20(2):185-192.

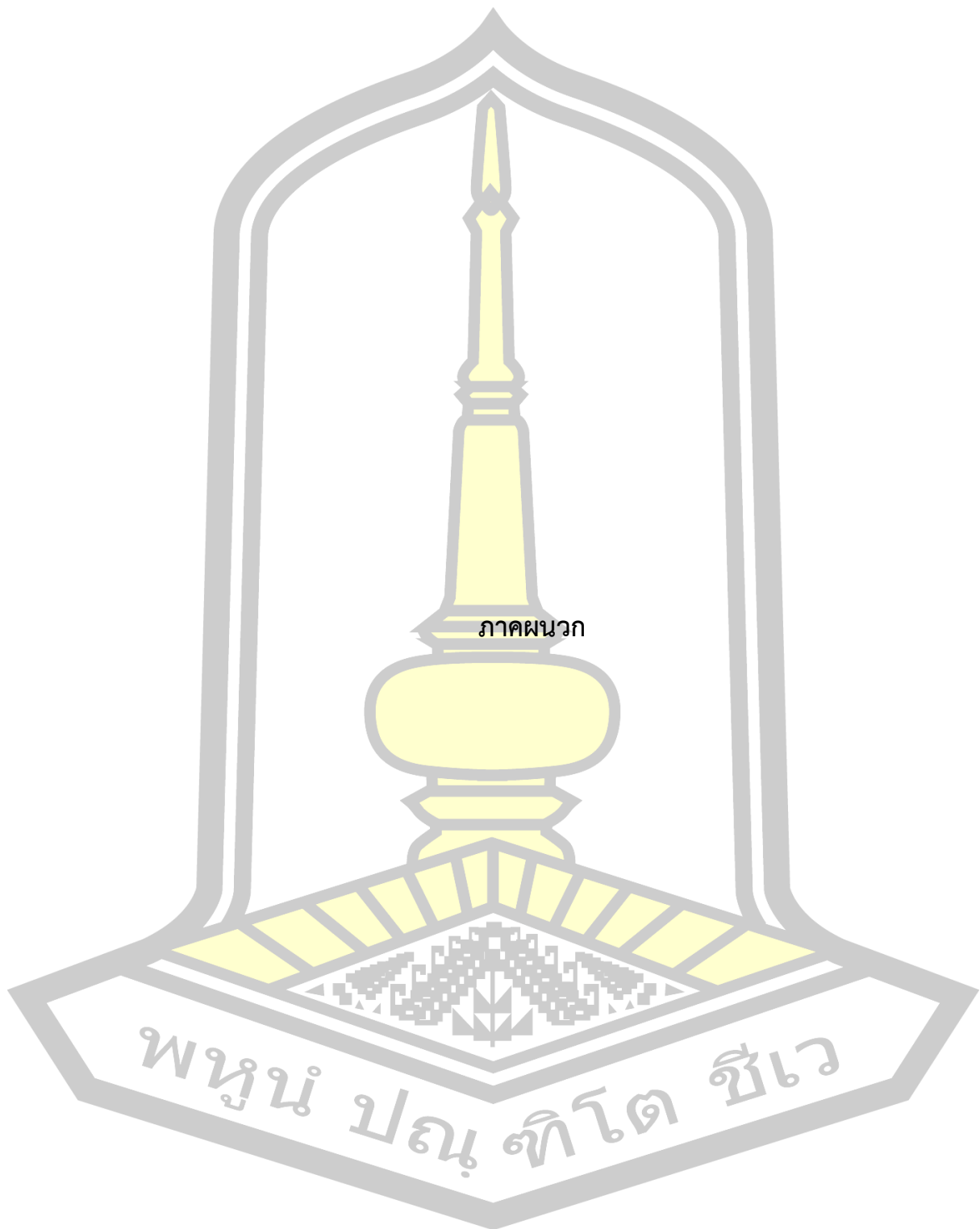
Profili, S., Sammarra, A., & Innocenti, L. (2010). Age diversity in the workplace □ : an organizational perspective.

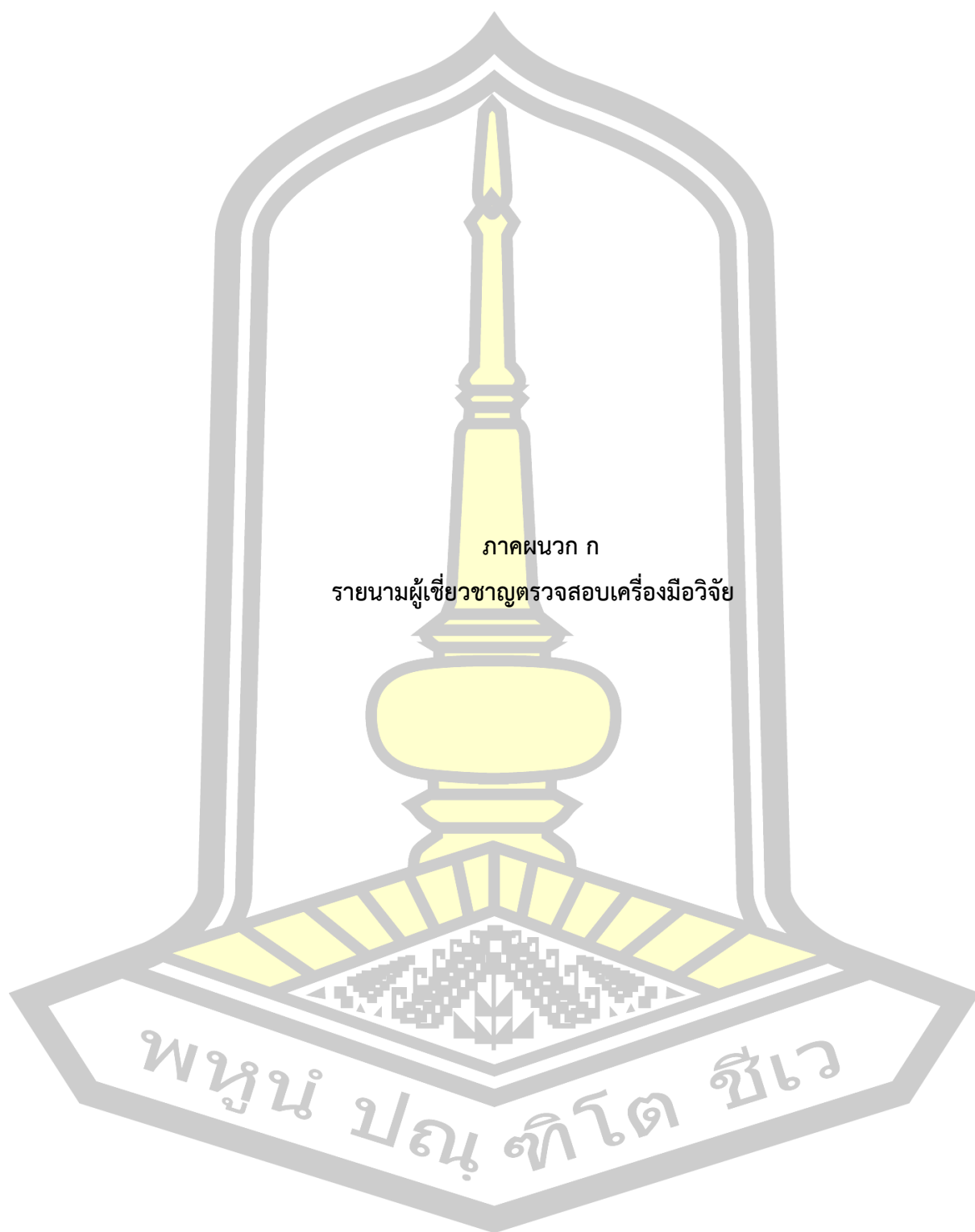
Steiger, N. J., & Lipson, J. G. (1985). *Self-Care Nursing Theory And Practice*. Maryland: Prentice Hall.

World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: WHO; p.1-10.

Zuber-Skerritt, O. (2001). *Effective Change Management through Action Research and Action Learning: Concepts, Perspectives, Processes and Applications*. Southern Cross University Press.







ภาคผนวก ก
รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

พหุบัณฑิตวิทัย

รายนามผู้เชี่ยวชาญ

1.อาจารย์ ดร.เขมิกา สมบัติโยธา

วุฒิการศึกษาสูงสุด สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
 ตำแหน่ง อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์
 สถานที่ทำงาน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
 ความเชี่ยวชาญ การบริหารเบื้องต้น การจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ

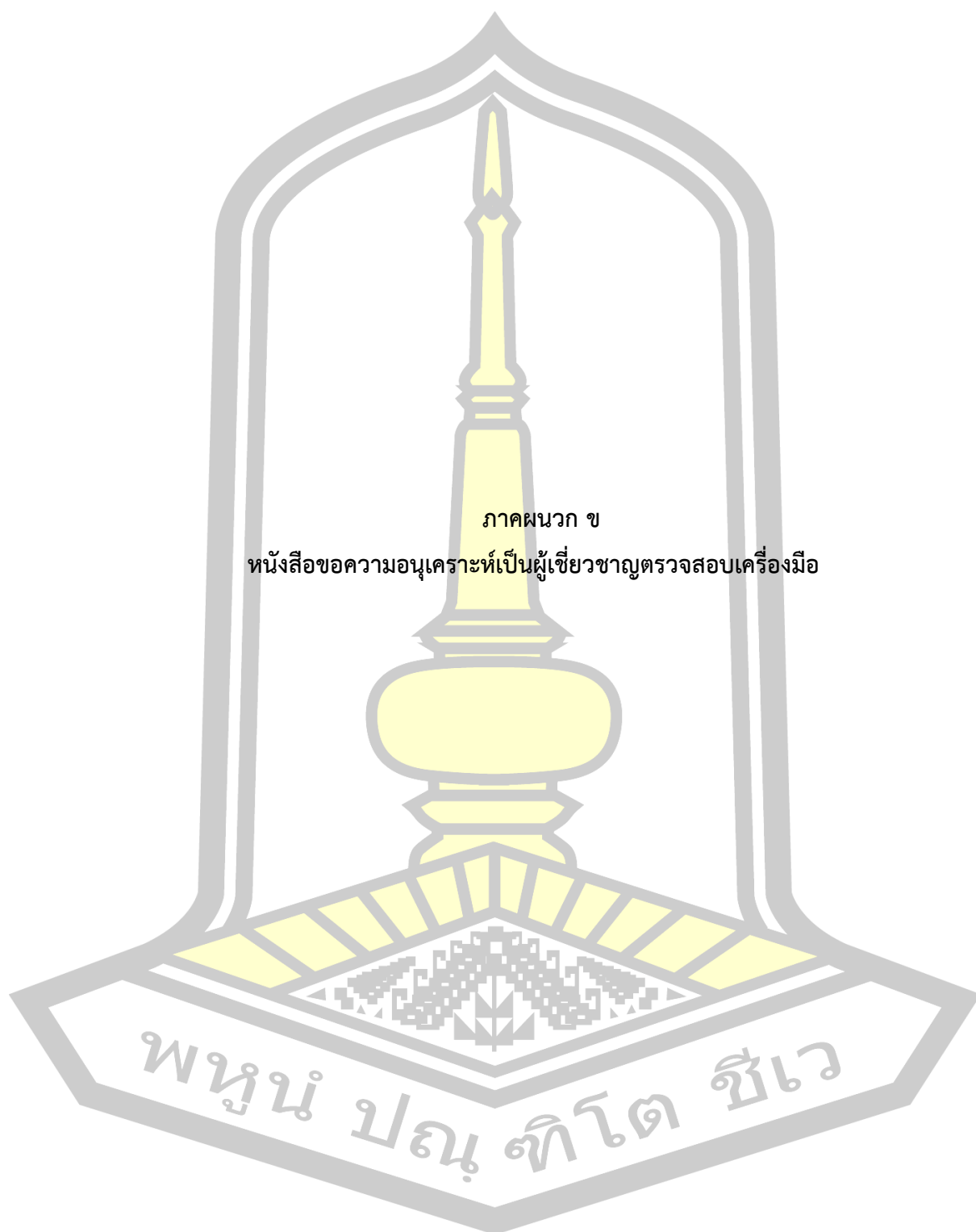
2.อาจารย์ ดร.อดิสร วงศ์คงเดช

วุฒิการศึกษาสูงสุด ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยขอนแก่น
 ตำแหน่ง อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์
 สถานที่ทำงาน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
 ความเชี่ยวชาญ การจัดการสุขภาพในชุมชน

