รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม (ปีที่ 2)

พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ และคณะ

โครงการวิจัยประเภทงบประมาณเงินรายได้
จากเงินอุดหนุนรัฐบาล (งบประมาณแผ่นดิน)
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2557
มหาวิทยาลัยบูรพา

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยเรื่อง **“การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม”** เป็นโครงการวิจัยย่อย ภายใต้แผนงานวิจัย “การพัฒนาเมืองผู้สูงอายุแสนสุข” เป็นการดำเนินการวิจัยในระยะที่ 2 เป็นปีที่ 2 ต่อเนื่อง โดยมีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัย จากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) งบประมาณแผ่นดิน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 คณะผู้วิจัยขอขอบคุณหน่วยงานที่สนับสนุนทุนการวิจัย ซึ่งได้เล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาผู้สูงอายุ ให้มีความมั่งคงทางเศรษฐกิจและสังคม มีคุณภาพ มีคุณค่า และสามารถเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยและปรับตัวเท่าทันการเปลี่ยนแปลง เป็นพลังในการพัฒนาสังคมและความเข้มแข็งของท้องถิ่นต่อไป

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้รับความร่วมมือจากผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและสถานพยาบาลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นกลุ่มตัวอย่าง คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ มา ณ โอกาสนี้ นอกจากนี้ ขอขอบคุณ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ศาสตรี เสาวคนธ์ ที่เป็นที่ปรึกษาและให้คำปรึกษาในการศึกษาวิจัย

ขอขอบคุณคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้คำแนะนำ วิธีการ และข้อเสนอแนะการดำเนินงานศึกษาวิจัยเพื่อให้ตระหนักถึงสิทธิและเคารพสิทธิความเป็นบุคคลและประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่าง

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ขอกราบระลึกถึงพระคุณของคุณครูบาอาจารย์ ที่ได้อบรมสั่งสอน และประสาทวิชาความรู้แก่คณะผู้วิจัย ซึ่งคณะผู้วิจัยจะได้แสวงหาความรู้เพื่อเป็นตัวอย่างแก่ลูกศิษย์ บุตร ธิดาและคนรุ่นหลังต่อไป ความสำเร็จอันเกิดจากการศึกษาวิจัยนี้ ขอมอบเป็นสิ่งทดแทนคุณ และ ขอกราบขอบพระคุณมา ณ ที่นี้เป็นอย่างสูง

คณะผู้วิจัย

มีนาคม 2559

การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม” (ปีที่ 2) : การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

ผศ.นพ.พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ[1]

ดร.เวธกา กลิ่นวิชิต[2] พญ.ผกาพรรณ ดินชูไท[3] นพ.สุริยา โปร่งน้ำใจ[4]

พญ.เพ็ชรงาม ไชยวานิช[5]

[1] รองอธิการบดี มหาวิทยาลัยบูรพา และคณบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายบริหาร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

[3, 4, 5] อายุรแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นโครงการย่อยที่ 4 เรื่อง “การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม”ในชุดแผนงานวิจัยเรื่อง “การพัฒนาเมืองผู้สูงอายุแสนสุข” ซึ่งในปีที่ 2 มีวัตถุประสงค์พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่อาศัยในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี จำนวน 5,797 คน บุคคลในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน จากจำนวน 10,253 ครัวเรือน ตัวแทนผู้นำชุมชน ๆ ละ 1 คนจากจำนวน 33 ชุมชน กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 60 คน ผู้ดูแล/สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ จำนวน 40 คน ตัวแทนชุมชน จำนวน 20 คน รวมทั้งสิ้น 120 คน ดำ เนินการศึกษาวิจัยตามกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การ ค้นหาปัญหา 2) การวางแผนแก้ปัญหา 3) การลงมือปฏิบัติ 4) การสะท้อนผลการปฏิบัติและประเมินผล เก็บข้อมูลโดยวิธีวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการตอบแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา และสถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาวิจัย พบว่า รูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำครอบครัวและชุมชน มี 4 ขั้นตอน คือ 1.การค้นหาปัญหา/ความต้องการการดูแล 2.การวางแผนร่วมกัน 3. การลงมือปฏิบัติ และ 4. ผลลัพธ์และการสะท้อนผลการปฏิบัติ และมีรายละเอียดแต่ละขั้นตอน ดังนี้

1.การค้นหาปัญหา/ความต้องการการดูแล ประกอบด้วย 1.1) การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน 1.2) การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ 1.3 การสนับสนุนของครอบครัวและชุมชน

2.การวางแผนร่วมกัน เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน ระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชน

3.การลงมือปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามบทบาทของตนเอง ได้แก่

3.1) บทบาทของผู้สูงอายุ ด้านความรู้ในการดูแลตนเอง และ ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง เน้น 4 ด้าน คือ 1) ด้านการรับประทานยา 2) ด้านการรับประทานอาหาร 3) ด้านการออกกำลังกาย และ4) ด้านการจัดการความเครียด

3.2) บทบาทของผู้ดูแล/ชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแล 2) ทักษะในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน 3) ทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน และทัศนคติที่ต่อตนเอง

3.3) บทบาทเชิงวิชาชีพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่ 1) การติดตามและประเมินผล 2) การสะท้อนผลลัพธ์ของการลงมือปฏิบัติ 3) การให้ความสนับสนุนช่วยเหลือให้คำปรึกษาและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุและผู้ดูแล

4. ผลลัพธ์และการสะท้อนผลการปฏิบัติ เพื่อประเมินผลการลงมือปฏิบัติร่วมกัน และพัฒนาปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติให้ดีขึ้น มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและสร้างความเข้มแข็งในชุมชน

คำสำคัญ : รูปแบบการดูแล ผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้ดูแล แกนนำสุขภาพ ชุมชน

Family and Community Participatory Health Care in Elderly with Diabetic Mellitus (Phase II) : Development Model for Family and Community Participatory Health Care in Elderly with Diabetic Mellitus.

Asst.Prof.Dr.Pisit Piriyapun M.D.,

Dr.Wethaka Klinwichit, Ph.D., Dr.Pakaphan Dinchuthai,M.D ,Dr.Suriya Prongnamjai,M.D., Dr.Pechngam Chaivanich,M.D.

Faculty of Medicine, Burapha University

Abstract : This research was the second phase of the forth project of "Development Family and Community Health Leader for Elderly in Community". The purpose of this research was to develop a model for family and community participatory health care in elderly with Diabetic Mellitus in Saensuk Municipality ,Chon Buri, Thailand. The 120 samples which were selected from the 5,797 older people, total care givers in family population of 10,253 households and the health leaders in 33 communities in Saensuk Municipality. There were 60 elders, 40 health leaders in the family and 20 health leaders in the community. The participatory research processes were conducted in four stages: 1) Identification needs or seeking problems 2) planning solution, 3) practice 4) to reflect the performance and evaluation. Collecting data by using quantitative and qualitative research methods. In-depth interviews, Focus group, participatory observation and questionnaires. Data were analyzed by using content analysis and descriptive statistics. This study showed that an important component of the development model consists of 1) Identified problems and needs 2) Participatory planning 3) Implementation and 4) Results and reflection performance. Detail of each steps were;

1. Identified problems and needs contained of, 1.1) to evaluate the health status of older people with diabetes, 1.2) to evaluate the ability of elderly care and 1.3) family and community support
2. Participatory planning with family and community
3. Implementation by the properly guidelines as their roles were; 3.1) The role of the elderly in knowledge, self-care and self-care behaviors on four areas: 1) drug compliance, 2) food 3) exercise and 4) management of stress. 3.2) The role of the care givers and community leaders care for: 1) knowledge about diabetes care and 2) skills of practice to care of older people with diabetes and 3) the good attitude with themselves and the elder care.
4. Results and reflection performance. To evaluate the action together and improve guidelines for the better. The goals were to improve the quality of life of older people with diabetes, and strengthen communities.

Keywords: Model, Elder care, Diabetes Mellitus, Community based service

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....ง
สารบัญ.....จ
สารบัญตาราง.....ฉ

บทที่

1 บทนำ.....1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....1
วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย.....3
ขอบเขตของโครงการวิจัย.....3
นิยามศัพท์เฉพาะ.....3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....4

2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....5
ความรู้เกี่ยวกับการศึกษาวิจัย.....5
วิจัยที่เกี่ยวข้อง.....28
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....31
ขั้นตอนการศึกษาวิจัย.....31
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....32
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย.....32
การสร้างและหาคุณภาพของเครื่องมือ.....33
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....33
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้.....34
4 ผลการศึกษาวิจัย.....35
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....48

บรรณานุกรม.....55

ประวัติย่อของผู้วิจัย.....58

สารบัญตาราง

ตารางที่ **หน้า**

1 การวินิจฉัยโรคเบาหวาน.....10

2 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....35

3 แสดงรายละเอียดของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน
โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน.....41

4 ความพึงพอใจของผู้ทดลองใช้แนวทางและรูปแบบ.....46

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประชากรไทยมีแนวโน้มที่จะมีอายุยืนยาวขึ้น เนื่องจากความก้าวหน้าทางการแพทย์ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ทำให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยจากภาวะวิกฤติ ทำให้มีการเพิ่มของจำนวนผู้สูงอายุ จากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2553 (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, มปป, หน้า 10) โดยพบว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขจากสาเหตุของโรคเรื้อรัง เป็นปัญหาที่มีความสำคัญมากของประเทศไทย เนื่องจากวิถีการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของคนไทยเปลี่ยนแปลงไป ดังจะเห็นได้จากการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัย ในปี พ.ศ. 2534-2535 พบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรั้ง ร้อยละ 8.22 และพบว่า ในการสำรวจครอบครัว 5,882 ครอบครัว จาก 17 จังหวัดทั่วประเทศ มีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคเรื้อรังถึงร้อยละ 11.8 (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ , 2538, หน้า 140) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าจำนวนผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันวิทยาการ ความก้าวหน้าต่าง ๆ ยังไม่สามารถรักษาโรคเรื้อรังให้หายขาดได้ จึงมีผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแล รักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วย ครอบครัว และรัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงในการดูแลรักษา อีกทั้งโรงพยาบาลและสถานพยาบาลต่าง ๆ มีข้อจำกัดเรื่องการรับผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งไม่สามารถรับผู้ป่วยเหล้านี้นอนในโรงพยาบาลในระยะเวลานาน ๆ ได้ ดังนั้นการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) จึงเป็นแนวทางหนึ่งในการช่วยแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ถูกต้องตามแผนการรักษา ได้รับการรักษาความเจ็บป่วย ช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายที่บ้าน และเป็นการลดค่าใช้จ่ายของครอบครัวผู้ป่วยใยการมารับการรักษาที่โรงพยาบาล นอกจานั้นผู้ป่วยยังมีโอกาสได้ใกล้ชิดครอบครัว ซึ่งผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่จะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง บางคนช่วยเหลือตนเองได้แต่บางคนก็ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย จำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยบุคคลอื่น ในการช่วยดูแลและตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ตลอดเวลา ซึ่งผู้ที่จะช่วยดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Care Giver) มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากในการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุ เป็นภารกิจที่ยาวนาน บางครั้งเป็นงานที่หนักและซับซ้อน ต้องอาศัยความรู้ ความสามารถ ทักษะ และการปฏิบัติที่ต่อเนื่อง ต้องมีความรับผิดชอบต่อหน้าที่และบทบาทในการให้การดูแล จากสถิติสาธารณสุขในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมาพบว่า จำนวนผู้ตายและอัตราตายโรคเบาหวานสูงขึ้นตามลำดับ ทั้งในภาพรวม และในแต่ละเพศ โดยในปีล่าสุดพบอัตราตายโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 12.3 (จำนวน 7,665 ราย) อัตราตายโรคเบาหวาน ในเพศชาย 9.5 ต่อประชากรแสนคน (จำนวน 2,941 ราย) ในเพศหญิง เท่ากับ 15.0 ต่อประชากรแสนคน (จำนวน 4,724 ราย) อัตราส่วนการตาย ชาย : หญิง เท่ากับ 1 : 1.6 หากพิจารณาข้อมูลการป่วย ซึ่งแสดงให้เห็นถึงภาระค่าใช้จ่ายที่ต้องแบกรับนั้น พบว่า

ประเทศไทยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปี สถิติกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2547 พบจำนวนผู้ป่วยในที่มารับการรักษาจากสถานบริการสาธารณสุข ของ จำนวน 247,165 ราย คิดเป็นอัตราป่วยเฉพาะผู้ป่วยในเท่ากับ 444.16 ต่อประชากรแสนคน ข้อมูลการป่วยนี้เป็นตัวเลขที่ ต่ำกว่าความเป็นจริง เพราะยังมีผู้ป่วยเบาหวานอีกกลุ่มใหญ่ที่ไปใช้บริการรักษาจากโรงพยาบาลเอกชน หรือคลินิกเอกชน อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลที่รวบรวมได้ตามระบบ สะท้อนให้เห็นแนวโน้มและขนาดของปัญหาโรคเบาหวานได้ในระดับหนึ่ง หากพิจารณาอัตราผู้ป่วยในในแต่ละภาคและในภาพรวม พบว่า อัตราผู้ป่วยในมากที่สุดในภาคกลาง รองลงมา ได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือ สำหรับภาคใต้มีอัตราป่วยต่ำสุดทุกปี (อัญชลี ศิริพิทยากุลกิจ, 2547) จากสถิติของการมารับบริการ ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ปี พ.ศ. 2552-2553 พบว่า จำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในชุมชนจังหวัดชลบุรี มีจำนวนสูง จากประวัติการมารับบริการแบบผู้ป่วยนอกในคลินิกเบาหวานพบว่า มีผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานมารับบริการเฉลี่ยในคลินิกเบาหวาน และรายงานในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา พบว่ามี อุบัติการณ์ และอัตราความชุกของโรคเบาหวานสูงขึ้นอย่างมาก จากรายงานของประเทศสหรัฐอเมริกา คาดว่าในปี พ.ศ. 2553 จะมีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกอย่างน้อย 215 ล้านคน สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาอุบัติการณ์ และอัตราความชุกของโรคเบาหวานค่อนข้างน้อย โดยพบว่ามีอัตราความชุกประมาณ 2.5 – 7% มีอัตราป่วยเป็น 101.11 และ 127.49 ต่อประชาชนแสนคน อัตราตายเป็น 7.4 และ 9.1 ต่อประชาชนแสนคนในปี 2538 และปี 2539 ตามลำดับ (กองสถิติสาธารณสุข, 2540) โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วย องค์การอนามัยโลก (WHO Study Group, 1985) ได้บัญญัติวัตถุประสงค์ในการดูแลรักษาเบาหวานไว้ 4 ประการ คือ 1) เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้โดยปราศจากอาการที่เกิดจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง 2) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตประจำวันและชีวิตในสังคมอย่างใกล้เคียงปกติที่สุด 3) เพื่อควบคุมเบาหวานและเมตาบอลิซึมอื่น ๆ ของร่างกายให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้และรักษาดุลที่ดีนี้ให้คงอยู่ตลอดจน 4) เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคแทรกเรื้อรังจากเบาหวานเท่าที่ปรากฏในปัจจุบัน ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอยู่เกือบทั้งหมด สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ข้อแรกได้ และผู้ป่วยจำนวนหนึ่งซึ่งไม่มากนักสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้ถึง 3 ประการ สำหรับวัตถุประสงค์ข้อสุดท้ายของการรักษาคือ การป้องกันไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อนเรื้อรังจากเบาหวานนั้น ทางการแพทย์ยังไม่สามารถยืนยันจากข้อมูลที่มีอยู่ว่าจะสามารถทำได้สำเร็จสมบูรณ์ (วรรณี นิธิยานันท์, 2535) ในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโรคเบาหวานที่ผ่านมา พบว่า การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อภาวะระดับน้ำตาลในเลือด และพบว่าส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่องสำคัญ เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา ไม่ทราบถึงภาวะแทรกซ้อนของการเกิดโรค และพฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ เป็นปัญหามากในการดูแลรักษาผู้ป่วย (Miller, 1982, p.25; วัลลภา ตันตโยทัย, 2540, หน้า 2; สุนิตย์ จันทรประเสริฐ, 2541, หน้า 185)

จากความสำคัญและจำเป็นดังกล่าว โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา คณะแพทยศาสตร์ ซึ่งมีหน้าที่ในการให้บริการรักษาพยาบาล ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพของประชาชน ซึ่งสังกัดมหาวิทยาลัยบูรพา จึงมีความประสงค์ที่จะทำการศึกษาวิจัยเพื่อศึกษาถึงสภาพปัญหา และความต้องการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในเขตเทศบาลเมืองแสนสุขอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี เพื่อให้ทราบถึงสภาพปัญหาที่แท้จริงและ

ความต้องการของชุมชน แล้วนำมาสร้างกิจกรรมที่เป็นประโยชน์และเป็นการนำความรู้สู่ชุมชนโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินการต่อไป ซึ่งผลของการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยขยายองค์ความรู้ จากการสร้างความเข้มแข็งในชุมชนต้นแบบนี้ไปสู่ประชากรสูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในระดับประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม
2. เพื่อศึกษาแนวทางในการแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในชุมชน เขตเทศบาลเมืองแสนสุข

ขอบเขตของโครงการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่อาศัยในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี จำนวน 5,797 คน บุคคลในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน จากจำนวน 10,253 ครัวเรือน ตัวแทนผู้นำชุมชน ๆ ละ 1 คนจากจำนวน 33 ชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 60 คน ผู้ดูแล/สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ จำนวน 40 คน ตัวแทนชุมชน จำนวน 20 คน รวมทั้งสิ้น 120 คน

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นโรคเรื้อรังและอยู่อาศัยในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน หมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (ไม่พึ่งอินซูลิน) ซึ่งมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าค่าปกติ คือ มากกว่า 126 มิลลิกรัมต่อเลือด 100 มิลลิลิตร

โรคเบาหวาน หมายถึง กลุ่มอาการของโรคทางเมตาบอลิสม ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง อันเป็นผลมาจากความบกพร่องของการหลั่งอินซูลิน หรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน หรือทั้งสองอย่าง ทำให้เกิดสภาวะที่มีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูงกว่าปกติ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 หมายถึง โรคเบาหวานที่เกิดจากการขาดอินซูลิน แต่ไม่รุนแรงเท่าชนิดที่ 1 โดยผู้ป่วยชนิดนี้มีลักษณะดังนี้ร่วมด้วย คือ ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 30 ปี , อาการเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป หรือไม่มีอาการ , มีรูปร่างอ้วน หรือปกติ แต่มี abdominal visceral obesity

ครอบครัว หมายถึง สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือ จังหวัดชลบุรี

ชุมชุน หมายถึง สมาชิกในชุมชนในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือ จังหวัดชลบุรี

การดูแล หมายถึง การส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดสุขภาวะแก่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ตามแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เพื่อสร้างให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ได้รับบริการที่ดี มีสังคมที่ดี และมีชีวิตที่มีความสุขอย่างพอเพียง

รูปแบบ หมายถึง โครงสร้างที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กัน หรือสามารถอธิบายลำดับขั้นตอนขององค์ประกอบต่าง ๆ หรือกิจกรรมต่าง ๆ ของระบบ นั้น ๆ ได้

การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติของผู้ป่วยเบาหวาน เกี่ยวกับ การรับประทานอาหารและการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมและจัดการความเครียด เป็นต้น

