



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ

เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี (ปีที่ 2)

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพของแกนนำครอบครัว และชุมชน

เพื่อการดูแลผู้สูงอายุโดยการใช้กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม

เวรกา กลิ่นวิจิต และคณะ

โครงการวิจัยประเภทงบประมาณเงินรายได้
จากเงินอุดหนุนรัฐบาล (งบประมาณแผ่นดิน)

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2557

มหาวิทยาลัยบูรพา

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยเรื่อง “การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี” เป็นโครงการวิจัยย่อย ภายใต้แผนงานวิจัย “การพัฒนาเมืองผู้สูงอายุ แสนสุข” โดยมีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ซึ่งในระยะที่ 2 ปี ที่ 2 นี้ เป็น เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาศักยภาพของแกนนำครอบครัว และชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยการใช้กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม ในชุมชนพื้นที่เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) งบประมาณแผ่นดิน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 คณะผู้วิจัยขอขอบคุณหน่วยงานที่สนับสนุนทุนการวิจัย ซึ่งได้เล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาผู้สูงอายุ ให้มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม มีคุณภาพ มีคุณค่า และสามารถเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และปรับตัวเท่าทันการเปลี่ยนแปลง เป็นพลังในการพัฒนาสังคมและความเข้มแข็งของท้องถิ่นต่อไป

คณะผู้วิจัย

กันยายน 2558

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ค
สารบัญ.....	ง
สารบัญตาราง.....	จ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย.....	3
ขอบเขตของโครงการวิจัย.....	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	3
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	4
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	5
ความรู้เกี่ยวกับการศึกษาวิจัย.....	5
กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม.....	19
วิธีการพัฒนารูปแบบและการประเมินรูปแบบ.....	24
วิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	30
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	37
ขั้นตอนการศึกษาวิจัย.....	37
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	38
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย.....	38
การสร้างและหาคุณภาพของเครื่องมือ.....	39
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	39
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้.....	40
4 ผลการศึกษาวิจัย.....	41
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	49
บรรณานุกรม.....	55
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	59

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	41
2	องค์ประกอบรายละเอียดของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำ ครอบครัวและชุมชน.....	44
3	ความพึงพอใจของผู้ทดลองใช้แนวทางและรูปแบบการพัฒนาศักยภาพ ของผู้ดูแล/แกนนำ.....	47

**การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ
เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี (ปีที่ 2) : รูปแบบการพัฒนาศักยภาพของแกนนำครอบครัว
และชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยการใช้กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม**

ดร.เวธกา กลิ่นวิชิต¹

ผศ.นพ.พิสิทธิ์ พิริยาพรรณ² สรร กลิ่นวิชิต³ พวงทอง อินใจ⁴

คนึงนิจ อุลิมาศ⁵ และพลอยพันธ์ุ กลิ่นวิชิต⁶

¹ พยาบาลชำนาญการพิเศษ หัวหน้าสำนักงานจัดการศึกษา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² รองอธิการบดี มหาวิทยาลัยบูรพา และคณบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

³ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

⁴ พยาบาลชำนาญการพิเศษ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

⁵ นักวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

⁶ เจ้าหน้าที่วิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นโครงการย่อยที่ 3 เรื่อง “การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัว และชุมชน เพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี” ในชุดแผนงานวิจัยเรื่อง “การพัฒนาเมืองผู้สูงอายุ แสนสุข” ซึ่งในปีที่ 2 มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จำนวน 5,797 คน บุคคลในครอบครัว จำนวน 10,253 ครรเรือน ตัวแทนผู้นำชุมชน จำนวน 33 ชุมชน กลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน ผู้ดูแล/สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน ตัวแทนชุมชน จำนวน 15 คน รวมทั้งสิ้น 75 คน ดำเนินการศึกษาวิจัยตามกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหาปัญหา 2) การวางแผนแก้ปัญหา 3) การลงมือปฏิบัติ 4) การสะท้อนผลการปฏิบัติและประเมินผล เก็บข้อมูลโดยวิธีวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการตอบแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา และสถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาวิจัย พบว่า องค์ประกอบที่สำคัญของรูปแบบการพัฒนาผู้ดูแลและแกนนำในครอบครัวและชุมชน ประกอบด้วย 1) การเตรียมความพร้อม ด้านความรู้ ทักษะ การปฏิบัติการดูแล และทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ 2) การประเมินศักยภาพในการดูแลอย่างเป็นระบบ และมีความต่อเนื่อง 3) การพัฒนาปรับปรุงศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ และ 4) การสร้างชุมชนนักปฏิบัติ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อน แบบจิตอาสา และแบบวิชาชีพ

คำสำคัญ : รูปแบบการดูแล ผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้ดูแล แกนนำสุขภาพ ชุมชน

Development Family and Community Health Leader for Elderly in Community:
Saensuk Municipality Chonburi (Phase II) : Model of Development of Health Leader
potential for Elderly Care in family and community

Dr.Wethaka Klinwichit, Ph.D.,

Asst.Prof.Dr.Pisit Piriya Pun MD., San Klinwichit, M.Sc. ,Puangtong Inchai, M.Sc.

Kanungnij U-simat, M.Ed., Ploypun Klinwichit, B.Ed.

Faculty of Medicine, Burapha University

Abstract

This research was the second phase of the third project of “Development Family and Community Health Leader for Elderly in Community”. The purpose of this research was to develop a model for improving potential of health leader for elderly care in Saensuk Municipality ,Chon Buri, Thailand. The 75 samples which were selected from the 5,797 older people, total health leaders in families population of 10,253 households and the health leaders in 33 communities in Saensuk Municipality. There were 30 elders, 30 health leaders in the family and 15 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) preparing the knowledge, practice skills, and a positive attitude in elderly care 2) to evaluate the potential with systematic and continuous 3) to improve potential of care for the elderly, and 4) creating a community of practice to share knowledge in elderly care by peer , volunteer and professional.

Keywords: model, elder care, family care, community health leaders.

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากข้อมูลประชากรของประเทศไทยปี 2556 ประชากรไทยมีจำนวน 64.6 ล้านคน เป็นผู้สูงอายุมากถึง 9.6 ล้านคน คาดว่าในปี 2573 จะมีจำนวนผู้สูงอายุ 17.6 ล้านคน (ร้อยละ 26.3) และปี 2583 จะมีจำนวนถึง 20.5 ล้านคน (ร้อยละ 32.1) ซึ่งหน่วยงานทั้งภาครัฐ และเอกชน ได้ร่วมกันดำเนินงานเพื่อคุ้มครอง ส่งเสริม และสนับสนุนสถานภาพ บทบาท และกิจกรรมของผู้สูงอายุ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2556) ประเทศไทยกำลังอยู่ในช่วงการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) ซึ่ง หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุในพื้นที่เดียวกัน ในอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 20 ขึ้นไป หรือมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุในพื้นที่เดียวกัน ในอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 14 ขึ้นไป โดยจากข้อมูลของ United Nations World Population Ageing พบว่า หลังจากปี 2552 ประชากรที่อยู่ในวัยพึ่งพิงได้แก่ เด็กและผู้สูงอายุ จะมีจำนวนมากกว่าประชากรในวัยแรงงาน และในปี 2560 จะเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ที่ประชากรเด็กน้อยกว่าผู้สูงอายุ สถานการณ์นี้เป็นผลมาจากการลดภาวะเจริญพันธุ์อย่างรวดเร็ว และการลดลงอย่างต่อเนื่องของระดับการตายของประชากร ทำให้จำนวนและสัดส่วนประชากรสูงอายุของไทย เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทุกวันนี้คนทั่วไปได้รับรู้และตระหนักแล้วว่าประเทศไทยได้กลายเป็นสังคมสูงวัยไปแล้ว แต่สิ่งที่หลายคนโดยเฉพาะผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวางแผนและนโยบายอาจคาดไม่ถึงคือ ประชากรไทยกำลังสูงวัยขึ้นอย่างรวดเร็วมาก ประเทศไทยได้กลายเป็น “สังคมสูงวัย” มาตั้งแต่ปี 2548 แล้ว เมื่อสัดส่วนประชากรสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) สูงถึงร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด ประเทศไทยกำลังจะกลายเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีมากถึงร้อยละ 20 ในปี 2564 หรือในอีกเพียง 7 ปีข้างหน้า และคาดว่าจะเป็สังคมสูงวัยระดับสุดยอดในอีกไม่ถึง 20 ปีข้างหน้าเมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วน ถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2557, หน้า 6) จากผลการศึกษาสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557 ได้มีข้อเสนอแนะ ให้ เร่งดำเนินการวางนโยบายและมาตรการต่างๆ เพื่อรองรับสังคมสูงอายุโดยเน้น 4 ด้าน คือ 1) สนับสนุนให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่อย่างมั่นคงและมีศักดิ์ศรี 2) เสริมสร้างสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ 3) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีหลักประกันรายได้ที่มั่นคงและยั่งยืน และ 4) จัดทำแผนช่วยเหลือผู้สูงอายุเมื่อเกิดภัยพิบัติ จากการศึกษาวิจัย การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี (ปีที่ 1) : การประเมินศักยภาพของแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชน ส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพและภาวะเจ็บป่วย เกี่ยวกับโรคข้อเสื่อม/ เก๊าท์/รูมาตอยด์/ปวดข้อ ร้อยละ 94.96 รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 75.66 และ โรคกระเพาะอาหาร/

ภาวะแพ้อาหารอักเสบ ร้อยละ 61.80 (เวชกา กลิ่นวิชิตและคณะ , 2556, หน้า 41) มีระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวม อยู่ในระดับ ปานกลาง ปัญหาสำคัญในระยะเวลา 1 ปีของผู้สูงอายุ เป็นปัญหาเรื่อง การมองเห็น (สายตาวาย มองเห็นไม่ชัดเจน) ร้อยละ 76.39 รองลงมา คือ การสูญเสียความจำ (ซีลีม ทบทวนความจำได้ยาก) ร้อยละ 70.03 ระดับความสามารถในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของ แกนนำ อยู่ในระดับ ปานกลาง การสนับสนุนทางสังคม พบว่า คู่สมรส และบุตรของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังมีชีวิตอยู่ แหล่งสนับสนุนด้านการเงินของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่คือ บุตร/ธิดา (ร้อยละ 75.86) การประกันสุขภาพของผู้สูงอายุ ใช้บัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 67.90) โดยมีข้อเสนอแนะ ในการพัฒนาศักยภาพและความสามารถในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแก่แกนนำครอบครัวและชุมชน อย่างเป็นระบบโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม และมีการติดตามการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีความสอดคล้องกับข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในระดับประเทศที่ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สร้างเสริมสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุเองจะต้องเข้ามามีส่วนร่วม ในการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเอง ร่วมกับแกนนำผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (community based) ด้วยเหตุที่ปัญหาของผู้สูงอายุมีความซับซ้อนทั้งในด้านสุขภาพและสังคมและมีลักษณะเรื้อรังทำให้การบริการที่มีความเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุจึงต้องเป็นการบริการที่สามารถดูแลจัดการให้ได้ครบถ้วน และจะต้องสามารถเข้าถึงชุมชนอย่างทั่วถึงโดยมีลักษณะในเชิงรุก และมีการประสานงานการบริการทั้งทางด้านสุขภาพและสังคมไปพร้อมกัน นอกจากนี้ยังต้องครอบคลุมถึงการบริการทั้งในระดับการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟู โดยมีการดำเนินการที่เป็นระบบและสนับสนุนต่อเนื่องตั้งแต่ระดับ การสาธารณสุขมูลฐาน การบริการระดับปฐมภูมิ การบริการระดับทุติยภูมิ ไปจนถึงการบริการระดับตติยภูมิ ในการพัฒนาระบบบริการและหน่วยการบริการจำเป็นต้องคำนึงถึงทั้งความต้องการและความพร้อมของการให้บริการควบคู่กันไป (Jitapunkul S. 2001) และจุดมุ่งหมายที่สำคัญของการดูแลผู้สูงอายุจึงควรมุ่งเพื่อการช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุให้มีศักยภาพในการปฏิบัติกิจกรรมและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอันจะนำไปสู่การมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีโดยไม่คำนึงถึงว่าผู้สูงอายุจะมีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังแต่อย่างใด (Chansirikarn, S.1990) ในภาพรวมของการดูแลผู้สูงอายุจะมีเครือข่ายทางสังคมที่สำคัญ 2 ระดับ คือ ระดับครอบครัว และระดับชุมชน ครอบครัวเป็นสถาบันสำคัญที่สุดที่มีบทบาทในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุทุกรูปแบบเนื่องจากระบบสวัสดิการสังคมหลายด้านของประเทศไทยยังไม่ครอบคลุมถึงประชากรสูงอายุ ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุจากครอบครัวจึงทำให้การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุหรือการแก้ไขปัญหาด่าง ๆ เป็นไปได้ดี (สมาลี ว่องเจริญกุล, 2540) นอกจากนี้แนวคิดการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวและชุมชน (Family And Community Health Leader) ยังเป็นแนวคิดที่น่าจะมีความเหมาะสมและมีประสิทธิผลสูงสุดในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน ซึ่งแนวคิดดังกล่าวมีเป้าหมายที่สำคัญดังนี้คือ 1) บุคคลในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน มีความรู้ในการดูแลสุขภาพและมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุหรือคนในครอบครัว 2) องค์กรชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีส่วนร่วมและรับผิดชอบในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในท้องถิ่น 3) มีนวัตกรรมที่เหมาะสมในระดับชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จะเห็นได้ว่า การพัฒนาแกนนำครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อเป็นกำลังในการดำเนินการและถ่ายทอดความรู้ และความเข้าใจ

ทักษะ ต่าง ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งการพัฒนาเจตคติที่ดีในการอยู่ในสังคมสูงวัย ดังนั้น เพื่อเป็นการประสานความร่วมมือ และพัฒนาแนวคิดดังกล่าวให้เป็นรูปธรรม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ในฐานะที่เป็นสาขาวิชาในศาสตร์ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เทศบาลเมืองแสนสุข ทำการศึกษาวิจัยในศาสตร์ผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนในเขตเมือง โดยใช้พื้นที่และประชากรในเขตเทศบาลเมืองแสนสุขเป็นต้นแบบในการพัฒนารูปแบบดังกล่าว ซึ่งผลของการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพกว้างระดับประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาศักยภาพของแกนนำครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

ขอบเขตของโครงการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการดำเนินการศึกษาวิจัยใน ระยะที่ 2 หลังจากดำเนินการศึกษาวิจัยในระยะที่ 1 ซึ่งดำเนินการไปแล้ว ดังนี้

ระยะที่ 1 การประเมินศักยภาพของแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ

ระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบการพัฒนาศักยภาพของแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จำนวน 5,797 คน บุคคลในครอบครัว จำนวน 10,253 คน ครัวเรือน ตัวแทนผู้นำชุมชน จำนวน 33 ชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน ผู้ดูแล/สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน ตัวแทนชุมชน จำนวน 15 คน รวมทั้งสิ้น 75 คน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. ได้รูปแบบและวิธีการในการพัฒนาครอบครัวและชุมชนในการเป็นแกนนำเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ
2. มีชุมชนต้นแบบผู้สูงอายุสุขภาพดี จากการพัฒนาเมืองผู้สูงอายุแสนสุข ในเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
3. กลุ่มชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
4. มีฐานข้อมูลด้านสุขภาพผู้สูงอายุและแกนนำสุขภาพครอบครัว เทศบาลเมืองแสนสุขที่จะพัฒนาไปสู่การสร้างเมืองผู้สูงอายุแสนสุข

นิยามศัพท์เฉพาะ

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

แกนนำ หมายถึง บุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุของครัวเรือนที่อยู่ในพื้นที่เขตเทศบาลเมือง แสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

ครอบครัว หมายถึง สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่เขตเทศบาลเมือง แสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

ชุมชน หมายถึง สมาชิกในชุมชนในพื้นที่เขตเทศบาลเมือง แสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

การดูแล หมายถึง การส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดสุขภาวะแก่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ตามแนวคิดปรัชญา เศรษฐกิจพอเพียง เพื่อสร้างให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ได้รับบริการที่ดี มีสังคมที่ดี และมีชีวิตที่มีความสุขอย่าง พอเพียง

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เฉพาะที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตเทศบาลเมือง แสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

ศักยภาพ หมายถึง ความสามารถในการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยสาระสำคัญ 3 ส่วนดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับการศึกษาวิจัย

1. แนวคิดเรื่องภาวะสุขภาพ
2. แนวคิดเรื่องการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ
3. แนวคิดเรื่องประชาคม
4. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
5. แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ
6. ทฤษฎีพื้นฐานที่เกี่ยวกับความต้องการของมนุษย์
7. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 2 กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม

ส่วนที่ 3 วิธีการพัฒนารูปแบบและการประเมินรูปแบบ

ส่วนที่ 4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับการศึกษาวิจัย

แนวคิดเรื่องภาวะสุขภาพ

สุขภาพเป็นสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ คือ การมีร่างกาย สมบูรณ์ไม่เจ็บป่วย และไม่พิการโดยไม่สมควร มีปัจจัยในการดำรงชีวิตที่เพียงพอ มีจิตใจเบิกบาน มีปัญหาที่ไม่เครียด ไม่ถูกบีบคั้น ครอบครัวยอบอุ่น สิ่งแวดล้อมดี ชุมชนเข้มแข็ง สังคมเป็นปกติสุข มีความเสมอภาคและสมานฉันท์ ได้ทำความดี มีศาสนาธรรมเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ (อำพล จินดาวัฒน์, 2546: 16)

ภาวะสุขภาพ

ความหมายของภาวะสุขภาพ (อ้างมาจาก จิตตินาถ ตัญหจิตติ, 2551)

พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2525) ให้ความหมายของคำว่า ภาวะ หมายถึง ความมี ความ เป็น หรือความปรากฏ

เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ (2528) อธิบายว่า สุขภาพ คือ เป็นภาวะหนึ่งของมนุษย์ ที่เกิดจากความสมดุลของร่างกาย จิตใจ และสังคม การรักษาสมดุลจะเกิดขึ้นได้จากการดูแลรักษาร่างกาย จิต ใจ และสังคมให้เกิดความสมบูรณ์

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

1) สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย หมายถึง ร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลัง ไม่พิการ มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นเพียงพอ ไม่มีอุบัติเหตุหรืออันตราย 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 การเข้าถึงพระรัตนตรัยหรือการเข้าถึงพระเจ้า เป็นเจ้า เป็นต้น

สรุปความหมายของภาวะสุขภาพ หมายถึง สภาพร่างกายในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งของบุคคลที่แสดงถึงความสามารถหรือความเป็นอิสระ ความเป็นปกติ ซึ่งเป็นความสมดุลหรือความสมบูรณ์ ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ตลอดจนความผาสุกของชีวิตในการอยู่ร่วมกับสังคมในการทำหน้าที่ที่จะปฏิบัติกิจกรรมตามความต้องการขั้นพื้นฐานโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

สุขภาพอนามัยเป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุจะมีโรคประจำตัวเรื้อรัง และส่วนใหญ่มักจะมีปัญหาหรือมีโรคหลาย ๆ โรคในขณะเดียวกัน และสำรวจภาวะสุขภาพของประชาชนในปี พ.ศ. 2535 ของกระทรวงสาธารณสุข (สัทยา คงวัฒนา, 2550) ปัญหาสุขภาพที่พบมากในผู้สูงอายุ คือโรคนอนไม่หลับ โรคปวดหลัง โรคความดันโลหิตสูง และกระเพาะอาหาร ตามลำดับ และจากรายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชน โดยการตรวจร่างกายของผู้สูงอายุไทย โดยกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2543 - 2545 (สัทยา 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 (สัทยา คงวัฒนา, 2550) ผู้สูงอายุที่มีอายุมากจะมีสุขภาพไม่ดีในสัดส่วนที่มากกว่าผู้สูงอายุที่อายุน้อยกว่า

ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่า การมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นมิได้หมายความว่าผู้สูงอายุจะมีภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ อีกทั้งภาวะโภชนาการก็มีความสำคัญ เนื่องจากภาวะโภชนาการเป็นภาวะสุขภาพที่เกิดจากการบริโภคอาหารทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารและใช้พลังงานจากสารอาหารนั้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมของบุคคลนั้น

แนวคิดเรื่องการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter, 1986) เน้นที่การเพิ่มสมรรถนะให้บุคคลสามารถควบคุมปัจจัยที่กำหนดสุขภาพ และส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพดี โดยบุคคลสามารถที่จะควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสม และปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ซึ่งสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี 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)

แนวคิดเรื่องประชาคม

ประชาคมเป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ทุกฝ่าย ทั้งภาครัฐ ภาคธุรกิจ องค์กรสาธารณสุข ประโยชน์ และประชาชน เข้าร่วมงานพัฒนาชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน มีการติดต่อสื่อสารกัน หรือการรวมกลุ่มกัน มีความเอื้ออาทรกัน มาเรียนรู้ร่วมกันในการกระทำบางสิ่งบางอย่าง ประชาคมจึงเป็นยุทธศาสตร์สุขภาพที่สำคัญอย่างหนึ่งเพราะรวมกลุ่มกันทำให้เกิดพลังงานทางสังคมอย่างมหาศาลที่ส่งผลต่อองค์รวมของสุขภาพ คือ ทั้งทางด้านจิตใจ การช่วยเหลือด้านวัตถุ การเกื้อหนุนทางสังคม และการสร้างปัญญาให้แก่คนในชุมชน (ประเวศ วะสี, 2541: 31-36 ก)

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองผู้สูงอายุ (อรรถราธ สวงนตระกูล, 2553)

โดยธรรมชาติของมนุษย์ เมื่อเกิดปัญหาต่าง ๆ ขึ้นในชีวิต ก็จะพยายามหาทางแก้ปัญหาด้วยตัวเอง ก่อนเป็นอันดับแรก เมื่อรู้ว่าไม่สามารถแก้ปัญหาได้เอง ก็จะแสดงหาคามช่วยเหลือจากผู้อื่น ในเรื่องความเจ็บป่วย หรือปัญหาสุขภาพก็เช่นเดียวกัน ทุกคนต้องการที่จะดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีอยู่เสมอ ซึ่งสามารถแบ่งการดูแลสุขภาพตนเองเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. การดูแลสุขภาพตนเองในสภาวะปกติ ถือเป็น การดูแลสุขภาพตนเอง และสมาชิกในครอบครัว ให้มีสุขภาพแข็งแรง สมบูรณ์อยู่เสมอ ได้แก่

1.1. การดูแลส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้สุขภาพแข็งแรง สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข เช่น การออกกำลังกาย การสร้างสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ดี ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่หลีกเลี่ยงจากสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

1.2. การป้องกันโรค เพื่อไม่ให้เจ็บป่วยเป็นโรค เช่น การไปรับภูมิคุ้มกันโรคต่าง ๆ การไปตรวจสุขภาพ การป้องกันตนเองไม่ให้ติดโรค

2. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย ได้แก่ การขอคำแนะนำ แสวงหาความรู้จากผู้รู้ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขต่าง ๆ ในชุมชน บุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้ได้แนวทางปฏิบัติ หรือการรักษาเบื้องต้น ให้ความช่วยเหลือจากแพทย์ ประเมินตนเองได้ว่า เมื่อไรควรไปพบแพทย์ เพื่อรักษาก่อนที่จะเจ็บป่วยรุนแรง และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ หรือบุคลากรสาธารณสุข เพื่อบรรเทาความเจ็บป่วยและมีสุขภาพที่ดีดังเดิม การที่ประชาชนทั่วไปสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้นั้นจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการดูแลสุขภาพ ตั้งแต่ยังไม่เจ็บป่วย เพื่อบำรุงรักษาตนเองให้สมบูรณ์แข็งแรงรู้จักที่จะป้องกันตัวเองมิให้เกิดโรค และเมื่อเจ็บป่วยก็จะรู้วิธีที่จะรักษาตัวเองเบื้องต้นจนหายเป็นปกติ หรือรู้ว่า เมื่อไรต้องไปพบแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

แม้ว่าการดูแลสุขภาพตนเองจะเป็นการกระทำที่จริงจังและมีเป้าหมาย แต่การดูแลสุขภาพตนเองนั้น จะกลายเป็นสุขนิสัยติดตัวได้ ถ้าได้กระทำไปสักระยะหนึ่ง บุคคลนั้นอาจจะกระทำโดยไม่ได้ระลึกถึง เป้าประสงค์ของการกระทำ การที่จะปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเองเพื่อดำรงรักษาและส่งเสริมสุขภาพ ผู้ปฏิบัติ จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเป้าหมายและสร้างสุขนิสัยในการปฏิบัติ และเมื่อสร้างสุขนิสัยในการปฏิบัติได้ บุคคล จะกระทำได้โดยไม่ต้องใช้ความพยายามหรือรู้สึกเป็นภาระอีกต่อไป

จากความหมายทั้งหมดสรุปได้ว่า การดูแลสุขภาพตนเองคือการบำรุงรักษาตนในลักษณะต่าง ๆ เพื่อ ป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ และบำบัดรักษาโรค เพื่อให้ตนเองมีความสุขในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม การที่ บุคคลสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องใช้ความรู้ ประสบการณ์ และทักษะที่ได้สั่งสมมาตลอดชีวิต ในการที่จะตัดสินใจว่าจะทำอย่างไรในสถานการณ์ที่กำลังคุกคามหรือที่ เผชิญอยู่ การดูแลสุขภาพตนเอง ถือเป็นพฤติกรรมการปฏิบัติที่เกิดจากการเรียนรู้ (Learned Behavior) ไม่ได้เกิด จากสัญชาตญาณ หรือปฏิกิริยาสะท้อนของระบบประสาท มนุษย์จะแสวงหาแนวทางที่ดีที่สุดสำหรับตนเอง หากได้ผลดีแล้วก็จะขยายความคิดนั้นไปสู่ผู้อื่นในครอบครัว และชุมชน

สุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติที่เกิดขึ้นในช่วงการดำเนินชีวิตของบุคคลทั่วไป ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ผ่านการดำเนินชีวิตมาถึงวัยปลาย มีสภาพร่างกายเสื่อมโทรมลงตามสังขาร ทำให้เสี่ยงต่อ การเจ็บป่วยได้ง่าย ทำให้เกิดโรคเรื้อรัง ไม่สามารถดูแลตนเองได้ กลายเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม มี ผลกระทบทำให้เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจสังคม และการพัฒนาประเทศชาติได้ ดังนั้นเพื่อให้ผู้สูงอายุ สามารถดำรงชีวิตในวัยปลายได้อย่างมีคุณค่าไม่เป็นภาระต่อครอบครัว สังคมและประเทศชาติ และยังสามารถ ช่วยเหลือกิจกรรมต่าง ๆ ของครอบครัว ตามบทบาทของตนอย่างมีประสิทธิภาพได้นั้น ผู้สูงอายุจำเป็นต้อง สนใจปรับปรุงแก้ไขการดูแลสุขภาพให้สอดคล้อง กับความเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายและจิตใจในวัยนี้ ผู้สูงอายุจะมีการดูแลสุขภาพหรือแก้ปัญหา เมื่อเกิดความเจ็บป่วยซึ่งมีข้อปฏิบัติในการดูแลสุขภาพดังนี้

1.ด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ วัยผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ สภาพร่างกายเสื่อมลงตามอายุขัย แต่บางคนอาจมีการเปลี่ยนแปลงก่อนไปอันสมควรเนื่องจากได้รับอาหารไม่ เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย วัยผู้สูงอายุมีความต้องการอาหารเช่นเดียวกับวัยอื่น ๆ แตกต่างกันใน ลักษณะและปริมาณความต้องการอาหารที่ให้กำลังงานจะน้อยลง ลักษณะอาหารที่เหมาะสมกับวัยผู้สูงอายุ

1.1. อาหารจำพวกเนื้อสัตว์ต่าง ๆ นม ไข่ ถั่ว เนื้อสัตว์ ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ คือ เนื้อ ปลา ควรเลือกย่างออกให้หมด หากเลือกรับประทานเนื้อควรสับให้ละเอียดหรือต้มให้เปื่อยเพื่อสะดวกในการเคี้ยว ผู้สูงอายุควรกินไข่สัปดาห์ละ 3 ฟอง ส่วนไข่ขาวกินได้ไม่จำกัดจำนวน เพราะไม่มีไขมัน นม เป็นอาหารที่ผู้สูงอายุควรดื่มวันละแก้ว หรือเป็นนมถั่วเหลือง

1.2. ข้าว แป้งและน้ำตาล เป็นอาหารที่ให้พลังงาน ถ้ากินมากเกินไปจะสะสมในสภาพของไขมัน ผู้สูงอายุควรกินปริมาณที่พอเหมาะ เช่น ข้าวมีดละ 1 จาน (ประมาณ 2 ทัพพี)

1.3. ไขมัน เป็นไขมันอิ่มตัวและไม่อิ่มตัว ไขมันเป็นอาหารที่ให้พลังงานแก่ร่างกาย ช่วยในการดูดซึมวิตามินบางชนิด สำหรับผู้สูงอายุควรใช้น้ำมันพืชในการประกอบอาหาร

1.4. พืชผัก ได้แก่ ผักใบเขียว ผักที่มีสีเหลืองแดง เป็นอาหารที่ผู้สูงอายุเลือกกินได้ค่อนข้างมาก ช่วยทำให้ร่างกายแข็งแรง ท้องไม่ผูกและไม่อ้วน

1.5. ผลไม้ต่าง ๆ ผู้สูงอายุเลือกรับประทานได้ทุกชนิด ยกเว้นผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทูเรียน ลำไย ขนุน ละมุด จะให้อ้วนเพราะมีน้ำตาลมาก

2. ด้านออกกำลังกาย ปัจจุบันความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทต่อวิถีการดำเนินชีวิตของคนเรา อีกทั้งมีสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ มากมาย ทำให้การใช้พลังงานในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ประกอบกับการทำงานที่ต้องเร่งรีบในแต่ละวัน ทำให้บุคคลมองข้ามการออกกำลังกาย อีกทั้งอากาศที่ไม่บริสุทธิ์ มลภาวะเป็นพิษไม่มีเวลาและสถานที่ออกกำลังกายหรือพักผ่อน ปัญหาที่เกิดขึ้นตามมาก็คือ การเสื่อมสภาพของร่างกาย ความเครียด ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพกายและจิต เพื่อเป็นแนวทางที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวอย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี การออกกำลังกายที่เหมาะสมและสม่ำเสมอเป็นสิ่งจำเป็นอย่างหนึ่งที่จะช่วยชะลอและสร้างเสริมให้สุขภาพมีความคงทนกับการใช้ชีวิตประจำวัน มีความต้านทานโรค นอนหลับได้ง่าย ท้องไม่ผูก ไม่อ้วน ลดความเครียด ช่วยพัฒนาสุขภาพจิตให้ดีขึ้น

2.1. การเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาของผู้สูงอายุ การเจริญและการเสื่อมและเซลล์ของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายคนเราเกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา ในวัยสูงอายุอัตราการเสื่อมมีมากกว่าการเจริญ จึงเกิดพยาธิสภาพได้มากขึ้น อวัยวะต่าง ๆ มีการเปลี่ยนแปลงทั้งรูปร่าง องค์ประกอบ และหน้าที่ทางสรีระวิทยา ที่สำคัญมีดังนี้

2.1.1. ระบบไหลเวียนเลือด ในผู้สูงอายุน้ำหนักของหัวใจจะเพิ่มขึ้น 1 - 1.5 กรัมต่อปี เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจซ้ายหนาตัวเพิ่มขึ้นร้อยละ 30 ซึ่งเป็นการปรับตัวของหัวใจ เพื่อให้เข้ากับสภาพความดันเลือดที่เพิ่มขึ้นตามอายุจากการหนาและแข็งตัวของผนังหลอดเลือดทั่วร่างกาย หัวใจจะขยายตัวรับปริมาณเลือดได้น้อยลงทำให้ปริมาณเลือดที่ถูกบีบออกจากหัวใจแต่ละครั้งลดลงประมาณร้อยละ 1 ต่อปี ทำให้ลดการปรับตัวของหัวใจ เมื่อมีกิจกรรมมากขึ้นทำให้เหนื่อยง่ายขึ้น เมื่อทำกิจกรรมเท่าที่เคยทำเมื่ออายุน้อยกว่า ความเร็วชีพจรสูงสุดจะลดลงตามอายุ ในวัยหนุ่มสาวชีพจรสูงสุดอาจถึง 195 ครั้งต่อนาที สำหรับผู้สูงอายุชีพจรสูงสุดเพียง 170 ครั้งต่อนาที ความดันเลือดจะสูงขึ้นทั้งความดันขณะบีบ (Systole) และความดันขณะคลายตัว (Diastole) การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มีผลให้ผู้สูงอายุเหนื่อยเร็ว ทนต่อสภาพความเครียดทางกายได้ไม่ดีเท่าวัยหนุ่มสาวนอกจากนี้ผนังหลอดเลือดที่หนาและแข็งตัวขึ้นจะตีบตัน เปราะ และแตกง่าย ทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ได้มากเช่น โรคหัวใจหลอดเลือดตีบตัน ความดันโลหิตสูงและอัมพาต

2.1.2. ระบบหายใจเมื่ออายุมากขึ้นความสามารถในการหายใจจะลดลง เนื่องจากปอดเสีย ความยืดหยุ่น ความสามารถของถุงลมในการแลกเปลี่ยนอากาศลดลง ความต้านทานในหลอดเลือดสูงขึ้น ความจุปอดลดลง ในคนอายุย่างเข้า 80 ปี ความสามารถในการหายใจขณะออกกำลังกายจะลดลงร้อยละ 40 ซีดความสามารถในการใช้ออกซิเจนลดลงร้อยละ 50 แต่โดยปกติการทำงานของระบบหายใจที่ลดลงตามอายุ จะไม่ส่งผลต่อการกำจัดความสามารถในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ นอกจากผู้สูงอายุที่มีโรคระบบทางเดินหายใจ เช่น ภาวะถุงลมโป่งพอง ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการสูบบุหรี่

2.1.3. ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ปริมาณและจำนวนเซลล์ของกล้ามเนื้อลดลงกว่าร้อยละ 50 ทำให้น้ำหนักของกล้ามเนื้อลดลงร้อยละ 27 ของน้ำหนักตัว ขณะที่คนหนุ่มสาวมีมากถึงร้อยละ 45 ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีกำลังของกล้ามเนื้อลดลงประมาณร้อยละ 25 และเมื่อย่างเข้าอายุ 65 ปี กระดูกจะเสื่อมลง ผู้สูงอายุเพศหญิงจะมีความเสื่อมมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ในระยะเวลา 10 ปี ผู้สูงอายุหญิงจะมีเนื้อกระดูกลดลงร้อยละ 8 ในขณะที่ผู้สูงอายุชายลดลงเพียงร้อยละ 3 มีมวลกระดูกซึ่งเป็นเนื้อกระดูกภายในที่ให้ความแข็งแรงของกระดูกในการรับน้ำหนักจะลดลง ประมาณร้อยละ 1 ต่อปี ในผู้หญิงเมื่ออายุ 35 ปี จะลดลงอย่างมากในวัยที่หมดประจำเดือนและจะลดลงถึงร้อยละ 20 เมื่ออายุ 65 ปี และจะลดลงร้อยละ 30 เมื่ออายุ 80 ปี สำหรับผู้ชายมวลกระดูกจะเริ่มลดลงเมื่ออายุย่างเข้าวัย 55 ปี และจะลดลงร้อยละ 10 - 15 เมื่ออายุ 70 ปี และสูงถึงร้อยละ 20 เมื่ออายุ 80 ปี โดยจะลดลงอย่างมากหากขาดการเสริมแร่ธาตุ โดยเฉพาะแคลเซียม ในช่วงที่เหมาะสม รวมทั้งขาดการออกกำลังกายเหล่านี้เป็นเหตุให้ความสูงของเพศหญิงลดลงมากกว่าเพศชาย เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ นอกจากนี้ ข้อต่อต่าง ๆ ยังเสื่อมคลอนโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ข้อต่อที่ต้องรองรับน้ำหนักตัวมาก เช่น ข้อเข่า ข้อสะโพกและข้อต่อกระดูกสันหลัง

2.1.4. ระบบประสาท สมองของผู้สูงอายุจะมีน้ำหนักลดลงประมาณร้อยละ 10 โดยส่วนใหญ่จะเป็นการลดลงของสมองที่มีเซลล์ประสาท (Gray matter) มากกว่าส่วนที่เป็นเส้นประสาท (White matter) นอกจากนี้ ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลงเกือบร้อยละ 50 ด้วยเหตุนี้จึงพบว่าผู้สูงอายุมักจะมีสมาธิและความจำเสื่อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งความจำเกี่ยวกับเรื่องราวที่เกิดขึ้นในระยะไม่นาน แต่สามารถจำเรื่องราวในอดีตได้ดีมาก การเคลื่อนไหวของแขน ขา และการทรงตัวไม่ดีเท่าที่ควร เพราะการทำงานของสมองและการนำกระแสความรู้สึกช้าลง เป็นเหตุให้เกิดการหกล้มหรือเกิดอุบัติเหตุได้บ่อย

2.1.5. ระบบขับถ่ายปัสสาวะ มีการลดลงทั้งขนาดและหน่วยการทำงานของไต เมื่ออายุ 70 ปี การทำงานของไตจะลดลง 1 ส่วน 3 ถึง 1 ส่วน 2 ของอายุ 40 ปี ประสิทธิภาพของการขับถ่ายของเสียลดลงร้อยละ 40 ปริมาณเลือดที่ไหลผ่านไตลดลงเกือบร้อยละ 50 เมื่ออายุย่างเข้า 80 ปี จึงทำให้การปรับสมดุลของน้ำและของเสีย รวมทั้งการขับถ่ายในผู้สูงอายุทำได้ไม่ค่อยดี ในผู้สูงอายุชายจะมีต่อมลูกหมากโตทำให้ปัสสาวะลำบาก ต้องใช้เวลานานกว่าจะปัสสาวะหมด ในผู้สูงอายุหญิง จะมีกระบังลมเชิงกรานหย่อน เกิดปัสสาวะคั่งค้างและเล็ดออกมาบ่อย ๆ เป็นเหตุให้มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้ง่าย

2.1.6. ระบบฮอร์โมน ในผู้สูงอายุจะมีปริมาณฮอร์โมนเพศหญิงลดลงเมื่ออายุเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนและมีการฝ่อของรังไข่และมดลูก

2.2. การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุการออกกำลังกายที่ถูกต้อง และทำสม่ำเสมอจะทำให้ร่างกายเกิดความแข็งแรงมีอายุยืนยาวและชะลอความชราได้ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2548:43) การออกกำลังกายที่ถูกต้องประกอบด้วยขั้นตอน 3 ขั้นตอนดังนี้

2.2.1. การอบอุ่นร่างกาย (Warm - up) ประมาณ 5 - 10 นาที

2.2.2. การออกกำลังกายอย่างจริงจัง (Exercise) ประมาณ 20 - 30 นาที

2.2.3. การทำให้ร่างกายเย็นลงหรือการเบาเครื่อง (Cool - down) เป็นระยะผ่อนคลายเป็น 5 - 10 นาที

การดูแลตนเองที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ดำรงชีวิตอย่างมีความสุข นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี การดูแลตนเองของผู้สูงอายุมี 3 สภาวะ คือ

1) การดูแลสุขภาพตนเองโดยทั่วไป ได้แก่ การได้รับอาหารเพียงพอ ได้ออกกำลังกาย มีกิจกรรม มีการพักผ่อน มีการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ฯลฯ

2) การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ ได้แก่ การร่วมกิจกรรมเพื่อป้องกัน ส่งเสริมแก้ไขปัญหาการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการด้านอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุ เช่น การมีงานอดิเรกคลายเหงา การทำใจยอมรับการเปลี่ยนแปลง การไม่วิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการตาย ฯลฯ