3.ผศ.ดร.กัญเกียรติ ทุดป่อ

วุฒิการศึกษาสูงสุด ปริญญาเอก (Medical Sciences) Radboud University
 ตำแหน่ง อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์
 สถานที่ทำงาน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
 ความเชี่ยวชาญ กายภาพบำบัดและสรีรวิทยา

พูน บณฺ ทิโต ชีเว



ภาคผนวก ข

หนังสือขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

พูน ปรณ ทิโต ชีเว



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โทร.๐๔๓-๗๕๔-๓๕๓

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/

วันที่ ๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๒

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน อ.ดร.เขมิกา สมบัติโยธา

ด้วย นางสาวสุพัตรา แก้วเมือง นิสิตระดับปริญญาโท สาขาการจัดการสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุตุรงค์ อำเภอกุตุรงค์ จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี รศ.อุดมศักดิ์ มหาวิวัฒน์ เป็นที่ปรึกษานิพนธ์ในครั้งนี้

ในกรณีนี้ เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัยในการเก็บข้อมูลรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์จักเป็นพระคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิรารรรถ เฮอร์นโบล์)
รองคณบดีฝ่ายบริหารการศึกษา ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โทร.๐๔๓-๗๕๔-๓๕๓

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/..... วันที่ 1๒ มิถุนายน ๒๕๖๒

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน อ.ดร.อดิสร วงศ์คงเดช

ด้วย นางสาวสุพัตรา แก้วเมือง นิสิตระดับปริญญาโท สาขาการจัดการสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุตุรง อำเภอกุตุรง จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี รศ.อุดมศักดิ์ มหาวิวัฒน์ เป็นที่ปรึกษานิพนธ์ในครั้งนี้

ในการนี้ เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัยในการเก็บข้อมูลรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์จักเป็นพระคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เทิร์นโบล)
รองคณบดีฝ่ายบริหารการศึกษา ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โทร.๐๔๓-๗๕๔-๓๕๓

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/

วันที่ ๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๒

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

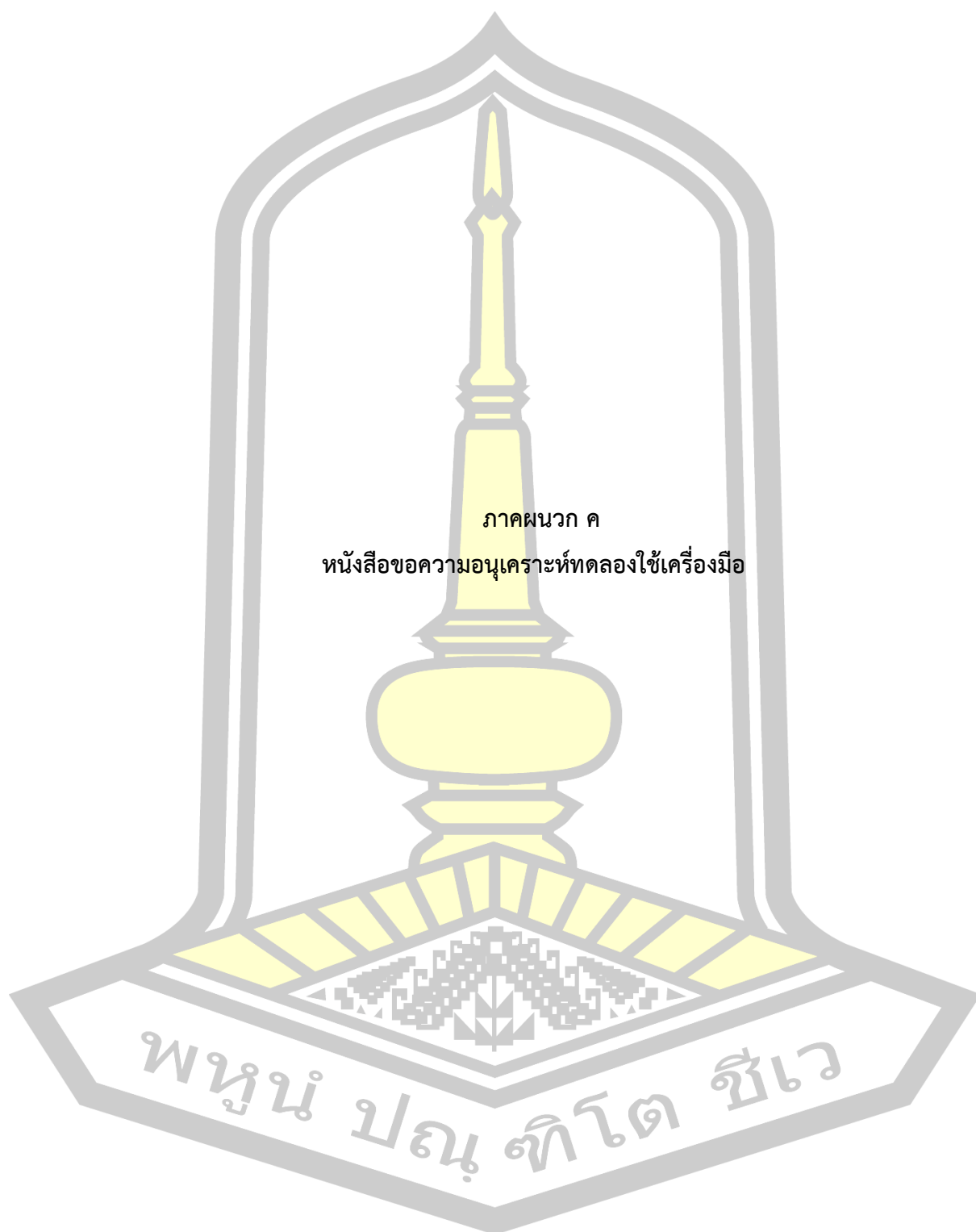
เขียน อ.ดร.ผู้เกียรติ ทุดปอ

ด้วย นางสาวสุพัตรา แก้วเมือง นิสิตระดับปริญญาโท สาขาการจัดการสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี รศ.อุดมศักดิ์ มหาวิวัฒน์ เป็นที่ปรึกษานิพนธ์ในครั้งนี้

ในการนี้ เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัยในการเก็บข้อมูลรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์จักเป็นพระคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุตตณ เทรินโบสถ์)
รองคณบดีฝ่ายบริหารการศึกษา ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์



ภาคผนวก ค

หนังสือขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือ

พหุบัณฑิตยาลัย

ที่ ยว ๐๖๐๕.๓๘/ว.๕๗๗



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย
จ.มหาสารคาม ๔๔๓๕๐

๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๒

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตูเหนือ

ด้วย นางสาวสุพิศรา แก้วเมือง นิสิตระดับปริญญาโท สาขาการจัดการสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุตุรงค์ อำเภอกุตุรงค์ จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี รศ.อุดมศักดิ์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ในการนี้ เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงเรียนมายังท่านเพื่อขอความอนุเคราะห์ให้ นางสาวสุพิศรา แก้วเมือง เข้าใช้พื้นที่ในเขตรับผิดชอบของท่านเพื่อเป็นพื้นที่ในการศึกษาและเก็บข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์ โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี

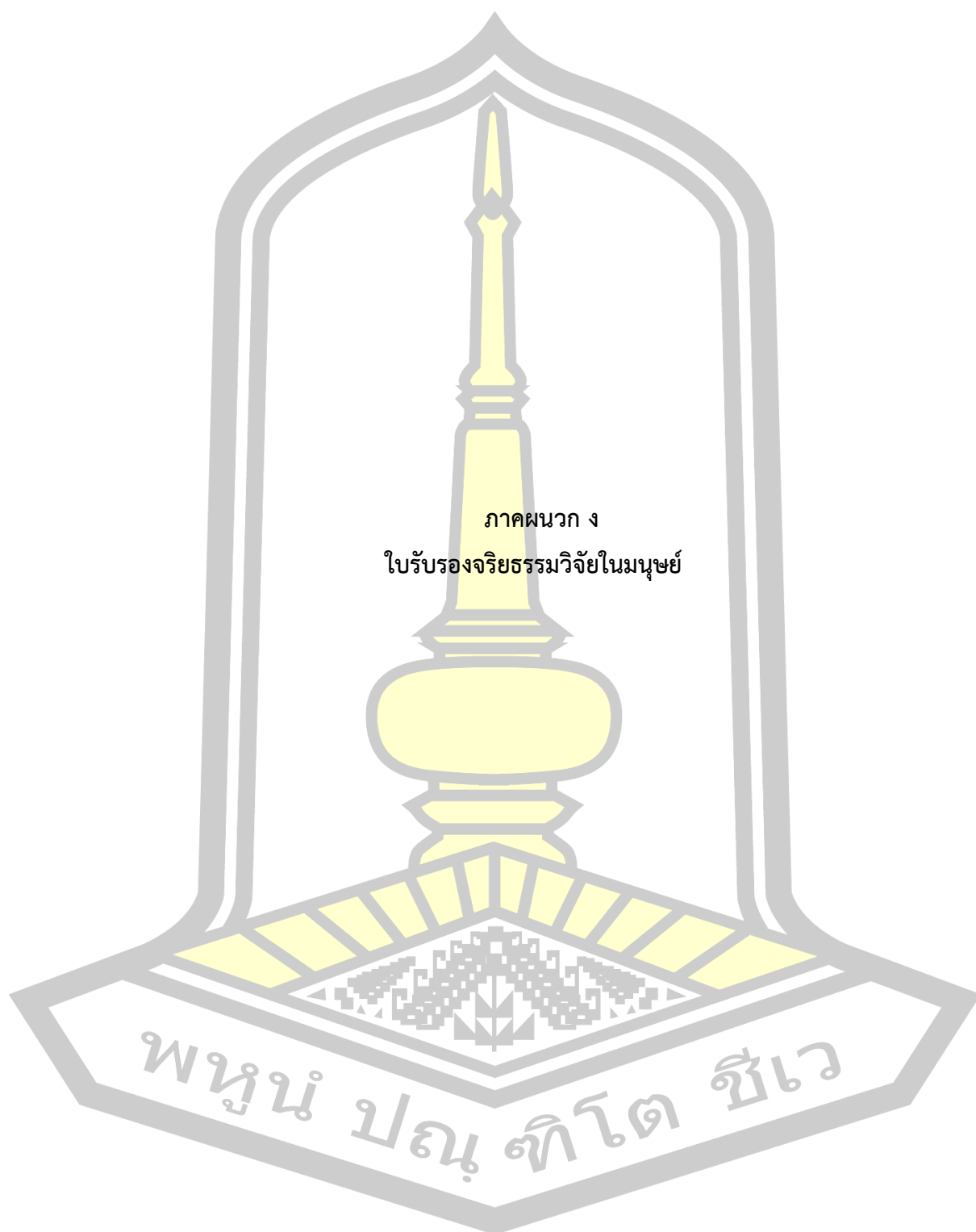
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เจีร์นโบล์)
รองคณบดีฝ่ายบริหารการศึกษา ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นางสาวสุพิศรา แก้วเมือง โทร.๐๔๓-๖๖๗-๖๘๕๕





คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 146/2562

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุตุรง อำเภอกุตุรง จังหวัดมหาสารคาม

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) : Development of the Elderly Care Model for Elderly Community Kudrang Kudrang District Mahasarakham Province.