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง สิ่งที่แสดงให้เห็นถึงลักษณะการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อทำให้สุขภาพแข็งแรง และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ เช่น การรับประทานอาหารและการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การควบคุมและการจัดการความเครียด เป็นต้น

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือ ด้านบริการสุขภาพทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ เป็นการช่วยเหลือสนับสนุนใน4 ด้านคือ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัตถุสิ่งของซึ่งเป็นด้านเศรษฐกิจ รวมทั้งปัจจัยสนับสนุนต่าง ๆ เช่นการจัดสรรสภาพและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้มี คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และการสนับสนุนด้านการดูแลทางจิตวิญญาณความมีคุณค่าของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการสนับสนุน สวัสดิการ การสงเคราะห์ และการให้ความช่วยเหลือจากครอบครัว รัฐบาล เอกชนหรือจากองค์กรอื่น ๆ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. ได้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวงานที่เหมาะสมกับบริบทและสามารถเพิ่มศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน
2. เป็นการสร้างองค์ความรู้ใหม่ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในชุมชนที่เกิดจากการพัฒนากระบวนทัศน์ทางความคิดและการทำงานของผู้คนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงาน โดยเสริมความเข้าใจในมิติของความเป็นมนุษย์ที่เข้าใจสังคม วัฒนธรรม ของบริบทที่ศึกษา ได้อย่างครอบคลุม
3. สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยมาวางแผนในการดำเนินงานด้านการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยสาระสำคัญ 2 ส่วนดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับการศึกษาวิจัย

1. โรคเบาหวาน
2. แนวคิดเรื่องภาวะสุขภาพ
3. แนวคิดเรื่องประชาคมและการสร้างความมีส่วนร่วม
4. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
5. แนวคิดเรื่องการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ
6. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับการศึกษาวิจัย

โรคเบาหวาน

โรคเบาหวาน เป็นความผิดปกติของการเผาผลาญสาร์คาร์โบไฮเดรตเนื่องจากความผิดปกติของตับอ่อน การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน กรรมพันธุ์ และผลจากการใช้ยา ทำให้ร่างกายมีระดับฮอร์โมนอินซูลินน้อยกว่าปกติหรือไม่มีเลย ส่งผลให้เซลล์ในร่างกาย ไม่สามารถใช้น้ำตาลได้ เกิดภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เบาหวานแบ่งออกเป็น 2 ชนิด

ชนิดพึ่งอินซูลิน (ชนิดที่ 1) เบาหวานชนิดนี้ร่างกายจะขาดฮอร์โมนอินซูลินทำให้ไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการฉีดอินซูลินเข้าร่างกาย ปัจจุบันสามารถเลือกใช้ได้ทั้งอินซูลินชนิดฉีด และชนิดสูดดม

ชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลิน (ชนิดที่ 2) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 นี้ ร่างกายไม่ได้ขาดอินซูลิน แต่เป็นเพราะตัวรับอินซูลินเกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน การรักษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงต้องใช้ยาเพื่อลดภาวะดื้อต่ออินซูลิน และบางครั้งจำเป็นต้องให้อินซูลินร่วมด้วย เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่มักพบเกิดขึ้นร่วมกับภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคเบาหวาน สามารถแบ่งออกเป็น 2 ปัจจัยใหญ่ ๆ ได้แก่ (1) ปัจจัยที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ได้แก่ กรรมพันธุ์ เพศ อายุ เชื้อชาติ (2) ปัจจัยที่หลีกเลี่ยงได้ ได้แก่ พฤติกรรมการกิน ที่ชอบกินอาหารแป้งและไขมันอิ่มตัว พฤติกรรมไม่ออกกำลังกาย การใช้ชีวิตอย่างสะดวกสบาย การสูบบุหรี่ ความเครียด เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมเช่นนี้อย่างต่อเนื่องจะนำไปสู่การสะสมพยาธิสภาพของโรค โดยเฉพาะการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และนำไปสู่การเกิดโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินเมื่อมีอายุมากขึ้น

ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานจะมีอาการที่สามารถสังเกตได้ดังนี้ ถ่ายปัสสาวะบ่อยกระหายน้ำมาก น้ำหนักลดอ่อนเพลีย รับประทานอาหารจุ หิวบ่อย มีผื่นคันหรือเชื้อราขึ้นตามผิวหนัง คันตามร่างกายโดยเฉพาะอวัยวะเพศ ชาตามปลายมือปลายเท้า และสายตามัวไปเรื่อย ๆ ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี เนื่องจากการขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารไม่ถูกส่วน โดยเฉพาะไขมันอิ่มตัว ไม่สามารถควบคุมความอ้วนได้ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้ จะนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนเร็วกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดี ภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยเบาหวานไทยมีดังนี้ ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดในหลายอวัยวะ เช่น ตา เท้า สมอง ไต และอื่น ๆ ร้อยละ 50 (อันนำไปสู่การเป็นโรคหัวใจขาดเลือด โรคจอประสาทตาเสื่อม การตัดขา เป็นต้น) ภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.4 ภาวะอัมพาตร้อยละ 3.7 และภาวะหัวใจขาดเลือดร้อยละ 2.8 (ศุภวรรณ มโนสุนทร, 2542)

ความหมายและคำจำกัดความของโรคเบาหวาน

สมาคมเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (American Diabetes Assoication , 1998 , pp. 1-66 ; Lehman, 1995, pp.1282-1294) ให้ความหมายของโรคเบาหวานว่า หมายถึง ความผิดปกติของตับอ่อนในการผลิตอินซูลิน ทำให้ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า 8-12 ชั่วโมง มากกว่า 140 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ในการตรวจอย่างน้อย 2 ครั้ง หรือมีอาการปัสสาวะมาก รับประทานอาหารจุ และน้ำหนักร่างกายลดลง

วราภณ วงศ์ถาวราวัฒน์(2545 , หน้า 1)ให้คำจำกัดความของโรคเบาหวาน(diabetes mellitus) ว่าเป็นกลุ่มอาการของโรคทางเมตาบอลิสม ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง อันเป็นผลมาจากความบกพร่องของการหลั่งอินซูลิน(insulin) หรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน หรือทั้งสองอย่าง ทำให้เกิดสภาวะที่มีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูงกว่าปกติ(hyperglycemia) เป็นเวลานาน ก่อให้เกิดการเสื่อมทำลายของเนื้อเยื่อต่าง ๆ ในร่างกายและทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งมีความสำคัญมากทางคลินิกหลายประการ

วิทยา ศรีดามา และ พันธ์ศักดิ์ กังสวิวัฒน์ (2541 , หน้า 2) กล่าวว่า โรคเบาหวาน หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ โดยตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนอาหารเช้าสูง มากกว่า หรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัม / เดซิลิตร จำนวน 2 ครั้ง หรือ ตรวจครั้งเดียวเวลาใดก็ตามมากกว่า 200 มิลลิกรัม / เดซิลิตร ร่วมกับมีอาการของโรคเบาหวาน คือ ปัสสาวะบ่อย หิวน้ำบ่อย น้ำหนักลด

แบล็ค และ จาคอบส์ (Black & Jacobs, 1993, p. 1175) ให้ความหมายของโรคเบาหวานว่า เป็นโรคที่เกิดจากตับอ่อนผลิตอินซูลินไม่เพียงพอหรือไม่มีประสิทธิภาพ เป็นผลให้น้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งมีผลกระทบต่อการเผาผลาญโปรตีนและไขมัน เป็นผลให้เกิดความผิดปกติของหลอดเลือดเล็กและใหญ่

สรุปโรคเบาหวาน เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของตับอ่อน ที่มีความบกพร่องของการหลั่งอินซูลิน หรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน ทำให้ร่างกายมีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูงกว่าปกติ (hyperglycemia) ซึ่งมีผลกระทบต่อการเผาผลาญโปรตีนและไขมันเป็นผลให้เกิดความผิดปกติของหลอดเลือดเล็กและใหญ่

สาเหตุของการเกิดโรคเบาหวาน

โรคนี้เกิดจากตับอ่อนสร้าง ฮอร์โมนอินซูลิน (insulin) ได้น้อยหรือไม่ได้เลย ฮอร์โมนชนิดนี้มีหน้าที่คอยช่วยให้ร่างกายเผาผลาญน้ำตาลมาใช้เป็นพลังงาน เมื่ออินซูลินในร่างกายไม่พอน้ำตาลก็ไม่ถูกนำไปใช้ จึงเกิดการคั่งของน้ำตาลในเลือดและอวัยวะต่าง ๆ เมื่อน้ำตาลคั่งในเลือดมาก ๆ ก็จะถูกไตกรองออกมาในปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะหวานหรือมีมดขึ้นได้ จึงเรียกว่า "เบาหวาน" (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2532)

ความผิดปกติพื้นฐานในทางชีวเคมีของเบาหวาน คือ ฤทธิ์ของอินซูลินลดน้อยลง ซึ่งอาจเกิดมาจากการขาดอินซูลิน (insulin deficiency) และ/หรือการตอบสนองของร่างกายต่ออินซูลินต่ำลง (insulin resistance) ร่างกายมี catabolism สูงขึ้น ผลลัพธ์คือ ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ซึ่งเมื่อสูงขึ้นเกิดระดับ renal threshold จะเกิดน้ำตาลในปัสสาวะ (glycosuria) ในกรณีที่ร่างกายขาดอินซูลินอย่างมาก อาจมีภาวะกรดเมตาบอลิสม จากการที่มีกรดคีโตนคั่งในร่างกาย (diabetic ketoacidosis) โรคนี้มักมีส่วนเกี่ยวข้องกับกรรมพันธุ์ กล่าวคือ มักมีพ่อ แม่ญาติที่น้องเป็นโรคเบาหวานด้วย นอกจากนี้ยังมีสาเหตุ อื่น ๆ เช่น โรคอ้วน การมีบุตรมาก หรือเกิดจากการใช้ยา เช่น สเตียรอยด์ ยาขับปัสสาวะ ยาเม็ดคุมกำเนิด หรืออาจพบร่วมกับโรคอื่น ๆ เช่น ตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง มะเร็งตับอ่อน ตับแข็งระยะสุดท้าย คอพอกเป็นพิษ โรคคุชชิง เป็นต้น

อาการของโรคเบาหวาน

ลักษณะทางคลินิกของโรคเบาหวานส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับความรุนแรง ความยาวนาน และภาวะแทรกซ้อนของโรค ผู้ป่วยเบาหวานจำนวนมากไม่มีอาการหรือสิ่งที่ตรวจพบของโรคชัดเจนแต่ได้รับการวินิจฉัยเพราะมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง จากการตรวจเลือด ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยบางรายที่เพิ่งพบว่าเป็นเบาหวาน เมื่อมาพบแพทย์ด้วยเรื่องภาวะมีกรดคีโตนคั่งในเลือด หรือภาวะน้ำตาลในเลือดสูงโดยไม่มีการคั่งของกรดคีโตน มีอาการและสิ่งตรวจพบที่เป็นผลสืบเนื่องจากความผิดปกติทางชีวเคมีของร่างกาย คือ น้ำตาลในเลือดสูง ปัสสาวะบ่อย ดื่มน้ำบ่อย รับประทานจุ แต่มีน้ำหนักตัวลด อ่อนเพลีย ตามัว เป็นต้น (กอบชัย พัววิไล, 2530)

ประเภทและการวินิจฉัยโรคเบาหวาน

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1998) และสมาคมโรคเบาหวานของสหรัฐอเมริกา (The American Diabetes Association ,ADA, 1997)ได้จำแนกประเภทของเบาหวานและสภาวะผิดปกติที่ใกล้เคียงกันดังนี้ (Etiologic Classification of diabetes mellitus)

1) Type I diabetes (มีการทำลายของ beta cell ทำให้เกิดการขาดอินซูลินอย่างสิ้นเชิง)

A. Immune mediated

B. Idiopathic (non-immune mediated)

2) Type II diabetes (มีตั้งแต่ predominantly insulin resistance with relative insulin deficiency จนถึง predominantly secretory defect with insulin resistance)

3) ชนิดอื่น ๆ

A. Genetic defects of β-cell function at

B. Genetic defects in insulin action

C. Diseases of the exocrine pancreas

D. Endocrinopathies

E. Drug or chemical-induced

F. Infections

G. Uncommon forms of immune-mediated diabetes

H. Other genetic syndrome sometimes associated with diabetes

4) Gestational diabetes mellitus (GDM)

ซึ่งเราสามารถวินิจฉัยประเภทของโรคเบาหวานออกเป็นชนิดใหญ่ ๆ ตามอาการ สาเหตุ ความรุนแรง และการรักษาที่ต่างกันโดยนำหลักการจำแนกประเภทของWHOและADA มาประกอบในการจำแนกประเภท ดังนี้ (วราภณ วงศ์ถาวราวัฒน์, 2545)

1.เบาหวานชนิดที่ 1 (Type I)

เป็นเบาหวานที่เกิดจากการขาดอินซูลินโดยมีพยาธิสภาพที่ Islet cells of Langerhans ผู้ป่วยชนิดนี้มีลักษณะดังนี้

ก. ส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 20 ปี

ข. อาการเกิดขึ้นทันทีทันใด

ค. มีรูปร่างผ่ายผอม

ง. ถ้าขาดการรักษาด้วยอินซูลินส่วนใหญ่จะเกิดโรคแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลัน คือ diabetic ketoacidosis

เบาหวานชนิดที่ 1 (Type I) แต่เดิมใช้คำเรียกว่า Insulin-dependent diabetes mellitus : IDDM),Juvenile diabetes ส่วนใหญ่เกิดจาก cellular-mediated autoimmune ทำลาย β-cell ของตับอ่อน

เบาหวานชนิดที่ 2 (Type II)เดิมเรียกว่า Non-insulin-dependent diabetes mellitus : NIDDM) เป็นเบาหวานที่เกิดจากการขาดอินซูลิน แต่ไม่รุนแรงเท่าชนิดที่ 1 ร่วมกับมีภาวะ insulin resistance และการเพิ่ม hepatic gluconeogenesis ผู้ป่วยชนิดนี้มีลักษณะดังนี้

ก. ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 30 ปี

ข. อาการเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไปหรือไม่มีอาการ

ค. มีรูปร่างอ้วน หรือ ปกติ แต่มี abdominal/ visceral obesity

เบาหวานชนิดอื่น ๆ ได้แก่

- โรคเบาหวานจากความผิดปกติทางพันธุกรรมของการทำงานของ β-cell
- โรคเบาหวานจากความผิดปกติทางพันธุกรรมของการออกฤทธิ์ของอินซูลิน
- โรคเบาหวานจากโรคของตับอ่อน
- โรคเบาหวานจากโรคทางต่อมไร้ท่อ
- โรคเบาหวานที่เกิดจากยาหรือสารเคมี
- การติดเชื้อและโรคเบาหวาน
- โรคเบาหวานที่พบได้น้อย และเกี่ยวข้องกับภาวะอิมมูน
- โรคเบาหวานที่พบขณะตั้งครรภ์
- โรคเบาหวานจาก Genetic syndrome

การตรวจวินิจฉัยให้ทำในกรณี

1. ผู้มีอาการของโรคเบาหวาน เช่น หิวน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อย น้ำหนักลด อ่อนเพลีย รับประทานมาก ตามัว แผลหายช้า หรือมีประวัติติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ติดเชื้อผิวหนังบ่อย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง จากเชื้อรา

2. ผู้ที่มีอายุ 45 ปี หรือมากกว่า

3. ผู้ที่ไม่มีอาการ แต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ได้แก่

ก. ประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน

ข. น้ำหนักเกิน (BMI >= 25 กก./ม^2)

ค. ประวัติ IGT (Impaired glucose tolerance)
หรือ IFG (Impaired fasting glucose)

ง. ความดันโลหิตสูง (>= 140/90 มม.ปรอท)

จ. HDL-Cholesteraol <= 35 มก./ดล. และ/หรือ
triglyceride >=250 มก./ดล.

ฉ. ประวัติคลอดลูกน้ำหนักเกิน 4 กก. หรือ
เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น gestational diabetes

<u>การวินิจฉัยโรคเบาหวาน</u>

มี 3 วิธี ได้แก่

1. FPG >= 126 มก./ดล.

2. Casual (random) plasma glucose >= 200 มก./ดล.
ร่วมกับมีอาการของโรคเบาหวาน

3. Plasma glucose ที่ 2 ชั่วโมง หลังจากทำ
Oral glucose tolerance test(OGGT) >=200 มก./ดล.

- การวินิจฉัย IFG (Impaired fasting glucose)

FPG 110-125 มก./ดล.