3) การดูแลตนเองในภาวะสุขภาพถดถอย ได้แก่ การแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การรับรู้และสนใจสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ฯลฯ

ความหมายของการดูแลตนเอง

โอเร็ม (Orem,1995) ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่าเป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ของบุคคลเป็นการริเริ่มและการกระทำด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีทั้งในภาวะปกติและขณะเจ็บป่วย เป็นการกระทำอย่างจริงจัง มีเป้าหมาย มีระบบระเบียบ เป็นขั้นตอนและเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการการดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล

สไตเกอร์ และลิปสัน (Steiger and Lipson, 1985) ให้ความหมายของการดูแลตนเอง ว่าเป็นกิจกรรมที่ริเริ่มกระทำโดยบุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อให้บรรลุหรือคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีที่สุด

เพนเดอร์ (Pender, 1982) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติที่บุคคลริเริ่ม และกระทำให่วิถีทางของตนเองเพื่อรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน

เลวิน (Levin, 1976 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) ให้ความหมายการดูแลตนเองว่าเป็นกระบวนการที่บุคคลปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ค้นหาหรือรักษาโรคในระยะเริ่มแรก โดยใช้แหล่งบริการสุขภาพ โดยใช้แหล่งบริการสุขภาพ

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้นำแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเร็มมาใช้ในการศึกษาวิจัย ซึ่งโอเร็มมีจุดมุ่งหมายในการดูแลตนเองดังนี้

1. ส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นไปตามปกติ รวมทั้งพัฒนาการของบุคคลให้มีประสิทธิภาพตามกำหนด
2. ดำรงไว้ซึ่งโครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของร่างกายเพื่อดำเนินชีวิตตามปกติ
3. ป้องกัน ควบคุม หรือบรรเทาอาการตามกระบวนการเกิดโรค
4. ป้องกันความพิการ หรือทดแทนสิ่งที่สูญเสียไปแล้ว
5. ส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี

ตามแนวคิดของโอเร็ม ความสามารถในการดูแลตนเองประกอบด้วยโครงสร้าง 3 ระดับ คือ(Orem, 1991)

ระดับที่ 1 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundation Capabilities and Dispositions) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ โดยทั่ว ๆ ไป ประกอบด้วย

1. ความสามารถ และ ทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาและใช้เหตุผล
2. หน้าที่ของประสาทรับรู้สีกทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส
3. การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง
4. การเห็นคุณค่าในตนเอง
5. นิสัยประจำตัว
6. ความตั้งใจ
7. ความเข้าใจในตนเอง
8. ความหวังใยในตนเอง
9. การยอมรับตนเอง
10. ระบบการจัดลำดับความสำคัญ การรู้จักแบ่งเวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ
11. ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

ระดับที่ 2 พลังงานความสามารถ 10 ประการ (Ten Power components) เป็นความสามารถซึ่งเป็นตัวกลางเชื่อมการรับรู้ 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 ตลอดจนการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น
9. ความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง
10. ความสามารถที่จะปฏิบัติกรดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต ในฐานะบุคคลซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

ระดับที่ 3 ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operation) เป็นความสามารถที่จำเป็น และใกล้ชิดโดยตรงที่จะใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที เป็นการแสดงให้เห็นถึง ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลอย่างแท้จริง ประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการคือ

1. การคาดการณ์ (Estimative Operations) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์ และองค์ประกอบในตนเอง และสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมาย และความ ต้องการในการปรับการดูแลตนเอง
2. การปรับเปลี่ยน (Transitional Operations) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่ควรกระทำ และจะกระทำกิจกรรม
3. การลงมือปฏิบัติ (Productive Operations) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสนองต่อการดูแลตนเอง

แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุในที่นี้ อาจแยกประเภท เป็น (ศรีจิตรา บุนนาค , 2549. หน้า 97-109)

1. ผู้สูงอายุที่ยังช่วยเหลือตนเองได้
2. ผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือบางส่วน
3. ผู้สูงอายุและผู้พิการที่ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด

1. ผู้สูงอายุที่ยังช่วยเหลือตนเองได้

1.1 เขตเมือง ผู้สูงอายุที่ยังช่วยเหลือตนเองได้ที่เป็นโสด เป็นหม้าย ไม่มีบุตรหลาน

หรือญาติพี่น้อง ที่จะให้พักอาศัยอยู่ด้วย จำเป็นต้องนึกถึงที่พักอาศัย(housing) ที่มีระบบให้ความสะดวก ความปลอดภัย ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ดังเช่น สว่างคนิเวศน์ ของสภากาชาดไทย ในกรณีที่ยากจน ขาดทุนทรัพย์และรายได้ กรมประชาสงเคราะห์หรือหน่วยงานที่ควรรับผิดชอบควรส่งเสริมให้มีบ้านพักคนชราให้เพียงพอ

สำหรับผู้ที่มีครอบครัว ให้เน้นความรัก ความสัมพันธ์อันดีในครอบครัวและสนับสนุน ครอบครัว

ขยาย(Extended family) เท่าที่จะทำได้ นอกจากนั้นควรสนับสนุนองค์กรกึ่งเอกชน มีส่วนในการดำเนินการ เสริมนโยบายของรัฐในเรื่องที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ

1.2 เขตชนบท เนื่องจากในปัจจุบันนี้ มีการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน

มีทรัพยากรผันมาจากส่วนกลาง มีชมรมผู้สูงอายุกันอยู่แล้วเป็นส่วนใหญ่ ควรเป็นหน้าที่ขององค์การบริหาร ส่วนตำบล ในการจัดการเรื่องที่อยู่อาศัยตามความเหมาะสมและความต้องการของชุมชนนั้น ๆ

2. ผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือบางส่วน

2.1 เขตเมือง แนวนโยบายควรสนับสนุนให้อยู่ในครอบครัวเดิมให้นานที่สุด

ช่วยเหลือตนเองได้นานที่สุดเป็นหลัก ควรสนับสนุนให้มีการบริการเรื่องที่อยู่อาศัยซึ่งมีผู้สูงอายุและผู้บริการ ชนิดที่รัฐช่วยเหลือบางส่วนหรือทำขึ้นโดยองค์กรกึ่งเอกชน และเอกชนเอง

2.2 เขตชนบท องค์การบริหารส่วนตำบล ควรพิจารณาเรื่องที่พักอาศัยของผู้สูงอายุเหล่านี้ และจัดการเรื่อง “การเยี่ยมบ้าน” (home visiting service) ทั้งทางด้านการแพทย์ การสาธารณสุข สังคม และสิ่งแวดล้อม

3. ผู้สูงอายุและผู้พิการที่ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด ซึ่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง ได้เลย

3.1 เขตเมือง ควรมีที่พักอาศัย และบริการ เช่นเดียวกับบ้านพักคนชรา หากแต่การจัดการเรื่องบริการตลอดทั้งวัน ทั้งของภาครัฐ ภาคกึ่งเอกชน และเอกชนเอง

3.2 เขตชนบท องค์การบริหารส่วนตำบล ควรพิจารณาถึงความต้องการของชุมชนนั้น ๆ และพิจารณาให้เหมาะสมกับความต้องการ และทรัพยากรที่มีอยู่ เพื่อพยายามให้ทุกคนมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และควรมีงานทั้งทางด้านสุขภาพ และสังคม เยี่ยมตามสถานที่ดังกล่าว (home/community/visiting service)

นอกจากนั้นยังควรจัดให้มีสถานดูแลยามกลางวัน (day care center) ซึ่งสามารถนำผู้สูงอายุและผู้ พิการฝากไว้ช่วงกลางวัน เช่นเดียวกับศูนย์ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน

สำหรับทีมงานทั้งทางด้านสุขภาพและสังคม เพื่อเยี่ยมตามบ้าน ควรประกอบด้วย บุคลากรสหสาขา วิชาชีพ ซึ่งชุมชนจำเป็นต้องสร้างบุคลากรจากชุมชนนั้นขึ้นมา เพื่อช่วยเหลือ และสร้างอาชีพใหม่ให้แก่ชุมชน นั้นเอง โดยมีค่าตอบแทนให้ดำรงชีวิตอยู่ได้ โดยอาศัยทรัพยากรที่ องค์การบริหารส่วนตำบล ได้รับการ จัดสรร และบริหารจัดการ รวมทั้งแสวงหาความช่วยเหลือจากภาคส่วนต่าง ๆ เข้ามาช่วยเหลือเท่าที่จะทำได้

ในสังคมไทย การดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ ไม่ว่าจะในเมือง หรือในชนบท โดยทั่วไป จะเป็นไปในลักษณะที่ญาติพี่น้อง ลูกหลาน มีบทบาทเป็นอย่างสูง ทำให้เกิดความสัมพันธ์ และความอบอุ่นใน ครอบครัว และชุมชน แต่ก็เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากการพัฒนาประเทศ ดังนี้

1. แนวโน้มประชากรของไทย เป็นไปในลักษณะที่ผู้สูงอายุมีสัดส่วนสูงขึ้นอีก 2 ทศวรรษหน้า จะมีผู้สูงอายุถึงเกือบร้อยละ 15 ของประชาชนทั้งประเทศ

2. การอพยพแรงงานจากชนบท เข้าเมือง หรือจากภาคหนึ่งไปอีกภาคหนึ่ง ทำให้ความเข้มแข็งของครอบครัว/ชุมชน ลดลง
3. การที่สตรีมีโอกาส และเข้าสู่ตลาดแรงงานมากขึ้น เนื่องจากความจำเป็นทางเศรษฐกิจ จึงไม่สามารถเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในบ้านได้
4. ครอบครัว ให้ความสำคัญต่อการศึกษา มาก จึงมีการส่งเด็กเข้าเรียนในโรงเรียน จนถึงชั้นมัธยมศึกษา ทำให้ขาดแคลนกำลังคนที่จะดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน
5. ผู้สูงอายุที่ยังช่วยตัวเองไม่ได้ แม้ส่วนหนึ่งจะมีส่วนช่วย ในการดูแลผู้สูงอายุ ที่ช่วยตัวเองไม่ได้ แต่ก็มีจำนวนไม่น้อย ที่ยังมีภารกิจ หรืออาชีพนอกบ้าน ทำให้โอกาส หรือแนวโน้มในส่วนนี้ ลดลงไป

จากการศึกษาวิเคราะห์ ความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองไม่ได้ ในอีก 2 ทศวรรษหน้าของ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ผู้อำนวยการสำนักนโยบาย และแผนสาธารณสุข รักษาการนายแพทย์ใหญ่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และคณะซึ่งการศึกษาครั้งนี้ เป็นการคาดการณ์ความต้องการ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองไม่ได้ โดยอาศัยข้อมูล จากการคาดการณ์จำนวนประชากรผู้สูงอายุ ข้อมูลการศึกษาวิจัยสัดส่วนผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองไม่ได้ และการตั้งสมมติฐาน เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองไม่ได้ รวมทั้งได้ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน ในการผลิตกำลังคนที่จะดูแลผู้สูงอายุ และสถานบริการที่ดูแลผู้สูงอายุด้วย

ผลการศึกษาพบว่า เริ่มมีการจัดตั้งสถานพยาบาลเอกชน เพื่อรับดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น และมีการจัดการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยดำเนินการร่วมกับ หลักสูตรการอบรมผู้ดูแลเด็กเล็ก แต่ผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองไม่ได้ ส่วนมากยังคงอยู่ในการดูแลของครอบครัว จากสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถคาดการณ์ความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองไม่ได้ ในอีก 20 ปีข้างหน้า รวมประมาณ 41,275 - 64,798 คน โดยเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ประมาณ 21,303 - 42,607 คน ผู้ดูแลในสถาบันประมาณ 19,972 - 22,191 คน

คณะผู้ศึกษาเสนอว่า รัฐ น่าจะหาทางสนับสนุน ให้มีการดูแลผู้สูงอายุ ที่ช่วยตัวเองไม่ได้ โดยให้ดูแลภายในครอบครัว หรือชุมชนให้มากที่สุด ซึ่งแม้จะต้องการดูแล มากกว่าการอยู่ในสถาบัน แต่ก็จะทำให้ เกิดความผูกพัน ความอบอุ่น และความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัว แนวทางที่รัฐสามารถสนับสนุนได้ เช่น การสนับสนุนด้านการเงิน แก่ผู้ที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ ด้วยมาตรการทางภาษี สนับสนุนการจัดตั้งระบบดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยผู้สูงอายุด้วยตนเอง ทั้งนี้ โดยการสนับสนุนค่าใช้จ่ายบางส่วน ในรูปของชมรมผู้สูงอายุ และสนับสนุนด้านวิชาการ โดยการเยี่ยมบ้าน ของพยาบาล จากสถานพยาบาลของรัฐ หรือพยาบาลที่ชุมชนจ้างไว้ หรือสนับสนุนการจัดตั้งสถานดูแลผู้สูงอายุ ที่ช่วยตัวเองไม่ได้ โดยให้อยู่ใกล้ชุมชน หรือสถานที่ทำงาน ส่วนการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุนั้น ควรจะมีการสนับสนุน การจัดตั้งสถานศึกษา ที่ได้มาตรฐาน รวมทั้ง การฝึกอบรมในชุมชน ในลักษณะสาธารณสุขมูลฐานด้วย

ทฤษฎีพื้นฐานที่เกี่ยวกับความต้องการของมนุษย์

มนุษย์ทุกคนมีความต้องการคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีนำมาซึ่งความสุข ทั้งกายและใจ ความสุขทางกายคือ การมีหรือได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านอาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย ยา

รักษาโรค เครื่องมือเครื่องใช้ เครื่องอำนวยความสะดวกต่าง ๆ พอสมควร และทางจิตใจคือการมีความรัก ความอบอุ่น และความมั่นคงทางจิตใจ ได้รับการยอมรับและยกย่องจากบุคคลอื่น (นิศารัตน์ ศิลปเดช, 2539 อ้างถึงใน อนันต์ โขมะนาม, 2551)

ความสุขหรือความพึงพอใจในชีวิตของคนจะเกิดขึ้นได้เมื่อคนนั้นได้รับการตอบสนองความต้องการของตน (สุรกุล เจนอบรม, 2534 อ้างถึงใน อนันต์ โขมะนาม, 2551) อ้างถึงทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์ และความต้องการนั้นจะเพิ่มระดับขึ้นตามความต้องการ 5 ชั้น จากชั้นพื้นฐานสู่ชั้นสูงขึ้นประกอบด้วย

ขั้นที่ 1 ความต้องการเพื่อการอยู่รอดของมนุษย์ เช่น ความต้องการอาหาร น้ำ เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัยและยารักษาโรค

ขั้นที่ 2 ความต้องการความมั่นคง ปลอดภัย

ขั้นที่ 3 ความต้องการความรัก ความเป็นเจ้าของ

ขั้นที่ 4 ความต้องการการยอมรับนับถือ

ขั้นที่ 5 ความต้องการที่จะบรรลุความสำเร็จสมหวังในชีวิต ต้องการที่จะเป็นคนโดยสมบูรณ์

ลำดับชั้นจากความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ พันธุ์ทิพย์ รามสูต (2537) ได้สรุปและจำแนกความต้องการของผู้สูงอายุออกเป็น 2 ประเภทคือ

1) ความต้องการพื้นฐาน คือความต้องการที่ผู้สูงอายุทุกคนแสวงหา ไม่ว่าจะอยู่ในสังคม วัฒนธรรมใดได้แก่

1.1. ผู้สูงอายุพยายามมีชีวิตอยู่นานเท่าที่จะเป็นไปได้

1.2. ผู้สูงอายุพยายามรักษาพลังและศักยภาพทางร่างกายและทางสมองให้คงอยู่มากที่สุดและใช้ประโยชน์จากพลังและศักยภาพดังกล่าวอย่างสูงสุดเท่าที่จะทำได้

1.3. ผู้สูงอายุพยายามป้องกันและฮ้างไว้ซึ่งสิทธิพิเศษที่เคยเป็นในชีวิตวัยต้น เช่น ความรู้ ความชำนาญ ทักษะสมบัติ เกียรติคุณและอำนาจ

2) ความต้องการขั้นสูง คือความต้องการซึ่งมีลักษณะเปลี่ยนแปลงง่าย อาจเป็นความต้องการเฉพาะหน้าหรือระยะยาว หรือเป็นจุดหมายปลายทางของผู้สูงอายุและเป็นความต้องการที่สอดคล้องกับลักษณะสังคมวัฒนธรรมของผู้สูงอายุ เช่น ในสังคมตะวันตก ผู้สูงอายุอาจจะมีความต้องการงานที่เหมาะสมกับวัย มีรายได้พอใช้จ่าย มีบริการสุขภาพที่รัฐจัดให้ มีบ้านพักอาศัย ฯลฯ ขณะที่ในสังคมไทย ความต้องการเหล่านี้ อาจจะไม่ใช่ว่าสิ่งสำคัญเท่ากับการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลานและครอบครัว เป็นต้น

วิไลวรรณ ทองเจริญ และ ลิวรรณ อุณาภิรักษ์ (2543 อ้างถึงใน อนันต์ โขมะนาม, 2551) ศึกษาความต้องการของบุคคลก่อนวัยเกษียณ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการด้านต่าง ๆ ตามลำดับ ดังนี้

ความต้องการด้านสุขภาพ

ลำดับที่ 1 ต้องการความรู้ด้านสุขภาพจากแพทย์ พยาบาล

ลำดับที่ 2 ต้องการตรวจสุขภาพประจำปีฟรี ปีละ 1 ครั้ง โดยต้องการคลินิกตรวจรักษาเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุมากที่สุด

ลำดับที่ 3 ต้องการให้รับจัดบริการส่งเสริมสุขภาพฟรี

ความต้องการด้านสังคม

- ลำดับที่ 1 ต้องการสถานที่พักผ่อนและออกกำลังกาย
- ลำดับที่ 2 ต้องการให้ชุมชนมีหน่วยงานดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะ
- ลำดับที่ 3 ต้องการลดหย่อนภาษีเงินได้ส่วนบุคคล

ความต้องการด้านจิตใจ

- ลำดับที่ 1 ต้องการความเคารพนับถือยกย่องจากครอบครัวและสังคม
- ลำดับที่ 2 ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา
- ลำดับที่ 3 ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมทางขนบธรรมเนียมประเพณี

ความต้องการด้านการเงินและการทำงาน

- ลำดับที่ 1 ต้องการให้รัฐจัดหางานให้
- ลำดับที่ 2 ต้องการเงินช่วยเหลือสำหรับผู้สูงอายุยากจน
- ลำดับที่ 3 ต้องการการเกื้อหนุนทางการเงินจากลูกหลาน

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

ความหมายของการสนับสนุนทางด้านสังคม (Social Support) (House, 1985 อ้างใน สรวงศ์ภรณ์ ดวงคำสวัสดิ์, 2539: 29 - 35)

ความหมาย การสนับสนุนทางด้านสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงการมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครู เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

แคพแพลน (Capplan, 1976: 39 - 42) ได้ให้คำจำกัดความแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นทางข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการ พิลิชุก (Pilisuk, 1982: 20) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างตน ไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุประสงค์ ความมั่นคง ทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมถึงการที่บุคคลรู้สึกที่ตนเองได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย

แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม โดยปกติกลุ่มสังคม จัดแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ ๆ ได้ 2 ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิ และกลุ่มทุติยภูมิ

กลุ่มปฐมภูมิเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน

กลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์ตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคมกลุ่มนี้ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่น ๆ ซึ่งในระบบแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่า มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

อาจกล่าวสรุปได้ว่า แหล่งของการสนับสนุนทางสังคมนั้นมีทั้งแหล่งปฐมภูมิ และแหล่งทุติยภูมิ การสนับสนุนจากแหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการสนับสนุนทางอารมณ์ จากคู่สมรส ส่วนการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งทุติยภูมิถือว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรอื่น 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 ส่งผลให้รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่มีความรู้สึกผูกพันซึ่งกันและกัน