ผู้วิจัย : นางสาวสุพัตรา แก้วเมือง

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : จังหวัดมหาสารคาม

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 18 กรกฎาคม 2562

วันหมดอายุ : 17 กรกฎาคม 2563

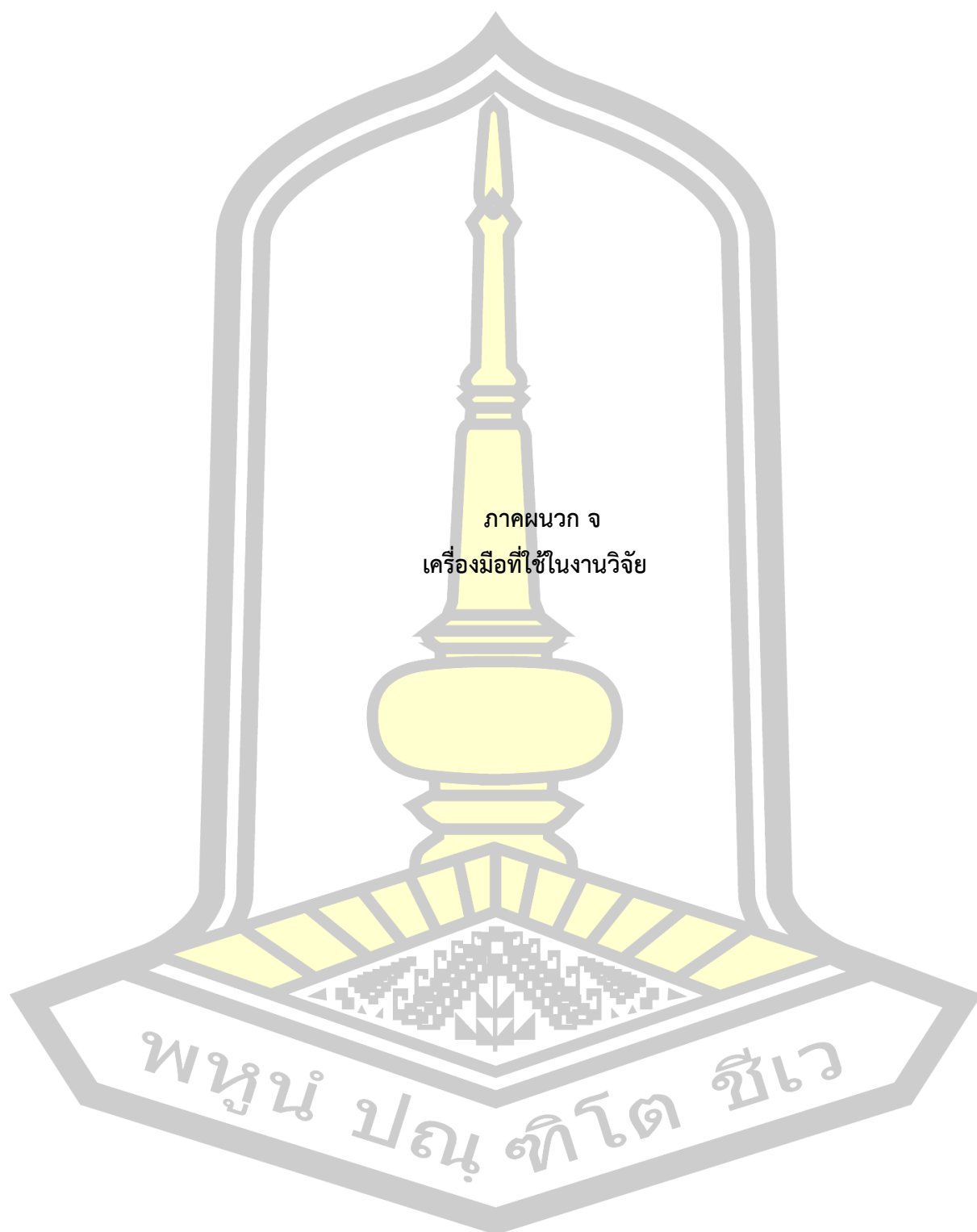
ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงการงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

.....**ภรณ์ สว่างจิตร์**.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกสัชกรหญิงรัตรี สว่างจิตร์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



แบบสัมภาษณ์ข้อมูลผู้สูงอายุ

การศึกษาวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุดรัง

อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม

คำชี้แจง

1. แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้เท่าทันด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม

2. แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เท่าทันด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ จำนวน 22 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอ้างอิงตามหลักการดูแลสุขภาพและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ 5 ด้าน จำนวน 27 ข้อ ดังนี้

ด้านที่ 1 ด้านอาหาร จำนวน 7 ข้อ

ด้านที่ 2 ด้านออกกำลังกาย จำนวน 4 ข้อ

ด้านที่ 3 ด้านอารมณ์ จำนวน 9 ข้อ

ด้านที่ 4 ด้านอุบัติเหตุ จำนวน 7 ข้อ

ด้านที่ 5 ด้านอนามัยส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ

3. ผู้ตอบให้ตอบแบบสัมภาษณ์ให้ครบทุกข้อและตรงกับความเป็นจริงของท่านให้มากที่สุด โดยคำตอบของท่าน ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ และไม่มีผลเสียหายใดๆ ต่อท่าน เนื่องจากผู้วิจัยจะนำไปสรุปผลในภาพรวมเท่านั้น

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี ขอขอบคุณทุกท่านไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

พูน ปรณ ทิโต ชีเว

นางสาวสุพัตรา แก้วเมือง

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เครื่องมือชุดที่ 1

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

และการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอ็ดิแอล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ จำนวน 15 ข้อ

คำชี้แจง โปรดตอบแบบสอบถามโดยกาเครื่องหมาย ลงในช่อง หรือเติมข้อความลงในที่ว่างให้ตรงความเป็นจริงของท่าน มากที่สุด

1.เพศ 1. ชาย 2. หญิง

2.อายุ.....ปี

3.ท่านอาศัยอยู่ในพื้นที่ บ้าน หมู่ที่.....

4.ลักษณะการอยู่อาศัย 1.อยู่คนเดียว 2.อยู่กับคู่สมรส 3.อยู่กับบุตรหลาน 4.อยู่กับญาติ

5.สถานภาพ 1.โสด 2. สมรส 3. หม้าย 4. หย่า 5.แยกกันอยู่

6.ระดับการศึกษา

1. ไม่ได้เรียน 2. ประถมศึกษา
 3. มัธยมศึกษาตอนต้น 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปศ.ต้น
 5. ปวส./อนุปริญญา/ปวท. 6. ปริญญาตรี
 7. สูงกว่าปริญญาตรี 8.อื่น ๆ ระบุ.....

7.อาชีพ

1. ทำสวน/ทำนา/ทำไร่/เลี้ยงสัตว์ 2. รับจ้างทั่วไป
 3. ข้าราชการบำนาญ 4. ทำงานบ้าน / แม่บ้าน/พ่อบ้าน
 5. ค้าขาย / ทำธุรกิจส่วนตัว 6. ไม่มีงานทำ/ว่างงาน
 7. อื่น ๆ ระบุ.....

8.รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท/เดือน

9.แหล่งที่มาของรายได้

- 1.ทำนา ทำไร่ ทำสวน เลี้ยงสัตว์ 2.ค้าขาย 3.รับจ้าง
 4.บุตร หลานส่งมาให้ 5.เงินบำนาญ 6.อื่นๆ ระบุ.....

10.ความเพียงพอของรายได้ 1. เพียงพอ 2. ไม่เพียงพอ

11. สิทธิในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน

1. บัตรทอง/บัตรผู้สูงอายุ 2. จ่ายตรง/เบิกได้ 3. ชำระเอง 4. อื่น ๆ ระบุ.....

12. บุคคลที่ใกล้ชิดและดูแลการใช้ชีวิตประจำวันของท่านมากที่สุด คือ (ตอบเพียง 1 ข้อ)

1. คู่สมรส 2. บุตรชาย 3. บุตรสาว 4. หลานชาย 5. หลานสาว
 6. ญาติ 7. เพื่อนบ้าน 8. ดูแลตนเอง 9. อื่น ๆ.....

13. บุคคลที่ดูแลเรื่องการรักษาพยาบาล (พาไปพบแพทย์ดูแลเมื่อเจ็บป่วย) ของท่านคือ (ตอบเพียง 1 ข้อ)

1. คู่สมรส 2. บุตรชาย 3. บุตรสาว 4. หลานชาย
 5. หลานสาว 6. ญาติ 7. เพื่อนบ้าน 8. ดูแลตนเอง 9. อื่น ๆ.....