- การวินิจฉัย IGT (Impaired glucose tolerance)

1. FPG < 126 มก./ดล.
2. ระดับ plasma glucose ที่ 2 ชั่วโมง หลังจากทำ OGGT มีค่า 140-199 มก./ดล.

ตาราง 1 การวินิจฉัยโรคเบาหวาน , impaired fasting glucose (IFG) impaired glucose tolerance (IGT)

	ปกติ	IFG	IGT	เบาหวาน
FPG (มก./ดล.)	<110	110-125		>= 126
OGTT 2 -h PG (มก./ดล.)	<140		140-199	>= 200
Random PG (มก./ดล.)	<160			>= 200

หมายเหตุ : ถ้าค่าที่ใช้ในการวินิจฉัยในแต่ละวิธีข้างต้นอยู่ในเกณฑ์ของโรคเบาหวานควรตรวจในวันอื่นอีก 1 ครั้ง เพื่อยืนยันการวินิจฉัย ยกเว้นในกรณีที่มี plasma glucose สูงอาการชัดเจน

ในการวินิจฉัยโรคเบาหวานแต่เดิมใช้ระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า หรือเท่ากับ 140 มิลลิกรัม / เดซิลิตร ปัจจุบันใช้ระดับน้ำตาลในเลือด 126-140 มิลิกรัม / เดซิลิตร

การรักษาโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ

มีเป้าหมาย คือ

1. ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมตลอดชีวิต คือประมาณ 140 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ซึ่งเป็นระดับที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงน้อยต่อการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด
2. ป้องกันหรือชะลอโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น (สมองใจ ไต ตา ชา แผล)
3. เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย คือให้มีชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุขและมีคุณภาพ

ดังนั้นการรักษาโรคเบาหวานจะต้องอาศัยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา ซึ่งทั้งนี้ต้องการกำลังใจของผู้สูงอายุและความร่วมมือจากญาติพี่น้องหรือผู้ดูแล การใช้ยารักษาจะเริ่มเมื่อผู้ป่วยสูงอายุไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้บรรลุเป้าหมายด้วยการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย การใช้ยาจึงมีความสำคัญมากต่อชีวิตผู้ป่วยเบาหวานในปัจจุบันซึ่งมีวิถีชีวิตที่แตกต่างจากในอดีตโดยทั่วไปแพทย์จะให้ยาเหมาะสมคือออกฤทธิ์ไม่แรงและหมดฤทธิ์เร็ว เริ่มจากขนาดยาต่ำๆ ก่อน มี

วิธีการใช้ยาที่ง่ายและเกิดผลข้างเคียงน้อยที่สุด อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่ใช้ยาจะต้องควบคุมอาหารและออกกำลังกายร่วมด้วยเสมอ ผู้จะต้องใช้ยาตลอดชีวิตเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลและอาการของโรคเบาหวานตามเป้าหมายที่กำหนด ปัญหาจึงอยู่ที่ว่าจะทำอย่างไรผู้ป่วยสูงอายุจึงจะอยู่กับโรคเบาหวานและการใช้ยาอย่างมีความสุข

แนวคิดเรื่องภาวะสุขภาพ

สุขภาพเป็นสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ คือ การมีร่างกายสมบูรณ์ไม่เจ็บป่วย และไม่พิการโดยไม่สมควร มีปัจจัยในการดำรงชีวิตที่เพียงพอ มีจิตใจเบิกบาน มีปัญหาดีไม่เครียด ไม่ถูกบีบคั้น ครอบครัวอบอุ่น สิ่งแวดล้อมดี ชุมชนเข้มแข็ง สังคมเป็นปกติสุข มีความเสมอภาคและสมานฉันท์ ได้ทำความดี มีศาสนาธรรมเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ (อำพล จินดาวัฒนะ, 2546: 16)

ภาวะสุขภาพ

ความหมายของภาวะสุขภาพ (อ้างมาจาก จิตตินาถ ตัณฑจิตติ, 2551)

พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2525) ให้ความหมายของคำว่า ภาวะ หมายถึง ความมี ความเป็น หรือความปรากฏ

เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ (2528) อธิบายว่า สุขภาพ คือ เป็นภาวะหนึ่งของมนุษย์ที่เกิดจากความสมดุลของร่างกาย จิตใจ และสังคม การรักษาสมดุลจะเกิดขึ้นได้จากการดูแลรักษาร่างกาย จิตใต และสังคมให้เกิดความสมบูรณ์

ประเวศ วะสี (2543) ให้ความหมายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุว่า เป็นสุขภาพวะที่สมบูรณ์ทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางวิญญาณ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย หมายถึง ร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลัง ไม่พิการ มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นเพียงพอ ไม่มีอุบัติภัยหรืออันตราย มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ คำว่า กาย ในที่นี้หมายถึง กายภาพด้วย

2) สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุข รื่นเริง คล่องแคล่ว มีความเมตตา สัมผัสกับความงามของสรรพสิ่ง มีสติ มีสมาธิ มีปัญญา รวมถึงการลดความเห็นแก่ตัวลงไปด้วย เพราะตราบใดที่ยังมีความเห็นแก่ตัวก็จะมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตไม่ได้

3) สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดี มีครอบครัวที่อบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรม เสมอภาค มีภราดรภาพ มีสันติภาพ มีระบบบริการที่ดี มีความเป็นประชาสังคม

4) สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ หมายถึง สุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดี หรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงส่งหรือสิ่งสูงสุด เช่น การเสียสละ การมีความเมตตา การเข้าถึงพระรัตนตรัยหรือการเข้าถึงพระผู้เป็นเจ้า เป็นต้น

สรุปความหมายของภาวะสุขภาพ หมายถึง สภาพร่างกายในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งของบุคคลที่แสดงถึงความสามารถหรือความเป็นอิสระ ความเป็นปกติ ซึ่งเป็นความสมดุลหรือความสมบูรณ์ ทั้งทางด้านร่างกาย

และจิตใจ ตลอดจนความผาสุกของชีวิตในการอยู่ร่วมกับสังคมในการทำหน้าที่ที่จะปฏิบัติกิจกรรมตามความต้องการขั้นพื้นฐานโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

สุขภาพอนามัยเป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุจะมีโรคประจำตัวเรื้อรัง และส่วนใหญ่มักจะมีปัญหาหรือมีโรคหลาย ๆ โรคในขณะเดียวกัน และสำรวจภาวะสุขภาพของประชาชนในปี พ.ศ. 2535 ของกระทรวงสาธารณสุข (สัตยา คงวัฒนา, 2550) ปัญหาสุขภาพที่พบมากในผู้สูงอายุ คือโรคนอนไม่หลับ โรคปวดหลัง โรคความดันโลหิตสูง และกระเพาะอาหาร ตามลำดับ และจากรายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชน โดยการตรวจร่างกายของผู้สูงอายุไทย โดยกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2543 - 2545 (สัตยา คงวัฒนา, 2550) พบว่า โรคที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุ คือ กลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด อีกทั้งจากการสำรวจภาวะสุขภาพโดยให้ผู้สูงอายุประเมินภาวะสุขภาพของตนเองในปี พ.ศ. 2525 - 2538 มีผู้สูงอายุร้อยละ 35 ประเมินสุขภาพตนเองว่าดีหรือดีมาก โดยผู้สูงอายุที่เกิดทุพพลภาพระยะยาว หรือเจ็บป่วยนานกว่า 6 เดือน ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ร้อยละ 18.9 (สัตยา คงวัฒนา, 2550) ผู้สูงอายุที่มีอายุมากจะมีสุขภาพไม่ดีในสัดส่วนที่มากกว่าผู้สูงอายุที่อายุน้อยกว่า

ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่า การมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นมิได้หมายความว่าผู้สูงอายุจะมีภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ อีกทั้งภาวะโภชนาการก็มีความสำคัญ เนื่องจากภาวะโภชนาการเป็นภาวะสุขภาพที่เกิดจากการบริโภคอาหาร ทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารและใช้พลังงานจากสารอาหารนั้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมของบุคคลนั้น

แนวคิดเรื่องประชาคมและการสร้างความมีส่วนร่วม

ประชาคมเป็นกระบวนการที่เกิดโอกาสให้ทุกฝ่าย ทั้งภาครัฐ ภาคธุรกิจ องค์กรสาธารณประโยชน์และประชาชน เข้ามาร่วมงานพัฒนาชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน มีการติดต่อสื่อสารกัน หรือการรวมกลุ่มกัน มีความเอื้ออาทรกัน มาเรียนรู้ร่วมกันในการกระทำบางสิ่งบางอย่าง ประชาคมจึงเป็นยุทธศาสตร์สุขภาพที่สำคัญอย่างหนึ่งเพราะรวมกลุ่มกันทำให้เกิดพลังงานทางสังคมอย่างมหาศาล ที่ส่งผลต่อองค์กรรวมของสุขภาพ คือ ทั้งทางด้านจิตใจ การช่วยเหลือด้านวัตถุ การเกื้อหนุนทางสังคม และสร้างปัญญาให้แก่คนในชุมชน (ประเวศ วะสี.2541 : 31-36 ก)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) หรือที่เรียก ย่อ ๆ ว่า PAR เป็นการวิจัยในหน่วยงานของผู้วิจัยเอง ในชุมชน หรือท้องถิ่นส่วนใหญ่ เรียกว่า การวิจัยเพื่อท้องถิ่น การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้ เริ่มเกิดขึ้นเมื่อประมาณกลางปี ค.ศ. 1970 จึงมีแนวคิดใกล้เคียงกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ซึ่งเริ่มมาตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1940 และมีส่วนคล้ายกับการพัฒนาชุมชนที่มีมาตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1920 (พันธ์ทิพย์ รามศูตร, 2540)

นงลักษณ์ วิรัชชัย และทิศนา แขมมณี (2546) ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมนั้น การศึกษาบริบทเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น นักวิจัยจะต้องรู้จัก คำว่า Identify need & problem ต้องรู้จัก คำว่า การศึกษาบริบททั่วไป และบริบทวิจัย ในกรณีบริบททั่วไป หมายถึง การวิเคราะห์ชุมชนเพื่อค้นหาโจทย์หรือความจำเป็น (Need) ซึ่งเป็นการมีส่วนร่วมในแนวราบของผู้เกี่ยวข้องคือคนในระบบที่เราจะต้องมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนไม่ใช่บางตอนเพราะฉะนั้น การพัฒนาโจทย์วิจัย เขาต้องมีส่วนร่วมหากมีการ implement อะไร เขาจะต้องมีส่วน contribute ด้วย ถ้าไม่มีเงินก็สามารถร่วมแรงได้ไม่ใช่แบมือรอ PAR จึงเป็นเรื่องที่ว่าด้วยการมีส่วนร่วม เป็นการเรียนรู้ร่วมกัน นักวิจัยได้อะไร คำตอบ คือ ได้องค์ความรู้ ผู้คนทั้งหลายที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder) ใน System ได้อะไร คำตอบคือ ได้ความรู้ในเรื่องของเขาและได้มีการ Transformation ซึ่งก็คือ การเปลี่ยนผ่านในที่นี้ไม่ใช่การเปลี่ยนแล้วผ่าน แต่หมายถึง เปลี่ยนแล้วไปลับไม่กลับมาแบบเดิม ซึ่งนั่นก็คือ การพัฒนาที่ยั่งยืน เช่น ขึ้นบันไดจากขั้นที่ 1 แล้วไปขั้นที่ 3 ห้ามกลับมาขั้นเดิม

ทุกคนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนของวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เมื่อ plan, Act, Observe, Reflect แล้ว ยังไม่บรรลุผลก็กลับไป Plan ใหม่ Act ใหม่ Observe ใหม่ และ Reflect ใหม่ ก็จะเป็น Spiral cycle (วงจรแบบเกลียวสว่านไปเรื่อย ๆ) ดังนั้น การวิจัยแบบ PAR ต้องมีการประเมิน evaluation ด้วยว่า ก่อนเป็นอย่างไร need เดิมเป็นอย่างไร ทำอย่างไร ทำแล้วระหว่างทางเกิดอะไร สุดท้ายแล้วได้อะไร จึงเห็นว่า PAR เป็นสหวิทยาการมากกว่าจะเป็น Participatory ธรรมดา โจทย์จริง ๆ ต้อง Emerge ของปัญหาจริง ๆ ไม่ใช่การชี้นำ (วารสารบริการการศึกษา มหาวิทยาขอนแก่น ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2548)

ขนิษฐา กาญจนรังสี (2544) ได้เสนอแนวคิดพื้นฐานในการดำเนินวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีดังต่อไปนี้

1. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่งอยู่กับที่ การวิจัยเริ่มต้นจากสถานการณ์ที่เป็นจริงในขณะหนึ่ง เคลื่อนที่ไปยังสถานการณ์ที่ควรจะเป็นอนาคตซึ่งไม่อาจทำนายได้ โดยการเคลื่อนที่ดังกล่าวเกิดขึ้นได้ทั้งจากการแปลงเองในสถานการณ์นั้นถูกกระทบจากเหตุการณ์แวดล้อมนอกกระบวนการวิจัย และเกิดจากกระบวนการวิจัย รวมทั้งผู้ร่วมในการวิจัยเอง การเกิดขึ้นของการเปลี่ยนแปลงจะต้องถูกเก็บมาเป็นส่วนหนึ่งของการวิเคราะห์ และตัดสินใจในการเคลื่อนไหวของกิจกรรมต่อ ๆ มา ในกระบวนการวิจัยเสนอ ดังนั้นกระบวนการวิจัยจึงต้องมีลักษณะยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนได้ กำหนดเวลาอาจคลาดเคลื่อนไม่มีความแน่นอน สภาพปัญหา แนวทางการแก้ไขปัญหา และกิจกรรมแก้ไขปัญหาไม่สามารถกำหนดไว้ล่วงหน้าได้

2. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จะประสบความสำเร็จได้เมื่อนักวิจัย และผู้เกี่ยวข้องมีความเชื่อว่าคนทุกคนมีศักยภาพและความสามารถในการคิดและการทำงานร่วมกันเพื่อชุมชนที่ดีขึ้นผู้มีความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นมีความสำคัญเช่นเดียวกับภูมิปัญญาของนักวิจัย นักวิชาการ หรือนักพัฒนาและทุกสิ่งทุกอย่าง

ในชุมชน ทั้งเรื่องความรู้ความชำนาญ ทรัพยากรที่มีอยู่และจะหาได้ในอนาคตจะต้องได้รับการจัดสรรอย่างเท่าเทียมกัน

3. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จะต้องเริ่มจากความรู้สึกของคนที่มีปัญหา หรือความต้องการของชุมชน แล้วเคลื่อนสู่การสร้างความเข้าใจ และเป็นการกระทำพร้อมก่อที่จะให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตนเองและชุมชน ทั้งในมิติของปัญญา จิตใจ และกายภาพ

4. กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องและไม่สิ้นสุดในวงจรแต่เป็นการเริ่มเพื่อนำไปสู่วงจรใหม่ ซึ่ง เป็นวงจรของการแสวงหาความรู้และการกระทำ โดยวงจรนี้จะดำรงอยู่และดำเนินต่อไปได้ตราบเท่าที่คนในชุมชนยังสามารถมีส่วนร่วมกันวิจัยอยู่ได้

สิทธิณัฐ ประพุทธนิติสาร (2547, หน้า 37 - 39) ได้กล่าวถึงแนวคิด PAR ได้ถูกพัฒนาจากปัญหาของการพัฒนา หรือการแก้ปัญหาต่าง ๆ ในสังคมที่ได้ดำเนินการมายาวนาน แต่ดูเสมือนว่าปัญหาต่าง ๆ ในสังคมยิ่งซับซ้อนยุ่งยากมากขึ้นในขณะเดียวกันปัญหาทางองค์ความรู้ที่เคยเชื่อว่าเกิดมาจากการวิจัยที่ผูกขาดโดยนักวิจัยที่มีทฤษฎีมีระเบียบวิธีวิจัยที่เชื่อได้ทางวิทยาศาสตร์ องค์ความรู้บางส่วนได้ถูกนำไปช่วยให้ชีวิตความเป็นอยู่ของมนุษย์ดีขึ้น แต่หลายส่วนที่องค์ความรู้กับปรากฏการณ์จริงที่หลากหมายโดยเฉพาะทางด้านสังคมศาสตร์กลับมีช่อว่างมากขึ้นยิ่งไปกว่านั้นคือความรู้ในด้านเทคโนโลยี ส่วนมากจะเป็นเรื่องเฉพาะด้านก็จะแก้ปัญหาได้เฉพาะจุด และบางครั้งตัวเทคโนโลยีนั้น ก็สร้างปัญหาใหม่ขึ้นมากอีก วนเวียนแบบนี้ตลอดไป ส่วนความรู้ด้านสังคมศาสตร์มีลักษณะถ้าไม่แคบเกิดไป ก็กว้างเป็นนามธรรมสูงจนเกินไปจึงไม่ได้ช่วยให้ การแก้ปัญหาต่าง ๆ เป็นไปอย่างมีผล หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติการ ดูเสมือนว่ากว้างขึ้น

จากแนวคิดพื้นฐานที่กล่าวมาข้างตัน พอสรุปแนวคิดได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ได้แนวทางการดำเนินการมาจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มุ่งหวังแก้ปัญหาในสังคมนั้น ๆ โดยผู้แก้ปัญหาก็คือคนในสังคมนั้นเองที่ร่วมกันแก้ปัญหา ซึ่งกระบวนการกระทำแต่ละขั้นตอนต้องมุ่งประโยชน์ต่อสังคม และทุกขั้นตอนสังคมนั้นต้องมีส่วนร่วม โดยมุ่งการพัฒนาที่ยั่งยืน ต้องมีการศึกษาบริบทของสังคมอย่างแก้จริงเพื่อให้ทราบถึงปัญหา สู่การร่วมมือกันพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การพัฒนาสังคมและชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Participation) ของประชาชน เป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นที่ต้องใช้การทำงานในรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งเป็นการวิจัยที่จัดทำเป็นกลุ่มเป็นหมู่คณะและการวิจัยโดยปฏิบัติงานเอง จนภายหลังมีการเรียกวิจัยเช่นนี้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (กมล สุดประเสริฐ, 2540, หน้า 6)

สุภางค์ จันทวานิช (2543, หน้า 67 - 68) การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นวิธีการเรียนรู้จากประสบการณ์ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมวิจัยนับตั้งแต่การระบุปัญหาการดำเนินการติดตามผล จนถึงขั้นประเมินผล

ขนิษฐา กาญจนรังสี (2544) สรุปว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นการรวมทั้งการวิจัยเชิงปฏิบัติการและการวิจัยแบบมีส่วนร่วมเข้าด้วยกัน กล่าวคือ เป็นการพยายามศึกษาชุมชน โดยเน้นการวิเคราะห์ปัญหา ศึกษาแนวทางการแก้ปัญหา วางแผนดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหา (Planning) ปฏิบัติตามแผน (Doing) และติดตามประเมินผล (Checking) โดยทุกขั้นตอนมีสมาชิกในชุมชนเข้าร่วมด้วย

สำนักมาตรฐานการศึกษา (2545, หน้า 232) ระบุว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นเทคนิคการศึกษา และ วิเคราะห์ปัญหาชุมชนที่เน้นคนในชุมชนสามารถรวมตัวกันในรูปขององค์กรประชาชนที่มีประสิทธิภาพโดยเพิ่มศักยภาพของชุมชนด้วยระบบข้อมูลให้ประชาชนเห็นความสำคัญของข้อมูล เพราะข้อมูลจะช่วยให้คนในชุมชนสามารถวิเคราะห์ปัญหาของชุมชน และดำเนินการพัฒนาชุมชนต่อไป

สุรียา วีรวงศ์ (2546) กล่าวถึงความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมไว้ว่า เป็นวิธีวิทยาให้สังคมช่วยกันคิด โดยเป็นการวิจัยและพัฒนา ซึ่งขยับจากการวิจัยแบบปกติ การทำวิจัยประเภทนี้ จะต้องมีความสัมพันธ์กับชุมชน ซึ่งจะเห็นภาพของวิธีการที่เคลื่อนตัวมาเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

กรานดี้ และ คิมมิส (Grundy and Kemmis) อ้างถึงใน บุญเรียง ขจรศิลป์, 2546) ชี้ว่า ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม คนที่ร่วมวิจัยต้องมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ วางแผน (Plan) การกระทำตามแผน (Doing) และประเมินผล (Checking) ทุกกิจกรรมอย่างเป็นระบบ มีการประเมินตัวเอง (Action) พร้อมกับการรับฟังความคิดเห็นของเพื่อนร่วมงาน เมื่อเวลาที่ดำเนินการงานอาจขยายแวดวงของผู้ร่วมวิจัยในโครงการไปอีก แต่ก็ต้องมีกระบวนการที่พยายามรักษาการมีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียมกันระหว่างทีมงานทุกคนไว้ได้ ส่วนใหญ่การวิจัยประเภทนี้จะเกิดขึ้นในสังคมประชาธิปไตย เพราะเป็นกระบวนการประชาธิปไตยอย่างหนึ่งในลักษณะของกระบวนการวิจัยอยู่บนฐานของปรัชญาและคุณค่าที่เน้นคนเป็นศูนย์กลาง (People centered) สร้างพลังอำนาจให้แก่ประชาชน (Empowerment) ด้วยกระบวนการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม (Participation) ผ่านการวิจัยเพื่อเปลี่ยนสภาพ (Transformation) ของบุคคลและสังคม

สรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการวิจัยที่มีผู้มีส่วนร่วมหลายฝ่ายเข้ามาร่วมกันแก้ปัญหาที่เกิดโดยมีการร่วมทุกกระบวนการวิจัย ตามบทบาทหน้าที่ของผู้ร่วมวิจัยแต่ละคนตั้งแต่เริ่มการเลือกประเด็นปัญหาจนเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัยถือว่าทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีความสำคัญเท่า ๆ กัน ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของการมีส่วนร่วมที่ได้ร่วมลงมือกระทำ โดยยึดหลักประชาธิปไตย

หลักการสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนรวม PAR

คุณลักษณะพื้นฐานของ PAR 6 ประการ (Kemmis และ Wilkinson อ้างถึงใน ผ่องพรรณ ตรัยมงคลกูล, 2543, หน้า 187) มีดังนี้