เชฟเฟอร์ คอยน์ และลาซารัส (Scafer, 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 ซึ่งจริยาวัตร คมพัยค์ (2531 อ้างถึงใน พรนภา ไชยอาสา, 2550) เรียกกลุ่มที่ให้การสนับสนุนแบบไม่เป็นทางการนี้ว่า กลุ่มสังคมปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน โดยเฉพาะครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญ คงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรม และใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุด ช่วยกันส่งเสริมสุขภาพ ความสามารถลดความเครียด และเป็นกันชนรองรับสถานการณ์ความเครียด (จริยาวัตร คมพัยค์, 2531; House, 1981)
2. กลุ่มที่เป็นทางการ หรือกลุ่มที่มีลักษณะการช่วยเหลือเฉพาะเจาะจงเรื่องในเรื่องหนึ่ง เช่น ผู้ช่วยเลี้ยงเด็ก ผู้ช่วยทำงานบ้าน นักกฎหมาย ผู้ให้บริการด้านการเงิน หรือกลุ่มที่ให้บริการด้านสวัสดิการ เช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ผู้นำทางศาสนา หรือกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ซึ่งจริยาวัตร คมพัยค์ (2531) เรียกกลุ่มนี้ว่า กลุ่มสังคมทุติยภูมิ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่น ๆ

ส่วนที่ 2 กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม(Participatory Action Research: PAR)

แนวคิดพื้นฐานของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) หรือที่เรียกย่อ 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 (พันธทิพย์ รามศุตร, 2540)

นางลักษณ์ วิรัชชัย และทศนา แคมมณี (2546) ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมนั้น การศึกษาบริบทเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น นักวิจัยจะต้องรู้จัก คำว่า Identify need & problem ต้องรู้จัก คำว่า การศึกษาบริบททั่วไป และบริบทวิจัย ในกรณีบริบททั่วไป หมายถึง การวิเคราะห์ชุมชนเพื่อค้นหาโจทย์หรือความจำเป็น (Need) ซึ่งเป็นการมีส่วนร่วมในแนวราบของผู้เกี่ยวข้องคือคนในระบบที่เราจะต้องมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนไม่ใช่บางตอนเพราะฉะนั้น การพัฒนาโจทย์วิจัย เขาต้องมีส่วนร่วมหากมีการ implement อะไร เขาจะต้องมีส่วนร่วม contribute ด้วย ถ้าไม่มีเงินก็สามารถร่วมแรงได้ไม่ใช่แบบมีรอ PAR จึงเป็นเรื่องที่ว่าด้วยการมีส่วนร่วม เป็นการเรียนรู้ร่วมกัน นักวิจัยได้อะไร คำตอบ คือ ได้องค์ความรู้ ผู้คนทั้งหลายที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder) ใน System ได้อะไร คำตอบคือ ได้ความรู้ในเรื่องของเขาและได้มีการ Transformation ซึ่งก็คือ การเปลี่ยนผ่านในที่นี้ไม่ใช่การเปลี่ยนแล้วผ่าน แต่หมายถึง เปลี่ยนแล้วไปกลับไม่กลับมาแบบเดิม 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 มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2548)

ชนิษฐา กาญจนรังสี (2544) ได้เสนอแนวคิดพื้นฐานในการดำเนินวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีดังต่อไปนี้

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

2. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จะประสบความสำเร็จได้เมื่อนักวิจัย และผู้เกี่ยวข้องมีความเชื่อว่าคนทุกคนมีศักยภาพและความสามารถในการคิดและการทำงานร่วมกันเพื่อชุมชนที่ดีขึ้นผู้มีความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นมีความสำคัญเช่นเดียวกับภูมิปัญญาของนักวิจัย นักวิชาการ หรือนักพัฒนาและทุกสิ่งทุกอย่าง

ในชุมชน ทั้งเรื่องความรู้ความชำนาญ ทรัพยากรที่มีอยู่และจะหาได้ในอนาคตจะต้องได้รับการจัดสรรอย่างเท่าเทียมกัน

3. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จะต้องเริ่มจากความรู้สึกของคนที่มีความรู้หรือความต้องการของชุมชน แล้วเคลื่อนสู่การสร้างความเข้าใจ และเป็นการกระทำพร้อมกันที่จะให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตนเองและชุมชน ทั้งในมิติของปัญญา จิตใจ และกายภาพ

4. กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องและไม่สิ้นสุดในวงจรแต่เป็นการเริ่มเพื่อนำไปสู่วงจรใหม่ ซึ่งเป็นวงจรของการแสวงหาความรู้และการกระทำ โดยวงจรนี้จะดำรงอยู่และดำเนินต่อไปได้ตราบเท่าที่คนในชุมชนยังสามารถมีส่วนร่วมกันวิจัยอยู่ได้

สิทธิรัฐ ประพุทธนิตสาร (2547, หน้า 37 - 39) ได้กล่าวถึงแนวคิด PAR ได้ถูกพัฒนาจากปัญหาของการพัฒนา หรือการแก้ปัญหาต่าง ๆ ในสังคมที่ได้ดำเนินการมายาวนาน แต่ดูเหมือนว่าปัญหาต่าง ๆ ในสังคมยิ่งซับซ้อนยุ่งยากมากขึ้นในขณะที่เดียวกันปัญหาทางองค์ความรู้ที่เคยเชื่อว่าจะเกิดมาจากการวิจัยที่ผูกขาดโดยนักวิจัยที่มีทฤษฎีมีระเบียบวิธีวิจัยที่เชื่อได้ทางวิทยาศาสตร์ องค์ความรู้บางส่วนได้ถูกนำไปช่วยให้ชีวิตความเป็นอยู่ของมนุษย์ดีขึ้น แต่หลายส่วนที่องค์ความรู้กับปรากฏการณ์จริงที่หลากหลายโดยเฉพาะทางด้านสังคมศาสตร์กลับมีช่องว่างมากขึ้นยิ่งไปกว่านั้นคือความรู้ในด้านเทคโนโลยี ส่วนมากจะเป็นเรื่องเฉพาะด้านก็จะแก้ปัญหาได้เฉพาะจุด และบางครั้งตัวเทคโนโลยีนั้น ก็สร้างปัญหาใหม่ขึ้นมาอีก วนเวียนแบบนี้ตลอดไป ส่วนความรู้ด้านสังคมศาสตร์มีลักษณะถ้าไม่แคบเกินไป ก็กว้างเป็นนามธรรมสูงจนเกินไปจึงไม่ได้ช่วยให้ การแก้ปัญหาต่าง ๆ เป็นไปอย่างมีผล หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติการ ดูเสมือนว่ากว้างขึ้น

จากแนวคิดพื้นฐานที่กล่าวมาข้างต้น พอสรุปแนวคิดได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ได้แนวทางการดำเนินการมาจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มุ่งหวังแก้ปัญหาในสังคมนั้น ๆ โดยผู้แก้ปัญหาก็คือคนในสังคมนั้นเองที่ร่วมกันแก้ปัญหา ซึ่งกระบวนการกระทำแต่ละขั้นตอนต้องมุ่งประโยชน์ต่อสังคม และทุกขั้นตอนสังคมนั้นต้องมีส่วนร่วม โดยมุ่งการพัฒนาที่ยั่งยืน ต้องมีการศึกษาบริบทของสังคมนั้นอย่างแท้จริงเพื่อให้ทราบถึงปัญหา สู่การร่วมมือกันพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

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

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

ชนิษฐา 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

กรานดี และ คิมมิส (Grundy and Kemmis) อ้างถึงใน บุญเรียง ขจรศิลป์, (2546) ระบุว่า ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม คนที่ร่วมวิจัยต้องมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลง สถานการณ์ วางแผน (Plan) การกระทำตามแผน (Doing) และประเมินผล (Checking) ทุกกิจกรรมอย่างเป็นระบบ มีการประเมินตัวเอง (Action) พร้อมกับการรับฟังความคิดเห็นของเพื่อนร่วมงาน เมื่อเวลาที่ดำเนินการงานอาจขยายแวงดวงของผู้ร่วมวิจัยในโครงการไปอีก แต่ก็ต้องมีกระบวนการที่พยายามรักษาการมีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียมกันระหว่างทีมงานทุกคนไว้ได้ ส่วนใหญ่การวิจัยประเภทนี้จะเกิดขึ้นในสังคมประชาธิปไตย เพราะเป็นกระบวนการประชาธิปไตยอย่างหนึ่งในลักษณะของกระบวนการวิจัยอยู่บนฐานของปรัชญาและคุณค่าที่เน้นคนเป็นศูนย์กลาง (People centered) สร้างพลังอำนาจให้แก่ประชาชน (Empowerment) ด้วยกระบวนการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม (Participation) ผ่านการวิจัยเพื่อเปลี่ยนสภาพ (Transformation) ของบุคคลและสังคม

สรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการวิจัยที่มีผู้มีส่วนร่วมหลายฝ่ายเข้ามาร่วมกันแก้ปัญหาที่เกิดโดยมีการร่วมทุกกระบวนการวิจัย ตามบทบาทหน้าที่ของผู้ร่วมวิจัยแต่ละคน ตั้งแต่เริ่มการเลือกประเด็นปัญหาจนเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัยถือว่าทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีความสำคัญเท่า ๆ กัน ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของการมีส่วนร่วมที่ได้ร่วมลงมือกระทำ โดยยึดหลักประชาธิปไตย

หลักการสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม PAR

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

1. กระบวนการวิจัยแบบ PAR เป็นกระบวนการทางสังคม (PAR is social process) เพราะมีความเชื่อว่ากระบวนการพัฒนาปัจเจกชนกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเป็นไปอย่างมีสัมพันธ์กัน ไม่ว่าจะปัจเจกชนนั้น ๆ จะได้รับประโยชน์โดยส่วนตนมากหรือน้อย
2. การวิจัยแบบ PAR เป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (PAR is participatory) การวิจัยอาจเริ่มต้นหรือถูกจุดประกายโดยนักวิจัยภายนอกแต่กระบวนการวิจัยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกคน ในกลุ่มเป็นเจ้าของวิจัยร่วมกัน ไม่ใช่เพียงในฐานะผู้ให้ข้อมูลกับนักวิจัยภายนอก หรือในฐานะเฉพาะผู้ได้รับผลประโยชน์ แต่ถือว่าทุกคนร่วมกันวิจัยเกี่ยวกับเรื่องของตนเอง การมีส่วนร่วมในการจัดการใช้ความรู้ ความคิดของตนเพื่อการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งเรียนรู้ที่จะสะท้อนความคิดวิพากษ์ตนเอง ในสิ่งที่ได้กระทำร่วมกัน ทั้งนี้ PAR ในอุดมคตินั้น สมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการวิจัย ตั้งแต่การตกลงในที่จะทำการวิจัย การกำหนดปัญหาวิจัย การเลือกวิธีการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การตรวจสอบข้อมูล การตัดสินใจที่จะปฏิบัติการตามแผน และการวิเคราะห์ผลการปฏิบัติ
3. การวิจัย PAR เป็นการวิจัยที่เน้นการปฏิบัติ (PAR is Practical) โดยเฉพาะการปฏิบัติใด ๆ ที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ของคนในสังคม โดยมุ่งทำความเข้าใจวิถีการ และผลการปฏิบัติงานที่เป็นอยู่ ศึกษาวิธีการที่จะปฏิบัติให้ดีขึ้น และเรียนรู้จากกระบวนการปฏิบัติและผลที่เกิดขึ้น ความรู้ได้จากการวิจัยจะเป็นพื้นฐานของการปฏิบัติ
4. การวิจัยแบบ PAR เป็นกระบวนการวิจัยเพื่อสร้างอิสรภาพ (PAR is emancipator) กล่าวคือ ปลุกจิตสำนึกเพื่อให้คนได้คลี่คลาย และเอาชนะปัญหาอุปสรรคอันเนื่องจากการถูกเอารัดเอาเปรียบในสังคมที่มีโครงสร้างไม่เป็นธรรม 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

ส่วนที่ 3 วิธีการพัฒนารูปแบบและการประเมินรูปแบบ

ความหมายของรูปแบบ (วาโร เฟิงส์วส์ดี, 2553, หน้า 1-15)

มีผู้ให้ความหมายของ “รูปแบบ (model)” ดังนี้

อุทุมพร จามรมาน (2541: 22) รูปแบบหมายถึงโครงสร้างของความเกี่ยวข้องของหน่วยต่างๆ หรือตัวแปรต่างๆ ดังนั้น รูปแบบจึงน่าจะมีมากกว่าหนึ่งมิติหลายตัวแปร และตัวแปรต่างๆ มีความเกี่ยวข้องซึ่งกันและกันในเชิงความสัมพันธ์และเชิงเหตุและผล

ทิตินา แคมมณี (2545 : 218) รูปแบบเป็นรูปธรรมของความคิดที่เป็นนามธรรม ซึ่งบุคคลแสดงออกมาในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง เช่น เป็นคำอธิบาย เป็นแผนผัง ไดอะแกรมหรือแผนภาพ เพื่อช่วยให้ตนเองและบุคคลอื่นสามารถเข้าใจได้ชัดเจนขึ้น รูปแบบเป็นเครื่องมือทางความคิดที่บุคคลใช้ในการสืบสอบหาคำตอบความรู้ความเข้าใจในปรากฏการณ์ทั้งหลาย

บุญชม ศรีสะอาด (Online) รูปแบบหมายถึงโครงสร้างแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่างๆ หรือตัวแปรต่างๆ สามารถใช้รูปแบบอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่างๆ หรือตัวแปรต่างๆ ที่มีในปรากฏการณ์ธรรมชาติหรือในระบบต่างๆ อธิบายลำดับขั้นตอนขององค์ประกอบหรือกิจกรรมในระบบ

รัตน์ บัวสนธ์ (2552 : 124) ความหมายของรูปแบบจำแนกออกเป็น 3 ความหมาย ดังนี้

1) แผนภาพหรือภาพร่างของสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ยังไม่สมบูรณ์เหมือนของจริงรูปแบบในความหมายนี้มักจะเรียกทับศัพท์ในภาษาไทยว่า “โมเดล” ได้แก่ โมเดลบ้าน โมเดลรถยนต์โมเดลเสื้อ เป็นต้น

2) แบบแผนความสัมพันธ์ของตัวแปร หรือสมการทางคณิตศาสตร์ที่รู้จักกันในชื่อที่เรียกว่า “Mathematical Model”

3) แผนภาพที่แสดงถึงองค์ประกอบการทำงานของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง รูปแบบ ในความหมายนี้บางทีเรียกกันว่าภาพย่อส่วนของทฤษฎีหรือแนวคิดในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เช่น รูปแบบการสอน รูปแบบการบริหาร รูปแบบการประเมิน เป็นต้น

จากความหมายที่กล่าวมา สรุปได้ว่ารูปแบบ หมายถึงกรอบความคิดทางด้านหลักการ วิธีการดำเนินงาน และเกณฑ์ต่างๆ ของระบบ ที่สามารถยึดถือเป็นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ได้

องค์ประกอบของรูปแบบ มีผู้ให้แนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบของรูปแบบ ดังนี้ Brown and Moberg (1980:16-17) ได้สังเคราะห์รูปแบบขึ้นมาจากแนวคิดเชิงระบบ (System Approach) กับหลักการบริหารตามสถานการณ์ (Contingency Approach) กล่าวว่าองค์ประกอบของรูปแบบ ประกอบด้วย 1)สภาพแวดล้อม (Environment) 2)เทคโนโลยี (Technology) 3)โครงสร้าง (Structure) 4)กระบวนการจัดการ (Management Process) และ 5) การตัดสินใจสั่งการ (Decision Making) สมบูรณ์ ศิริสรธริทธิ (2547 : 354-355) ได้พัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณลักษณะภาวะผู้นำของคนบดตี ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบมีองค์ประกอบ 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1)คุณลักษณะภาวะผู้นำของคนบดตีที่ต้องพัฒนา

2)หลักการและแนวคิดกำกับรูปแบบ และวัตถุประสงค์ทั่วไปของรูปแบบ 3)กระบวนการพัฒนาคุณลักษณะ ภาวะผู้นำของคนบดตีซึ่งประกอบด้วยขั้นตอน เนื้อหาการพัฒนา วิธีการและกิจกรรมการพัฒนา วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม และผลที่ต้องการและ 4)แนวทางการนำรูปแบบไปใช้เงื่อนไขความสำเร็จ และตัวบ่งชี้ ความสำเร็จของรูปแบบ ชนกันารถ ชื่นเชย (2550 : 179-180) ได้พัฒนารูปแบบการจัดการศึกษาต่อเนื่อง ในสถาบันอุดมศึกษา เอกชน พบว่ารูปแบบมีองค์ประกอบ 9 องค์ประกอบ ได้แก่ 1)ปรัชญาและหลักการของการศึกษาต่อเนื่อง 2)กลุ่มเป้าหมายของการจัดการศึกษาต่อเนื่อง 3)จุดมุ่งหมายของการจัดการศึกษาต่อเนื่อง 4)โครงสร้างระบบ บริหารของการศึกษาต่อเนื่อง 5) หลักสูตรการเรียนการสอนของการศึกษาต่อเนื่อง 6)วิธีการจัดการศึกษา ต่อเนื่อง 7)สื่อการศึกษาและแหล่งเรียนรู้ของการศึกษาต่อเนื่อง 8)การติดตามและประเมินผลของการศึกษา ต่อเนื่อง และ 9) การเทียบระดับและเทียบโอนผลการเรียน อัมพร พงษ์กังสนานันท์ (2550 : 274-275)ได้พัฒนารูปแบบการจัดการศึกษานอกระบบในสถานศึกษา ขั้นพื้นฐานเพื่อส่งเสริม การศึกษาตลอดชีวิต พบว่ารูปแบบมีองค์ประกอบ 8 องค์ประกอบ ได้แก่ 1)ปรัชญาและ หลักการจัดการศึกษา 2) หลักสูตร 3) การจัดการเรียนรู้ 4) การประเมินผลการเรียนรู้ 5)การเทียบโอนความรู้ และประสบการณ์และการเทียบระดับการศึกษา 6)การบริหารและการจัดการศึกษา 7)กลุ่มเป้าหมายและ 8) การมีส่วนร่วมของพ่อแม่และชุมชน สรุปได้ว่าการกำหนดองค์ประกอบของรูปแบบว่าจะประกอบด้วยอะไร จำนวนเท่าใด มีโครงสร้าง และความสัมพันธ์กันอย่างไรขึ้นอยู่กับปรากฏการณ์ปัจจัยหรือตัวแปรต่างๆ ที่กำลังศึกษา ซึ่งจะออกแบบตาม แนวคิด ทฤษฎีงานวิจัยและหลักการพื้นฐานในการกำหนดรูปแบบนั้น ๆ เป็นหลัก

ลักษณะของรูปแบบที่ดี รูปแบบที่ดีควรมีลักษณะดังนี้ (วาโร เฟิงส์วีสต์, 2553, หน้า 1-15)

1. รูปแบบควรประกอบด้วยความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างระหว่างตัวแปรมากกว่าความสัมพันธ์เชิง เส้นตรงธรรมดาอย่างไรก็ตามความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงก็มีประโยชน์ในช่วงของการพัฒนารูปแบบ
2. รูปแบบควรนำไปสู่การทำนายผลที่ตามมา ซึ่งสามารถตรวจสอบได้ด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์โดยเมื่อทดสอบรูปแบบแล้วถ้าปรากฏว่าไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์รูปแบบนั้นต้องถูกยกเลิก
3. รูปแบบควรอธิบายโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงเหตุผลของเรื่องที่ศึกษาได้อย่างชัดเจน
4. รูปแบบควรเป็นเครื่องมือในการสร้างความคิดรวบยอด (Concept) ใหม่และการสร้างความสัมพันธ์ ของตัวแปรใหม่ซึ่งจะเป็นการเพิ่มองค์ความรู้ (Body of Knowledge) ในเรื่องที่กำลังศึกษา 5. รูปแบบในเรื่องใดจะเป็นเช่นไรขึ้นอยู่กับกรอบของทฤษฎีในเรื่องนั้น ๆ