14. ท่านมีกลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุ ที่ไปมา หาผู้กันเป็นประจำในชุมชนหรือไม่

1. ไม่มี 2. มี ระบุ จำนวน.....คน

15. ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านเข้าร่วมกิจกรรมต่อไปนี้ ในชุมชนหรือไม่ ถ้าท่านเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรมบ่อยแค่ไหน ให้ทำเครื่องหมาย ในช่องที่ตอบ

กลุ่ม/ชมรม	ความถี่ของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรม				สำหรับ ผู้วิจัย
15.1 กลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุในชุมชน	<input type="checkbox"/> 1. ไม่เข้าร่วม	<input type="checkbox"/> 2. นาน ๆ ครั้ง	<input type="checkbox"/> 3. บางครั้ง	<input type="checkbox"/> 4. ทุกครั้ง	
15.2 กลุ่มจำศีล กลุ่มแม่ออก พ่อออก	<input type="checkbox"/> 1. ไม่เข้าร่วม	<input type="checkbox"/> 2. นาน ๆ ครั้ง	<input type="checkbox"/> 3. บางครั้ง	<input type="checkbox"/> 4. ทุกครั้ง	
15.3 กลุ่มส่งเสริมอาชีพ ได้แก่ กลุ่มทอผ้า กลุ่มทอเสื่อ	<input type="checkbox"/> 1. ไม่เข้าร่วม	<input type="checkbox"/> 2. นาน ๆ ครั้ง	<input type="checkbox"/> 3. บางครั้ง	<input type="checkbox"/> 4. ทุกครั้ง	
15.4 การเข้าร่วมกิจกรรม หรืองานใน ชุมชน เช่น งานแต่ง งานบวช งานศพ	<input type="checkbox"/> 1. ไม่เข้าร่วม	<input type="checkbox"/> 2. นาน ๆ ครั้ง	<input type="checkbox"/> 3. บางครั้ง	<input type="checkbox"/> 4. ทุกครั้ง	

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล
(Barthel Activities of Daily Living : ADL)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

(1) รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า

- 0 คะแนน ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้
 1 คะแนน ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดเป็นชิ้นเล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า
 2 คะแนน ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

(2) การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา

- 0 คะแนน ต้องการความช่วยเหลือ
- 1 คะแนน ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

(3) ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้

- 0 คะแนน ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คน 2 คนช่วยกันยกขึ้น
- 1 คะแนน ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุง หรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
- 2 คะแนน ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตามหรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
- 3 คะแนน ทำได้เอง

(4) การใช้ห้องน้ำ

- 0 คะแนน ช่วยตัวเองไม่ได้
- 1 คะแนน ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
- 2 คะแนน ช่วยเหลือตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

(5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน

- 0 คะแนน เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
- 1 คะแนน ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง(ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
- 2 คะแนน เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
- 3 คะแนน เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

(6) การสวมใส่เสื้อผ้า

- 0 คะแนน ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย
- 1 คะแนน ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
- 2 คะแนน ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใส่เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

(7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น

- 0 คะแนน ไม่สามารถทำได้
- 1 คะแนน ต้องการคนช่วย
- 2 คะแนน ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

(8) การอาบน้ำ

- 0 คะแนน ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
- 1 คะแนน อาบน้ำได้เอง

(9) การกลั้นการถ่ายอุจจาระ ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- 0 คะแนน กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- 1 คะแนน กลั้นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
- 2 คะแนน กลั้นได้เป็นปกติ

(10) การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- 0 คะแนน กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ไม่สามารถดูแลเองได้
- 1 คะแนน กลั้นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง)
- 2 คะแนน กลั้นได้เป็นปกติ



เครื่องมือวิจัยชุดที่ 2

แบบวัดความรู้เท่าทันด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ (Health literacy for older adult)

คำชี้แจง โปรดตอบแบบสอบถามโดยกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ให้ตรงความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

องค์ประกอบ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	5	4	3	2	1
1. องค์ประกอบการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ					
1.1 ท่านเปิดรับข้อมูลสิทธิและสวัสดิการด้านสุขภาพที่รัฐบาลจัดให้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 ท่านค้นหาข้อมูลสิทธิและสวัสดิการด้านสุขภาพตามหลัก 5 อ. ได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาใคร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 ท่านสามารถค้นหาความรู้ เพื่อนนำมาพัฒนาตนเองให้มีสุขภาพตามหลัก 5 อ. ดีได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 ท่านสามารถสืบค้นข้อมูลสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพตามหลัก 5 อ. ของท่านได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5 เมื่อต้องการข้อมูลด้านสุขภาพตามหลัก 5 อ. ท่านสามารถค้นหาข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ได้ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ บุตรหลาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6 ท่านค้นหาช่องทางการรับบริการสาธารณสุขได้ เช่น การตรวจสุขภาพฟัน การเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. องค์ประกอบการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ					
2.1 ท่านเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่ได้รับจากผู้ให้บริการสุขภาพทันที	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 ท่านเข้าใจถึงสาเหตุและผลกระทบจากปัญหาสุขภาพตามหลัก 5 อ. ได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3 ท่านสามารถอธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจในปัญหาสุขภาพของตนเองได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4 ท่านมีความเข้าใจข้อมูลสุขภาพอย่างเพียงพอที่จะนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพตามหลัก 5 อ. ตนเองได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5 ท่านเข้าใจถึงสิทธิในการรักษาของตนเอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. องค์ประกอบการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ					
3.1 ท่านสามารถประเมินข้อมูลสุขภาพตามหลัก 5 อ. ที่ได้รับมาก่อนที่ท่านจะปฏิบัติตามได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 ท่านสามารถเลือกข้อมูลสุขภาพที่ตามหลัก 5 อ. ดีที่สุดให้กับตนเองได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 ท่านสามารถประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพตามหลัก 5 อ. ได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4 เมื่อท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโภชนาการ ท่านสามารถเลือกอาหารที่เหมาะสมกับตัวเองได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5 ท่านสามารถเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีที่สุดได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6 เมื่อแพทย์แนะนำเกี่ยวกับความเสี่ยงทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ท่านสามารถประเมินตนเองได้ว่ามีความเสี่ยงหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. องค์ประกอบการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ					
4.1 ท่านสามารถวางแผนการรับประทานอาหารในแต่ละมื้อเพื่อควบคุมป้องกันโรคได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ทำให้ท่านเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ เช่นอาหารที่มีไขมันสูง หวานจัด เค็มจัด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 ท่านสามารถวางแผนการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับตัวเองได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4 ท่านมีวิธีจัดการกับความเครียดได้ด้วยวิธีที่เหมาะสมกับตนเองได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5 ท่านหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพฟันเพื่อนำมาใช้ในการเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับการบดเคี้ยวได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

เครื่องมือวิจัยชุดที่ 3

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง โปรดตอบแบบสอบถามโดยกาเครื่องหมาย ลงในช่อง ที่ตรงกับกรปฏิบัติของผู้ถูก
สัมภาษณ์ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาผู้ถูกสัมภาษณ์ปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอหรือปฏิบัติ
ทุกครั้ง

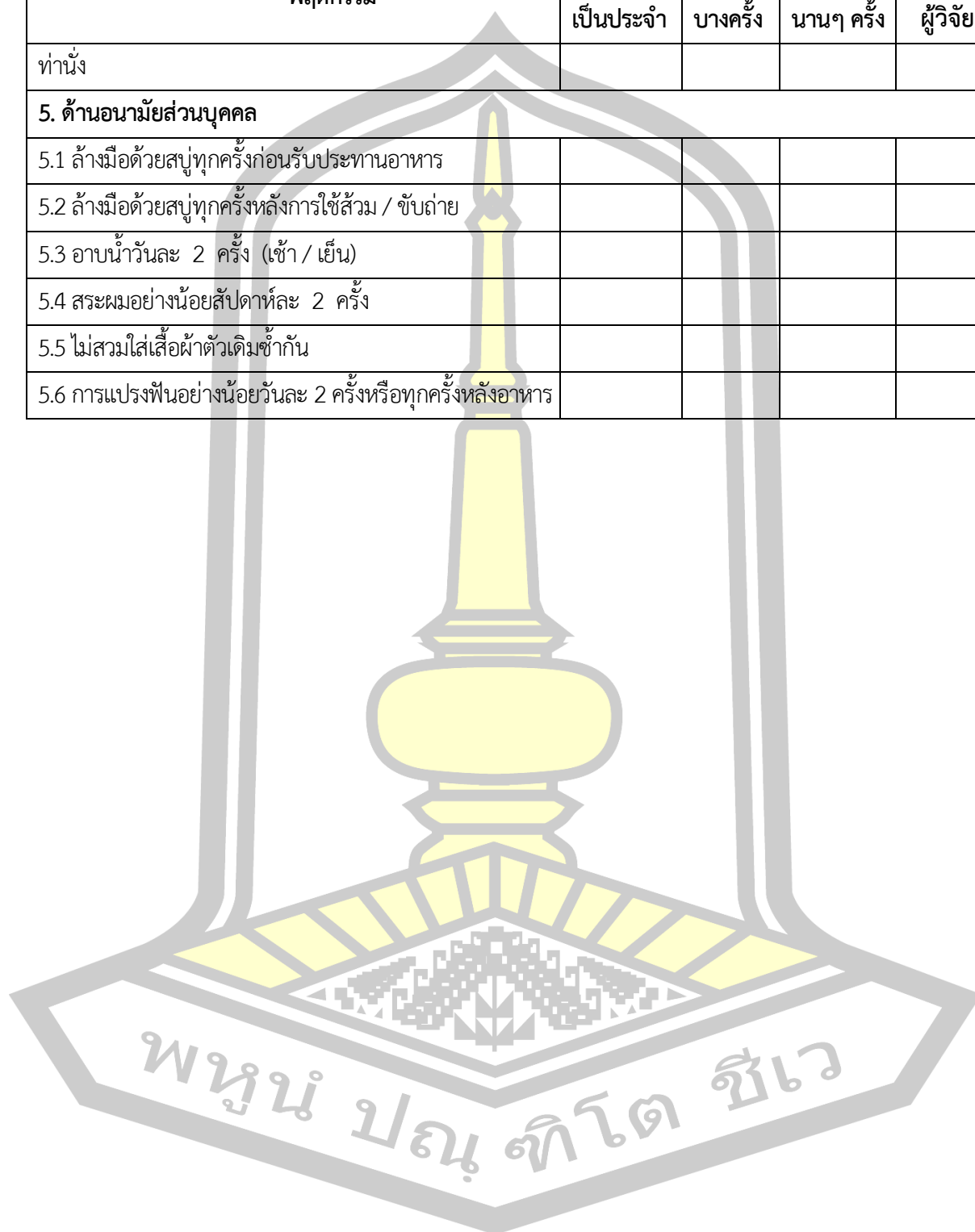
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาผู้ถูกสัมภาษณ์ปฏิบัติเป็นบางครั้งไม่สม่ำเสมอ

ปฏิบัตินานๆ ครั้ง หมายถึง ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาผู้ถูกสัมภาษณ์ปฏิบัตินานๆ ครั้ง เช่น < 1 ครั้ง/เดือน

พฤติกรรม	ความถี่ในการปฏิบัติในรอบ 3 เดือน			สำหรับ ผู้วิจัย
	เป็นประจำ	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	
1.ด้านอาหาร				
1.1 กินอาหารครบ 3 มื้อใน 1 วัน				
1.2 กินอาหารหลากหลายไม่ซ้ำกัน				
1.3 กินผัก ผลไม้ทุกวัน				
1.4 กินอาหารไขมันสูง กินอาหารประเภททอด กินอาหารหรือ ขนมที่ปรุงด้วยกะทิ				
1.5 รับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด เช่น อาหารหมักดอง อาหารแปรรูป เช่น เนื้อเค็ม ปลาเค็ม				
1.6 รับประทานอาหารที่มีรสหวานจัด ดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำผลไม้ปั่นที่มีรสหวาน น้ำอัดลม น้ำหวานต่างๆ				
1.7 ดื่มน้ำอย่างน้อยไม่ต่ำกว่าวันละ 8 แก้ว				
2. ด้านออกกำลังกาย				
2.1 ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาที				
2.2 มีการเคลื่อนไหวในการทำงานบ้าน งานอาชีพ เช่น ทำงานบ้าน ทำสวน ทำนา ซักจักรยาน หรือเดินไป ทำงานจนรู้สึกเหนื่อยกำลังดีสะสมอย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5 วัน				
2.3 มีการยืดเหยียด ออกกำลังกาย ยืดเส้นยืดสาย เช่น การก้ม เอามือแตะพื้นประสานมือไว้เหนือศีรษะแล้วดันขึ้น การก้มลง				