1. กระบวนการวิจัยแบบ PAR เป็นกระบวนการทางสังคม (PAR is social process) เพราะมีความเชื่อว่ากระบวนการพัฒนาปัจเจกชนกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเป็นไปอย่างมีสัมพันธ์กัน ไม่ว่าปัจเจกชนนั้น ๆ จะได้รับประโยชน์โดยส่วนตนมากหรือน้อย

2. การวิจัยแบบ PAR เป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (PAR is participatory) การวิจัยอาจเริ่มต้นหรือถูกจุดประกายโดยนักวิจัยภายนอกแต่กระบวนการวิจัยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกคน ในกลุ่มเป็นเจ้าของวิจัยร่วมกัน ไม่ใช่เพียงในฐานะผู้ให้ข้อมูลกับนักวิจัยภายนอก หรือในฐานะเฉพาะผู้ได้รับผลประโยชน์ แต่ถือว่าทุกคนร่วมกันวิจัยเกี่ยวกับเรื่องของตนเอง การมีส่วนร่วมในการจัดการใช้ความรู้ ความคิดของตนเพื่อการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งเรียนรู้ที่จะสะท้อนความคิดวิพากษ์ตนเอง ในสิ่งที่ได้กระทำร่วมกัน ทั้งนี้ PAR ในอุดมคตินั้น สมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการวิจัย ตั้งแต่การจกลงในที่จะทำการวิจัย การกำหนดปัญหาวิจัย การเลือกวิธีการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การตรวจสอบข้อมูล การตัดสินใจที่จะปฏิบัติการตามแผนและการวิเคราะห์ผลการปฏิบัติ

3. การวิจัย PAR เป็นการวิจัยที่เน้นการปฏิบัติ (PAR is Practical) โดยเฉพาะการปฏิบัติใด ๆ ที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ของคนในสังคม โดยมุ่งทำความเข้าใจวีการ และผลการปฏิบัติงานที่เป็นอยู่ ศึกษาวิธีการที่จะปฏิบัติให้ดีขึ้น และเรียนรู้จากกระบวนการปฏิบัติและผลที่เกิดขึ้น ความรู้ได้จากการวิจัยจะเป็นพื้นฐานของการปฏิบัติ

4. การวิจัยแบบ PAR เป็นกระบวนการวิจัยเพื่อสร้างอิสรภาพ (PAR is emancipator) กล่าวคือ ปลุกจิตสำนึกเพื่อให้คนได้คลี่คลาย และเอาชนะปัญหาอุปสรรคอันเรื่องจากการถูกเอารัดเอาเปรียบในสังคมที่มีโครงสร้างไม่เป็นธรรม ทำให้คนเรียนรู้ที่จะแบ่งปันและร่วมสร้างสังคมที่เป็นธรรมและสงบสุขมากขึ้น

5. การวิจัยแบบ PAR เน้นกระบวนการเชิงวิพากษ์ (PAR is critical) สะท้อนตนเอง (Self-reflection) ในขั้นตอนของการวิจัยทั้งก่อนและหลังการปฏิบัติ

6. การวิจัยแบบ PAR เป็นเกลียวของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAR is recursive) จะสะท้อนถึงวงจรของการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง และการเปลี่ยนแปลงซึ่งจะช่วยให้เรียนรู้ต่อไปอีก จึงเป็นกระบวนการเรียนรู้จากการปฏิบัติร่วมกัน (Learning by doing with others)

ดังนั้น สามารถสรุปหลักการสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมได้ว่า เป็นการวิจัยที่มีลักษณะที่มุ่งการเป็นประชาธิปไตยให้ความเท่าเทียมกับทุกคนเห็นความสำคัญ ทุกคนสามารถคิดได้อย่าง

เสรีภาพตามศักยภาพของแต่ละคนเปิดโอกาสให้ทุกคนแสดงความสามารถของตนเองส่งเสริมการรักถิ่นฐานบ้านเกิดส่งเสริมการกล้าแสดงออกร่วมพัฒนาชุมชนของตนเอง ให้มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี

รูปแบบของการมีส่วนร่วมของประชาชน

การมีส่วนร่วมที่ดำเนินการอยู่โดยทั่วไป สามารถสรุปได้เป็น 5 รูปแบบ (แนวความคิด และหลักการมีส่วนร่วมของประชาชน) ได้แก่

1. การรับรู้ข่าวสาร (Public Information) การมีส่วนร่วมในรูปแบบนี้ ประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องได้รับการแจ้งให้ทราบถึงรายละเอียดของโครงการที่จะดำเนินการ รวมทั้งผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ทั้งนี้การได้รับแจ้งข่าวสารดังกล่าวจะต้องเป็นการแจ้งก่อนที่จะมีการตัดสินใจดำเนินโครงการ

2. การปรึกษาหารือ (Public Consultation) เป็นรูปแบบการมีส่วนร่วม ที่มีการจัดการหารือ ระหว่างผู้ดำเนินการโครงการกับประชาชนที่เกี่ยวข้อง และได้รับผลกระทบเพื่อที่จะรับฟัง ความคิดเห็นและตรวจสอบข้อมูลเพิ่มเติม หรือประกอบการจัดทำรายงานการศึกษาผลกระทบสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ การปรึกษาหารือยังเป็นอีกช่องทางหนึ่งในการกระจายข้อมูลข่าวสารไปยังประชาชนทั่วไปและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความเข้าใจในโครงการและกิจกรรมมากขึ้น และเพื่อให้มีการให้ข้อเสนอแนะเพื่อประกอบทางเลือกในการตัดสินใจ

3. การประชุมรับฟังความคิดเห็น (Public Meeting) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนและฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับโครงการหรือกิจกรรม และผู้มีอำนาจตัดสินใจในการทำโครงการหรือกิจกรรมนั้น ได้ใช้เวทีสาธารณะในการทำความเข้าใจ และค้นหาเหตุผลที่จะดำเนินโครงการหรือกิจกรรมในพื้นที่นั้นหรือไม่ การประชุมรับฟังความคิดเห็นหลายรูปแบบ รูปแบบที่พบเห็นบ่อยได้แก่

1) การประชุมในระดับชุมชน (Community Meeting) การประชุมลักษณะนี้จะต้องจัดขึ้นในชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากโครงการ โดยเจ้าของโครงการหรือกิจกรรมจะต้องส่งตัวแทนเข้าร่วมเพื่ออธิบายให้ที่ประชุมทราบถึงลักษณะ โครงการและผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้นและตอบข้อซักถาม การประชุมระดับนี้อาจจะจัดในระดับที่กว้างขึ้นได้ เพื่อรวมหลาย ๆ ชุมชนในคราวเดียวกัน ในกรณีที่มีหลายชุมชนได้รับผลกระทบ

2) การประชุมฟังความคิดเห็นในเชิงวิชาการ (Technical Hearing) สำหรับโครงการที่มีข้อโต้แย้งในเชิงวิชาการ จำเป็นจะต้องจัดประชุมรับฟังความคิดเห็นในเชิงวิชาการ โดยเชิญผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาจากภายนอกมาช่วยอธิบายซักถาม และให้ความเห็นต่อโครงการ การประชุมอาจจะจัดในที่สาธารณะทั่วไป ผลการประชุมจะต้องนำเสนอต่อสาธารณะและผู้เข้าร่วมประชุมต้องได้รับทราบผลดังกล่าวด้วย

3) การประชาพิจารย์ (Public Hearing) เป็นการประชุมที่มีขั้นตอนการดำเนินการที่ชัดเจนมากขึ้น เป็นเวทีในการเสนอข้อมูลอย่างเปิดเผยไม่มีการปิดบัง ทั้งฝ่ายเจ้าของโครงการและฝ่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากโครงการ การประชุมและคณะกรรมการจัดการประชุมจะต้องมีองค์ประกอบของผู้เข้าร่วมที่เป็นที่ยอมรับ มีหลักเกณฑ์และประเด็นในการพิจารณาที่ชัดเจน และแจ้งให้ทุกฝ่ายทราบทั่วกัน ซึ่งอาจมาจากการ

ร่วมกันกำหนดขึ้น ทั้งนี้รูปแบบการประชุมไม่ควรจะเป็นทางการมากนัก และไม่เกี่ยวข้องกับนัยของกฎหมายที่จะต้องมีการชี้ขาดเหมือนการตัดสินในทางกฎหมาย การจัดประชุมจึงอาจจัดในหลายวันและไม่จำเป็นต้องจัดเพียงครั้งเดียวหรือสถานที่เดียวตลอดไป

4) การร่วมในการตัดสินใจ (Decision-Making) เป็นเป้าหมายสูงสุดของการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งในทางปฏิบัติที่จะทำให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจต่อประเด็นปัญหานั้น ๆ ไม่สามารถดำเนินการให้เกิดขึ้นได้ง่าย ๆ อาจดำเนินการให้ประชาชนที่ได้รับผลกระทบ เลือกตัวแทนของตนเข้าไปนั่งในคณะกรรมการคณะใดคณะหนึ่ง ที่มีอำนาจตัดสินใจ รวมทั้งได้รับเลือกในฐานะที่เป็นตัวแทนองค์กรที่ทำหน้าที่เป็นผู้แทนประชาชนในพื้นที่ซึ่งประชาชนจะมีบทบาทชี้นำการตัดสินใจ ได้เพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของคณะกรรมการพิเศษนั้น ๆ ว่าจะมีการวางน้ำหนักของประชาชนไว้เพียงใด

5) การใช้กลไกทางกฎหมาย รูปแบบนี้ไม่ถือว่าเป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนโดยตรงในเชิงของการป้องกันแก้ไข แต่เป็นลักษณะของการเรียกร้องและป้องกันสิทธิของตน อันเนื่องมาจากการไม่ได้รับความเป็นธรรม และเพื่อให้ได้มาซึ่งผลประโยชน์ที่ตนเองคิดว่าควรจะได้รับ โดยในปัจจุบัน รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ได้ให้หลักการเรื่องของการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ในหลายมาตรา ซึ่งประชาชนสามารถใช้สิทธิของตนตามรัฐธรรมนูญทั้งในรูปของปัจเจกและในรูปขององค์กร ตามที่ได้ระบุไว้ในพระราชบัญญัติต่าง ๆ ที่ได้บัญญัติขึ้นจากมาตรา ดังกล่าวข้างต้น เช่น พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของทางราชการ พ.ศ. 2540

สรุปได้ว่าการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research - PAR) เป็นกระบวนการทางประชาธิปไตยที่บุคคลจำนวนหนึ่ง นำความรู้ที่ได้จากการศึกษาวิจัยและากรลงมือกระทำด้วยตนเองมาปรับปรุงแก้ไขและเปลี่ยนสังคมของตน การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจึงเป็นรูปแบบการวิจัยที่ประชาชนที่เคยถูกวิจัยกลับบทบาทมาเป็นผู้ร่วมวิจัย โดยมีส่วนร่วมตลอดกระบวนการวิจัย นับตั้งแต่การตัดสินใจว่าควรมีการศึกษาวิจัยในชุมชนนั้น ๆ หรือไม่ การรวบรวมข้อมูลเพื่อกำหนดปัญหาการวิจัย การเลือกประเด็นปัญหา การสร้างเครื่องมือ การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล จนกระทั่งการนำความรู้ที่ได้จากการวิจัยไปสู่การปฏิบัติ (พันธุ์ทิพย์ รามสูต, 2540 อ้างถึงใน เสาวภา พรสิริพงษ์, 2550)

ขั้นตอนของกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

มี 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาชุมชน ขั้นตอนนี้เกิดขึ้นหลังจากที่ผู้วิจัยได้คัดเลือกชุมชนที่ต้องการทำวิจัยได้แล้ว ซึ่งเป็นชุมชนที่เหมาะสมกับประเด็นปัญหาการวิจัย ก่อนที่จะเข้าไปศึกษาชุมชนจึงต้องเข้าไปทำความรู้จักกับชุมชน (ผู้นำชุมชน ผู้นำองค์กร ผู้สูงอายุ กลุ่มองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน) เพื่อหาความร่วมมือจากผู้ที่เกี่ยวข้องและสร้างความคุ้นเคยจากนั้นก็เป็นศึกษาข้อมูลของชุมชนอย่างละเอียดในทุกแง่ทุกมุมที่ครอบคลุมปัญหาสำคัญของการวิจัย ร่วมกับนักวิจัยท้องถิ่น เพื่อหาจุดแข็งและจุดอ่อนของชุมชนเพื่อนำไปสู่การสร้างเครื่องมือที่

จะนำไปใช้กับชุมชนที่เหมาะสม และประเด็นสำคัญคือการใช้เป็นข้อมูลสำหรับเปรียบเทียบความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการใส่กิจกรรมต่าง ๆ ลงไป

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบของกิจกรรม รูปแบบของเครื่องมือหรือกิจกรรมที่จะนำลงไปปฏิบัติในชุมชนจะได้มาจากการศึกษาชุมชนอย่างละเอียด บวกกับสภาพปัญหาของชุมชน และจากการประยุกต์จากงานวิจัยที่ผู้อื่นได้ดำเนินในพื้นที่ที่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน โดยประมวลข้อมูลจากทั้ง 3 ส่วนอย่างละเอียดร่วมกับชุมชน นอกจากนั้นจำเป็นต้องกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จของแต่ละกิจกรรมไว้อย่างชัดเจน

ขั้นตอนที่ 3 การนำรูปแบบไปทดลองปฏิบัติในขั้นตอนของการปฏิบัติสามารถยืดหยุ่น และปรับแก้ได้ตลอดเวลาจามปัจจัยแวดล้อมทั้งภายนอกและภายในซึ่งบ่อยครั้งที่มีทีมวิจัยไม่สามารถควบคุมได้

ขั้นตอนที่ 4 การบันทึกบทเรียนและการประเมินผล (Audel et al., 2004; พันธุ์ทิพย์ รามสูต, 2540 อ้างถึงในเสาวภา พรสิริพงษ์, 2550) การบันทึกขั้นตอนการดำเนินงานและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นไว้คลอดเวลาเป็นเรื่องที่มีความจำเป็น ทั้งนี้เพื่อนำไปเป็นบทเรียนให้กับการทำงานครั้งต่อไป ส่วนการประเมินผลจำเป็นต้องกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จที่ชัดเจน โดยมุ่งเน้นกระบวนการมากกว่าผลลัพธ์

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

ความหมายของการดูแลตนเอง

ในปัจจุบันแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง (Self - Care) เป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจอย่างกว้างขวางมีความสำคัญในเรื่องสุขอนามัยของประชาชน เป็นพฤติกรรมพัฒนาการเรียนรู้ พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ไม่ให้เจ็บป่วย ลดภาวะแทรกซ้อนของโรค และลดอัตราการตาย ซึ่งผู้เชี่ยวชาญในประเทศไทยและต่างประเทศ ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองไว้ดังนี้

Pender (1982 อ้างถึงใน วาสนา เถื่อนวงษ์, 2540 อ้างถึงใน สุทน อามาตรสัมบัติ, 2553) การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลได้ริเริ่มและกระทำในแนวทางของตนเอง เพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่อันดีของตนเอง ดังนั้นจึงต้อง มีแบบแผนและเป้าหมาย ขั้นตอน มีความต่อเนื่อง และเมื่อได้ทำอย่างถูกต้องครบถ้วน จะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลตนเองมากขึ้น

สมทรง รักษ์เผ่า (2533 อ้างถึงใน พรทิพย์ คำพอ, 2544 อ้างถึงใน สุทน อามาตรสัมบัติ ,2553) กล่าวว่า การดูแลตนเอง หมายถึงการดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพในเชิงบวกด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมถึงการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพอันได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาและการฟื้นฟูให้กลับสู่สภาวะที่จะอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขภาพหลังการเจ็บป่วย หรือเมื่อมีความพิการเกิดขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง

สุวัจนี เทียรทอง (2536 อ้างถึงใน พรทิพย์ คำพอ, 2544 อ้างถึงใน สุทน อามาตรสัมบัติ , 2553) ได้รวบรวมความหมายและนิยามศัพท์คำว่าการดูแลตนเองไว้หลากหลายดังนี้ การดูแลตนเองหมายถึง การดำเนิน

กิจกรรมทางสุขภาพทางสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มร่วมงานและชุมชนโดยรวมครอบคลุมถึงการตัดสินใจในเรื่องเกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ การรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษา และการปฏิบัติหลังการบริการ

โอเร็ม (Orem, 1995 อ้างถึงใน วัลลา ตันตโยทัน, 2540 อ้างถึงใน สุทน อามาตรสัมบัติ, 2553) ได้กล่าวถึงการดูแลตนเองหมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพ มีลักษณะเป็นการกระทำที่จงใจ มีเป้าหมาย (Deliberate Action)

สุทน อามาตรสัมบัติ (2553) การดูแลตนเอง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางด้านสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงานและชุมชน โดยมีวัตุประสงค์เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การผดุงรักษาภาวะสุขภาพ (Health Maintanance) ภายหลังการเจ็บป่วย เป็นระบบการบริการสุขภาพขั้นปฐมภูมิที่ดำเนินการปฏิบัติด้วยตนเองหรือผู้อื่นให้การช่วยเหลือ โดยที่กระบวนการดูแลสุขภาพด้วยตนเองจะรวมไปถึงกระบวนการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษา และการปฏิบัติตนภายหลังการรับบริการ

ความหมายของการดูแลตนเอง

โอเร็ม (Orem, 1995) ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่าเป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของบุคคลเป็นการริเริ่มและการกระทำด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงซึ่งชีวิตสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีทั้งในภาวะปกติและขณะเจ็บป่วย เป็นการกระทำอย่างจงใจ มีเป้าหมาย มีระบบระเบียบ เป็นขั้นตอนและเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการการดำเนินไปได้ถึงขีดสุดของแต่ละบุคคล

สไตเกอร์ และลิปสัน (Steiger and Lipson, 1985) ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า เป็นกิจกรรมที่ริเริ่มกระทำโดยบุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อให้บรรลุหรือคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีที่สุด

เพนเดอร์ (Pender, 1982) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติที่บุคคลริเริ่ม และกระทำในวิถีทางของตนเองเพื่อรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน

เลวิน (Levin, 1976 อ้างถึงใน สมจิต หนุเจริญกุล, 2536) ให้ความหมายการดูแลตนเองว่าเป็นกระบวนการที่บุคคลปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ค้นหาหรือรักษาโรคในระยะเริ่มแรก โดยใช้แหล่งบริการสุขภาพโดยใช้แหล่งบริการสุขภาพ

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้นำแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเร็มมาใช้ในการศึกษาวิจัย ซึ่งโอเร็มมีจุดมุ่งหมายในการดูแลตนเองดังนี้

1. ส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นไปตามปกติ รวมทั้งพัฒนาการของบุคคลให้มีประสิทธิภาพตามกำหนด
2. ดำรงไว้ซึ่งโครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของร่างกายเพื่อดำเนินชีวิตตามปกติ
3. ป้องกัน ควบคุม หรือบรรเทาอาการตามกระบวนการเกิดโรค
4. ป้องกันความพิการ หรือทดแทนที่สูญเสียไปแล้ว

5. ส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี

ตามแนวคิดของโอเร็ม ความสามารถในการดูแลตนเองประกอบด้วยโครงสร้าง 3 ระดับ (Orem, 1991)

ระดับที่ 1 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (foundation capabilities and dispositions) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ โดยทั่ว ๆ ไปประกอบด้วย