การพัฒนารูปแบบ ได้มีผู้กล่าวถึงขั้นตอนการพัฒนารูปแบบดังนี้ (วาโร เฟิงส์วีสต์, 2553, หน้า 1-15)

วิลเลอร์ (Willer. 1986 : 83) กล่าวว่า การพัฒนารูปแบบโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้าง (Construct) รูปแบบ และ 2) การหาความเที่ยงตรง (Validity) ของรูปแบบ

บุญชม ศรีสะอาด (Online) ได้กล่าวถึงกระบวนการวิจัยการพัฒนารูปแบบโดยได้แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างหรือพัฒนารูปแบบ และ 2) การทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบ

บุญส่ง หาญพานิช (2546 : 112 - 118) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการความรู้ใน สถาบันอุดมศึกษาไทย” โดยดำเนินการวิจัย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาวิเคราะห์และสังเคราะห์ แนวความคิด เกี่ยวกับธรรมชาติความรู้และความรู้และการบริหารจัดการศึกษาของไทย ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารจัดการ ความรู้กระบวนการจัดการความรู้โครงสร้างพื้นฐานของการบริหารจัดการความรู้โดยศึกษา เอกสารและงานวิจัยที่ เกี่ยวข้องการสัมภาษณ์อธิการบดีและการสอบถามผู้บริหารระดับผู้อำนวยการขึ้นไป 2) การจัดทำร่างรูปแบบ การบริหารการจัดการความรู้ในสถาบันอุดมศึกษาไทย โดยนำผลสรุปจากการวิเคราะห์ สาระจากการสัมภาษณ์ อธิการบดีและจากการวิเคราะห์แบบสอบถาม นำมาสรุปเป็นข้อค้นพบเพื่อใช้เป็นฐาน ในการสร้างรูปแบบการบริหารจัดการความรู้ในสถาบันอุดมศึกษาไทยและ 3) การตรวจสอบความ เหมาะสมและความเป็นไปได้ของ รูปแบบการบริหารจัดการความรู้ในสถาบันอุดมศึกษาไทยโดยผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้น จึงปรับปรุงแก้ไข รูปแบบการบริหารจัดการความรู้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

วิสุทธิ วิจิตรพัชรภรณ์ (2547 : 73-84) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการจัดการศึกษาแบบ กระจายอำนาจสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน ตามแนวทางพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติพ.ศ.2542 ” โดย แบ่งการ วิจัยออกเป็น 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดกรอบความคิดในการวิจัยโดยศึกษาเอกสารและแนวคิด ทฤษฎีและ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) การศึกษาสภาพและปัญหาการจัดการศึกษาแบบกระจายอำนาจใน สถานศึกษาขั้นพื้นฐาน โดยสัมภาษณ์ผู้บริหารสถานศึกษาต้นแบบการปฏิรูปการเรียนรู้ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง กับการดำเนินงานของ สถานศึกษาและสำรวจความคิดเห็นของผู้บริหารสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน 3) การสร้าง รูปแบบการจัดการศึกษาแบบ กระจายอำนาจในสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน 4) การศึกษาความเหมาะสมและความเป็น ไปได้ของรูปแบบโดยการ สัมมนาผู้ทรงคุณวุฒิและ 5) การปรับปรุงและนำเสนอรูปแบบการจัดการศึกษา แบบกระจายอำนาจใน สถานศึกษาขั้นพื้นฐาน

สมบุญธรรม ศิริสรธรธีร (2547 : 171) ได้ทำวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณลักษณะผู้นำ ของ คณบดี” โดยดำเนินการวิจัยเป็น 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดกรอบแนวความคิดในการวิจัยโดยศึกษา เอกสาร แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) การศึกษาวิเคราะห์และสังเคราะห์แนวทฤษฎีงานวิจัยที่ เกี่ยวข้องและข้อมูลที่ ได้จากการสัมภาษณ์ 3) การศึกษาและประมวลความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ 4) การ พัฒนารูปแบบการพัฒนา คุณลักษณะภาวะผู้นำของคณบดี 5) การตรวจสอบและการประเมินความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของรูปแบบจากผู้ทรงคุณวุฒิและ 6) การปรับปรุงรูปแบบและนำเสนอรูปแบบการพัฒนา คุณลักษณะภาวะผู้นำของ คณบดี

กฤษณผล จันทร์พรหม (2548 : 88) ได้ทำวิจัยเรื่อง “การศึกษารูปแบบมหาวิทยาลัยเสมือนจริงที่ เหมาะสมสำหรับสถาบันอุดมศึกษาในประเทศไทย” โดยดำเนินการวิจัยเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบมหาวิทยาลัยเสมือนจริง โดยศึกษาหลักการแนวคิด ทฤษฎีจากเอกสาร ตำรา

บทความวิจัยฐานข้อมูลอินเทอร์เน็ตทั้งในและต่างประเทศ และความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับมหาวิทยาลัยเสมือนจริง 2) การสังเคราะห์รูปแบบ องค์ประกอบ โครงสร้างของรูปแบบมหาวิทยาลัยเสมือนจริงโดยนำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 มาสร้างเป็นรูปแบบมหาวิทยาลัยเสมือนจริง 3) การพัฒนา รูปแบบมหาวิทยาลัยเสมือนจริง โดยใช้กระบวนการวิจัยแบบเดลฟายเพื่อรวบรวมข้อมูลความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ 10 คน จำนวน 3 รอบ และ 4) การทดสอบความเหมาะสมของรูปแบบมหาวิทยาลัยเสมือนจริง สำหรับสถาบันอุดมศึกษาในประเทศไทยที่พัฒนาขึ้นในขั้นตอนที่ 3 มาจัดทำเป็นแบบสอบถามเพื่อนำไปสำรวจ ความคิดเห็นของผู้บริหารสถาบัน อุดมศึกษาเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบ หลังจากนั้นจึงกำหนดรูปแบบ มหาวิทยาลัยเสมือนจริงที่เหมาะสมสำหรับสถาบันอุดมศึกษาในประเทศไทย

ชนกนารถ ชื่นเชย (2550 : 72 - 79) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “รูปแบบการจัดการศึกษาต่อเนื่องในสถาบันอุดมศึกษาเอกชน” โดยดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การวิเคราะห์และสังเคราะห์รูปแบบการศึกษา ต่อเนื่องสำหรับสถาบันอุดมศึกษาเอกชน โดยศึกษาวิเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) การนำข้อมูลจาก การศึกษามาวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อพัฒนาเป็นกรอบของรูปแบบในการจัดการศึกษาต่อเนื่องของ สถาบันอุดมศึกษาเอกชน 3) การศึกษาความเหมาะสมและเป็นไปได้โดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาต่อเนื่องใน สถาบันอุดมศึกษาจำนวน 19 คน โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟายและ 4) การตรวจสอบประสิทธิภาพและความ เหมาะสมของรูปแบบการจัดการศึกษาต่อเนื่องในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนที่พัฒนาขึ้นในขั้นตอนที่ 3 มาจัดทำเป็น แบบสอบถาม เพื่อนำไปใช้สำรวจความคิดเห็นของผู้บริหารสถาบันอุดมศึกษาเอกชนเกี่ยวกับความเหมาะสมของ องค์ประกอบของรูปแบบการจัดการศึกษาต่อเนื่อง หลังจากนั้นจึงกำหนดรูปแบบการจัดการศึกษาต่อเนื่องจาก องค์ประกอบที่พัฒนาขึ้น

พรจันทร์ พรศักดิ์กุล (2550 : 163 - 175) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “รูปแบบกระบวนการงบประมาณของโรงเรียนที่บริหารงบประมาณแบบใช้โรงเรียนเป็นฐานในโรงเรียนประถมศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน” โดยดำเนินการวิจัยเป็น 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดกรอบแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการ งบประมาณ โดยการวิเคราะห์เอกสารและฐานข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต 2) การศึกษากระบวนการ งบประมาณและการ มีส่วนร่วมในกระบวนการงบประมาณของสถานศึกษาที่ดำเนินการในปัจจุบัน โดยสอบถามความคิดเห็นของ ผู้อำนวยการสถานศึกษาและรองผู้อำนวยการสถานศึกษาที่รับผิดชอบงาน งบประมาณ วิเคราะห์เอกสาร งบประมาณของโรงเรียนและสอบถามความคิดเห็นของครูผู้ปกครอง คณะกรรมการสถานศึกษา ประธานคณะ กรรมการสถานศึกษา 3) การจัดทำร่างรูปแบบกระบวนการ งบประมาณของโรงเรียนที่บริหารงบประมาณแบบใช้โรงเรียนเป็นฐาน 4) การประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของร่างรูปแบบ โดยสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ 5) การปรับปรุงรูปแบบและนำเสนอรูปแบบ กระบวนการงบประมาณของโรงเรียนที่บริหารงบประมาณการใช้โรงเรียนเป็นพื้นฐาน

อัมพร พงษ์กัสนานันท์ (2550 : 108-122) ได้ทำวิจัยเรื่อง “การพัฒนาแบบการจัดการศึกษานอกระบบในสถานศึกษาขั้นพื้นฐานเพื่อส่งเสริมการศึกษาตลอดชีวิต” โดยดำเนินการวิจัยเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างรูปแบบ ประกอบด้วยการศึกษาข้อมูลพื้นฐานจากทฤษฎี เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้เทคนิคเดลฟายแบบปรับปรุง (Modified Delphi Techniques) และ 2) การ

ประเมินรูปแบบประกอบด้วยการประเมินรูปแบบเพื่อศึกษาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบ ไปปฏิบัติในสถานศึกษา และการเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้บริหารสถานศึกษาที่มีต่อการพัฒนารูปแบบ

จากการศึกษาแนวคิดและกระบวนการวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบ สามารถสรุปได้ว่าการพัฒนารูปแบบแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1)การสร้างหรือพัฒนารูปแบบ และ 2)การตรวจสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบ ซึ่งแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียด ดังนี้ (วาโร เฟิงส์วีสดี, 2553, หน้า 1-15)

ขั้นตอนที่ 1 การสร้าง หรือพัฒนารูปแบบ ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะสร้างหรือพัฒนารูปแบบขึ้นมาก่อนเป็นรูปแบบตามสมมติฐาน (Hypothesis Model) โดยศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ผู้วิจัยอาจจะศึกษารายกรณีหน่วยงานที่ดำเนินการในเรื่องนั้นๆ ได้เป็นอย่างดี ซึ่งผลการศึกษาจะนำมาใช้กำหนดองค์ประกอบหรือตัวแปรต่างๆ ภายในรูปแบบ รวมทั้งลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบหรือตัวแปรเหล่านั้น หรือลำดับก่อนหลังของแต่ละองค์ประกอบในรูปแบบ ดังนั้น การพัฒนารูปแบบในขั้นตอนนี้จะต้องอาศัยหลักการของเหตุผลเป็นรากฐานสำคัญ ซึ่งโดยทั่วไปการศึกษาในขั้นตอนนี้จะมีขั้นตอนย่อย ๆ ดังนี้

1.1 การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำสารสนเทศที่ได้มาวิเคราะห์ และสังเคราะห์เป็นร่างกรอบความคิดการวิจัย

1.2 การศึกษาจากบริบทจริงในขั้นตอนนี้อาจจะดำเนินการได้หลายวิธี ดังนี้

1.2.1 การศึกษาสภาพและปัญหาการดำเนินการในปัจจุบันของหน่วยงาน โดยศึกษาความคิดเห็นจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder) ซึ่งวิธีศึกษาอาจจะใช้วิธีการสัมภาษณ์ การสอบถาม การสำรวจ การสนทนากลุ่ม เป็นต้น

1.2.2 การศึกษารายกรณี (Case Study) หรือพหุกรณี หน่วยงานที่ประสบผลสำเร็จ หรือมีแนวปฏิบัติที่ดีในเรื่องที่ศึกษา เพื่อนำมาเป็นสารสนเทศที่สำคัญในการพัฒนารูปแบบ

1.2.3 การศึกษาข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิ วิธีศึกษาอาจจะใช้วิธีการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เป็นต้น

1.3 การจัดทำรูปแบบ ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะใช้สารสนเทศที่ได้ในข้อ 1.1 และ 1.2 มาวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อกำหนดเป็นกรอบความคิดการวิจัย เพื่อนำมาจัดทำรูปแบบ

อย่างไรก็ตามในงานวิจัยบางเรื่องนอกจากจะศึกษาตามขั้นตอนที่กล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยยังอาจจะศึกษาเพิ่มเติมโดยใช้กระบวนการวิจัยแบบเดลฟาย (Delphi Technique) หรือการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ในการพัฒนารูปแบบก็ได้

ขั้นตอนที่ 2 การทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบ ภายหลังจากที่ได้พัฒนารูปแบบในขั้นตอนแรกแล้ว จำเป็นที่จะต้องทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบดังกล่าว เพราะรูปแบบที่พัฒนาขึ้นถึงแม้จะพัฒนาโดยมีรากฐานจากทฤษฎี แนวความคิดรูปแบบของบุคคลอื่น และผลการวิจัยที่ผ่านมา แต่ก็ยังเป็นเพียงรูปแบบตามสมมติฐาน ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องตรวจสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ เป็นรูปแบบที่มี

ประสิทธิภาพตามที่มุ่งหวังหรือไม่ การเก็บรวบรวมข้อมูลในสถานการณ์จริงหรือทดลองใช้รูปแบบในสถานการณ์จริงจะช่วยให้ทราบอิทธิพลหรือความสำคัญขององค์ประกอบย่อยหรือตัวแปรต่างๆ ในรูปแบบ ผู้วิจัยอาจจะปรับปรุงรูปแบบใหม่โดยการตัดองค์ประกอบหรือตัวแปรที่พบว่าไม่มีอิทธิพลหรือมีความสำคัญน้อยออกจากรูปแบบ ซึ่งจะทำให้ได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

การทดสอบรูปแบบอาจกระทำได้ใน 4 ลักษณะ ดังนี้ (วาโร เฟิงส์วีสต์, 2553, หน้า 1-15)

2.1 การทดสอบรูปแบบด้วยการประเมินตามมาตรฐานที่กำหนด การประเมินที่พัฒนาโดย The Joint Committee on Standards of Educational Evaluation ภายใต้การดำเนินงานของ Stufflebeam และคณะ ได้นำเสนอหลักการประเมินเพื่อเป็นบรรทัดฐานของกิจกรรมการตรวจสอบรูปแบบ ประกอบด้วยมาตรฐาน 4 ด้าน(สุมิล ว่องวานิช, 2549 : 54 - 56) ดังนี้

2.1.1 มาตรฐานความเป็นไปได้ (Feasibility Standards) เป็นการประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง

2.1.2 มาตรฐานด้านความเป็นประโยชน์ (Utility Standards) เป็นการประเมินการสนองต่อความต้องการของผู้ใช้รูปแบบ

2.1.3 มาตรฐานด้านความเหมาะสม (Propriety Standards) เป็นการประเมินความเหมาะสมทั้งในด้านกฎหมายและศีลธรรมจรรยา

2.1.4 มาตรฐานด้านความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy Standards) เป็นการประเมินความน่าเชื่อถือ และได้สาระครอบคลุมครบถ้วนตามความต้องการอย่างแท้จริง

2.2 การทดสอบรูปแบบด้วยการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ การทดสอบรูปแบบในบางเรื่องไม่สามารถกระทำได้โดยข้อมูลเชิงประจักษ์ ด้วยการประเมินค่าพารามิเตอร์ของรูปแบบ หรือการดำเนินการทดสอบรูปแบบด้วยวิธีการทางสถิติ แต่งานวิจัยบางเรื่องนั้นต้องการความละเอียดอ่อนมากกว่าการได้ตัวเลขแล้วสรุป ซึ่งไอส์เนอร์ (Eisner, 1976 : 192-193) ได้เสนอแนวคิดของการทดสอบหรือประเมินรูปแบบโดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีแนวคิด ดังนี้

2.2.1 การประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จะเน้นการวิเคราะห์และวิจารณ์อย่างลึกซึ้ง เฉพาะในประเด็นที่ถูกพิจารณา ซึ่งไม่จำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ หรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเสมอไปแต่อาจจะผสมผสานกับปัจจัยต่างๆ ในการพิจารณาเข้าด้วยกันตามวิจรณ์ญาณของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับข้อมูลคุณภาพ ประสิทธิภาพและความเหมาะสมของสิ่งที่จะทำการประเมิน

2.2.2 รูปแบบการประเมินที่เป็นความชำนาญเฉพาะทาง (Specialization) ในเรื่องที่จะประเมินโดยพัฒนามาจากแบบการวิจารณ์งานศิลปะ(Art Criticism)ที่มีความละเอียดอ่อนลึกซึ้ง และต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญระดับสูงมาเป็นผู้วินิจฉัย เนื่องจากเป็นการวัดคุณค่าที่ไม่อาจประเมินด้วยเครื่องวัดใด ๆ และต้องใช้ความรู้ความสามารถของผู้ประเมินอย่างแท้จริง แนวคิดนี้ได้นำมาประยุกต์ใช้ในทางการศึกษาระดับสูงมากขึ้นทั้งนี้เพราะเป็นองค์ความรู้เฉพาะสาขา ผู้ที่ศึกษาเรื่องนั้นจริงๆ จึงจะทราบและเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ดังนั้นในวงการศึกษานิยมนำรูปแบบนี้มาใช้ในเรื่องที่ต้องการความลึกซึ้งและความเชี่ยวชาญเฉพาะ

2.2.3 รูปแบบที่ใช้ตัวบุคคล คือผู้ทรงคุณวุฒิเป็นเครื่องมือในการประเมินโดยให้ความเชื่อถือกับผู้ทรงคุณวุฒิที่เที่ยงธรรม และมีดุลพินิจที่ดี ทั้งนี้มาตรฐานและเกณฑ์พิจารณาต่างๆ นั้น จะเกิดขึ้นจากประสบการณ์และความชำนาญของผู้ทรงคุณวุฒินั่นเอง

2.2.4 รูปแบบที่ยอมให้ความยืดหยุ่นในกระบวนการทำงานของผู้ทรงคุณวุฒิ ตามอัตราค่าจ้างและความถนัดของแต่ละคน นับตั้งแต่การกำหนดประเด็นสำคัญที่จะนำมาพิจารณา การบ่งชี้ข้อมูลที่ต้องการการเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลผล การวินิจฉัยข้อมูล ตลอดจนวิธีการนำเสนอ

2.3 การทดสอบรูปแบบโดยการสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง มักจะใช้กับการพัฒนารูปแบบโดยใช้เทคนิคเดลฟาย เมื่อผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบโดยใช้เทคนิคเดลฟายเสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยจะนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในรอบสุดท้ายมาจัดทำเป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นแบบประมาณค่า(Rating Scale) เพื่อนำไปสำรวจความคิดเห็นของบุคคลที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ

2.4 การทดสอบรูปแบบโดยการทดลองใช้รูปแบบ การทดสอบรูปแบบโดยการทดลองใช้รูปแบบนี้ผู้วิจัยจะนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้จริงกับกลุ่มเป้าหมาย มีการดำเนินการตามกิจกรรมอย่างครบถ้วนผู้วิจัยจะนำข้อค้นพบที่ได้จากการประเมินไปปรับปรุงรูปแบบต่อไป