พฤติกรรม	ความถี่ในการปฏิบัติในรอบ 3 เดือน			สำหรับ ผู้วิจัย
	เป็นประจำ	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	
เอามือแตะพื้น การเหยียด และฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ต่อเนื่องกันสัปดาห์ละ 2-3 วัน				
2.4 ออกกำลังกายด้วยกิจกรรมนันทนาการการเดินประกอบ ดนตรี สัปดาห์ละ 2 – 3 วัน				
3. ด้านอารมณ์				
3.1 เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ ท่านผ่อนคลายความเครียดโดย วิธีใดต่อไปนี้				
3.1.1 ไหว้พระ / สวดมนต์/ นั่งสมาธิ				
3.1.2 ดูหนัง / ฟังเพลง / ร้องเพลง				
3.1.3 ปลูกต้นไม้				
3.1.4 ออกกำลังกาย				
3.1.5 ปรึกษาพูดคุยกับเพื่อนๆ หรือสมาชิกในครอบครัว				
3.1.6 สูบบุหรี่ ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์				
3.1.7 ใช้นอนหลับ / ยาระงับประสาท				
3.1.8 อื่นๆ ระบุ.....				
3.2 ท่านทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว เช่น กินอาหาร ดูทีวี ทำบุญ หรือท่องเที่ยวตามเทศกาลต่าง ๆ ฯลฯ				
3.3 มีกิจกรรมสันทนาการกับกลุ่มเครือข่ายของตนเอง เช่น เพื่อนเก่า เพื่อนร่วมงาน ชมรมต่างๆ หรือชุมชน				
4. ด้านอุบัติเหตุ				
4.1 เก็บกวาดสิ่งของให้เป็นระเบียบอยู่เสมอ				
4.2 ระมัดระวังเป็นพิเศษเมื่อเข้าห้องน้ำ				
4.3 สวมรองเท้าที่หลวมมากๆ จะทำให้ไถ่สบาย				
4.4 เตรียมไฟฉายหรืออุปกรณ์ให้แสงสว่างไว้ใกล้ที่นอนก่อนนอน กรณีไปเข้าห้องน้ำในเวลากลางคืนหรือเวลาเกิดเหตุฉุกเฉิน				
4.5 เมื่อมีอาการวิงเวียนศีรษะจะหยุดเดินและนั่งพักก่อน				
4.6 ทำความสะอาดพื้นห้องน้ำไม่ให้เปียกและลื่น				
4.7 การระมัดระวังในการเปลี่ยนอริยาบถจากท่านอนมาเป็น				

พฤติกรรม	ความถี่ในการปฏิบัติในรอบ 3 เดือน			สำหรับ ผู้วิจัย
	เป็นประจำ	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	
ทำนึ่ง				
5. ด้านอนามัยส่วนบุคคล				
5.1 ล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร				
5.2 ล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งหลังการใช้ส้วม / ขับถ่าย				
5.3 อาบน้ำวันละ 2 ครั้ง (เช้า / เย็น)				
5.4 สระผมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง				
5.5 ไม่สวมใส่เสื้อผ้าตัวเดิมซ้ำกัน				
5.6 การแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งหรือทุกครั้งหลังอาหาร				



เครื่องมือวิจัยชุดที่ 4

แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการเข้าร่วมกิจกรรมโครงการเสริมสร้างความรู้เท่าทัน

ด้านสุขภาพร่วมกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามหลัก 5 อ.

คำชี้แจง โปรดตอบแบบสอบถามโดยกาเครื่องหมาย ลงในช่อง ให้ตรงตามความพึงพอใจของท่านเพียงช่องเดียว

ประเด็นความพึงพอใจ	ความพึงพอใจ					สำหรับ ผู้วิจัย
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
1.ด้านเนื้อหาความรู้เท่าทันด้านสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตามหลัก 5 อ.						
1.1มีความรู้/ความเข้าใจในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ						
1.2 มีความรู้/ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ						
2.3 มีความรู้/ความเข้าใจ ในการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ						
2.4 มีความรู้/ความเข้าใจ ในการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ						
2.5 มีความรู้/ความเข้าใจ ในข้อมูลการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 5 อ. ได้แก่ ด้านอาหาร ด้านออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ ด้านอุบัติเหตุ และด้านอนามัยส่วนบุคคล						
2.ด้านการจัดการโครงการ						
2.1.ได้รับความสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรม						
2.2มีความพึงพอใจต่อสถานที่ในการจัดกิจกรรม						
2.3มีความพึงพอใจต่อเวลาในการจัดกิจกรรม						
2.4อาหาร อาหารว่างและเครื่องดื่มในการจัดกิจกรรม						
2.5มีความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมในภาพรวม						
2.6มีความพึงพอใจต่อประโยชน์ที่ได้รับในภาพรวม						

เครื่องมือวิจัยชุดที่ 5

แบบประเมินความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อ

กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตำบลกุดรัง

คำชี้แจง โปรดตอบแบบสอบถามโดยกาเครื่องหมาย ลงในช่อง ให้ตรงตามความพึงพอใจของท่านต่อการดำเนินงานมากที่สุดเพียงช่องเดียว

ประเด็นความพึงพอใจ	ความพึงพอใจ					สำหรับ ผู้วิจัย
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
1.ด้านกระบวนการพัฒนารูปแบบ						
1.1 ความพึงพอใจต่อกระบวนการเตรียมความพร้อม การชี้แจงวัตถุประสงค์ การสร้างความเข้าใจ						
1.2 ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผน เพื่อดำเนินการพัฒนารูปแบบ						
1.3 ความพึงพอใจต่อเทคนิคในการจัดประชุมเพื่อวางแผนการดำเนินการพัฒนารูปแบบ						
1.4 ความพึงพอใจต่อการจัดโครงการเสริมสร้างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตามหลัก 5 อ.						
1.5 ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมในการสรุปผล						
1.6 ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมในปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรคในกระบวนการ						
2.ด้านการเข้าร่วมกระบวนการพัฒนารูปแบบ						
2.1 ได้รับความสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรม						
2.2 มีความพึงพอใจต่อสถานที่ในการจัดกิจกรรม						
2.3 มีความพึงพอใจต่อเวลาในการจัดกิจกรรม						
2.4 อาหาร อาหารว่างและเครื่องดื่ม						
2.5 มีความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมในภาพรวม						
2.6 มีความพึงพอใจต่อประโยชน์ที่ได้รับในภาพรวม						

เครื่องมือวิจัยชุดที่ 6

แบบบันทึกการสังเกตการณ์การมีส่วนร่วม

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม

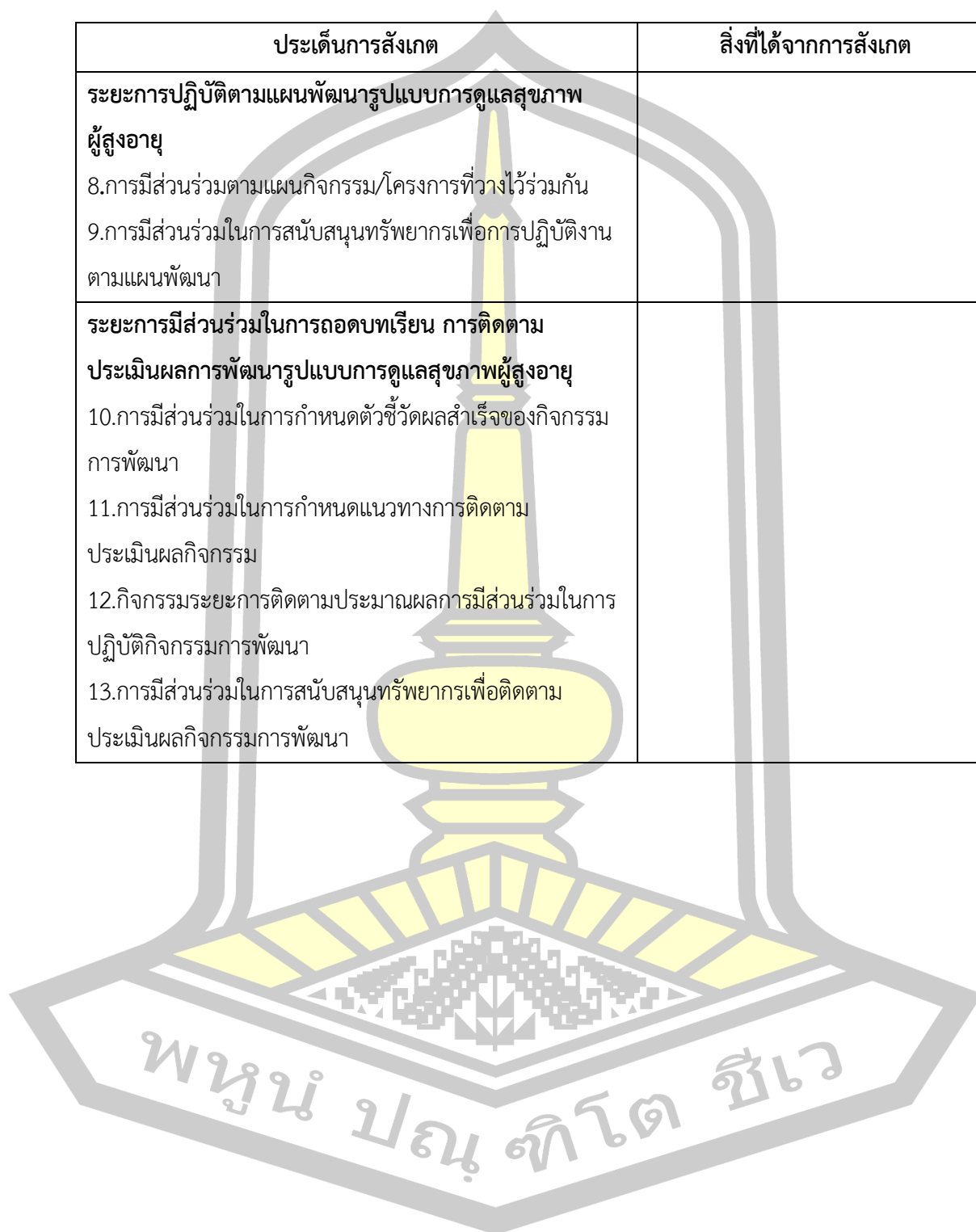
- ผู้เข้าร่วมกิจกรรม
- ผู้สูงอายุ
- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- ผู้นำชุมชน
- ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบล
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- เจ้าหน้าที่พัฒนาชุมชน
-