1. ความสามารถ และทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียนนับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาและใช้เหตุผล
2. หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึกทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส
3. การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง
4. การเห็นคุณค่าในตนเอง
5. นิสัยประจำตัว
6. ความตั้งใจ
7. ความเข้าใจในตนเอง
8. ความห่วงใยในตนเอง
9. การยอมรับตนเอง
10. ระบบการจัดลำดับความสำคัญ การรู้จักแบ่งเวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ
11. ความสารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

ระดับที่ 2 พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten Power component) เป็นความสามารถซึ่งเป็นตัวกลางเชื่องการรับรู้ และการกระทำที่จงใจ เพื่อการดูแลตนเองของมนุษย์ ประกอบด้วย

1. ความสนใจเอาใจใส่ในตนเอง รวมทั้งความสนใจเอาใจใส่ในภาวะแวดล้อมภายในและภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง
2. ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานของร่างกายให้เพียงพอและต่อเนื่องสำหรับการดูแลตนเอง
3. ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เพื่อการเคลื่อนไหวในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง
4. ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง
5. แรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง
6. ทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ
7. ความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และสามารถจะจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้
8. ทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิด และสติปัญญา ตลอดจนการสร้างสัมพันธภาพกับบุคลอื่น

9. ความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

10. ความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต ในฐานะบุคคลซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

ระดับที่ 3 ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for Self-care operation) เป็นความสามารถที่จำเป็น และใกล้ชิดโดยตรงที่จะใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที เป็นการแสดงให้ทราบถึง ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลอย่างแท้จริง ประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ คือ

1. การคาดการณ์ (estimative operations) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเอง และสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมายและความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง

2. การปรับเปลี่ยน (Transitional operations) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่ควรกระทำ และจะกระทำกิจกรรม

3. การลงมือปฏิบัติ (Productive operations) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ต่าง ๆ เพื่อสนองตอบต่อการดูแลตนเอง

แนวคิดเรื่องการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตาวา (Ottawa Charter, 1986) เน้นที่การเพิ่มสมรรถนะให้บุคคลสามารถควบคุมปัจจัยที่กำหนดสุขภาพ และส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพดี โดยบุคคลสามารถที่จะควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสม และปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ซึ่ง สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ได้แก่

1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy)
2. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Healthy Environment)
3. การสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน (Strengthening Community Action)
4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Personal Skill Development)
5. การปรับระบบบริการสุขภาพ (Reoriented health Service)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลกระทำ ซึ่งอาจเป็นการกระทำที่บุคคลนั้นแสดงออกมา รวมทั้งกิจกรรมที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล และกิจกรรมนี้อาจสังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัสหรือไม่สามารถสังเกตได้ เช่นการทำงานของหัวใจ การเดิน การพูด ความคิด ความรู้สึก ความชอบ ความสนใจ เป็นต้น (เฉลิมพล ตันสกุล, 2541 อ้างถึงใน สุธิดา พุฒทอง, 2551)

พฤติกรรมแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. พฤิตกรรมภายนอก (Overt Behavior) คือ การกระทำที่เกิดขึ้นสามารถสังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัสหรืออาจใช้เครื่องมือช่วย

2. พฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) คือกระบวนการที่เกิดขึ้นกายในจิต บุคคลอื่นไม่สามารถสังเกตได้

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม (เฉลิมพล ตันสกุล, 2541 อ้างถึงใน สุธิดา พุฒทอง, 2551) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Behavior) มีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่านดังนี้

Walker, Sechrist, and Pender (1987) กลาวว่า วิถีการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความหมายเหมือนกัน โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นการกระทำทางบวกของชีวิต มีผลโดยตรงต่อการคงไว้หรือเพิ่มระดับความผาสุกของบุคคล การบรรลุเป้าหมายในชีวิจและความสมปรารถนาของบุคคล

Gochman and Davis (1988) กล่าวว่า พฤิตกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การแสดงที่บุคคลกระทำเพื่อให้คนเองมีสุขภาพดี ทั้งที่สังเกตได้อย่างชัดเจน เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ลักษณะบุคลิกภาพ และการใช้ยา เป็นต้น และพฤติกรรมที่สังเกตไม่ได้ต้องอาศัยการประเมินแบบอื่น เช่น ภาวะอารมณ์ ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม และการรับรู้

Palank (1991) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ริเริ่มโดยบุคคลทุกกลุ่มอายุ เพื่อคงไว้หรือเพิ่มระดับความผาสุก พฤติกรรมดังกล่าวได้แก่ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การพักผ่อน การมีโภชนาการที่เพียงพอ การมีกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อลดความเครียด

Murray and Zentner (1993) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่ช่วยยกระดับสุขภาพของบุคคลให้สูงขึ้นและมีความผาสุก เกิดศักยภาพที่ถูกต้องหรือสุงสุดของบุคคล ครอบครัว กลุ่มชน ชุมชน และสังคม

Pender (2002) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อช่วยยกกระดับความผาสุกและการบรรลุเป้าหมายในชีวิตของบุคคล ชุมชน และสังคม ซึ่งเน้นถึงความพยายามในการกระทำเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น

สรุปได้ว่า (สุธิดา พุฒทอง, 2551) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การกระทำของบุคคลเพื่อคงไว้หรือเพิ่มระดับความผาสุก และการบรรลุเป้าหมายในชีวิตของบุคคล ชุมชน และสังคม ซึ่งเน้นที่การกระทำเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น และกระทำต่อเนื่องจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีการดำเนินชีวิตของตนเอง

ลักษณะของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อช่วยยกระดับความผาสุกและการบรรลุเป้าหมายในชีวิตของบุคคล ชุมชน และสังคม เน้นกระทำเพื่อให้สุขภาพดีขึ้น (Pender, 2002) ได้มีผู้ทำการศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพและกล่าวถึงลักษณะของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไว้แตกต่างกันดังนี้

Pender (1987) กล่าวถึง ลักษณะของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อสร้างแบบประเมินแบบแผนชีวิตและนิสัยสุขภาพ โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยพฤติกรรม 10 ด้าน ดังนี้

1. ความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป
2. การปฏิบัติด้านโภชนาการ
3. การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน
4. รูปแบบการนอนหลับ
5. การจัดการกับความเครียด
6. การตระหนักและยอมรับในความมีคุณค่าของตน
7. การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต
8. การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น
9. การควบคุมสภาวะแวดล้อม
10. การใช้ระบบบริการสุขภาพ

Walker, Sechrist and Pender (1995) กล่าวถึง ลักษณะของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อสร้างแบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดนี้ ประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของ Pender (1987) ดังนี้

1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่บุคคลมีความสนใจ เอาใจใส่ภาวะสุขภาพตนเอง โดยการหาความรู้ด้านสุขภาพ และปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพดี มีการสังเกตอาหารและการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย มีการไปรับการตรวจเมื่ออาการผิดปกติ ขอคำปรึกษาหรือคำแนะนำจากบุคลากรด้านสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ หรือพยาบาล หากสงสัยเกี่ยวกับสุขภาพ

2. โภชนาการ เป็นพฤติกรรมที่บุคคลเลือกรับประทานอาหารอย่างถูกต้องเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย

3. การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติโดยให้มีการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้มีการใช้พลังงาน ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การเดินขึ้นลงบันไดแทนการใช้ลิฟท์ การทำงานบ้าน เป็นต้น

4. การจัดการกับความเครียด เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงวิธีการจัดการกับความเครียดของบุคคล เช่น การผ่อนคลาย การทำกิจกรรมคลายเครียด การนอนหลับ การแสดงออกที่เหมาะสมหรือการทำกิจกรรมที่ป้องกันการอ่อนล้าของร่างกาย

5. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงถึงการปฏิสัมพันธ์กับบุคลอื่น มีการให้และการรับ ยอมรับและให้เกียรติซึ่งกันและกัน มีการปรึกษาหารือและร่วมกันแก้ไขปัญหา

6. การพัฒนาทางจิตวิญญาณ เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงถึงการมีความเชื่อที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตที่ดี มีความรักและความจริงใจต่อบุคคลอื่น มีจุดมุ่งหมายในชีวิต มีความสงบและความพึงพอในชีวิต สามารถช่วยเหลือตนเองและบุคคลอื่นให้ประสบความสำเร็จเป็นความสามารถในการพัฒนาศักยภาพทางด้านจิต

วิญญาณอย่างเต็มที่ ประเมินได้จากความเชื่อ ความรู้สึกเกี่ยวกับความหมายของชีวิต ความรัก ความหวัง การให้อภัย และชีวิตหลังความตาย (Pender, 2002)

ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

แอนเดอร์สัน(Andersen,1981) ได้ศึกษาและพัฒนารูปแบบพฤติกรรมการใช้บริการด้านสุขภาพที่เน้นเฉพาะผู้ใช้บริการว่าการที่บุคคลจะตัดสินใจใฝ่หาและใช้บริการสุขภาพใดๆก็ตามขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญ 3 ปัจจัย ได้แก่

1. ปัจจัยเกี่ยวกับตัวบุคคล(predisposing factors) ได้แก่ปัจจัยด้าน ประชากร โครงสร้างทางสังคม เชื้อชาติ การศึกษา อาชีพของหัวหน้าครอบครัว ความเชื่อด้านสุขภาพ ทัศนคติ ความเชื่อที่มีต่อคุณภาพบริการสุขภาพและต่อเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ

2. ปัจจัยสนับสนุนหรือเกื้อกูลให้บุคคลสามารถใช้บริการได้(enabling factors) ประกอบด้วย เศรษฐานะ หรือทรัพยากรของครอบครัว แหล่งประโยชน์อื่นๆที่แต่ละครอบครัวพึงจะได้รับ เช่น การทำประกันสุขภาพ สวัสดิการที่รัฐจัดให้ บริการที่จัดไว้ในชุมชนที่ประชาชนจะใช้บริการได้ หรือการสนับสนุนให้ประชาชนสามารถใช้บริการได้เมื่อเขาต้องการ

3. ปัจจัยความต้องการหรือความจำเป็นทางสุขภาพ(needs for health services) เป็นปัจจัยความต้องการที่สามารถวัดได้จากการรับรู้เรื่องสุขภาพของบุคคล และการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ซึ่งอาจประเมินปัจจัยนี้ได้ 2 ทางคือ การรับรู้โดยบุคคลนั้นเอง(perceived needs) และจากการประเมินของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ

พฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ (health behavior) เป็นกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ แฮริสและกูเต็น (Harris & Guten , 1979) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรม สุขภาพ ว่าหมายถึงการกระทำใด ๆ ของบุคคลที่กระทำปกติและสม่ำเสมอ โดยมีวัตถุประสงค์ในการป้องกันไม่ให้เกิดโรค

คาส์ลและคอบบ์ (Karl & Cobb , 1966 อ้างถึงในประภาเพ็ญ สุวรรณและสวิง สุวรรณ , 2536) กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพไว้ 3 ประการ ดังนี้

1.พฤติกรรมการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ (preventive and promotive behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพดี และไม่เคยมีอาการเจ็บป่วยมาก่อน วัตถุประสงค์เพื่อดำรงภาวะสุขภาพ ส่งเสริมภาวะสุขภาพ และป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุและประกอบอาชีพ รวมไปถึงการได้รับภูมิคุ้มกันโรค

2. พฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบาย (illness behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่เริ่มไม่แน่ใจภาวะสุขภาพของตนเอง คือ เริ่มมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ทำให้เกิดความสงสัยว่าตนเองจะเจ็บป่วย และต้องการ

ความกระจ่างในอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น โดยการแสวงหาความช่วยเหลือจากผิอื่น เช่น ปรึกษาญาติ หรือเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ

3. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (sick role behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่ทราบแล้วว่าตนเองเจ็บป่วย โดยอาจเป็นการทราบจากความคิดเห็นของผู้อื่นหรือความคิดเห็นของตัวผู้ป่วยเองก็ได้ เช่น พฤติกรรมการบริโภค การควบคุมอาหาร รวมไปถึงการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย เช่น การออกกำลังกาย เป็นต้น

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางด้านสังคม (Social Support) (House, 1985 อ้างใน สรงกฎณ์ ดวงคำ สวัสดิ์, 2539: 29-35)

ความหมาย การสนับสนุนทางสังคม หมายถึงสิ่งที่ผู้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงการมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครู เจ้าหนาที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

แคพแพลน (Caplan, 1976 : 39-42) ได้ให้คำจำกัดความแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นทางข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการฟิลิชุก (Pilisuk,1982 : 20) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคน ไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ ความมั่นคง ทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย

แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม โดยปกติกลุ่มสังคม จัดแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ ๆ ได้ 2 ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิและกลุ่มทุติยภูมิ

กลุ่มปฐมภูมิเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกเป็นส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน

กลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์ตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคมกลุ่มนี้ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่น ๆ ซึ่งในระบบแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่ามีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

อาจกล่าวสรุปได้ว่า แหล่งการสนับสนุนทางสังคมนั้นมีทั้งแหล่มปฐมภูมิ และแหล่งทุติยภูมิ การสนับสนุนจากแหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการสนับสนุนทางอารมณ์ จากคู่สมรส ส่วนการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งทุติยภูมถือว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากร

อื่น ๆ เช่น ครู พระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสาร และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรด้านจิตสังคมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพและความผาสุกของมนุษย์และมีความเกี่ยวพันกันที่เป็นผลจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคมเพื่อแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน ทำให้ได้รับความช่วยเหลือในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ช่วยบรรเทาผลกระทบจากความเครียด (Johnson, 1998 อ้างถึงใน พรนภา ไชยอาสา, 2550) มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้หลายความหมาย เช่น

คอบบ์ (Cobb, 1976) ให้ความหมายของ การสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้เชื่อว่าผู้ให้ความรัก ดูแลเอาใจใส่ ยกย่อง มองเห็นคุณค่า ส่งผลให้รู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่มีความรู้สึกผูกพันซึ่งกันและกัน

เชฟเฟอร์ คอยน์ และลาซารัส (Scaefer, Coyne & Lazarus, 1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลได้รับประโยชน์จากการมีปฏิสัมพันธ์หรือจากความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ การได้รับข้อมูลข่าวสารและด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการ

เฮาส์ (House, 1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กันจนก่อให้เกิดความรัก ความผูกพัน การได้รับการดูแลเอาใจใส่ ไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทำให้ได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการให้ความรัก ความผูกพัน ห่วงใย เห็นอกเห็นใจ ความไว้วางใจ การรับฟัง การดูแลเอาใจใส่

2. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับโดยให้การยอมรับ ยกย่อง ชมเชย เพื่อนำไปประเมินตนเองโดยการเปรียบเทียบพฤติกรรมของตนกับผู้อื่นในสังคม

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) เป็นการให้ข้อมูลความรู้ คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ การชี้แนวทางเพื่อนำไปแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) เป็นการช่วยเหลือโดยตรงในความจำเป็นทางด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน เวลา การปรับสภาพแวดล้อม

แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมได้มาจากบุคคลหรือกลุ่มคนที่ให้การสนับสนุน 2 กลุ่ม คือ (House, 1981)

1. กลุ่มที่ไม่เป็นทางการ หรือกลุ่มที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อนฝูง เพื่อนร่วมงาน ซึ่ง จริยาวัตร คมพยัคฆ์ (2531 อ้างถึงใน พรนภา ไชยอาสา, 2550) เรียกกลุ่มที่ให้การสนับสนุนแบบไม่เป็นทางการนี้ว่า กลุ่มสังคมปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน โดยเฉพาะครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญ คงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติรกรม และใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุด ช่วยกัน

ส่งเสริมสุขภาพ ความสามารถลดความเครียด และเป็นกันชนรองรับสถานการณ์ความเครียด (จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2531; House, 1981)

2. กลุ่มที่เป็นทางการ หรือกลุ่มที่มีลักษณะการช่วยเหลือเฉพาะเจาะจงเรื่องในเรื่องหนึ่ง เช่น ผู้ช่วยเลี้ยงเด็ก ผู้ช่วยทำงานบ้าน นักกฎหมาย ผู้ให้บริการด้านการเงิน หรือกลุ่มที่ให้บริการด้านสวัสดิการ เช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ผู้นำทางศาสนา หรือกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ซึ่งจริยาวัตร คมพยัคฆ์ (2531) เรียกกลุ่มนี้ว่า กลุ่มสังคมทุติยภูมิ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่น ๆ

ส่วนที่ 2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สมพงษ์ จันทร์โอวาท สุภาพร สุโพธิ และนวรัตน์ บุญนาน (2557). ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง:กรณีศึกษาเครือข่ายบริการสุขภาพแกดำ จังหวัดมหาสารคาม วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเครือข่ายบริการสุขภาพ หรือ contracting unit for primary care (CUP) แกดำ ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นการวิจัยและพัฒนาโดยใช้วิธีการวิจัย ผสมผสานระหว่างวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ และเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง พื้นที่ทำการ ศึกษาเป็นพื้นที่รับผิดชอบของ CUP แกดำ จำนวน 108 หมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย (1) ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 6 กลุ่มโรคที่ทำการรักษาอยู่ที่เขตรับผิดชอบของ CUP แกดำ คัดเลือกโดยใช้สูตรการคำนวณ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 426 คน และ (2) ทีมสหสาขาวิชาชีพผู้ให้บริการ ผู้นำชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล ผู้บริหารสถานศึกษา เครือข่ายผู้ดูแลโรคเรื้อรัง 6 กลุ่มโรค จำนวน 209 คน ใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตและแบบสอบถามความพึงพอใจ และการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การกำหนดแนวทางการพัฒนา การประชุมเชิงปฏิบัติการ และการสรุปขยายผลสู่สาธารณะ โดยทุกกระบวนการเน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการมีส่วนร่วม ผลการวิจัย พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้จัดโครงการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง โครงการอบรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการโรคเรื้อรัง 6 กลุ่มโรค เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและใช้ชุมชนเป็นฐาน ได้แก่ โครงการพัฒนาสักยภาพทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทุกด้าน การพัฒนาระบบฐานข้อมูลโรคเรื้อรังเพื่อการวางแผนต่อยอดนวัตกรรมการดูแลต่อเนื่อง ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อยู่ ในระดับมาก

มยุเรศ ฤทธิ์ทรงเมือง วิทยา ระดาดาษ และ สุพัฒน์ วงศ์กระบากถาวร (2554). ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ของบ้านโนนสูงเหนือ หมู่ที่ 7 ตำบลโนนสูง อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่าง คือกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วม โครงการผู้ดูแลสุขภาพประจ าครอบครัว ผลการศึกษา จากการดำเนินงานทั้ง 4 ระยะ พบว่า ระยะที่ 1. การประเมินสภาพปัญหา