แบบบันทึกการสังเกตการณ์การมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

ประเด็นการสังเกต	สิ่งที่ได้จากการสังเกต
<p>ระยะการศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์การมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล</p> <p>1.การเข้าร่วมกิจกรรมการสนทนากลุ่มเพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ</p> <p>2.การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนข้อมูลหรือประสบการณ์หรือซักถามปัญหาข้อสงสัย</p> <p>3.มีความสนใจและเข้าร่วมกิจกรรมการสนทนากลุ่ม</p>	
<p>ระยะการวางแผนพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ</p> <p>4.การร่วมกำหนดปัญหา และเป้าหมายเพื่อการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ</p> <p>5.การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนข้อมูลหรือข้อสงสัยในการประชุมจัดทำ/ประสบการณ์หรือซักถามปัญหาแผนแบบมีส่วนร่วม</p> <p>6.การแสดง ความสนใจและเข้าร่วมกิจกรรมในขั้นตอนต่างๆของการประชุมจัดทำแผนแบบมีส่วนร่วม</p> <p>7.มีส่วนร่วมในการวางแผนกิจกรรม โครงการ เพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ</p>	

แบบบันทึกการสังเกตการณ์การมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมกิจกรรม (ต่อ)

ประเด็นการสังเกต	สิ่งที่ได้จากการสังเกต
<p>ระยะการปฏิบัติตามแผนพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ</p> <p>8.การมีส่วนร่วมตามแผนกิจกรรม/โครงการที่วางไว้ร่วมกัน</p> <p>9.การมีส่วนร่วมในการสนับสนุนทรัพยากรเพื่อการปฏิบัติงานตามแผนพัฒนา</p>	
<p>ระยะการมีส่วนร่วมในการถอดบทเรียน การติดตามประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ</p> <p>10.การมีส่วนร่วมในการกำหนดตัวชี้วัดผลสำเร็จของกิจกรรมการพัฒนา</p> <p>11.การมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการติดตามประเมินผลกิจกรรม</p> <p>12.กิจกรรมระยะการติดตามประเมินผลการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนา</p> <p>13.การมีส่วนร่วมในการสนับสนุนทรัพยากรเพื่อติดตามประเมินผลกิจกรรมการพัฒนา</p>	



เครื่องมือวิจัยชุดที่ 7

แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม

ดำเนินการสนทนาเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

พิธีกร.....ผู้จัดบันทึก.....

ผู้ช่วยผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่ม.....

คำชี้แจง แบบบันทึกการสนทนากลุ่มนี้ เป็นการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ
ชุมชนตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 รายชื่อสมาชิกผู้เข้าร่วมสนทนา

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....
- 7.....
- 8.....
- 9.....
- 10.....
- 11.....
- 12.....
- 13.....
- 14.....
- 15.....
- 16.....
- 17.....
- 18.....
- 19.....
- 20.....

พจนานุกรมศัพท์ชีวเว

ตอนที่ 2 ปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

1. ปัญหาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน มีอะไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

2. ปัญหาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ท่านคิดว่ามีควมจำเป็นเร่งด่วนต้องแก้ไข

.....

.....

.....

.....

3. ท่านคิดว่าปัญหาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเกิดจากอะไร และมีแนวทางแก้ไขอย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

4. มีบุคคลหรือหน่วยงานใดที่จะเข้ามาช่วยเหลือ แก้ปัญหาผู้สูงอายุและมีบทบาทอย่างไรในการแก้ปัญหา

.....

.....

.....

.....

5. ผู้สูงอายุในหมู่บ้านมีบทบาทเข้าไปมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของผู้สูงอายุอย่างไร ผลเป็นอย่างไร มีปัญหาอะไรที่ผู้สูงอายุสามารถสามารถช่วยแก้ไขได้และมีปัญหาใด ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง

.....

.....

.....

.....

พจนานุกรมศัพท์โต ชีว

6. ปัญหาที่ผู้สูงอายุไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเองท่านคิดว่ามีวิธีการแก้ปัญหาได้อย่างไร

.....

.....

.....

7. ท่านมีความต้องการอยากจะให้หน่วยงานใดเข้ามาช่วยเหลือ ในเรื่องอะไรบ้าง

.....

.....

.....

6. ถ้ามีโครงการและกิจกรรมที่จะมาดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ท่านคิดว่าควรมีกิจกรรมใดในโครงการนี้จึงจะมีประโยชน์และท่านสามารถเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อย่างไร

.....

.....

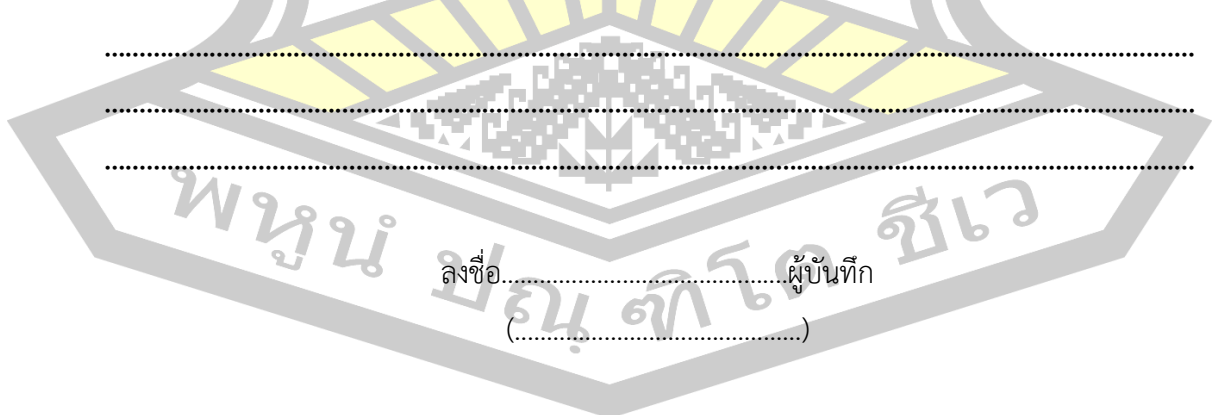
.....

ตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....



ลงชื่อ.....ผู้บันทึก
(.....)

เครื่องมือวิจัยชุดที่ 8

แบบบันทึกการถอดบทเรียน

1.ความเป็นมาของกิจกรรม

.....

.....

.....

2.วัตถุประสงค์ในการถอดบทเรียน

.....

.....

.....

3.ผลของการปฏิบัติการตามแผน วิเคราะห์หาปัญหา อุปสรรค และปัจจัยความสำเร็จ

.....

.....

.....

4.สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการดำเนินงานในครั้งนี้

.....

.....

.....

5.ข้อเสนอแนะ

.....

.....

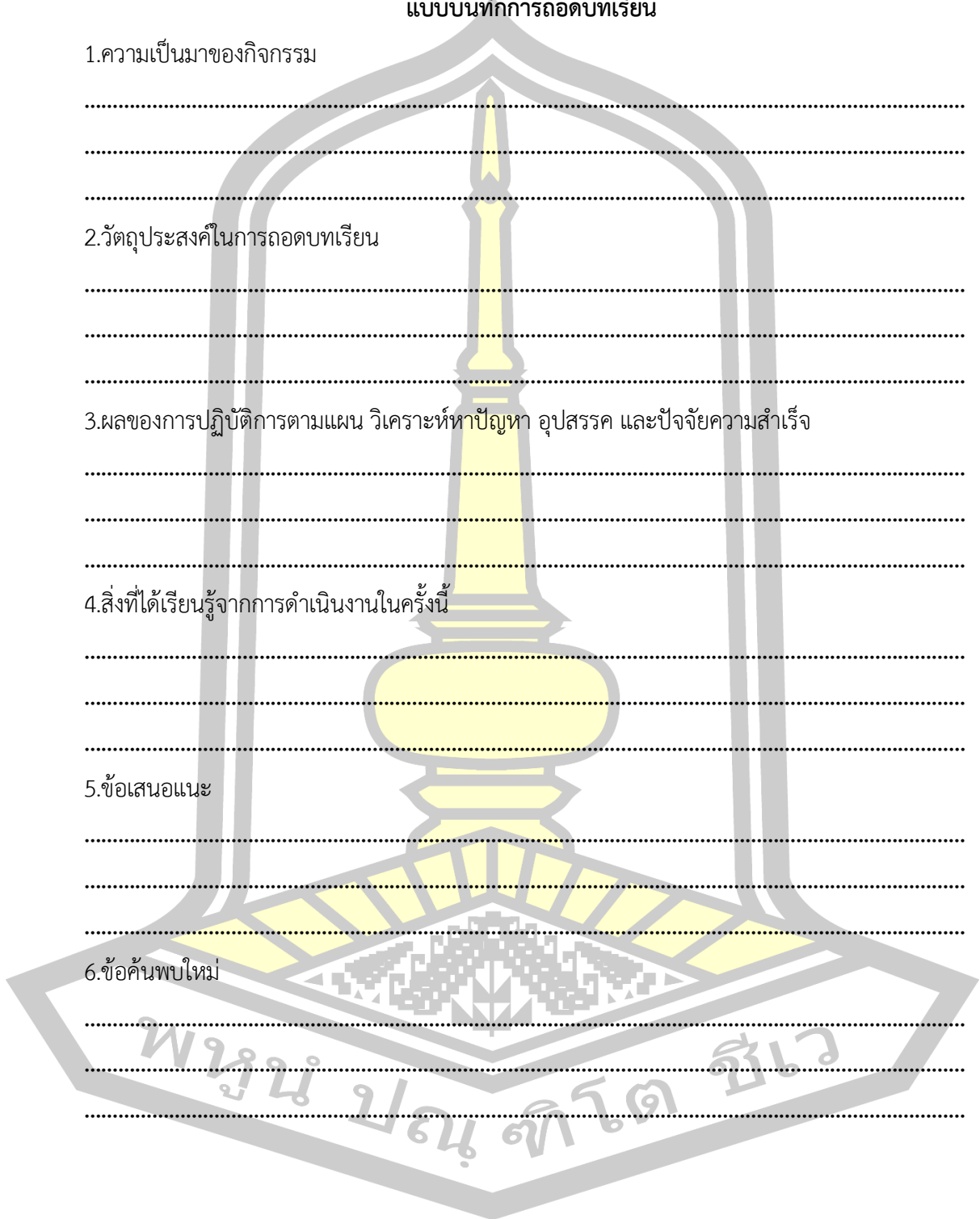
.....