ของชุมชนโดยนักจัดการ สุขภาพชุมชน สามารถวิเคราะห์บริบทชุมชนของตนเองได้เป็นอย่างดี การจัดทำแผนงานโครงการ นักจัดการสุขภาพชุมชน ยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการเขียนแผนงานโครงการ ระยะที่ 2 จัดเวทีประชาคมชาวบ้านเพื่อหาแนวทางร่วม ประชาชน ในหมู่บ้านให้ความร่วมมือ เป็นอย่างดี การจัดทำหลักสูตร เจ้าหน้าที่เครือข่ายแก้วโนนคำ ไม่สามารถมาร่วมจัดทำหลักสูตร ได้ จึงมีเพียงเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยโนนสูง ที่ติดต่อประสานขอข้อมูลเนื้อหาที่ทันสมัยจากโรงพยาบาลและสืบค้นทาง อินเตอร์เน็ต ระยะที่ 3 การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ โครงการนี้มีผู้สนใจเข้าร่วมโครงการนอกเหนือจากผู้ป่วยเบาหวานรวม ทั้งสิ้น 28 คน เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและ ผู้ดูแลผู้พิการช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ทั้งนี้เนื่องจาก เป็นกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังต้องการคนดูแลและเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ระยะที่ 4 การติดตามประเมินผล โดย ทีมเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และ อสม. ผู้ป่วยและผู้ดูแลสุขภาพมีความพึงพอใจต่อโครงการเป็นอย่างยิ่ง และจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผู้ดูแลสุขภาพ น าเอาความรู้และทักษะที่ได้มาประยุกต์ใช้ได้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย สรุปได้ว่า รูปแบบในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ เหมาะสม ของบ้านโนนสูงเหนือ จะต้องประกอบด้วย ระยะที่ 1 มีการประเมินสภาพปัญหาของชุมชน ระยะที่ 2 หลักสูตร เพิ่มบทที่ 7 สมุนไพรใกล้ตัว/ภูมิปัญญาชาวบ้าน ระยะที่ 3 การอบรมเชิงปฏิบัติการ ทั้งผู้ดูแลสุขภาพและผู้ป่วยเบาหวาน ระยะที่ 4 มีการประเมินผลโดยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย อาสาสมัครสาธารณสุข และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชน

ศิริรัตน์ กาญจนวชิรกุล และคณะ (2554) ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับ บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 ชลบุรี การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสขุศึกษา การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 ชลบุรีกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยเบาหวาน ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 ชลบุรีจำนวน 60 คน สุ่มผู้ป่วยเบาหวานเพื่อเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ซึ่งกลุ่มทดลองได้เข้าโปรแกรมสุขศึกษา การดูแลสุขภาพตนเอง โดยมีกิจกรรมการเรียนรู้ 5 ครั้ง คือเรื่องโรคเบาหวานและการออกกำลังกาย เมนูทองของผู้ป่วยเบาหวานทำอย่างไรไม่ให้เกิดแผลทที่เท้าอันตรายจากการใช้ยาเบาหวาน และปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเองระหว่างเดือนกันยายน 2552 ถึง เดือนตุลาคม 2553 รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยตรวจเลือดวัดระดับน้ำตาลในกระแสเลือด (FBS) และค่าน้ำตาลรวมสะสมในเลือด (HbA1c) ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง แล้วนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่า t-test ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลองโดยใช้โปรแกรมสุขศึกษาการดูแลสุขภาพตนเอง มีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การดูแลสุขภาพตนเอง และพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน ไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม และระดับน้ำตาลในกระแสเลือด (FBS) และค่าน้ำตาลรวมสะสมในเลือด (HbA1c) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันจากผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การจัดโปรแกรมสุขศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 3 ชลบุรียังไม่มีผลต่อความรู้พฤติกรรม และระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยเบาหวานอาจเนื่องมาจากรูปแบบการให้ความรู้ยังไม่น่าสนใจ ดังนั้นควรมีการพัฒนาโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพน่าสนใจและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

รัชมนภรณ์ เจริญและคณะ (2553) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นการวิจัยแบบ Pre-experiment มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงเป็นผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 25 รายและสมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแล จำนวน 25 ราย ได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้และการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่พัฒนาจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วยกิจกรรมรวม 3 ครั้ง ได้แก่ กิจกรรมการให้ความรู้ การเยี่ยมบ้าน และการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพและแบบบันทึกผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Wilcoxon Singed-Rank Test และ Fisher's Exact Test ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยอันดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุหลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจำนวนหรือร้อยละของผู้สูงอายุที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ข้อเสนอแนะของการวิจัยครั้งต่อไปควรวิจัยติดตามระยะยาวเพื่อศึกษาความคงอยู่ของพฤติกรรม

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นโครงการย่อยที่ 4 เรื่อง “การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม” ในชุดแผนงานวิจัยเรื่อง “การพัฒนาเมืองผู้สูงอายุแสนสุข” ซึ่งในระยะที่ 2 ปี ที่ 2 นี้ ดำเนินการวิจัยโดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในชุมชนพื้นที่เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 4 ขั้นตอนต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาปัญหา

เป็นการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน และศักยภาพในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข โดยการศึกษาข้อมูลของผู้สูงอายุในชุมชนเขตพื้นที่เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยในระยะที่ 1 แล้วนำเสนอผลการศึกษาวิจัย แก่กลุ่มตัวอย่าง และร่วมกันวิเคราะห์ค้นหา และระบุประเด็นปัญหา เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ใช้วิธีการสัมภาษณ์ การสอบถาม การสำรวจ การสนทนากลุ่ม

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนแก้ปัญหา

เป็นการระดมสมอง แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ อภิปรายร่วมกันโดยเปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ ช่วยกันหาข้อสรุป รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในชุมชนพื้นที่เทศบาลเมืองแสนสุขตามที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เห็นว่าเหมาะสมเป็นการใช้กระบวนการ AIC (Appreciation Influence Control) ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation: A)

คือขั้นตอนการเรียนรู้ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ขั้นตอนนี้จะเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน แสดงความ คิดเห็น รับฟังและหาข้อสรุปร่วมกันอย่างสร้างสรรค์เป็นประชาธิปไตย ยอมรับในความคิดของเพื่อนสมาชิก โดยใช้สนทนากลุ่ม และแบ่งเป็นกลุ่ม ตามประเด็นปัญหาที่ระบุในขั้นตอนที่ 1 โดยดำเนินการตาม 2 แนวทางคือ

A1 การวิเคราะห์สภาพ ในปัจจุบัน

A2 การกำหนดอนาคตหรือภาพพึงประสงค์ในการพัฒนาว่ามีความต้องการอย่างไร

2 ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence : I)

คือขั้นตอนการหาวิธีการและเสนอทางเลือกในการพัฒนา ตามที่ได้สร้างภาพพึงประสงค์ หรือที่ได้ช่วยกันกำหนด เป็นขั้นตอนที่จะต้องช่วยกันหามาตรการ วิธีการ และค้นหาเหตุผลเพื่อกำหนดทางเลือกในการพัฒนา กำหนดเป้าหมาย กำหนดกิจกรรม และจัดลำดับความสำคัญ โดยแบ่งเป็น 2 ช่วง คือ

I1 การคิดเกี่ยวกับกิจกรรมโครงการที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ ตามภาพพึงประสงค์

I2 การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม โครงการ โดย

(1) กิจกรรม หรือโครงการที่สามารถทำเองได้เลย

(2) กิจกรรมหรือโครงการที่บางส่วนต้องการความร่วมมือ หรือการสนับสนุนจากมหาวิทยาลัย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานอื่น ๆ

(3) กิจกรรมที่ไม่สามารถดำเนินการได้เอง ต้องขอความร่วมมือ เช่น ดำเนินการจากแหล่งอื่น ทั้งภาครัฐและเอกชน

3. ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control : C)

คือการยอมรับและทำงานร่วมกันโดยนำเอาโครงการหรือกิจกรรมต่าง ๆ มาสู่การปฏิบัติ และจัดกลุ่มผู้ดำเนินการ ซึ่งจะรับผิดชอบโครงการ โดยขั้นตอนกิจกรรมประกอบด้วย

C1 การแบ่งความรับผิดชอบ

C2 การตกลงใจในรายละเอียดของการดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติ

โดยมีกรอบแนวคิดเกี่ยวกับพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในชุมชนพื้นที่เทศบาลเมืองแสนสุข

ขั้นตอนที่ 3 การลงมือปฏิบัติ

เป็นการนำรูปแบบและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในชุมชนพื้นที่เทศบาลเมืองแสนสุขมาทดลองใช้ และศึกษาผลการนำแนวทางปฏิบัติในขั้นตอนที่ 2 มาใช้ เพื่อนำไปพัฒนาปรับปรุงต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติและประเมินผล

เป็นการนำผลลัพธ์ ที่เกิดขึ้นจากการลงมือปฏิบัติตามแนวทางที่ร่วมกันกำหนด มาสะท้อนผลการปฏิบัติ และประเมินผลหลังการใช้รูปแบบ และปรับปรุงรูปแบบก่อนสรุปผลการพัฒนารูปแบบในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่อาศัยในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี จำนวน 5,797 คน บุคคลในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน จากจำนวน 10,253 ครัวเรือน ตัวแทนผู้นำชุมชน ๆ ละ 1 คนจากจำนวน 33 ชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 60 คน ผู้ดูแล/สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ จำนวน 40 คน ตัวแทนชุมชน จำนวน 20 คน รวมทั้งสิ้น 120 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1) แบบบันทึกการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม 2) แบบประเมินผลการใช้รูปแบบ ซึ่งเป็นแบบสอบถาม

ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การแปลผล ของแบบสอบถาม สามารถแปลผลระดับคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถาม โดยถือเกณฑ์การคิดคะแนนแบบอิงเกณฑ์ โดยใช้การแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ย(X) ของเบสท์ (Best , 1981 : 173-175) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง มีความพึงพอใจ น้อยที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง มีความพึงพอใจ น้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง มีความพึงพอใจ ปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง มีความพึงพอใจ มาก

คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจ มากที่สุด

การสร้างและหาคุณภาพของเครื่องมือ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการสร้างเครื่องมือโดยดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ศึกษาเอกสาร ทฤษฎี งานวิจัย และตำราต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม

2. กำหนดขอบเขต โครงสร้างของเนื้อหา นำมาสร้างแบบสอบถาม และกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน

3. หาความเที่ยงตรงของเนื้อหา(Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้วไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ และประสบการณ์ รวมทั้งสิ้น 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ในการใช้ภาษาและความชัดเจนของการใช้ภาษา หลังจากนั้นนำผลการตรวจสอบไปปรับปรุง แก้ไขก่อนที่จะนำไปทดสอบ

4. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อศึกษาหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม และตรวจสอบความเข้าใจในเนื้อหาให้ตรงตามวัตถุประสงค์ของแบบสอบถามแต่ละข้อ แล้วนำมาปรับปรุงอีกครั้งก่อนที่จะนำไปใช้ในการศึกษาต่อไป

5. วิเคราะห์หาความเที่ยงตรง (Reliability) โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่า (Alpha Coefficient) ของครอนบาค (Coefficient Alpha Cronbach Method)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1.ติดต่อประสานงานกับผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและผู้แทนชุมชน ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง และส่งหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวมรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัย

2. ขอเข้าชี้แจงวัตถุประสงค์และเหตุผลความจำเป็นในการทำวิจัย

3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ในการช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ในการวิเคราะห์ส่วนของแบบบันทึกการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม และใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับความพึงพอใจของการใช้รูปแบบ

หลังจากนั้นผู้วิจัยจะได้นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งในส่วนของการวิจัยเชิงวิจัยเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณและมาเขียนสรุปรายงานผลการศึกษาวิจัย ต่อไป

บทที่ 4

ผลการศึกษาวิจัย

การเสนอผลการศึกษาวิจัย คณะผู้วิจัยดำเนินการนำเสนอผลการวิเคราะห์และศึกษาวิจัย ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของการใช้รูปแบบ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลำดับ	ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มผู้สูงอายุ N=60		กลุ่มผู้ดูแลในครอบครัว N=40		กลุ่มตัวแทนชุมชน N=20	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	**อายุ**						
	อายุเฉลี่ย	67.42±8.27 ปี		34.2±8.56 ปี		37.8±5.26ปี	
2	**เพศ**						
	ชาย	22	36.67	8	20.00	5	25.00
	หญิง	38	63.33	32	80.00	15	75.00
3	**ระดับการศึกษา**						
	ต่ำกว่าปริญญาตรี	41	68.33	27	67.50	18	90.00
	ระดับปริญญาตรี	13	21.67	11	27.50	2	10.00
	สูงกว่าปริญญาตรี	6	10.00	2	5.00	0	0.00
4	**ศาสนา**						
	พุทธ	47	78.33	35	87.50	20	100.00
	คริสต์	11	18.33	5	12.50	0	0.00
	อิสลาม	2	3.33	0	0.00	0	0.00
	อื่น ๆ	0	0.0	0	0.00	0	0.00
5	**สถานภาพสมรส**						
	โสด/หย่า/แยก/	8	13.33	22	55.00	7	35.00
	คู่เสียชีวิต	9	15.00	3	7.50	2	20.00
	แต่งงาน/คู่	43	71.67	15	37.50	11	55.00
6	รายได้						
	รายได้เฉลี่ย	8,455.72 บาท/ด.		8,560.69บาท/ด.		15,280.33บาท/ด.	

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง(ต่อ)

ลำดับ	ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มผู้สูงอายุ N=60		กลุ่มผู้ดูแล N=40		กลุ่มแกนนำชุมชน N=20	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
7	อาชีพ						
	ข้าราชการบำนาญ	12	20.00	0	0.00	0	0.00
	พ่อบ้าน/แม่บ้าน	5	8.33	12	30.00	3	15.00
	ค้าขาย	22	36.67	8	20.00	13	65.00
	ลูกจ้าง	16	26.67	16	40.00	2	10.00
	ชาวนา/ชาวสวน/ชาวประมง	5	8.33	4	10.00	2	10.00
	รวม	60	100.0	40	100.00	20	100.00

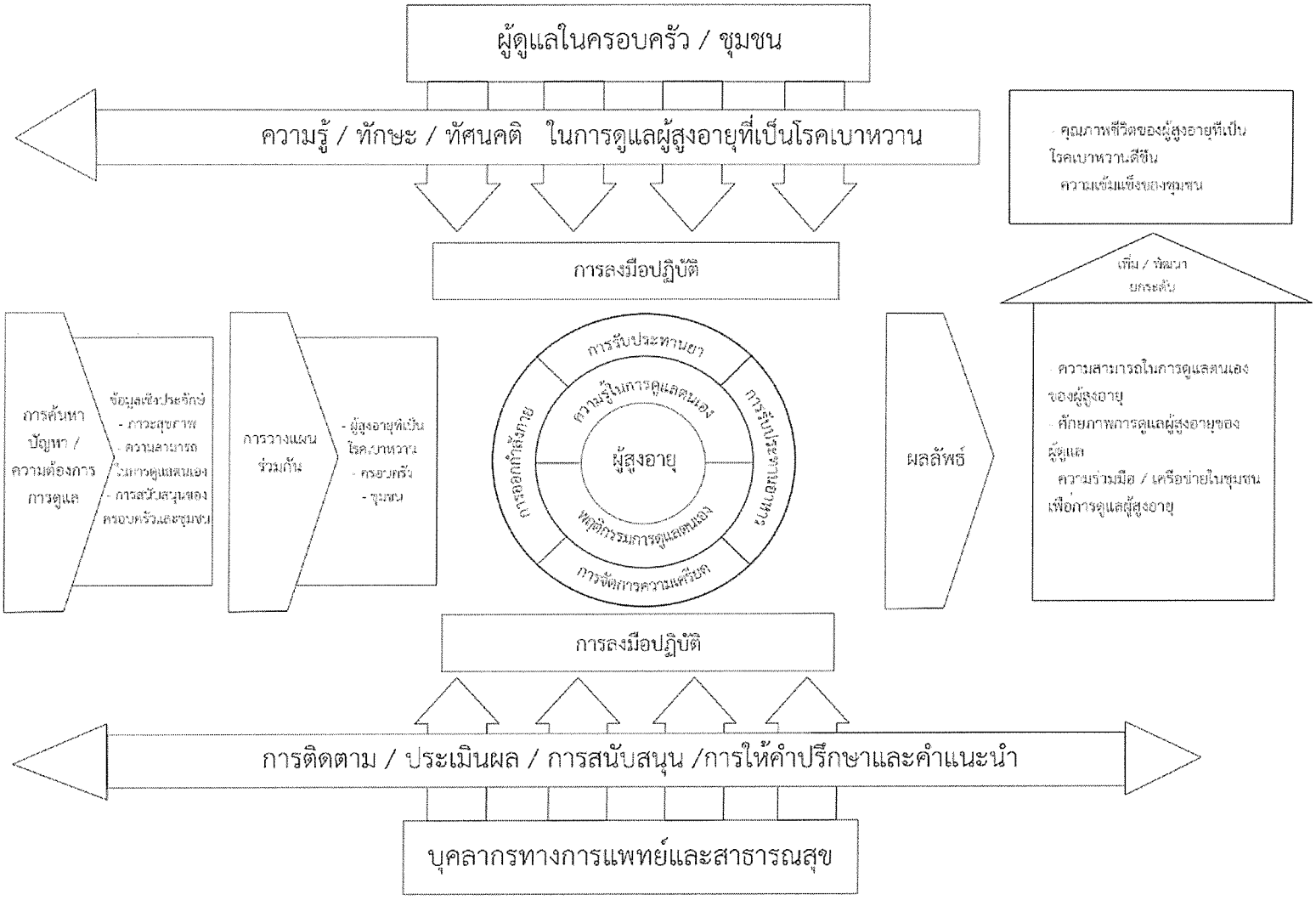
จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 67.42±8.27 ปีปี ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.33 รองลงมาคือเพศชาย ร้อยละ 36.67 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 68.33 รองลงมาคือระดับปริญญาตรี ร้อยละ 21.67 และระดับสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 10.00 ตามลำดับ ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 78.33 รองลงมานับถือศาสนาคริสต์ ร้อยละ 18.66 ส่วนใหญ่แต่งงานและมีคู่ ร้อยละ 71.67 คู่เสียชีวิต ร้อยละ 15.00 เป็นโสด/หย่า/แยก/ร้อยละ 13.33 มีรายได้เฉลี่ย 8,455.72 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 36.67 รองลงมาคือ ลูกจ้าง ร้อยละ 26.67 และข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 20.00

กลุ่มผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 34.2±8.56 ปี ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.00 รองลงมาคือเพศชาย ร้อยละ 20.00 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 67.50 รองลงมาคือระดับปริญญาตรี ร้อยละ 27.50 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 87.50 รองลงมานับถือศาสนาคริสต์ ร้อยละ 12.50 ส่วนใหญ่เป็นโสด/หย่า/แยก ร้อยละ 55.00 แต่งงานและมีคู่ ร้อยละ 37.50 และคู่เสียชีวิต ร้อยละ 15.00 มีรายได้เฉลี่ย 8,560.69 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพลูกจ้าง ร้อยละ 40.00 รองลงมาคือ พ่อบ้าน/แม่บ้าน ร้อยละ 30.00 และค้าขาย ร้อยละ 20.00

กลุ่มตัวแทนชุมชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 37.8±5.26 ปี ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.00 รองลงมาคือเพศชาย ร้อยละ 25.00 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่คือ ระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 90.00 รองลงมา คือระดับปริญญาตรี ร้อยละ10.00 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.00 ส่วนใหญ่แต่งงานและมีคู่ ร้อยละ 55.00 เป็นโสด ร้อยละ 35.00 คู่เสียชีวิต ร้อยละ 20.00 มีรายได้เฉลี่ย 15,280.33 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย และ ร้อยละ 65.00 รองลงมาคือ พ่อบ้าน/แม่บ้าน ร้อยละ 15.00 และ ลูกจ้าง กับ ชาวนา/ชาวสวน/ชาวประมง ร้อยละ 10.00 เท่า ๆ กัน