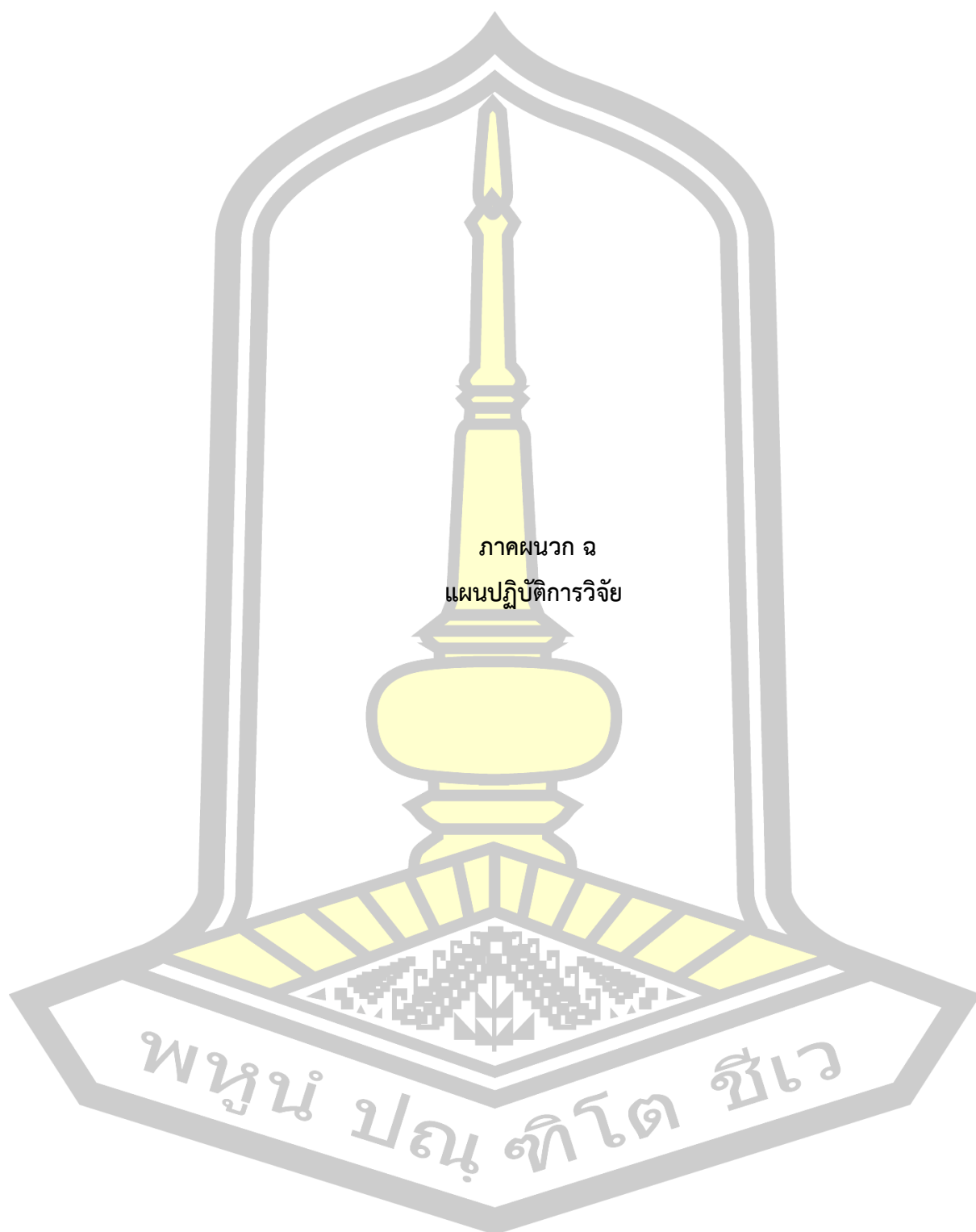
6.ข้อค้นพบใหม่

.....

.....

.....





แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)

โครงการวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนตำบลฤๅษี จังหวัดมหาสารคาม

วัตถุประสงค์/กลุ่มเป้าหมาย	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา	ตัวชี้วัด/การประเมินผล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
<p>ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการวิจัย</p> <p>กิจกรรมที่ 1</p> <p>การเตรียมผู้วิจัย</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>1. เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยด้านความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาการวิจัย</p> <p>2. เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยด้านการระดมการ</p> <p>เป้าหมาย</p> <p>ผู้วิจัย</p>	<p>ขั้นตอนการดำเนินงาน</p> <p>1. ศึกษาข้อมูลความรู้จากเอกสาร ตำรา แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในทกมิติ และความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ</p> <p>2. การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในการเป็นผู้ประสานงาน ผู้สังเกตการณ์ ผู้กระตุ้นและผู้สร้างบรรยากาศในการระดมการกิจกรรมต่าง ๆ</p>	<p>ระยะเวลา</p> <p>เดือนกรกฎาคม 2562</p>	<p>ได้รับความรู้ความเข้าใจในการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในทกมิติ และความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ</p>	<p>ผลที่คาดว่าจะได้รับ</p> <p>ผู้วิจัยมีความรู้และทักษะพร้อมในการวิจัย</p>	<p>ผู้รับผิดชอบ</p> <p>-ผู้วิจัย</p>

วัตถุประสงค์/กลุ่มเป้าหมาย	ขั้นตอนการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/วัสดุอุปกรณ์/งบประมาณ	ตัวชี้วัด/การประเมินผล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
<p>ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการวิจัย</p> <p>กิจกรรมที่ 2 การเตรียมพื้นที่</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อแนะนำตัวผู้วิจัยกับผู้เกี่ยวข้องในผู้เกี่ยวข้องก่อนการดำเนินการ 2. สร้างความเข้าใจตรงกันในการดำเนินกิจกรรมของผู้วิจัย 3. แต่งตั้งคณะกรรมการกับผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ 3. แต่งตั้งคณะกรรมการ <p>เป้าหมาย ผู้เกี่ยวข้องและผู้วิจัย</p>	<p>ขั้นตอนการดำเนินงาน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การแนะนำตัวผู้วิจัยกับผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ 2. การทำความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของงานดำเนินการวิจัย รายละเอียดแผนการดำเนินงาน กิจกรรมขั้นตอนการดำเนินการวิจัยการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องได้มีเอกสารให้ชุมชนได้รับทราบและเกิดความเข้าใจร่วมกัน 3. แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนตำบลคูคต 	<p>ระยะเวลา - สัปดาห์ที่ 1 ของเดือนสิงหาคม 2562</p> <p>สถานที่ - อบต.คูคต</p> <p>วัสดุอุปกรณ์ - สมุดบันทึก</p> <p>- การบันทึกภาพกิจกรรม</p> <p>- การบันทึกเสียง</p> <p>งบประมาณ - ค่าเดินทาง</p>	<p>ได้รับความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างน้อย 80%</p>	<p>1. ผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ที่มีความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของงาน</p> <p>ดำเนินการวิจัย</p> <p>2. มีการสื่อสารให้ชุมชนได้รับทราบและเกิดความเข้าใจร่วมกัน</p> <p>3. มีคณะกรรมการดำเนินงาน</p>	<p>- ผู้วิจัย</p>

วัตถุประสงค์/กลุ่มเป้าหมาย	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/วัสดุอุปกรณ์/งบประมาณ	ตัวชี้วัด/การประเมินผล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
<p>ระยะที่ 1 ชั้นเตรียมการวิจัย</p> <p>กิจกรรมที่ 3.1</p> <p>การศึกษาริบทของพื้นที่</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อศึกษาริบทของพื้นที่สภาพปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุในตำบลกุตุรง โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุในตำบลกุตุรง</p> <p>เป้าหมาย</p> <p>- ผู้เกี่ยวข้อง</p>	<p>ขั้นตอนการดำเนินการ</p> <p>บริบทของพื้นที่ สภาพปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุในตำบลกุตุรง โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุในตำบลกุตุรง</p>	<p>ระยะเวลา</p> <p>- สัปดาห์ที่ 1 ของเดือนสิงหาคม 2562</p> <p>สถานที่</p> <p>- รพ.สต.กุตุรง</p> <p>- รพ.กุตุรง</p> <p>- อบต.กุตุรง</p> <p>- ชุมชนตำบลกุตุรง</p> <p>วัสดุอุปกรณ์</p> <p>- สมุดบันทึก</p> <p>- เครื่องบันทึกเสียง</p> <p>งบประมาณ</p> <p>- ค่าเดินทาง</p>	<p>ได้ข้อมูลริบทของพื้นที่ สภาพปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุในตำบลกุตุรง</p>	<p>ทราบข้อมูลริบทของพื้นที่ สภาพปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุในตำบลกุตุรง</p>	<p>- ผู้วิจัย</p>

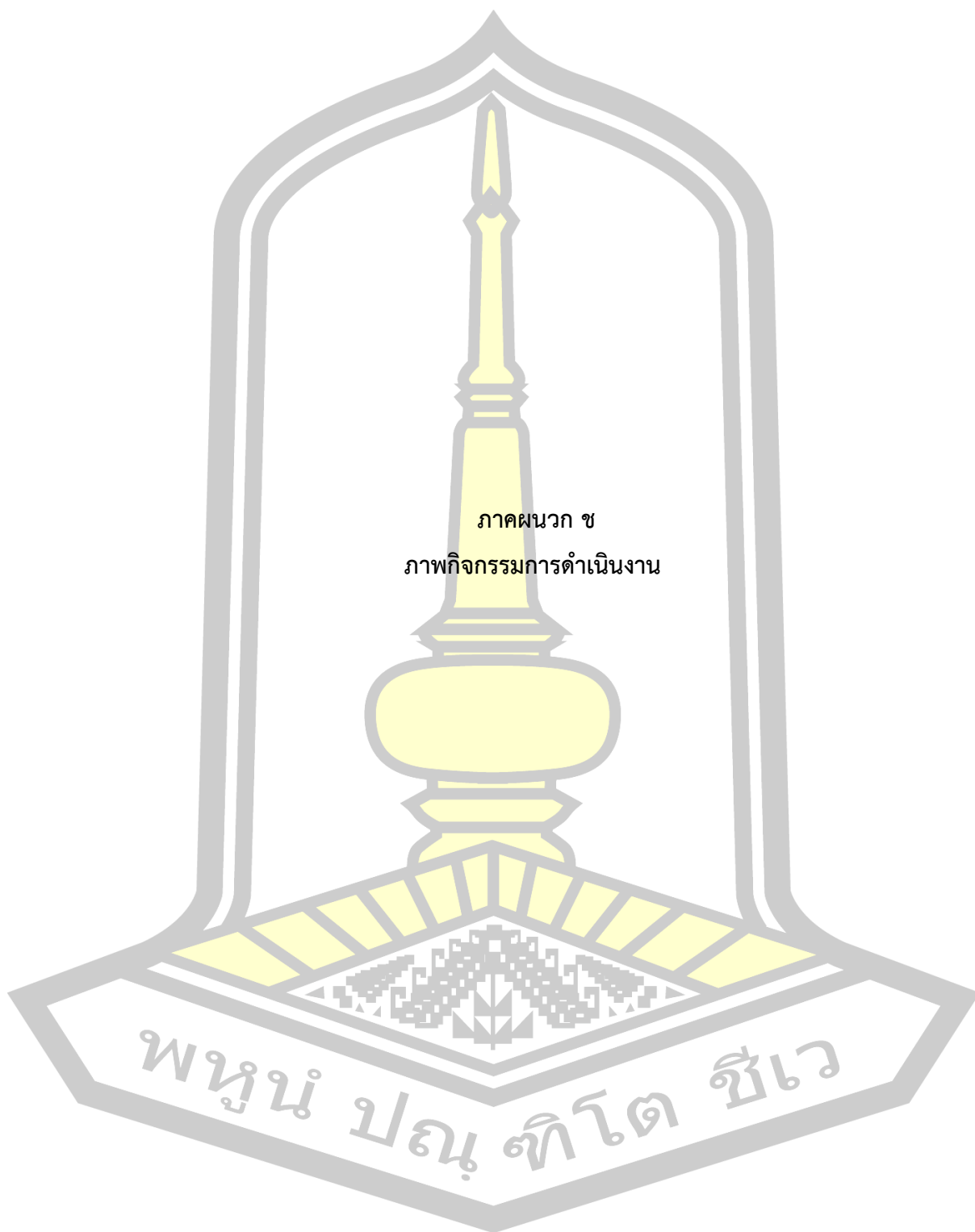
วัตถุประสงค์/กลุ่มเป้าหมาย	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/วัสดุอุปกรณ์/งบประมาณ	ตัวชี้วัด/การประเมินผล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
<p>ระยะที่ 1 ขันเตรียมการวิจัย</p> <p>กิจกรรมที่ 3.2</p> <p>รวบรวมข้อมูลความรู้เท่าทันด้านสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตำบลคูด้รัง</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <ul style="list-style-type: none"> - เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลความรู้เท่าทันด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตำบลคูด้รัง <p>เป้าหมาย</p> <ul style="list-style-type: none"> -ผู้สูงอายุ 257 คน 	<p>ขั้นตอนการดำเนินงาน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รวบรวมข้อมูลความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตำบลคูด้รังโดยใช้แบบสัมภาษณ์ 2. สรุปละเอียดวิเคราะห์ผลข้อมูลความรู้เท่าทันด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตำบลคูด้รัง 	<p>ระยะเวลา</p> <ul style="list-style-type: none"> - สัปดาห์ที่ 3 และ 4 ของเดือนสิงหาคม 2562 <p>สถานที่</p> <ul style="list-style-type: none"> - ชุมชนตำบลคูด้รัง <p>วัสดุอุปกรณ์</p> <ul style="list-style-type: none"> - แบบสัมภาษณ์ <p>งบประมาณ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ค่าถ่ายเอกสาร - แบบสอบถาม - ค่าเดินทาง 	<p>ได้ข้อมูลความรู้เท่าทันด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตำบลคูด้รัง</p>	<p>ทราบข้อมูลความรู้เท่าทันด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตำบลคูด้รัง</p>	<p>-ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย</p>