ส่วนที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี

ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน



ตารางที่ 3 แสดงรายละเอียดของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี

ขั้นตอน	วัตถุประสงค์/เป้าหมาย	กิจกรรมการดูแล
1.การค้นหาปัญหา/ความต้องการการดูแล	**ผู้รับผิดชอบ :เจ้าหน้าที่และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข** **ผู้ร่วมโครงการ: ผู้สูงอายุผู้ดูแล/แกนนำการดูแลผู้สูงอายุ**	
1.1การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน	เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถประเมินภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุได้	1. การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบัน 2.การประเมินภาวะสุขภาพในอดีต 3. การประเมินแนวโน้มสุขภาพ 4. การประเมินความตระหนัก/ความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน (การยอมรับ/การปฏิเสธ/ทัศนคติต่อการรับการรักษา)
1.2 การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ	1.เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง	1.การพัฒนาคู่มือและแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน 1.1 ความรู้ในการดูแลตนเอง 1.2 พฤติกรรมการดูแลตนเอง
	2. เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถประเมินความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุ	2. การพัฒนาคู่มือและแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแล 2.1 ความสามารถของตนเองในการผ่อนปรน 2.2 ความสามารถของตนเองในการตอบสนองต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุ 2.3 ความสามารถในการควบคุมความคิดที่ไม่พอใจในการเป็นผู้ดูแล
1.3 การสนับสนุนของครอบครัวและชุมชน	1.เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถระบุสภาพการสนับสนุนของครอบครัวและชุมชนได้และสามารถแสวงหาความช่วยเหลือได้	1.สัมพันธภาพในครอบครัว 2.สัมพันธภาพระหว่างครอบครัวและชุมชย 3.แหล่งสนับสนุนด้านการเงิน 4.แหล่งสนับสนุนด้านการดูแล 5.แหล่งสนับสนุนด้านจิตสังคม
2.การวางแผนร่วมกัน	**ผู้รับผิดชอบ :เจ้าหน้าที่และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข** **ผู้ร่วมโครงการ: ผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล/แกนนำการดูแลผู้สูงอายุ**	
	เพื่อนำปัญหา/ความต้องการในการดูแลมาวางแผนร่วมกันและหาแนวทางแก้ไขปัญหา	การจัดกิจกรรม AIC เพื่อร่วมวางแผนระหว่างผู้สูงอายุ/ครอบครัว/ชุมชนหาแนวทางแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพ

ตารางที่ 3 แสดงรายละเอียดของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี(ต่อ)

ขั้นตอน	วัตถุประสงค์/เป้าหมาย	กิจกรรมการดูแล
		1. ขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation: A) A1 การวิเคราะห์สภาพ ในปัจจุบัน A2 การกำหนดอนาคตหรือภาพพึงประสงค์ในการพัฒนาว่ามีความต้องการอย่างไร 2. ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence : I) I1 การคิดเกี่ยวกับกิจกรรมโครงการที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ ตามภาพพึงประสงค์ I2 การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม โครงการ 3. ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control : C) C1 การแบ่งความรับผิดชอบ C2 การตกลงใจในรายละเอียดของการดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติ
3.การลงมือปฏิบัติ	**ผู้รับผิดชอบ :เจ้าหน้าที่และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข** **ผู้ร่วมโครงการ: ผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล/แกนนำการดูแลผู้สูงอายุ** เพื่อให้สามารถลงมือปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมตามบทบาทของตนเอง	1.บทบาทของผู้สูงอายุ 1.1 ความรู้ในการดูแลตนเอง 1.2 พฤติกรรมการดูแลตนเอง (เน้น 4 ด้าน คือ 1) ด้านการรับประทานยา 2) ด้านการรับประทานอาหาร 3) ด้านการออกกำลังกาย และ4) ด้านการจัดการความเครียด 2. บทบาทของผู้ดูแล/ชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหหวาน 2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแล 2.2 ทักษะในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน 2.3 ทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน และทัศนคติที่ต่อตนเอง 3. บทบาทเชิงวิชาชีพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข 3.1 การติดตามและประเมินผล 3.2 การสะท้อนผลลัพธ์ของการลงมือปฏิบัติ 3.3 การให้ความสนับสนุนช่วยเหลือให้คำปรึกษาและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุและผู้ดูแล

ตารางที่ 3 แสดงรายละเอียดของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี(ต่อ)

ขั้นตอน	วัตถุประสงค์/เป้าหมาย	กิจกรรมการดูแล
4. ผลลัพธ์และการสะท้อนผลการปฏิบัติ	**ผู้รับผิดชอบ :เจ้าหน้าที่และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข** **ผู้ร่วมโครงการ: ผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล/แกนนำการดูแลผู้สูงอายุ**	
	1. เพื่อประเมินผลการลงมือปฏิบัติร่วมกันและพัฒนาปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติให้ดีขึ้น	1. การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
	2.การประเมินผลลัพธ์ตามเป้าหมายของการวางแผนการดูแลในแต่ละรอบของการประเมิน	2. การประเมินศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานของผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชน
	3. การสร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานร่วมกันในชุมชน	3. การสร้างเครือข่ายและความร่วมมือในชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และความรุนแรงของโรคมากขึ้น
	4.เป้าหมาย Outcome ที่ต้องการ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและสร้างความเข้มแข็งในชุมชน	

จาก ภาพที่ 1 และตารางที่ 3 พบว่า รูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำครอบครัวและชุมชน มี 4 ขั้นตอน คือ 1.การค้นหาปัญหา/ความต้องการการดูแล 2.การวางแผนร่วมกัน การลงมือปฏิบัติ และ 4. ผลลัพธ์และการสะท้อนผลการปฏิบัติ โดยมี รายละเอียดในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

1. การค้นหาปัญหา/ความต้องการการดูแล ประกอบด้วย

1.1การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน

วัตถุประสงค์/เป้าหมาย: เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถประเมินภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุได้

กิจกรรมการดูแล ได้แก่

1. การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบัน

2.การประเมินภาวะสุขภาพในอดีต

3. การประเมินแนวโน้มสุขภาพ

4. การประเมินความตระหนัก/ความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน (การยอมรับ/การปฏิเสธ/ทัศนคติต่อการรับการรักษา)

1.2 การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์/เป้าหมาย:

1..เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง

2. เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถประเมินความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุ

3. เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถระบุสภาพการสนับสนุนของครอบครัวและชุมชนได้และสามารถแสวงหาความช่วยเหลือได้

กิจกรรมการดูแล ได้แก่

1.การพัฒนาคู่มือและแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน

1.1 ความรู้ในการดูแลตนเอง

1.2 พฤติกรรมการดูแลตนเอง

2. การพัฒนาคู่มือและแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแล

2.1 ความสามารถของตนเองในการผ่อนปรน

2.2 ความสามารถของตนเองในการตอบสนองต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุ

2.3 ความสามารถในการควบคุมความคิดที่ไม่พอใจในการเป็นผู้ดูแล

1.3 การสนับสนุนของครอบครัวและชุมชน

วัตถุประสงค์/เป้าหมาย: เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถระบุสภาพการสนับสนุนของครอบครัวและชุมชนได้และสามารถแสวงหาความช่วยเหลือได้

กิจกรรมการดูแล ได้แก่ การระบุ

1.สัมพันธภาพในครอบครัว

2.สัมพันธภาพระหว่างครอบครัวและชุมชย

3.แหล่งสนับสนุนด้านการเงิน

4.แหล่งสนับสนุนด้านการดูแล

5.แหล่งสนับสนุนด้านจิตสังคม

2.การวางแผนร่วมกัน

วัตถุประสงค์/เป้าหมาย: เพื่อนำปัญหา/ความต้องการในการดูแลมาวางแผนร่วมกันและหาแนวทางแก้ไขปัญหา

กิจกรรมการดูแล ได้แก่

การจัดกิจกรรม AIC เพื่อร่วมวางแผนระหว่างผู้สูงอายุ/ครอบครัว/ชุมชนหาแนวทางแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพ

1. ขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation: A)

A1 การวิเคราะห์สภาพ ในปัจจุบัน

A2 การกำหนดอนาคตหรือภาพพึงประสงค์ในการพัฒนาว่ามีความต้องการอย่างไร

2. ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence : I)

I1 การคิดเกี่ยวกับกิจกรรมโครงการที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ ตามภาพพึงประสงค์

I2 การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม โครงการ

3. ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control : C)

C1 การแบ่งความรับผิดชอบ

C2 การตกลงใจในรายละเอียดของการดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติ

3.การลงมือปฏิบัติ

วัตถุประสงค์/เป้าหมาย: เพื่อให้สามารถลงมือปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามบทบาทของตนเอง

กิจกรรมการดูแล ได้แก่

1.บทบาทของผู้สูงอายุ

1.1 ความรู้ในการดูแลตนเอง

1.2 พฤติกรรมการดูแลตนเอง

(เน้น 4 ด้าน คือ 1) ด้านการรับประทานยา 2) ด้านการรับประทานอาหาร 3) ด้านการออกกำลังกาย และ4) ด้านการจัดการความเครียด

2. บทบาทของผู้ดูแล/ชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหหวาน

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแล

2.2 ทักษะในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน

2.3 ทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน และทัศนคติที่ต่อตนเอง

3. บทบาทเชิงวิชาชีพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

3.1 การติดตามและประเมินผล

3.2 การสะท้อนผลลัพธ์ของการลงมือปฏิบัติ

3.3 การให้ความสนับสนุนช่วยเหลือให้คำปรึกษาและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุและผู้ดูแล

4. ผลลัพธ์และการสะท้อนผลการปฏิบัติ

วัตถุประสงค์/เป้าหมาย:

1. เพื่อประเมินผลการลงมือปฏิบัติร่วมกัน และพัฒนาปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติให้ดีขึ้น

2.การประเมินผลลัพธ์ตามเป้าหมายของการวางแผนการดูแลในแต่ละรอบของการประเมิน

3. การสร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานร่วมกันในชุมชน

4.เป้าหมาย Outcome ที่ต้องการ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและสร้างความเข้มแข็งในชุมชน

กิจกรรมการดูแล ได้แก่

1. การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

2. การประเมินศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานของผู้ดูแลในครอบครัวและชุมขน

3. การสร้างเครือข่ายและความร่วมมือในชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และความรุนแรงของโรคมากขึ้น

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของการใช้รูปแบบ

การแปลผล ของแบบสอบถาม สามารถแปลผลระดับคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถาม โดยถือเกณฑ์การคิดคะแนนแบบอิงเกณฑ์ โดยใช้การแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ย $\overline{X}$ ของเบสท์ (Best , 1981 : 173-175) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง มีความพึงพอใจ น้อยที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง มีความพึงพอใจ น้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง มีความพึงพอใจ ปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง มีความพึงพอใจ มาก

คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจ มากที่สุด

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจของผู้ทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดยใช้ระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

ประเด็น	ความพึงพอใจ		
	$\overline{X}$	*SD*	แปลผล
1. ความครบถ้วนสมบูรณ์ของรูปแบบ	**4.55**	**0.70**	**มากที่สุด**
1.1 ความครบถ้วนสมบูรณ์ในภาพรวม	4.68	0.60	มากที่สุด
1.2 ความครบถ้วนสมบูรณ์ขององค์ประกอบย่อยในแต่ละแนวทาง	4.44	0.80	มาก
1.3 ความครบถ้วนสมบูรณ์ตามวัตถุประสงค์/เป้าหมายของการดูแล	4.52	0.70	มากที่สุด
2. ความสามารถนำไปใช้ของรูปแบบ	**4.69**	**0.63**	มากที่สุด
2.1 ความสามารถในการนำไปใช้ในเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน	4.74	0.60	มากที่สุด
2.2 ความสามารถในการใช้เพื่อดูแลผู้สูงอายุและพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล	4.88	0.70	มากที่สุด
2.3 ความสามารถในการเชื่อมโยงกระบวนการทำงานเป็นทีม	4.44	0.60	มาก
3. ความสะดวกในการนำไปใช้	**4.43**	**0.53**	**มาก**
3.1 ความง่ายและสะดวกในการทำความเข้าใจ	4.56	0.40	มากที่สุด
3.2 ความง่ายและสะดวกในการนำไปใช้	4.44	0.60	มาก
3.3 ความง่ายและสะดวกในการประเมินและติดตามผล	4.28	0.50	มาก
4. ความเหมาะสมและเป็นไปได้ในการใช้งาน	**4.55**	**0.75**	มากที่สุด
4.1 รูปแบบมีความเหมาะสมในการใช้งาน	4.44	0.80	มาก
4.2 รูปแบบมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้งาน	4.66	0.70	มากที่สุด
รวม	**4.55**	**0.64**	**มากที่สุด**

จากตารางที่ 4 พบว่า ความพึงพอใจของผู้ทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดยใช้ระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน มีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ = 4.55, *SD* = 0.64) โดยมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ในด้านความสามารถนำไปใช้ของรูปแบบ ($\overline{X}$ = 4.69, SD = 0.63) ด้านความครบถ้วนสมบูรณ์ของรูปแบบ($\overline{X}$ = 4.55, SD = 0.70) และความเหมาะสมและเป็นไปได้ในการใช้งาน ($\overline{X}$ = 4.55, *SD* = 0.75) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีความพึงพอใจ ในระดับมากที่สุด เรียงลำดับ 3 จากมากไปหาน้อยดังนี้ 1) ความสามารถในการใช้เพื่อดูแลผู้สูงอายุและพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล ($\overline{X}$ = 4.88, *SD* = 0.70) 2) ความสามารถในการนำไปใช้ในเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน($\overline{X}$ = 4.74, *SD* = 0.60) และ 3) ความครบถ้วนสมบูรณ์ในภาพรวม($\overline{X}$ = 4.68, *SD* = 0.60)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นโครงการย่อยที่ 4 เรื่อง “การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม”ในชุดแผนงานวิจัยเรื่อง “การพัฒนาเมืองผู้สูงอายุแสนสุข” ซึ่งในปีที่ 2 มีวัตถุประสงค์พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่อาศัยในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี จำนวน 5,797 คน บุคคลในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน จากจำนวน 10,253 ครัวเรือน ตัวแทนผู้นำชุมชน ๆ ละ 1 คนจากจำนวน 33 ชุมชน กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 60 คน ผู้ดูแล/สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ จำนวน 40 คน ตัวแทนชุมชน จำนวน 20 คน รวมทั้งสิ้น 120 คน ดำ เนินการศึกษาวิจัยตามกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การ ค้นหาปัญหา 2) การวางแผนแก้ปัญหา 3) การลงมือปฏิบัติ 4) การสะท้อนผลการปฏิบัติและประเมินผล เก็บข้อมูลโดยวิธีวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการตอบแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา และสถิติเชิงพรรณนา

สถานที่ในการศึกษาวิจัย

ภาคตะวันออก ประเทศไทย

ระยะเวลาในการศึกษาวิจัย

ระยะเวลา 1 ปี

ผลการศึกษาวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 67.42±8.27 ปี ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.33 รองลงมาคือเพศชาย ร้อยละ 36.67 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 68.33 รองลงมาคือระดับปริญญาตรี ร้อยละ 21.67 และระดับสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 10.00 ตามลำดับ ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 78.33 รองลงมานับถือศาสนาคริสต์ ร้อยละ 18.66 ส่วนใหญ่แต่งงานและมีคู่ ร้อยละ 71.67 คู่เสียชีวิต ร้อยละ 15.00 เป็นโสด/หย่า/แยก/ร้อยละ 13.33 มีรายได้เฉลี่ย 8,455.72 บาทต่อเดือน

ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 36.67 รองลงมาคือ ลูกจ้าง ร้อยละ 26.67 และข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 20.00

กลุ่มผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 34.2±8.56 ปี ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.00 รองลงมาคือเพศชาย ร้อยละ 20.00 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 67.50 รองลงมาคือ ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 27.50 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 87.50 รองลงมานับถือศาสนาคริสต์ ร้อยละ 12.50 ส่วนใหญ่เป็นโสด/หย่า/แยก ร้อยละ 55.00 แต่งงานและมีคู่ ร้อยละ 37.50 และคู่เสียชีวิต ร้อยละ 15.00 มีรายได้เฉลี่ย 8,560.69 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพลูกจ้าง ร้อยละ 40.00 รองลงมา คือ พ่อบ้าน/แม่บ้าน ร้อยละ 30.00 และค้าขาย ร้อยละ 20.00

กลุ่มตัวแทนชุมชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 37.8±5.26 ปี ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.00 รองลงมาคือเพศชาย ร้อยละ 25.00 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่คือ ระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 90.00 รองลงมา คือระดับปริญญาตรี ร้อยละ10.00 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.00 ส่วนใหญ่ แต่งงานและมีคู่ ร้อยละ 55.00 เป็นโสด ร้อยละ 35.00 คู่เสียชีวิต ร้อยละ 20.00 มีรายได้เฉลี่ย 15,280.33 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย และ ร้อยละ 65.00 รองลงมาคือ พ่อบ้าน/แม่บ้าน ร้อยละ 15.00 และ ลูกจ้าง กับ ชาวนา/ชาวสวน/ชาวประมง ร้อยละ 10.00 เท่า ๆ กัน

2. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำครอบครัวและชุมชน มี 4 ขั้นตอน คือ 1.การค้นหาปัญหา/ความต้องการการดูแล 2.การวางแผนร่วมกัน การลงมือปฏิบัติ และ 4. ผลลัพธ์และการสะท้อนผลการปฏิบัติ โดยมีรายละเอียดในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

1. การค้นหาปัญหา/ความต้องการการดูแล ประกอบด้วย

1.1การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน

วัตถุประสงค์/เป้าหมาย: เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถประเมินภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุได้

กิจกรรมการดูแล ได้แก่

1. การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบัน

2.การประเมินภาวะสุขภาพในอดีต

3. การประเมินแนวโน้มสุขภาพ

4. การประเมินความตระหนัก/ความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน (การยอมรับ/การปฏิเสธ/ทัศนคติต่อการรับการรักษา)

1.2 การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์/เป้าหมาย:

1..เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง

2. เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถประเมินความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุ

3. เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถระบุสภาพการสนับสนุนของครอบครัวและชุมชนได้และสามารถแสวงหาความช่วยเหลือได้

กิจกรรมการดูแล ได้แก่

1.การพัฒนาคู่มือและแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน

1.1 ความรู้ในการดูแลตนเอง

1.2 พฤติกรรมการดูแลตนเอง

2. การพัฒนาคู่มือและแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแล

2.1 ความสามารถของตนเองในการผ่อนปรน

2.2 ความสามารถของตนเองในการตอบสนองต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุ

2.3 ความสามารถในการควบคุมความคิดที่ไม่พอใจในการเป็นผู้ดูแล

1.3 การสนับสนุนของครอบครัวและชุมชน

วัตถุประสงค์/เป้าหมาย: เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถระบุสภาพการสนับสนุนของครอบครัวและชุมชนได้และสามารถแสวงหาความช่วยเหลือได้

กิจกรรมการดูแล ได้แก่ การระบุ

1.สัมพันธภาพในครอบครัว

2.สัมพันธภาพระหว่างครอบครัวและชุมชย

3.แหล่งสนับสนุนด้านการเงิน

4.แหล่งสนับสนุนด้านการดูแล

5.แหล่งสนับสนุนด้านจิตสังคม

2.การวางแผนร่วมกัน

วัตถุประสงค์/เป้าหมาย: เพื่อนำปัญหา/ความต้องการในการดูแลมาวางแผนร่วมกันและหาแนวทางแก้ไขปัญหา

กิจกรรมการดูแล ได้แก่

การจัดกิจกรรม AIC เพื่อร่วมวางแผนระหว่างผู้สูงอายุ/ครอบครัว/ชุมชนหาแนวทางแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพ

1. ขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation: A)

A1 การวิเคราะห์สภาพ ในปัจจุบัน

A2 การกำหนดอนาคตหรือภาพพึงประสงค์ในการพัฒนาว่ามีความต้องการอย่างไร

2. ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence : I)

I1 การคิดเกี่ยวกับกิจกรรมโครงการที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ ตามภาพพึงประสงค์

I2 การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม โครงการ

3. ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control : C)

C1 การแบ่งความรับผิดชอบ

C2 การตกลงใจในรายละเอียดของการดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติ

3.การลงมือปฏิบัติ

วัตถุประสงค์/เป้าหมาย: เพื่อให้สามารถลงมือปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามบทบาทของตนเอง

กิจกรรมการดูแล ได้แก่

1.บทบาทของผู้สูงอายุ

1.1 ความรู้ในการดูแลตนเอง

1.2 พฤติกรรมการดูแลตนเอง

(เน้น 4 ด้าน คือ 1) ด้านการรับประทานยา 2) ด้านการรับประทานอาหาร 3) ด้านการออกกำลังกาย และ4) ด้านการจัดการความเครียด

2. บทบาทของผู้ดูแล/ชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหหวาน

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแล

2.2 ทักษะในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน

2.3 ทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน และทัศนคติที่ต่อตนเอง

3. บทบาทเชิงวิชาชีพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

3.1 การติดตามและประเมินผล

3.2 การสะท้อนผลลัพธ์ของการลงมือปฏิบัติ

3.3 การให้ความสนับสนุนช่วยเหลือให้คำปรึกษาและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุและผู้ดูแล

4. ผลลัพธ์และการสะท้อนผลการปฏิบัติ

วัตถุประสงค์/เป้าหมาย:

1. เพื่อประเมินผลการลงมือปฏิบัติร่วมกัน และพัฒนาปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติให้ดีขึ้น

2.การประเมินผลลัพธ์ตามเป้าหมายของการวางแผนการดูแลในแต่ละรอบของการประเมิน

3. การสร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานร่วมกันในชุมชน

4.เป้าหมาย Outcome ที่ต้องการ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและสร้างความเข้มแข็งในชุมชน

กิจกรรมการดูแล ได้แก่

1. การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

2. การประเมินศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานของผู้ดูแลในครอบครัวและชุมขน

3. การสร้างเครือข่ายและความร่วมมือในชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และความรุนแรงของโรคมากขึ้น

3. ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้ทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดยใช้ระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

ความพึงพอใจของผู้ทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดยใช้ระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน มีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ = 4.55, *SD* = 0.64) โดยมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ในด้านความสามารถนำไปใช้ของรูปแบบ ($\overline{X}$ = 4.69, SD = 0.63) ด้านความครบถ้วนสมบูรณ์ของรูปแบบ($\overline{X}$ = 4.55, SD = 0.70) และความเหมาะสมและเป็นไปได้ในการใช้งาน ($\overline{X}$ = 4.55, *SD* = 0.75) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีความพึงพอใจ ในระดับมากที่สุด เรียงลำดับ 3 จากมากไปหาน้อยดังนี้ 1) ความสามารถในการใช้เพื่อดูแลผู้สูงอายุและพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล ($\overline{X}$ = 4.88, *SD* = 0.70) 2) ความสามารถในการนำไปใช้ในเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน($\overline{X}$ = 4.74, *SD* = 0.60) และ 3) ความครบถ้วนสมบูรณ์ในภาพรวม($\overline{X}$ = 4.68, *SD* = 0.60)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า มีประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

1.จากข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี พบว่าส่วนใหญ่ เป็น เป็นเพศหญิงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.33 มีอายุเฉยี่ 67.42±8.27 ปี มีสถานภาพ คู่ คิดเป็นร้อยละ 71.67 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ พรทิพย์ มาลาธรรมและคณะ (2553) ทำการศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยทำนายระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ทำการศึกษาในจังหวัดพัทลุง ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.3 และมีอายุระหว่าง 60-87 ปี อายุเฉลี่ย 68.78 ปี เกือบทั้งหมดมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 94 แต่มีอาชีพส่วนใหญ่ไม่สอดคล้องกัน โดยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุในเทศบาลเมืองแสนสุข มักประกอบอาชีพ ค้าขาย มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.67 รองลงมา คือ ประกอบอาชีพ ลูกจ้าง คิดเป็นร้อยละ 26.67 ซึ่งในการศึกษาของพรทิพย์ มาลาธรรมและคณะ (2553) พบว่า ส่วนใหญ่ประกบอาชีพ ทำนา ร้อยละ 41.7 จะมีการประกอบกาชีพ ค้าขายเพียงร้อยละ 16.7 เท่านั้น ทั้งนี้ เนื่องจากสภาพสังคมเศรษฐกิจและลักษณะทางภูมิภาคที่มีความแตกต่างกันของจังหวัดพัทลุง และจังหวัดชลบุรี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุขที่เป็นแหล่งท่องเที่ยงทางทะเล ทำให้การประกอบอาชีพของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกัน ในส่วนของรายได้เฉลี่ย ระหว่าง ชุมชนในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย อยู่ในช่วง 8,455.72 ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ พรทิพย์ มาลาธรรมและคณะ (2553) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในจังหวัดพัทลุงมีรายไดเฉลี่ยเพียง 1,001-5,000 บาทต่อเดือน แต่ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับต่ำกว่าระดับปริญญาตรีเช่นเดียวกัน

2. ในกลุ่มของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.00 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 87.50 สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรา พรหมน้อยและคณะ (2548) ที่ทำการศึกษา ปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล:กรณีศึกษาโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ที่พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง

นับถือศาสนาพุทธ แต่ไม่สอดคล้องกัน เรื่องระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสภาพบริบทของชุมชนที่แตกต่างกัน ระหว่างภาคตะวันออก และภาคใต้

3. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน พบว่า มีองค์ประกอบด้านผู้ดูแล ประกอบด้วย การพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ จันทรา พรหทน้อย และคณะ(2548) ที่ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล:กรณีศึกษาโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และพบว่า ปัจจัยด้านทัศนคติของผู้ดูแลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข สามารถร่วมกันทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ สุมาลี เอี่ยมสมัย และคณะ(2555) ที่ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลพุกร่าง อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี ที่พบว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Superintendent) และในการดูแลผู้สูงอายุนั้นต้องเป็นการดูแลผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล(Individual) เพราะแต่ละคนมีความต้องการหรือบริบทที่แตกต่างกัน ขณะเดียวกันอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุมีจำนวน ความรู้และทักษะไม่เพียงพอจึงจำเป็นต้องมีความรู้และผ่านการอบรมตามหลักสูตรของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงความเป็นมนุษย์ (Nice) มีเครือข่าย (Network) ช่วยเหลือการดูแล มีหน่วยงานภาครัฐ (Government) สนับสนุนงบประมาณ การเดิน เวชภัณฑ์ต่างๆ จำเป็นต้องมีทีมงาน (Team) และการบริหารจัดการ (Organization)ที่ดี นอกจากนี้ยังมีความสอดคล้องของขั้นตอนการดำเนินการของรูปแบบที่การวิจัยในบริบทของเทศบาลเมืองแสนสุข พบว่า มี 4 ขั้นตอน คือ 1.การค้นหาปัญหา/ความต้องการการดูแล 2.การวางแผนร่วมกัน การลงมือปฏิบัติ และ 4. ผลลัพธ์และการสะท้อนผลการปฏิบัติ โดย การศึกษาของ สุมาลี เอี่ยมสมัย และคณะ (2555) ที่ทำการศึกษาในบริบทของเทศบาลพุกร่าง จังหวัดสระบุรี มี 5 ขั้นตอน คือ ขั้นวางแผน ขั้นปฏิบัติการ ขั้นสังเกต ขั้นสะท้อนผลและขั้นปรับปรุง โดยมีรายละเอียดการดำเนินการที่แตกต่างกันบ้างตามบริบทของกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และสภาพสังคมที่มีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของการออกแบบกิจกรรมการดูแล ซึ่งจะผันแปรไปตามสภาพความต้องการและการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้ดูแล ที่มีการออกแบบกิจกรรมการดูแลที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามในการศึกษาวิจัยพยบว่า สิ่งที่มีความสอดคล้องกัน คือ การระบุประเด็นปัญหาของผู้สูงอายุ พบปัญหาเรื่อง การรับประทานยา การรับประทานอาหาร และการจัดการความเครียด เช่นเดียวกัน

ข้อเสนอแนะ

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานนี้ไปทดลองใช้ในพื้นที่และบริบทอื่น ๆ ที่มีความแตกต่างกัน เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

2. มหาวิทยาลัย สถานศึกษา ควรเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาหลักสูตร โปรแกรมการเรียนรู้เพื่อพัฒนาผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ตามผลการศึกษารูปแบบการพัฒนาเพื่อประโยชน์และเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุ และผู้ดูแล/แกนนำในชุมชน

3. ควรพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้ให้แก่ผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชน อย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความมั่นใจการดูแล ตอบสนองความต้องการการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม และสร้างช่องทางการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ทางสุขภาพจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพให้มากขึ้น

4. ควรจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สร้างเครือข่ายแกนนำผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และถอดบทเรียนเป็นคลังความรู้ ให้ผู้อื่นสามารถสืบค้นและนำไปใช้ประโยชน์หรือต่อยอดได้โดยง่าย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรวิจัยเพื่อพัฒนาหลักสูตร หรือการพัฒนาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุตามบริบทของชุมชนในพื้นที่เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี หรือบริบทพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

2. ศึกษาวิจัยทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพ โรคเรื้อรัง และความเจ็บป่วยอื่น ๆ ของผู้สูงอายุในชุมชน

3. ควรศึกษาวิจัยโดยจำแนกประเภทของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานตามความรุนแรงของอาการและภาวะสุขภาพ ซึ่งอาจมีความต้องการการดูแลที่แตกต่างกัน

บรรณานุกรม

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2552. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (2545 – 2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552. โรงพิมพ์เทพเพ็ญวานิสย์

ชลธร รักษานุวงศ์. (2545). “การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน : กรณีศึกษาผู้สูงอายุในชุมชนสะพานพระรามหก เขตบางซื่อ กรุงเทพมหานคร.” สารนิพนธ์ สส.ม. สาขาการจัดการโครงการสวัสดิการสังคม. สมุทรปราการ: มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

ชลลดา ภักดีประพฤทธิ์. (2541). .ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางครอบครัวตามความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุในเขตเมืองกรุงเทพมหานคร.” วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาณารณสุขศาสตร์). นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.

ดารุณี ถวิลพิพัฒน์กุล. (2545). กระบวนการเป็นเมืองกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในประเทศกำลังพัฒนา กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทรงธรรม์สวนียะ.(2540) สวัสดิการผู้สูงอายุ : การมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้ภาวะวิกฤต. สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม.

ทัศนา ชูวรรธนปกรณ์และคณะ. (2550). การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาในสถานสงเคราะห์คนชรา. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นพวรรณ หาญพล. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว ประสบการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิตกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยขอนแก่น .

นภาพร ชโยวรรณ และคณะ. (2542). สรุปผลการวิจัยเรื่องผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นภาพร ชโยวรรณ, จอห์น ชโนเดล.(2539). รายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย. (เอกสารสถาบันหมายเลข 246/39). กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บรรลุ ศิริพานิช. (2542). ผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานพิมพ์หมอชาวบ้าน.

ประสิทธิ์ ลีระพันธ์. (2542). สถานการณ์และแนวทางการพัฒนารูปแบบชมรมผู้สูงอายุ, กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและกรรมการส่งเสริมประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ.

ประสิทธิ์ สัจจพงษ์. (2545). วารสารส่งเสริมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม. (ตุลาคม – ธันวาคม 2545). ศูนย์สุขภาพชุมชนกับการส่งเสริมสุขภาพ.

พรทิพย์ มาลาธรรมและคณะ (2553). ปัจจัยทำนายระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2. *Rama Nurs J .May - August 2010*.218-237.

เพ็ญจันทร์ ชูประภาวรรณ (บรรณาธิการ) (2540). “การสำรวจสุขภาพประชากรวัย 50 ปีขึ้นไป ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2538.” นนทบุรี: โครงการสำนักพิมพ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

มาลินี วงษ์สิทธิ์. (2545). ชุมชนและผู้สูงอายุ ในภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบันตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย. กรุงเทพฯ.

รัชมนภรณ์ เจริญและคณะ. (2553). ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. *Rama Nurs J. May - August 2010*.279-292.

วันเพ็ญ ปัณราช. (2552). การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

วิฑูร เหลียวรุ่งเรือง และคณะ. (2552). การสำรวจข้อมูลพื้นที่ในชุมชนเพื่อเตรียมการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม สิ่งอำนวยความสะดวก ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ (เทศบาลตำบลแม่เหียะ). คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ. (2541). รายงานการวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย ในประเด็นเรื่องการเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สุงอายุพื้นที่ศึกษาในเขตภาคเหนือ (เอกสารกองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล) กรุงเพทฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2548). คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ. ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ.

Chayowan N. & Nodel J.(1992), Survey report in elderly status in Thailand, Population Study Institute, Chulalongkorn University, Bangkok.

Chaywan, N. 1989. Summary of the research on effect of socio-economic and aging population in Thailand. Bangkok: Chulalongkorn University.

Chansirikarn, S.(1999). Health Promotion in older adults, Neardoc. 21 (7) Jul, 1999.

Keleher, H., & Murphy, B. (2004). Understanding Health: a determinants approach. Melbourne: Oxford University Press.

Nitipong, V. (2002). Elderly participation in self help group development, [Ph.D. Thesis in medical and Health Sciences], Mahidol University.

Population Division, DESA, United Nations. (2002). ‘World Population ageing: 1950-2050’, viewed 14 May, 2006. http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/index.html

Wibulpolprasert, S.(Ed.).(2005). Thailand health profile 2001-2005, Bureau of Policy and Strategy, Ministry of public Health.

Port Authority of Thailand, (2005). About Port Authority of Thailand, [22 July 2005] URL: http://www.port.co.th/aboutPAT/thai/History.asp

Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2001). How to being as ageing, Neardoc. 25 (2) Feb.

Piromchai, J. (1999). Thai health after the year 2000. Journal of Khon Kaen public health. 11(127), pp 4-7.

Siripanich, B.(1999). Thai elderly. Bangkok: MhorshowbanSujjapong, P. 2002. Primary health care and health promotion. Journal of Health Promotion and Environment. (Oct-Dec).

National Statistical Office. (2001). Thai Elderly, Bangkok: Department of Statistical Data and information.

Susan Kay Fletcher.(2009). A CRITICAL EXAMINATION OF FIDELITY, ADAPTABILITY, AND MAINTENANCE IN A NATIONAL TRAINING PROGRAM FOR STAFF IN LONG-TERM CARE. A dissertation submitted to the faculty of the University of North Carolina at Chapel Hill.

ประวัติคณะผู้วิจัย

ประวัติผู้วิจัย : หัวหน้าโครงการวิจัยย่อยที่ 4

1.ชื่อสกุล (ภาษาไทย) ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ

(ภาษาอังกฤษ) Asst. Prof .Dr.Pisit Piriyapun

2. เลขที่ประจำตัวประชาชน 3-2001-0066X-XX-X

3. ตำแหน่งปัจจุบัน ผู้ช่วยศาสตราจารย์

คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

4. หน่วยงานและที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวกพร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และ E-mail

169/382 ถ.ลงหาดบางแสน ต. แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

โทรศัพท์ 038-390324 , 390580

โทรสาร 038-745830

E-mail pisit@buu.ac.th

5. ประวัติการศึกษา

- แพทยศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ประกาศนียบัตรชั้นสูงวิทยาศาสตร์การแพทย์

สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป วุฒิบัตร เวชปฏิบัติทั่วไป

- สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 1

1.ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย) ดร.เวธกา กลิ่นวิชิต

(ภาษาอังกฤษ) Dr.Wethaka Klinwichit, Ph.D.

2. เลขที่ประจำตัวประชาชน 3-3299-0017X-XX-X

รหัสประจำตัวนักวิจัยแห่งชาติ 0006785

3. ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายบริหาร

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

4. หน่วยงานและที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวกพร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และ E-mail

169/382 ถ.ลงหาดบางแสน ต. แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

โทรศัพท์ 038-390324 , 390580 ต่อ 519

โทรสาร 038-745830

E-mail wethaka@buu.ac.th , wethaka-k@hotmail.com

5. ประวัติการศึกษา

- พยาบาลศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยม)
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ วิทยาเขตบางแสน
- การศึกษามหาบัณฑิต(เทคโนโลยีทางการศึกษา)
มหาวิทยาลัยบูรพา
- ดุษฎีบัณฑิต (การบริการการศึกษา)
มหาวิทยาลัยบูรพา

ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 2

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) แพทย์หญิงผกาพรรณ ดินชูไท
(ภาษาอังกฤษ) PAKAPHAN DINCHUTHAI, M.D.
2. เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน 310140358XXXX
3. ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์
4. หน่วยงานและสถานที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวก พร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (e-mail)
ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
มือถือ 08-1721-6883 E-mail pakaphan@buu.ac.th
5. ประวัติการศึกษา

2544 แพทยศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2551 วว.อายุรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 3

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นพ. สุริยา โปร่งน้ำใจ
(ภาษาอังกฤษ) Suriya Prongnamchai, M.D.
2. เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน 320990040XXXX
3. ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา
4. หน่วยงานและสถานที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวก พร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (e-mail)
ที่ทำงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา ถนน ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข อ. เมือง ชลบุรี 20131
บ้าน 325 ถนน สุขุมวิท ต.แสนสุข อ. เมือง ชลบุรี 20130
โทรศัพท์ 08-1011-018 โทรสาร 038-746-431 ที่ทำงาน 038-394-850
E-mail; suriya@buu.ac.th

5. ประวัติการศึกษา

2544 พบ. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

2551 วุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญอายุรศาสตร์ ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย

2553 อบรมความรู้พื้นฐานด้านอาชีวเวชศาสตร์สำหรับแพทย์ หลักสูตร 2 เดือน โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี

ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 4

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) แพทย์หญิงเพ็ชรงาม ไชยวานิช
   (ภาษาอังกฤษ) Pechngam Chaivanich,M.D.
2. เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน 350990144XXXX
3. ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์แพทย์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
4. หน่วยงานและสถานที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวก พร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (e-mail)

   ที่ทำงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา ถนน ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข อ. เมือง ชลบุรี 20131

   บ้าน 97/445 ลุมพินีเพลส พระราม 9 ห้วยขวาง กทม.

   โทรศัพท์ 084-288-8881 ที่ทำงาน 038-394-580

   E-mail; pechngam074@hotmail.com

5. ประวัติการศึกษา

2544 แพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

2545 วว.อารุศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่