วัตถุประสงค์/กลุ่มเป้าหมาย	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/วัสดุอุปกรณ์/งบประมาณ	ตัวชี้วัด/การประเมินผล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
<p>ระยะที่ 2 ขันดำเนินการวิจัย</p> <p>1. ขันวางแผน (Planning) กิจกรรมที่ 1</p> <p>ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำแผน</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>1.เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ปัญหา</p> <p>2.เพื่อร่วมกันวางแผนปฏิบัติการ</p> <p>เป้าหมาย</p> <p>ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้วิจัย</p>	<p>ขั้นตอนการดำเนินการ</p> <p>1.ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อขึ้นข้อมูลผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุตุรงค์</p> <p>2.ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนการจัดทำโครงการสู่การปฏิบัติ โดยใช้หลักการวางแผนแบบมีส่วนร่วม A-I-C</p>	<p>ระยะเวลา</p> <p>-สัปดาห์ที่ 3 ของเดือนกันยายน 2562</p> <p>สถานที่</p> <p>-ชุมชนตำบลกุตุรงค์</p> <p>วัสดุอุปกรณ์</p> <p>-กระดาษ/เครื่องเขียน</p> <p>-กล้องถ่ายรูป</p> <p>-แบบสังเกตการณ์</p> <p>ส่วนร่วม</p> <p>งบประมาณ</p> <p>ค่าอาหารกลางวัน/อาหารว่างและเครื่องดื่ม</p>	<p>-จำนวนผู้เข้าร่วมประชุม</p> <p>- การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น</p>	<p>-ทราบปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงาน พร้อมแนวทางแก้ไข</p> <p>-ได้แผนปฏิบัติการ (Action Plan) เพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหา</p>	<p>-ผู้วิจัย</p>

วัตถุประสงค์/กลุ่มเป้าหมาย	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/วัสดุอุปกรณ์/งบประมาณ	ตัวชี้วัด/การประเมินผล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
<p>2. <u>ขั้นตอนปฏิบัติการ(Action) กิจกรรมที่ 5</u> การปฏิบัติกิจกรรมตามแผน <u>วัตถุประสงค์</u> 1.ร่วมดำเนินการตามแผนปฏิบัติการที่วางไว้ร่วมกัน <u>เป้าหมาย</u> - ผู้วิจัย กลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุ และผู้เกี่ยวข้อง</p>	<p><u>ขั้นตอนการดำเนินการ</u> ดำเนินกิจกรรมที่ระบุในแผนปฏิบัติการตามขั้นตอนและบทบาทหน้าที่ของบุคคลที่เกี่ยวข้องในพื้นที่วิจัย</p>	<p><u>ระยะเวลา</u> -เดือนธันวาคม 2562 <u>สถานที่</u> อบต.กุตรัง <u>วัสดุอุปกรณ์</u> -ตารางกิจกรรมในโครงการ -สมุดบันทึก, บันทึกภาพ -แบบสังเกตการณ์มีส่วนร่วม <u>งบประมาณ</u> ตามที่ระบุในแผนปฏิบัติการ</p>	<p>- ภาพกิจกรรม - การจดบันทึกกิจกรรม</p>	<p>-มีการดำเนินงานตามโครงการหรือกิจกรรมที่วางไว้ -บรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้</p>	<p>-ผู้วิจัย และผู้เกี่ยวข้อง</p>

วัตถุประสงค์/กลุ่มเป้าหมาย	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/วัสดุอุปกรณ์/งบประมาณ	ตัวชี้วัด/การประเมินผล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
<p>3. ขั้นตอนการดำเนินงาน</p> <p>3. ขั้นสังเกต(Observe)</p> <p>กิจกรรมที่ 6</p> <p>การสังเกตและบันทึกผล</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>ร่วมดำเนินการตาม</p> <p>แผนปฏิบัติการที่วางไว้และ</p> <p>ร่วมสังเกตการณ์</p> <p>เป้าหมาย</p> <p>-ผู้วิจัย ผู้สูงอายุ</p> <p>กลุ่มเป้าหมาย และ</p> <p>ผู้เกี่ยวข้อง</p>	<p>ขั้นตอนการดำเนินงาน</p> <p>1.การติดตามการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ในแต่ละกิจกรรม</p> <p>2.ประชุมกลุ่มย่อยแก้ไขปัญหาตามสถานการณ์ที่พบระหว่างดำเนินการตามแผนและถอดบทเรียนเพื่อนำมาปรับใช้ในแผนการดำเนินงานในระหว่างการทำงานกิจกรรม</p> <p>3.การเก็บรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานที่ได้จากการสังเกต และรวบรวมข้อมูลโดยแบบสัมภาษณ์ในเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เท่าทันด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และความพึงพอใจ</p>	<p>ระยะเวลา</p> <p>-เดือนธันวาคม 2562สถานที่</p> <p>-อบต.กุด้รัง</p> <p>วัสดุอุปกรณ์</p> <p>-สมุดบันทึก,ปากกา</p> <p>-แบบสังเกตการณ์มีส่วนร่วม</p> <p>-แบบสัมภาษณ์ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ หลังดำเนินการ</p> <p>-แบบประเมินความพึงพอใจ</p> <p>งบประมาณ</p> <p>-ค่าเดินทาง</p>	<p>- การบันทึกภาพ</p> <p>- การจดบันทึกกิจกรรม</p> <p>-ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์</p> <p>-ข้อมูลจากแบบประเมิน</p>	<p>--ข้อมูลการเข้าร่วมกิจกรรมจาก การสังเกต</p> <p>-ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์</p> <p>-ข้อมูลจากแบบประเมิน</p> <p>ความพึงพอใจ</p>	<p>-ผู้วิจัย</p>

วัตถุประสงค์/กลุ่มเป้าหมาย	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/วัสดุอุปกรณ์/งบประมาณ	ตัวชี้วัด/การประเมินผล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
<p>4. ข้อเสนอผล (Reflect)</p> <p>กิจกรรมที่ 7</p> <p>การสะท้อนผลการปฏิบัติ</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อสรุปผลการดำเนินงานกิจกรรมทั้งหมด 2. เพื่อถอดบทเรียน ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน <p>เป้าหมาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย ผู้เกี่ยวข้อง 	<p>ขั้นตอนการดำเนินงาน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ร่วมกันสรุปและถอดบทเรียนการดำเนินงานในกิจกรรมหรือโครงการตามแผนที่ได้วางไว้ร่วมกัน 2. ร่วมกันถอดบทเรียน ปัญหา อุปสรรค และค้นหาปัจจัยแห่งความสำเร็จ จากการทำนิมิตในกิจกรรมหรือโครงการตามแผนที่ได้วางไว้ร่วมกัน 3. ร่วมกันสะท้อนผลการดำเนินงานร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีปรับปรุงแผนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น 	<p>ระยะเวลา</p> <p>-เดือนมิถุนายน 2563</p> <p>สถานที่</p> <p>-ตำบลคูคต อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดมหาสารคาม</p> <p>วัสดุอุปกรณ์</p> <p>- กล้องถ่ายรูป</p> <p>- สมุดบันทึก</p> <p>- แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม</p> <p>งบประมาณ</p> <p>- เครื่องดื่ม/อาหารว่าง</p>	<p>-จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม</p> <p>-การบันทึกภาพ</p> <p>-การจดบันทึกกิจกรรม</p> <p>-การถอดบทเรียน</p>	<p>-ทราบกิจกรรมและขั้นตอนของการปฏิบัติการทั้งหมด</p> <p>-ทราบปัญหาอุปสรรค และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน</p>	<p>-ผู้วิจัยและผู้เกี่ยวข้อง</p>



ภาคผนวก ช
ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน

พหุบัณฑิตศึกษา



ภาพประกอบ 4 กิจกรรมประชุมชี้แจงคณะกรรมการดำเนินงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง



ภาพประกอบ 5 กิจกรรมโครงการเสริมสร้างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตามหลัก 5 อ.

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางสาวสุพัตรา แก้วเมือง
วันเกิด	วันที่ 28 พฤษภาคม พ.ศ. 2535
สถานที่เกิด	จังหวัดมหาสารคาม
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 208 หมู่ 7 ตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม รหัสไปรษณีย์ 44130
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2554 มัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนโกสุมวิทยาสรรค์ อำเภอกอสมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม พ.ศ. 2558 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พ.ศ. 2563 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผลงานวิจัย	สิรินภา สาสนาม, ชัยวุฒิ บัวเนี้ยว, สุพัตรา แก้วเมือง, นิภาพร พรหมบุตร. (2560). การศึกษาสภาวะการปนเปื้อนด้านชีวภาพ ปริมาณพลังงานและ สารอาหารที่ได้รับแต่ละวันของผู้ต้องขังเรือนจำ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัย พยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 4(2), 108 - 122.

พูน ปณ ทิโต ชีเว