ส่วนที่ 4 วิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังต่อไปนี้

दनัย อีวันดา และมลลิส แสนใจ (2544) ทำการศึกษาบทบาท ความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแล และความต้องการการดูแลรักษาสุขภาพ ของผู้สูงอายุในเขต 7 ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี ยโสธร ศรีสะเกษ มุกดาหาร อำนาจเจริญ ร้อยเอ็ด และนครพนม เก็บรวบรวมข้อมูล โดยวิธีการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคประจำตัว (ร้อยละ 51.0) โดยเป็นโรคปวดข้อมากที่สุด(ร้อยละ 36.5) รองลงมาคือโรคกระเพาะอาหาร และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 10.0 และ 2.3 ตามลำดับ) ผู้สูงอายุส่วนมาก สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องมีคนช่วยเหลือ (มากกว่าร้อยละ 90) อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุทุกคนอยากให้มีผู้ดูแลตลอดไป (ร้อยละ 100.0) และบุตรเป็นผู้ที่ผู้สูงอายุ อยากให้เป็นผู้ดูแลมากที่สุด (ร้อยละ 78.8) บทบาทหลักของผู้ดูแลคือ การพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ (ร้อยละ 40.0) และการช่วยเหลือด้านการหุงหาอาหาร (ร้อยละ 96.5) ปัญหาส่วนใหญ่ของผู้ดูแล คือ ต้องดูแลผู้อื่นอีก นอกเหนือจากที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ และปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 61.6 และ 52.3 ตามลำดับ) ในด้านความต้องการของผู้ดูแล พบว่า ส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ (ร้อยละ 51.3) ต้องการทราบแหล่งสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ 47.4) และต้องการความรู้ที่ถูกต้อง เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ 45.5) การดูแลผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้มีสุขภาพอนามัยที่ดีนั้น ควรเน้นให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ ในการดูแลผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคเรื้อรัง ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคปวดข้อ ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุ ดังนั้น การปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง เช่น การควบคุมน้ำหนักตัว เพื่อป้องกันไม่ให้ข้อรับน้ำหนัก ตัวมากเกินไป การบริหารกล้ามเนื้อที่

พียงข้อให้แข็งแรง การไม่ซื้อยามารับประทานเอง เมื่อมีอาการปวด จะช่วยบรรเทาปัญหาสุขภาพดังกล่าวของผู้สูงอายุได้ นอกจากนี้ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน โดยมีหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และองค์กรส่วนท้องถิ่น เข้ามาสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และสื่อมวลชนควรมีบทบาท ในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารประชาชน ในวงกว้าง เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพ ที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ควรเผยแพร่แก่หน่วยงาน หรือองค์กรที่ให้ความช่วยเหลือ และสนับสนุน เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ให้แพร่หลายยิ่งขึ้น

สิวธรรม อุณาภิรักษ์ และคณะ (2548) ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุระหว่างปี พ.ศ. 2533 ถึง พ.ศ. 2544 โดยการวิเคราะห์เมต้า โดยทำการวิเคราะห์ตัวอย่างงานวิจัย 18 เรื่อง ผลการวิเคราะห์ขนาดอิทธิพลของลักษณะประชากรสูงอายุต่อคุณภาพชีวิตพบว่า มีขนาดอิทธิพลเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์น้อย มีบางลักษณะที่มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยมากกว่า 0.1 ได้แก่ สถานะทางสุขภาพ รายได้ การศึกษา และความเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย ส่วนผลการวิเคราะห์ขนาดอิทธิพลของปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า มีปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลในเกณฑ์มาก ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งประกอบด้วยสัมพันธภาพในครอบครัวและการอุปถัมภ์จากครอบครัว อัมโนทัศน์หรือความมีคุณค่าในตนเอง ปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลปานกลาง ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และประสบการณ์เหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิต ซึ่งมีค่าเป็นลบ หมายถึงมีผลด้านลบต่อคุณภาพชีวิต ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและสอดคล้องกับผลงานวิจัยต่าง ๆ องค์ความรู้นี้จะช่วยเสริมให้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชัดเจนยิ่งขึ้น และอาจเป็นแนวทางในการดำรงไว้หรือเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ดวงฤดี ลาคุชะ (2550) ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การจัดการความรู้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการจัดการความรู้ต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้วิธี Comparative study using participatory action research as intervention โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โครงการศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งมีปัญหาความดันโลหิตสูง ข้อเสื่อม ไขมันในเลือดสูง และระดับน้ำตาลในเลือดสูง กลุ่มละ 10 คน เลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด รวมทั้งสิ้น 40 คน ดำเนินการวิจัยแบบประยุกต์รูปแบบการจัดการความรู้อย่างเป็นระบบของเทอร์แบนและอาร์รอนสัน (Turban & Aronson, 2001) มาใช้ซึ่งประกอบด้วย 1) การจัดหาความรู้ 2) การเลือกหรือกรองความรู้ 3) การกระจายความรู้และการใช้ความรู้ 4) การติดตามและประเมินผล 5) เผยแพร่ความรู้ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจำนวน 4 ชุด 3) แบบประเมินพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 4) แนวคำถามสำหรับการประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุ การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา นอกจากนั้นใช้การวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อสรุปสาระสำคัญจากกระบวนการจัดการความรู้ ผลการวิจัย พบว่าหลังเข้าร่วมโครงการครบ 3 เดือน พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผู้สูงอายุ มีโอกาสได้แลกเปลี่ยนความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนั้นยังมี

ความมั่นใจ และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกลุ่ม ส่วนศาสตร์และศิลป์ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) การคิดอย่างเป็นระบบ 2) สร้างกระบวนการเรียนรู้ให้แก่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 3) การปฏิบัติอย่างเป็นระบบสามารถพัฒนาพลังของกลุ่มและความยั่งยืนได้ และ 4) เกิดทุนทางสังคมในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหรือการอยู่ร่วมกัน

รุ่งนภา หนูม่วง(2552) ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การจัดการความรู้ในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพของแกนนำชุมชน ตำบลนาชะอัง อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาปัญหาอุปสรรคและความต้องการในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพของแกนนำชุมชนตำบลนาชะอัง อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร เพื่อสร้างแผนการจัดการความรู้ในการดำเนินงานและเพื่อปฏิบัติการการจัดการความรู้ในการดำเนินงานของชมรมฯ โดยมีขั้นตอนการศึกษาดังนี้ ขั้นที่ 1 ศึกษาปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานของชมรมฯ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 41-50 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพรับจ้าง รายได้ 3,001-5,000บาท ต่อเดือน ปัญหาในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพ พบว่า ด้านการบริหารจัดการชมรมสร้างสุขภาพ มีปัญหาเรื่อง การกำหนดบทบาทหน้าที่ และการแบ่งงานกันทำ การประชาสัมพันธ์ชมรมฯ การตัดสินใจในการเลือกกิจกรรมและการจัดทำงบประมาณ การทำบัญชีใช้จ่ายเงิน ด้านกลุ่มและการพัฒนากลุ่ม มีปัญหาเรื่องการส่งเสริมกิจกรรมเพื่อให้กลุ่มเคลื่อนไหว การส่งเสริมวิชาการและการร่วมค้นหาปัญหาสุขภาพ และด้านการทำงานเป็นทีม มีปัญหาเรื่องการประเมินผลและนำผลการประเมินมาใช้ประโยชน์ในการแก้ไขและปรับปรุงชมรมฯ การวางแผน กำหนดขั้นตอนและร่วมกันปฏิบัติตามแผนร่วมกันกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของชมรมและด้านการประสานงานระหว่างบุคคลแต่ละฝ่ายที่เกี่ยวข้องกัน โดยนำประเด็นเหล่านี้มาใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาการจัดการความรู้ในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพของแกนนำชุมชน

ขั้นที่ 2 สร้างแผนการจัดการความรู้ในการดำเนินงานชมรมฯ โดยนำข้อมูลในขั้นที่ 1 มากำหนดแผนฯ ประกอบด้วย ชื่อแผน หลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ วิธีการจัดการความรู้ และองค์ประกอบของแผนฯ 5 ด้าน คือ ด้านการบริหารจัดการชมรมสร้างสุขภาพ ด้านภาวะการเป็นผู้นำของแกนนำชุมชน ด้านการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ด้านกลุ่มและการพัฒนากลุ่ม และด้านการทำงานเป็นทีม นำแผนฯ ที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบ โดยผู้รอบรู้เฉพาะทาง 7 คน พบว่า โครงร่างแผนที่สร้างขึ้นมีความเหมาะสมมากกว่า 4.00 ทุกข้อ และได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ

ขั้นที่ 3 ปฏิบัติการทดลองแผนการจัดการความรู้ ที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 38 คน ด้วยเทคนิคการจัดการความรู้ เป็นเวลา 2 วัน ผลการวิจัย พบว่า การจัดการความรู้ที่กำหนดองค์ประกอบ 5 ด้าน สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่าง เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ความเข้าใจ เทคนิควิธีและทักษะในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพของแกนนำชุมชน ด้านการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ด้านกลุ่มและพัฒนากลุ่มและด้านการทำงานเป็นทีมได้

ผลการวิจัยนี้สามารถนำแผนการจัดการความรู้ไปปรับใช้ในพื้นที่ซึ่งมีบริบทใกล้เคียงกันและสามารถประยุกต์ใช้กับชมรมอื่น ๆ อันได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข และชมรมอาสาสมัครยุติธรรมชุมชน

เพ็ญศรี วัชรทายทอง(2553) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การศึกษาการดำเนินงานและการจัดการความรู้ด้านการดูแลสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุเทศบาลเมืองสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงการดำเนินงานและการจัดการความรู้ด้านการดูแลสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุเทศบาลเมืองสีคิ้ว อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 72 คน ประกอบด้วย ผู้ให้บริการ ได้แก่คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุเทศบาลเมืองสีคิ้ว จำนวน 9 คน เจ้าหน้าที่ของเทศบาลเมืองสีคิ้ว จำนวน 3 คน ผู้รับบริการ ได้แก่ สมาชิกของชมรม จำนวน 30 คน ประชาชน 30 คน ผลการศึกษา พบว่า ด้านการสร้างความรู้ ผู้ให้บริการ (ร้อยละ 83.33) เห็นว่า ผู้รู้ของชมรมสร้างความรู้โดยวิธีและการแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน ผู้รับบริการ (ร้อยละ 76.67) เห็นว่า การสร้างความรู้ นั้น มาจากการเข้ารับการอบรม/เข้าเรียน ผู้ตอบแบบสอบถามตอบตามประสบการณ์ของตนเอง ผู้ให้บริการ(ร้อยละ 100) เห็นว่า ผู้รู้ในชมรมฯ มีความรู้ด้านการออกกำลังกายและด้านสมุนไพร (ร้อยละ 83.33) ผู้รับบริการ(ร้อยละ 93.33) เห็นว่า ชมรมฯ มีความรู้ด้านการออกกำลังกาย และผู้ให้บริการ(ร้อยละ 86.67) มีความรู้ด้านสมุนไพร 2.2) ด้านการถ่ายทอดความรู้ ผู้ให้บริการ(ร้อยละ 91.67) และผู้รับบริการ(ร้อยละ 95) เห็นว่า ชมรมฯ มีความรู้จากการจัดประชุมและอบรม ผู้ให้บริการ (ร้อยละ 91.67) และผู้รับบริการ(ร้อยละ 98.33) เห็นว่า ชมรมฯ มีการจัดเก็บความรู้ในรูปแบบเอกสาร ประโยชน์ของการจัดการความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ ตอบว่า ทำให้สุขภาพแข็งแรง(ร้อยละ 18.72) รองลงมา ทำให้ทราบถึงการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสมกับวัย ดังนั้นหน่วยงานราชการควรให้การสนับสนุน และส่งเสริมชมรมผู้สูงอายุในทุกด้านเพื่อให้ชมรมฯ มีความเข้มแข็งและยั่งยืน

วิไลวรรณ ทองเจริญ จันทนา รณฤทธิชัย สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี ญัฐสุรางค์บุญจันทร์ วรวรรณ วาณิชย์เจริญชัย(2554, หน้า 103-112) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของกระบวนการจัดการความรู้ต่อความรู้และการจัดการปัญหาความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุเพื่อศึกษาประสิทธิผลของกระบวนการจัดการความรู้ และสังเคราะห์แนวปฏิบัติที่ดีในการจัดการปัญหาความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ และมีค่าความดันโลหิตไม่เกิน 140/90 มม.ปรอท จำนวน 30 คน คัดเลือกผู้สูงอายุแบบเจาะจงจากสมาชิกโครงการส่งเสริมสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็น แบบสอบถามวัดความรู้ และพฤติกรรมการจัดการปัญหาความดันโลหิตสูง แนวคำถามในการประชุมกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติและแบบสัมภาษณ์เชิงลึกจัดประชุมกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติโดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ เดือนละ 1 ครั้งนาน 6 เดือน ผลการวิจัย พบว่า กระบวนการจัดการความรู้มีประสิทธิผลต่อการจัดการปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ทั้งในด้านความรู้และพฤติกรรมการจัดการปัญหาความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการสังเกตอาการ

ผิดปกติและการแก้ไขปัญห และโดยรวมแนวปฏิบัติที่ดีของกลุ่มในการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง คือ ออกกำลังกายอย่างถูกต้องตามหลักการ รับประทานอาหารไม่หวาน ไม่มัน ไม่เค็ม รับประทานผักผลไม้ ควบคุมอารมณ์/จิตใจ รับประทานยา อยู่ในสิ่งแวดล้อมและอากาศที่ดีและสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง

ยุพา อภิโกมลกร และ พวงน้อย แสงแก้ว (2554) ทำการศึกษาวิจัย การจัดการความรู้ : การจัดการสุขภาพชุมชนเพื่อผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ จัดการความรู้ด้านการจัดการสุขภาพเพื่อผู้สูงอายุ โดยใช้ การวิจัยแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ได้รูปแบบกระบวนการและรายละเอียดเชิงลึกในการจัดการสุขภาพของชุมชน เพื่อผู้สูงอายุ และแนวทางการพัฒนาการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุตามบริบทของชุมชน ผลการวิจัยพบว่า สถานีอนามัยเป็นกลไกหลักที่ผลักดันให้เกิดการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนโดยมีเทศบาลสนับสนุนงบประมาณ และชมรมผู้สูงอายุริเริ่มทำกิจกรรมตามความสนใจและความถนัดของสมาชิก ด้านทุนสังคมพบว่า สมาชิกชมรมสามารถระบุดูแลพยาบาลคน และแหล่งประโยชน์ในชุมชนได้ดี แต่บอกข้อมูลด้านแหล่งทุนและสนับสนุนได้น้อยการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้เป็นประโยชน์พบว่า มีการทำบายศรีและการฟ้อนเล็บ ผลงานเด่นที่ภาคภูมิใจ คือ ฟ้อนเล็บ ไข่ก๊าก โดยเฉพาะกิจกรรมลานโพธิ์ลานธรรม เพราะเป็นกิจกรรมที่ชมรมทำเองทั้งหมด ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงานของชมรม คือ การประชุมสมาชิกทำได้ยาก มีการแบ่งกลุ่ม แบ่งพวก และสมาชิกมีความคิดเห็นขัดแย้งกัน ไม่ยอมกัน เดิม ปัจจัยความสำเร็จ คือ ความร่วมมือของสมาชิก และการสนับสนุนจากภาครัฐโดยเฉพาะสถานีนามัย ผลจากการจัดการความรู้และจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วม 2 ครั้ง พบว่า เป้าหมายในอนาคตของชมรมผู้สูงอายุ คือ 1) ทักษะศึกษาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ที่ประสบความสำเร็จ 2) ถ่ายทอดภูมิปัญญาด้าน การฟ้อนเล็บ การทำบายศรี สู่เยาวชน 3) พัฒนารูปแบบการออกกำลังกายแบบไข่ก๊ากประยุกต์ 4) พื้นฟูดนตรีพื้นเมือง และ 5) ส่งเสริมการพึงธรรมและปฏิบัติธรรม การจัดการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนในระยะต่อไป ควรสนับสนุนการจัดการสุขภาพตามความสนใจของกลุ่ม โดยส่งเสริมศักยภาพด้านการบริหารจัดการ สนับสนุนข้อมูลแหล่งทุน จัดให้มีกิจกรรมจัดการความรู้และนำผลงานที่ประสบความสำเร็จไปแลกเปลี่ยนกับชุมชนข้างเคียงหรือชุมชนที่ประสบความสำเร็จ เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจ และเห็นแนวทางในการพัฒนาเพิ่มขึ้น

เดชา ทำดี ธนารักษ์ สุวรรณประพิศและวิลาวณีย์ เสนารัตน์ (2556, หน้า 100-113) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การถอดบทเรียน : การจัดการความรู้และการสร้างองค์ความรู้การจัดการสุขภาวะชุมชนในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่าง วัตถุประสงค์เพื่อสร้างองค์ความรู้ด้านระบบการจัดการสุขภาวะชุมชน พัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการขับเคลื่อนสุขภาวะชุมชนเพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ รวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2552 – 31 ตุลาคม 2553 กลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานครอบคลุมตำบลที่มีการดำเนินเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้การสนับสนุนของสำนักสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาวะในพื้นที่และชุมชน (สำนัก 3) เป็นโครงการระดับตำบลจำนวน 44 โครงการและโครงการจากเครือข่ายมหาวิทยาลัยราชภัฏจำนวน 4 โครงการ ผู้ให้ข้อมูลได้แก่ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเจ้าหน้าที่โครงการแกนนำ และประชาชน เครื่องมือในการจัดการความรู้และเก็บรวบรวมข้อมูลพัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการ

ความรู้โดยณพิศุภจักรพิทักษ์, 2552 รวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึกการสังเกต การมีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า จากการดำเนินการจัดการความรู้และการสร้างองค์ความรู้สุขภาวะชุมชนในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่างได้เกิดชุดความรู้ 6 ประเด็นคือ 1) ระบบการจัดการสุขภาวะตำบล 2)รูปแบบการพัฒนาสุขภาวะตำบล 3)การบูรณาการ สุขภาวะ 4 มิติ 4) โครงสร้างเครือข่ายและปัจจัยเสริมในการดำเนินงานเครือข่าย 5) ปัจจัยกำหนดผลการดำเนินงานตามภารกิจขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และ 6)คุณลักษณะของตำบลสุขภาวะและได้ข้อมูลประเด็นการวิจัยและพัฒนา 3 ประเด็น ได้แก่ 1) การจัดการส่งเสริมเกษตรอินทรีย์ 2) การจัดการระบบเศรษฐกิจชุมชน และ 3) การจัดการโครงสร้างพื้นฐานเพื่อการสร้างพลังมวลชน รวมทั้งได้ประเด็นเพื่อจัดเวทีพัฒนานโยบายสาธารณะได้แก่ การพัฒนาสุขภาพชุมชน การพัฒนาการจัดการทรัพยากรดินน้ำและสิ่งแวดล้อม การพัฒนาเศรษฐกิจการพัฒนาด้านสังคม การพัฒนาด้านภูมิปัญญาและวัฒนธรรมท้องถิ่น และการพัฒนาให้เกิดแหล่งเรียนรู้ชุมชนที่หลากหลาย

ยุวดี รอดจากภัยและคณะ (2555) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ความต้องการ การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้แนวคิด (Community based service) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุจำนวน 400 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพด้วยแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า 1) สถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุเรียงลำดับ 5 ลำดับ ดังนี้ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขข้อ โรคกระดูกเสื่อม และโรคกระเพาะอาหาร 2) ความต้องการของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีความต้องการความรักจากบุคคลใกล้ชิด ต้องการกำลังใจจากญาติ พี่น้อง และบุคคลใกล้ชิด และต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีดูแลผู้สูงอายุ 3) การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีเป็นส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การลดความเครียด การรับประทานยา และการพักผ่อนให้เพียงพอ รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีดังนี้ 1) การดูแลเมื่อเจ็บป่วยจะไปพบแพทย์เพื่อรักษา 2) การให้คำปรึกษา ญาติใกล้ชิด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล และแพทย์ เป็นที่ปรึกษาและที่พึ่งของผู้สูงอายุ 3) การแสวงหาความรู้ ผู้สูงอายุต้องการความรู้ด้านการดูแลตนเอง วิธีการดูแลสุขภาพ สำหรับความช่วยเหลือต้องการความช่วยเหลือด้านการเงิน 4) การสนับสนุนให้กำลังใจ และสัมพันธ์กับคนในครอบครัวดีและมีกำลังใจ 5) การเผชิญความเครียด และช่วยผ่อนคลายความเครียด ผู้สูงอายุจะเครียดในเรื่องการเจ็บป่วย ลูกสามี และการเงิน และ 6) การปฏิบัติดูแลรักษาสุขภาพ มีวิธีการดังนี้ ฟังธรรม สวดมนต์ ปรับชีวิตความเป็นอยู่อย่างพอเพียง

ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ (2556) ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และแนวทางการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ระยะเวลาการดำเนินการศึกษารวมทั้งสิ้น 3 ระยะ ในรายงานการวิจัยนี้ ดำเนินการวิจัยในระยะที่ 2 โดยสรุปผลการวิจัยดังนี้ ระยะที่ 1 ศึกษา

ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาในครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตจังหวัดระยอง ชลบุรี และจังหวัดสระแก้ว จำนวน 415 คน เก็บข้อมูลในช่วงเดือน มกราคม - สิงหาคม 2555 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูล ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง ส่วนใหญ่รู้สึกว่ามีสุขภาพดี ร้อยละ 46.7 และรู้สึกว่าสุขภาพไม่ดีร้อยละ 18.6 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายด้านได้ดังนี้ พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ การสูบบุหรี่ที่อยู่อาศัย ค่าเฉลี่ย 3.64 รองลงมาคือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย ค่าเฉลี่ย 3.40 และพฤติกรรมที่ปฏิบัติต่ำที่สุดคือ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ค่าเฉลี่ย 3.03 ระดับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับและดีมาก ระยะที่ 2 ทีมวิจัยสรุปว่ากระบวนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนนั้น จะต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยและกระบวนการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องต่อเนื่องกันเพื่อดูแลและสุขภาพประชาชน เช่น แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ แนวคิดการสร้างพลังอำนาจ และแนวคิดการทำงานโดยอาศัยภาคเครือข่าย ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญในการส่งเสริมความเข้มแข็งให้ชุมชนพัฒนาศักยภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นโครงการย่อยที่ 3 เรื่อง “การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัว และชุมชน เพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี” ในชุดแผนงานวิจัยเรื่อง “การพัฒนาเมืองผู้สูงอายุแสนสุข” ซึ่งในระยะที่ 2 ปี ที่ 2 นี้ ดำเนินการวิจัยโดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาศักยภาพของแกนนำครอบครัว และชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชนพื้นที่เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 4 ขั้นตอนต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาปัญหา

เป็นการศึกษาศักยภาพของแกนนำครอบครัว และชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ตามบริบทของพื้นที่ในชุมชนต้นแบบพื้นที่เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี โดยศึกษาความคิดเห็นจากผู้สูงอายุ ครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ปัญหาด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ความสามารถในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม โดยนำเสนอผลการศึกษารายงานในระยะที่ 1 แก่กลุ่มตัวอย่าง และร่วมกันวิเคราะห์ ค้นหา และระบุประเด็นปัญหา เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา ร่วมกัน ใช้วิธีการสัมภาษณ์ การสอบถาม การสำรวจ การสนทนากลุ่ม

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนแก้ปัญหา

เป็นการระดมสมอง แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ อภิปรายร่วมกันโดยเปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ ช่วยกันหาข้อสรุป เพื่อหาแนวทางและรูปแบบในการแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการในการพัฒนาศักยภาพของแกนนำครอบครัว และชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชนพื้นที่เทศบาลเมืองแสนสุขตามที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เห็นว่าเหมาะสม

เป็นการใช้กระบวนการ AIC (Appreciation Influence Control) ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation: A)

คือขั้นตอนการเรียนรู้ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ขั้นตอนนี้จะเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน แสดงความคิดเห็น 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

11 การคิดเกี่ยวกับกิจกรรมโครงการที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ ตามภาพผังประสงค์

12 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

โดยมีกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการสร้างรูปแบบการพัฒนาศักยภาพของแกนนำครอบครัว และชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชนพื้นที่เทศบาลเมืองแสนสุข

ขั้นตอนที่ 3 การลงมือปฏิบัติ

เป็นการนำแนวทางการพัฒนาศักยภาพของแกนนำครอบครัว และชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชนพื้นที่เทศบาลเมืองแสนสุขมาทดลองใช้ และศึกษาผลการนำแนวทางปฏิบัติในขั้นตอนที่ 2 มาใช้ เพื่อนำไปพัฒนาปรับปรุงต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติและประเมินผล

เป็นการนำผลลัพธ์ ที่เกิดขึ้นจากการลงมือปฏิบัติตามแนวทางที่ร่วมกันกำหนด มาสะท้อนผลการปฏิบัติ และประเมินผลหลังการใช้รูปแบบ และปรับปรุงรูปแบบก่อนสรุปผลการพัฒนารูปแบบในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จำนวน 5,797 คน บุคคลในครอบครัว จำนวน 10,253 คน ครัวเรือน ตัวแทนผู้นำชุมชน จำนวน 33 ชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน ผู้ดูแล/สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน ตัวแทนชุมชน จำนวน 15 คน รวมทั้งสิ้น 75 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1) แบบบันทึกการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม 2) แบบประเมินผลการใช้รูปแบบ ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การแปลผล ของแบบสอบถาม สามารถแปลผลระดับคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถาม โดยถือเกณฑ์ การคิดคะแนนแบบอิงเกณฑ์ 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 ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพของแกนนำ ครอบครัวยุคใหม่ และชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม
2. กำหนดขอบเขต โครงสร้างของเนื้อหา นำมาสร้างแบบสอบถาม และกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน
3. หาความเที่ยงตรงของเนื้อหา(Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้วไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ และประสบการณ์ รวมทั้งสิ้น 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ในการใช้ ภาษาและความชัดเจนของการใช้ภาษา หลังจากนั้นนำผลการตรวจสอบไปปรับปรุง แก้ไขก่อนที่จะนำไปทดสอบ
4. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อศึกษาหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม และตรวจสอบความเข้าใจในเนื้อหา ให้ตรงตามวัตถุประสงค์ของแบบสอบถามแต่ละข้อ แล้วนำมาปรับปรุงอีกครั้งก่อนที่จะนำไปใช้ในการศึกษาต่อไป
5. วิเคราะห์หาความเที่ยงตรง (Reliability) โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาค (Coefficient Alpha Cronbach Method)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ติดต่อประสานงานกับผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและผู้แทนชุมชน ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง และส่งหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัย
2. ขอเข้าชี้แจงวัตถุประสงค์และเหตุผลความจำเป็นในการทำวิจัย
3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ในการช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

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

หลังจากนั้นผู้วิจัยจะได้นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งในส่วนของการวิจัยเชิงวิจัยเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณและมาเขียนสรุปรายงานผลการศึกษาวิจัย ต่อไป

บทที่ 4

ผลการศึกษาวิจัย

การเสนอผลการศึกษาวิจัย คณะผู้วิจัยดำเนินการนำเสนอผลการวิเคราะห์และ
ศึกษาวิจัย ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพของแกนนำครอบครัว และชุมชนเพื่อการดูแล
ผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของการใช้รูปแบบ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลำดับ	ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มผู้สูงอายุ N=30		กลุ่มผู้ดูแล N=30		กลุ่มแกนนำชุมชน N=15	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
		1	อายุ				
	อายุเฉลี่ย	64.25±6.12 ปี		38.2±7.48 ปี		36.6±3.26ปี	
2	เพศ						
	ชาย	12	40.00	7	23.33	5	33.33
	หญิง	18	60.00	23	76.67	10	66.76
3	ระดับการศึกษา						
	ต่ำกว่าปริญญาตรี	15	50.00	21	70.00	10	66.67
	ระดับปริญญาตรี	9	30.00	7	23.33	3	20.00
	สูงกว่าปริญญาตรี	6	20.00	2	6.67	2	13.33
4	ศาสนา						
	พุทธ	27	90.00	30	100.00	15	100.00
	คริสต์	3	10.00	0	0.00	0	0.00
	อิสลาม	0	0.0	0	0.00	0	0.00
	อื่น ๆ	0	0.0	0	0.00	0	0.00
5	สถานภาพสมรส						
	โสด/หย่า/แยก/	2	6.67	5	16.67	8	53.33
	คู่เสียชีวิต	4	13.33	3	10.00	4	26.67
	แต่งงาน/คู่	24	80.00	22	73.33	3	20.00
6	รายได้						
	รายได้เฉลี่ย	21,324.50 บาท/ด.		10,287.27บาท/ด.		35,425.40บาท/ด.	

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง(ต่อ)

ลำดับ	ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มผู้สูงอายุ N=30		กลุ่มผู้ดูแล N=30		กลุ่มแกนนำชุมชน N=15	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
7	อาชีพ						
	ข้าราชการบำนาญ	8	26.67	0	0.00	0	0.00
	พ่อบ้าน/แม่บ้าน	4	13.33	12	40.00	5	33.33
	ค้าขาย	12	40.00	8	26.67	5	33.33
	ลูกจ้าง	6	20.00	6	20.00	2	13.33
	ชาวนา/ชาวนสวน/ ชาวประมง	0	0.00	4	13.33	3	20.00
	รวม	30	100.0	30	100.00	15	100.00

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 64.25 ± 6.12 ปี ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.00 รองลงมาคือเพศชาย ร้อยละ 40.00 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 50.00 รองลงมาคือระดับปริญญาตรี ร้อยละ 30.00 และระดับสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 20.00 ตามลำดับ ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 90.00 รองลงมานับถือศาสนาคริสต์ ร้อยละ 10.00 ส่วนใหญ่แต่งงานและมีคู่ ร้อยละ 80.00 คู่เสียชีวิต ร้อยละ 13.33 เป็นโสด/หย่า/แยก/ร้อยละ 6.67 มีรายได้เฉลี่ย 21,324.50 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 40.00 รองลงมาคือ ข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 26.67 และลูกจ้าง ร้อยละ 20.00

กลุ่มผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 38.2 ± 7.48 ปี ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.67 รองลงมาคือเพศชาย ร้อยละ 16.67 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 73.33 รองลงมาคือระดับปริญญาตรี ร้อยละ 23.33 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.00 ส่วนใหญ่แต่งงานและมีคู่ ร้อยละ 73.33 เป็นโสด/หย่า/แยก ร้อยละ 16.67 และคู่เสียชีวิต ร้อยละ 10.00 มีรายได้เฉลี่ย 10,287.27 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพพ่อบ้าน/แม่บ้าน ร้อยละ 40.00 รองลงมาคือ ค้าขาย ร้อยละ 26.67 และลูกจ้าง ร้อยละ 20.00

กลุ่มแกนนำชุมชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 36.6 ± 3.26 ปี ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.76 รองลงมาคือเพศชาย ร้อยละ 33.33 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่คือ ระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 66.67 รองลงมา คือระดับปริญญาตรี ร้อยละ 20.00 และสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 13.33 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.00 ส่วนใหญ่เป็นโสด ร้อยละ 53.33 แต่งงานและมีคู่ ร้อยละ 20.00 คู่เสียชีวิต ร้อยละ 26.67 มีรายได้เฉลี่ย 35,425.40 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพพ่อบ้าน/แม่บ้าน และค้าขาย ร้อยละ 33.33 รองลงมาคือ ชาวนา/ชาวนสวน/ชาวประมง ร้อยละ 20.00 และ ลูกจ้างร้อยละ 13.33

ส่วนที่ 2 ผลการสร้างรูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำครอบครัวและชุมชน เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี

ผลการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม สรุปได้ดังแผนภาพต่อไปนี้

ภาพที่ 1 รูปแบบการพัฒนาผู้ดูแล/แกนนำในครอบครัวและชุมชน



ตารางที่ 2 แสดงองค์ประกอบและรายละเอียดของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำครอบครัวและชุมชน

องค์ประกอบ	เนื้อหา	วัตถุประสงค์/เป้าหมาย
1.การเตรียมความพร้อมผู้ดูแล/แกนนำ	ผู้รับผิดชอบ :เจ้าหน้าที่และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ร่วมโครงการ: ผู้ดูแล/แกนนำการดูแลผู้สูงอายุ	
1.1ด้านความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ	1. ความรู้ในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 2.ความรู้ในการประเมินความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุ 3. ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ 4. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ	เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถประเมินภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุได้ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถประเมินความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุได้และทราบช่องทางและวิธีการขอความช่วยเหลือกรณีที่เกินความสามารถของตนเองได้ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลด้านต่าง ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง
1.2 ทักษะการปฏิบัติการดูแล	1. หลักสูตรระยะสั้นสำหรับการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ 2. หลักสูตรฟื้นฟูความรู้ทางวิชาการด้านทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ 3. คู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน 4. การเตรียมญาติและผู้ดูแลหลังการจำหน่ายผู้ป่วย/ผู้สูงอายุจากโรงพยาบาล	เพื่อสร้างและพัฒนาหลักสูตรฝึกปฏิบัติการดูแลระยะสั้นสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ ระยะเวลา 24 ชั่วโมง เพื่อสร้างและพัฒนาหลักสูตรฟื้นฟูความรู้ทางวิชาการด้านทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุสำหรับผู้ปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อสร้างคู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการดูแล เพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะการปฏิบัติการอย่างง่ายแก่ผู้ดูแลรายใหม่ที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล
1.3 การสร้างทัศนคติที่ดีและการสนับสนุนทางด้านจิตใจ	1.การสร้างชุมชนนักปฏิบัติกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 2.การสร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ 3.การจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ฟื้นฟูทักษะแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นประจำและต่อเนื่อง 4.การจัดโครงการเพื่อนช่วยเพื่อน จิตอาสา และกิจกรรมพบผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อรังและการดูแลผู้สูงอายุ	เพื่อสร้างเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุซึ่งกันและกันเพื่อกระตุ้นและส่งเสริมสนับสนุนผู้ดูแลไม่ให้อึดอัดเดียว หรือถูกทอดทิ้งให้รับภาระการดูแลผู้สูงอายุเพียงลำพัง เพื่อสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ดูแลให้สามารถเผชิญปัญหาและวิกฤติต่าง ๆ ได้โดยมีเพื่อนร่วมคิดหรือคูคิดในการดูแลผู้สูงอายุ

องค์ประกอบ	เนื้อหา	วัตถุประสงค์/เป้าหมาย
2.การประเมินศักยภาพในการดูแลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง	<p>1.การจัดทำฐานข้อมูลผู้ดูแล/แกนนำการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน</p> <p>2.การจัดประเมินความรู้ ทักษะและทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุแก่ผู้ดูแล</p> <p>3. การจัดโครงการประกวดเรื่องเล่าเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุและค้นหาแนวปฏิบัติที่ดีในชุมชน</p> <p>4.การสร้างช่องทางการสื่อสารที่ทันสมัยเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ</p>	<p>เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานและสะดวกต่อการติดต่อประสานงานความร่วมมือต่าง ๆ ในชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในชุมชน</p> <p>เพื่อทราบและค้นหาปัญหาเกี่ยวกับศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน</p> <p>เพื่อกระตุ้นให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุได้ตรวจสอบตนเองและนำประสบการณ์ที่ดีในการดูแลมาเผยแพร่และแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้อื่นในชุมชนได้รับรู้และเรียนรู้ร่วมกัน</p> <p>เพื่อให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลและมีเพื่อนในการช่วยคิดช่วยตัดสินใจในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ</p>
3.การพัฒนาปรับปรุงศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ	<p>1.การค้นหาประเด็นปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของชุมชนและใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา</p> <p>2. จัดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความสำเร็จในการร่วมกันแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน</p> <p>3.การจัดทำสรุปแนวทางการแก้ไขปัญหาเป็นเคล็ดลับความสำเร็จในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อเป็นตัวอย่างให้ผู้อื่นสามารถนำไปใช้หรือเรียนรู้ได้</p>	<p>เพื่อทราบประเด็นปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและหาแนวทางแก้ไขปัญหามาตรงตามความต้องการและปัญหาที่เกิดขึ้น</p> <p>เพื่อให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุได้เรียนรู้จากประสบการณ์จริงของผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่สามารถเป็นแบบอย่างได้</p> <p>เพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาแบบง่ายและสามารถนำไปใช้ได้จริง</p>
4.การสร้างชุมชนนักปฏิบัติเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ	<p>1. CoPs เพื่อนช่วยเพื่อน</p> <p>2. CoPs จิตอาสา</p> <p>3. CoPs สหวิชาชีพเพื่อสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน</p>	<p>เพื่อให้ผู้ดูแลได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน</p> <p>เพื่อสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยจิตอาสาในชุมชน</p> <p>เพื่อสนับสนุนผู้ดูแลด้านวิชาการ ความรู้ และเป็นแหล่งช่วยเหลือที่เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่สามารถเชื่อถือได้</p>

จาก ภาพที่ 1 และตารางที่ 2 พบว่า รูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำครอบครัวและชุมชน มี 4 องค์ประกอบ คือ 1. การเตรียมความพร้อมผู้ดูแล/แกนนำ 2. การประเมินศักยภาพในการดูแลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง 3. การพัฒนาปรับปรุงศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ และ 4. การสร้างชุมชนนักปฏิบัติเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ โดยมี ประเด็นสำคัญในแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

1. การเตรียมความพร้อมผู้ดูแล/แกนนำ มีประเด็นสำคัญ คือ
 - 1.1ด้านความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) ความรู้ในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 2) ความรู้ในการประเมินความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุ 3) ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ 4) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

1.2 ทักษะการปฏิบัติการดูแล ได้แก่ 1) หลักสูตรระยะสั้นสำหรับการฝึกปฏิบัติการดูแล ผู้สูงอายุ 2) หลักสูตรฟื้นฟูความรู้ทางวิชาการด้านทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ 3) คู่มือการดูแลผู้สูงอายุ ที่บ้าน 4) การเตรียมญาติและผู้ดูแลหลังการจำหน่ายผู้ป่วย/ผู้สูงอายุจากโรงพยาบาล

1.3 การสร้างทัศนคติที่ดีและการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ได้แก่ 1) การสร้างชุมชนนักปฏิบัติ กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 2) การสร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ 3) การจัดกิจกรรม เสริมสร้างความรู้ฟื้นฟูทักษะแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นประจำและต่อเนื่อง 4) การจัดโครงการเพื่อนช่วยเพื่อน จิตอาสา และกิจกรรมพบผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อรังและการดูแลผู้สูงอายุ

2.การประเมินศักยภาพในการดูแลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง มีประเด็นสำคัญ คือ

2.1 การจัดทำฐานข้อมูลผู้ดูแล/แกนนำการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

2.2 การจัดประเมินความรู้ ทักษะและทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุแก่ผู้ดูแล

2.3 การจัดโครงการประกวดเรื่องเล่าเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุและค้นหาแนว

ปฏิบัติที่ดีในชุมชน

2.4 การสร้างช่องทางการสื่อสารที่ทันสมัยเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ

3.การพัฒนาปรับปรุงศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ มีประเด็นสำคัญ คือ

3.1 การค้นหาประเด็นปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของชุมชนและใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา

3.2 จัดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความสำเร็จในการร่วมกันแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการดูแล ผู้สูงอายุในชุมชน

3.3 การจัดทำสรุปแนวทางการแก้ไขปัญหาเป็นเคล็ดลับความสำเร็จในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อ เป็นตัวอย่างให้ผู้อื่นสามารถนำไปใช้หรือเรียนรู้ได้

4.การสร้างชุมชนนักปฏิบัติเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ มีประเด็นสำคัญ คือ

4.1 การสร้าง CoPs เพื่อนช่วยเพื่อน

4.2 การสร้าง CoPs จิตอาสา

4.3 การสร้าง CoPs สหวิชาชีพเพื่อสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของการใช้รูปแบบ

การแปลผล ของแบบสอบถาม สามารถแปลผลระดับคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถาม โดยถือเกณฑ์ การคิดคะแนนแบบอิงเกณฑ์ โดยใช้การแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ย \bar{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 3 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้ทดลองใช้แนวทางและรูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำครอบครัวและชุมชน

ประเด็น	ความพึงพอใจ		
	\bar{X}	SD	แปลผล
1. ความครบถ้วนสมบูรณ์ของแนวทางและการพัฒนาศักยภาพแกนนำครอบครัวและชุมชน	4.43	0.53	มาก
1.1 ความครบถ้วนสมบูรณ์ในภาพรวม	4.52	0.50	มากที่สุด
1.2 ความครบถ้วนสมบูรณ์ขององค์ประกอบย่อยในแต่ละแนวทาง	4.62	0.70	มากที่สุด
1.3 ความครบถ้วนสมบูรณ์ตามวัตถุประสงค์/เป้าหมายของการดูแล	4.16	0.40	มาก
2. ความสามารถนำไปใช้ของแนวทางและการพัฒนาศักยภาพแกนนำครอบครัวและชุมชน	4.67	0.63	มากที่สุด
2.1 ความสามารถในการนำไปใช้ในเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน	4.88	0.80	มากที่สุด
2.2 ความสามารถในการใช้เพื่อดูแลผู้สูงอายุและพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล	4.62	0.40	มากที่สุด
2.3 ความสามารถในการเชื่อมโยงกระบวนการทำงานเป็นทีม	4.52	0.70	มากที่สุด
3. ความสะดวกในการนำไปใช้	4.42	0.53	มาก
3.1 ความง่ายและสะดวกในการทำความเข้าใจ	4.44	0.40	มาก
3.2 ความง่ายและสะดวกในการนำไปใช้	4.44	0.70	มาก
3.3 ความง่ายและสะดวกในการประเมินและติดตามผล	4.38	0.50	มาก
4. ความเหมาะสมและเป็นไปได้ในการใช้งาน	4.53	0.60	มากที่สุด
4.1 รูปแบบมีความเหมาะสมในการใช้งาน	4.28	0.40	มาก
4.2 รูปแบบมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้งาน	4.78	0.80	มากที่สุด
รวม	4.51	0.57	มาก

จากตารางที่ 3 พบว่า ความพึงพอใจของผู้ทดลองใช้แนวทางและรูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำครอบครัวและชุมชน ในภาพรวม มีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.51$, $SD = 0.57$) โดยมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ในด้านความสามารถนำไปใช้ของแนวทางและการพัฒนาศักยภาพแกนนำครอบครัวและชุมชน ($\bar{X} = 4.67$, $SD = 0.63$) และด้านความเหมาะสมและเป็นไปได้ในการใช้งาน ($\bar{X} = 4.53$, $SD = 0.60$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีความพึงพอใจ ในระดับมากที่สุด เรียงลำดับ 3 จากมากไปหาน้อยดังนี้ 1) ความสามารถในการนำไปใช้ในเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน ($\bar{X} = 4.88$, $SD = 0.80$) รูปแบบมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้งาน ($\bar{X} = 4.78$, $SD = 0.80$) และ ความสามารถในการใช้เพื่อดูแลผู้สูงอายุและพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล ($\bar{X} = 4.62$, $SD = 0.40$)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นโครงการย่อยที่ 3 เรื่อง “การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัว และชุมชน เพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี” ในชุดแผนงานวิจัยเรื่อง “การพัฒนาเมืองผู้สูงอายุ แสนสุข” ซึ่งในปีที่ 2 มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จำนวน 5,797 คน บุคคลในครอบครัว จำนวน 10,253 ครอบครัว ตัวแทนผู้นำชุมชน จำนวน 33 ชุมชน กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน ผู้ดูแล/สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน ตัวแทนชุมชน จำนวน 15 คน รวมทั้งสิ้น 75 คน ดำเนินการศึกษาวิจัยตามกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหาปัญหา 2) การวางแผนแก้ปัญหา 3) การลงมือปฏิบัติ 4) การสะท้อนผลการปฏิบัติและประเมินผล เก็บข้อมูลโดยวิธีวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการตอบแบบสอบถาม เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม 2) แบบประเมินผลการใช้รูปแบบ ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา และสถิติเชิงพรรณนา

สถานที่ในการศึกษาวิจัย

ภาคตะวันออก ประเทศไทย

ระยะเวลาในการศึกษาวิจัย

ระยะเวลา 1 ปี

ผลการศึกษาวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 64.25 ± 6.12 ปี ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.00 รองลงมาคือเพศชาย ร้อยละ 40.00 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 50.00 รองลงมาคือระดับปริญญาตรี ร้อยละ 30.00 และระดับสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 20.00 ตามลำดับ ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 90.00 รองลงมานับถือศาสนาคริสต์ ร้อยละ 10.00 ส่วนใหญ่แต่งงานและมีคู่ ร้อยละ 80.00 คู่เสียชีวิต ร้อยละ 13.33 เป็นโสด/หย่า/แยก/ร้อยละ 6.67 มีรายได้เฉลี่ย 21,324.50 บาทต่อเดือน

ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 40.00 รองลงมาคือ ข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 26.67 และลูกจ้าง ร้อยละ 20.00

กลุ่มผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 38.2 ± 7.48 ปี ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.67 รองลงมาคือเพศชาย ร้อยละ 16.67 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 73.33 รองลงมาคือ ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 23.33 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.00 ส่วนใหญ่แต่งงานและมีคู่ ร้อยละ 73.33 เป็นโสด/หย่า/แยก ร้อยละ 16.67 และคู่เสียชีวิต ร้อยละ 10.00 มีรายได้เฉลี่ย 10,287.27 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพพ่อบ้าน/แม่บ้าน ร้อยละ 40.00 รองลงมาคือ ค้าขาย ร้อยละ 26.67 และลูกจ้าง ร้อยละ 20.00

กลุ่มแกนนำชุมชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 36.6 ± 3.26 ปี ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.76 รองลงมาคือเพศชาย ร้อยละ 33.33 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่คือ ระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 66.67 รองลงมา คือระดับปริญญาตรี ร้อยละ 20.00 และสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 13.33 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.00 ส่วนใหญ่เป็นโสด ร้อยละ 53.33 แต่งงานและมีคู่ ร้อยละ 20.00 คู่เสียชีวิต ร้อยละ 26.67 มีรายได้เฉลี่ย 35,425.40 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพพ่อบ้าน/แม่บ้าน และค้าขาย ร้อยละ 33.33 รองลงมาคือ ขาวนา/ขาวสวน/ขาวประมง ร้อยละ 20.00 และ ลูกจ้าง ร้อยละ 13.33

2. ผลการสร้างรูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำครอบครัวและชุมชน เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี มีผลการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม ดังนี้

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำครอบครัวและชุมชน มี 4 องค์ประกอบ คือ 1. การเตรียมความพร้อมผู้ดูแล/แกนนำ 2. การประเมินศักยภาพในการดูแลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง 3. การพัฒนาปรับปรุงศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ และ 4. การสร้างชุมชนนักปฏิบัติเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีประเด็นสำคัญในแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

1. การเตรียมความพร้อมผู้ดูแล/แกนนำ มีประเด็นสำคัญ คือ

1.1 ด้านความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) ความรู้ในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 2) ความรู้ในการประเมินความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุ 3) ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติกรดูแลผู้สูงอายุ 4) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

1.2 ทักษะการปฏิบัติกรดูแล ได้แก่ 1) หลักสูตรระยะสั้นสำหรับการฝึกปฏิบัติกรดูแลผู้สูงอายุ 2) หลักสูตรฟื้นฟูความรู้ทางวิชาการด้านทักษะการปฏิบัติกรดูแลผู้สูงอายุ 3) คู่มือกรดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน 4) การเตรียมญาติและผู้ดูแลหลังการจำหน่ายผู้ป่วย/ผู้สูงอายุจากโรงพยาบาล

1.3 การสร้างทัศนคติที่ดีและการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ได้แก่ 1) การสร้างชุมชนนักปฏิบัติกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 2) การสร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ 3) การจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ฟื้นฟูทักษะแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นประจำและต่อเนื่อง 4) การจัดโครงการเพื่อนช่วยเพื่อน จิตอาสา และกิจกรรมพบผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อรังและการดูแลผู้สูงอายุ

2.การประเมินศักยภาพในการดูแลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง มีประเด็นสำคัญ คือ

2.1 การจัดทำฐานข้อมูลผู้ดูแล/แกนนำกรดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

2.2 การจัดประเมินความรู้ ทักษะและทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุแก่ผู้ดูแล

2.3 การจัดโครงการประกวดเรื่องเล่าเกี่ยวกับประสบการณ์กรดูแลผู้สูงอายุและค้นหาแนว

ปฏิบัติที่ดีในชุมชน

- 2.4 การสร้างช่องทางการสื่อสารที่ทันสมัยเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ
- 3.การพัฒนาปรับปรุงศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ มีประเด็นสำคัญ คือ
 - 3.1 การค้นหาประเด็นปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของชุมชนและใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา
 - 3.2 จัดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความสำเร็จในการร่วมกันแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
 - 3.3 การจัดทำสรุปแนวทางการแก้ไขปัญหาเป็นเคล็ดลับความสำเร็จในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อเป็นตัวอย่างให้ผู้อื่นสามารถนำไปใช้หรือเรียนรู้ได้
- 4.การสร้างชุมชนนักปฏิบัติเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ มีประเด็นสำคัญ คือ
 - 4.1 การสร้าง CoPs เพื่อนช่วยเพื่อน
 - 4.2 การสร้าง CoPs จิตอาสา
 - 4.3 การสร้าง CoPs สหวิชาชีพเพื่อสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

3. ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้ทดลองใช้แนวทางและรูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำครอบครัวและชุมชน

ความพึงพอใจของผู้ทดลองใช้แนวทางและรูปแบบการพัฒนาศักยภาพ แกนนำครอบครัวและชุมชน ในภาพรวม มีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.51, SD = 0.57$) โดยมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ในด้านความสามารถนำไปใช้ของแนวทางและการพัฒนาศักยภาพแกนนำครอบครัวและชุมชน ($\bar{X} = 4.67, SD = 0.63$) และด้านความเหมาะสมและเป็นไปได้ในการใช้งาน ($\bar{X} = 4.53, SD = 0.60$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีความพึงพอใจ ในระดับมากที่สุด เรียงลำดับ 3 จากมากไปหาน้อย ดังนี้ 1) ความสามารถในการนำไปใช้ในเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน ($\bar{X} = 4.88, SD = 0.80$) รูปแบบมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้งาน ($\bar{X} = 4.78, SD = 0.80$) และ ความสามารถในการใช้เพื่อดูแลผู้สูงอายุและพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล ($\bar{X} = 4.62, SD = 0.40$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า มีประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

ผลการพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพ แกนนำครอบครัวและชุมชน พบว่า มีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 องค์ประกอบ คือ 1. การเตรียมความพร้อมผู้ดูแล/แกนนำ 2. การประเมินศักยภาพในการดูแลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง 3. การพัฒนาปรับปรุงศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ และ 4. การสร้างชุมชนนักปฏิบัติเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ

โดยการเตรียมความพร้อมผู้ดูแล/แกนนำ เป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นเป็นองค์ประกอบแรก ของการศึกษานี้ และมีความสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ จรูญลักษณ์ ป้องกันและ จันทรฉาย มณีวงษ์ (2554) ที่ทำการศึกษา ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมต่อความพร้อมของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี จากผลการศึกษาผู้ศึกษามี

ข้อเสนอแนะว่า ควรนำโปรแกรมการเตรียมความพร้อมของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายกลับบ้าน มาปรับปรุงใช้ให้เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ถูกต้อง ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และกลับมารักษาซ้ำ เนื่องจากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง และญาติ/ผู้ดูแลมั่นใจที่จะดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน ดังนั้นการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลจึงมีความสำคัญเป็นอันดับแรก

ส่วนองค์ประกอบที่สอง เรื่องการประเมินศักยภาพในการดูแลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องนั้น เป็นองค์ประกอบที่จะช่วยให้ทราบถึงสภาพปัจจุบันของผู้ดูแล ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ การค้นหาปัญหาที่รวดเร็ว และกระทำอย่างเป็นระบบ มีความต่อเนื่องจะสามารถให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน และส่งเสริมผู้ดูแลและแกนนำได้อย่างทั่วถึงที่ และตรงตามความต้องการของผู้ดูแล/แกนนำ ช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนได้ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ ประคอง อินทรสมบัติ และคณะ (2556) ที่ทำการศึกษาดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลอย่างครบวงจรและต่อเนื่อง: การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ซึ่ง การวางแผนจำหน่ายอย่างเป็นระบบเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุและญาติผู้ดูแลเกิดความมั่นใจว่าในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านมีความปลอดภัย การจากศึกษาพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 89 ต้องการการดูแลระยะยาว กลุ่มญาติผู้ดูแลต้องเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้านให้ปลอดภัย กลุ่มพยาบาลต้องการมาตรฐานการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านเพื่อการสื่อสารข้อมูลที่มีประสิทธิภาพและครบถ้วน โดยในระยะที่ 2 มีการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยนำข้อมูลที่สังเคราะห์ได้ในระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมมาพัฒนาโปรแกรมการดูแล รับฟังข้อคิดเห็นจากกลุ่มผู้บริหาร จำนวน 10 ราย และกลุ่มพยาบาลผู้ปฏิบัติจำนวน 50 ราย เพื่อนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับการนำไปปฏิบัติโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านประกอบด้วย การระบุผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเข้ารับการรักษาซ้ำ มาตรฐานและกระบวนการวางแผนจำหน่าย และการส่งต่อ มีพยาบาลเป็นผู้ประสานงานการวางแผนจำหน่าย และมีสมุดบันทึกสุขภาพเป็นเครื่องมือสื่อสารเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง จะเห็นได้ว่า การพัฒนาโปรแกรมการดูแลจำเป็นต้องมีกระบวนการประเมินทั้งสภาพของผู้สูงอายุและศักยภาพของผู้ดูแล เพื่อสามารถให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพและต้องการความต่อเนื่องในการปฏิบัติ

องค์ประกอบที่ 3 การพัฒนาปรับปรุงศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ เป็นการหาแนวทางการพัฒนาปรับปรุงศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาหรือยกระดับศักยภาพในการดูแลของผู้ดูแล โดยอาศัยความร่วมมือเครือข่าย และความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชน รวมถึงการประสานความร่วมมือกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อจัดกิจกรรมและช่วยเหลือสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพดังกล่าว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ สมพงษ์ จันทรวิภาสและคณะ (2557) ที่ทำการศึกษา เรื่อง การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง: กรณีศึกษาเครือข่ายบริการสุขภาพแคว้น จังหวัดมหาสารคาม ที่พบว่า โครงการที่ชุมชนมีส่วนร่วมจะมีผลค่าคะแนนเฉลี่ยของความสำเร็จของโครงการในระดับดี และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ รุ่งนภา หนูม่วง (2552) ที่ทำการศึกษาวินิจฉัย เรื่อง การจัดการความรู้ในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพของแกนนำชุมชน ตำบลนาขะอั้ง อำเภอมือง จังหวัดชุมพร และพบว่า การดำเนินงานและเพื่อปฏิบัติการการจัดการความรู้ใน

การดำเนินงาน มีขั้นตอนดังนี้ ขั้นที่ 1 ศึกษาปัญหาอุปสรรค ขั้นที่ 2 สร้างแผนการดำเนินงานขั้นที่ 3 ปฏิบัติการทดลองตาม ผลการวิจัย พบว่า การจัดการความรู้ที่แกนนำชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนด องค์ประกอบ ในการดำเนินการสามารถทำให้กลุ่มแกนนำสุขภาพเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ความเข้าใจ เทคนิควิธีและทักษะในการดำเนินงานสร้างสุขภาพของแกนนำชุมชน ด้านการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ ด้านกลุ่มและพัฒนากลุ่มและด้านการทำงานเป็นทีมได้เป็นอย่างดี

องค์ประกอบที่ 4 การสร้างชุมชนนักปฏิบัติเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ เป็นการจัดการ ความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ที่ทำได้ง่ายและเป็นประโยชน์ต่อผู้ดูแลและแกนนำในชุมชน สามารถนำไปปฏิบัติ และใช้ได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ ยูพา อภิโกมลกร และ พวงน้อย แสงแก้ว (2554) ทำการศึกษาวิจัย การจัดการความรู้ : การจัดการสุขภาพชุมชนเพื่อผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ จัดการ ความรู้ด้านการจัดการสุขภาพเพื่อผู้สูงอายุ โดยใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ได้รูปแบบกระบวนการและ รายละเอียดเชิงลึกในการจัดการสุขภาพของชุมชนเพื่อผู้สูงอายุ และแนวทางการพัฒนาการจัดการสุขภาพ ผู้สูงอายุตามบริบทของชุมชน ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นกลไกหลักที่ ผลักดันให้เกิดการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนโดยมีเทศบาลสนับสนุนงบประมาณ และชมรมผู้สูงอายุริเริ่ม ทำกิจกรรมตามความสนใจและความถนัดของสมาชิก ด้านทุนสังคมพบว่า สมาชิกชมรมสามารถระบุดูแลผู้สูงอายุ คน และแหล่งประโยชน์ในชุมชนได้ดี แต่บอกข้อมูลด้านแหล่งทุนและสนับสนุนได้น้อยการนำภูมิปัญญา ท้องถิ่นมาใช้เป็นประโยชน์พบว่า มีกิจกรรมการทำบายศรีและการฟ้อนเล็บ ผลงานเด่นที่ภาคภูมิใจ คือ ฟ้อน เล็บ ไข่ไก่ โดยเฉพาะกิจกรรมลานโพธิ์ลานธรรม เพราะเป็นกิจกรรมที่ชมรมทำเองทั้งหมด ปัญหา/อุปสรรค ในการดำเนินงานของชมรม คือ การประชุมสมาชิกทำได้ยาก มีการแบ่งกลุ่ม แบ่งพวก และสมาชิกมีความ คิดเห็นขัดแย้งกัน ปัจจัยความสำเร็จ คือ ความร่วมมือของสมาชิก และการสนับสนุนจากภาครัฐโดยเฉพาะ สถานีนามัย ผลจากการจัดการความรู้และจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วม 2 ครั้ง พบว่า เป้าหมายในอนาคต ของชมรมผู้สูงอายุ คือ 1) ทักษะศึกษาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ที่ประสบความสำเร็จ 2) ถ่ายทอดภูมิปัญญา ด้าน การฟ้อนเล็บ การทำบายศรี สู่นักเรียน 3) พัฒนารูปแบบการออกกำลังกายแบบไข่ไก่ประยุกต์ 4) พัฒนา วัฒนธรรมพื้นเมือง และ 5) ส่งเสริมการพึ่งพาและปฏิบัติธรรม การจัดการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนในระยะต่อไป ควรสนับสนุนการจัดการสุขภาพตามความสนใจของกลุ่ม โดยส่งเสริมศักยภาพด้านการบริหารจัดการ สนับสนุนข้อมูลแหล่งทุน จัดให้มีกิจกรรมจัดการความรู้และนำผลงานที่ประสบความสำเร็จไปแลกเปลี่ยนกับ ชุมชนข้างเคียงหรือชุมชนที่ประสบความสำเร็จ เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจ และเห็นแนวทางในการพัฒนา เพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนาความรู้ทักษะ และทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน เพื่อพัฒนาศักยภาพและความสามารถในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างเป็นระบบและมีการติดตาม พัฒนาอย่างต่อเนื่อง
2. มหาวิทยาลัย สถานศึกษา ควรเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาหลักสูตร โปรแกรมการเรียนรู้อ เพื่อพัฒนาผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนร่วมกัน ตามผลการศึกษารูปแบบการพัฒนาเพื่อประโยชน์และเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล/แกนนำในชุมชน
3. ควรพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้ให้แก่ผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชน อย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความมั่นใจการดูแล ตอบสนองความต้องการการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม และสร้างช่องทาง การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ทางสุขภาพจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพให้มากขึ้น
4. ควรจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สร้างเครือข่ายแกนนำผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และถอดบทเรียนเป็นคลังความรู้ ให้ผู้อื่นสามารถสืบค้นและนำไปใช้ประโยชน์หรือต่อยอดได้โดยง่าย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรวิจัยเพื่อพัฒนาหลักสูตร หรือการพัฒนาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตามบริบทของชุมชนในพื้นที่เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี หรือบริบทพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป
2. ศึกษาวิจัยทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพ โรคเรื้อรัง และความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในชุมชน
3. ควรศึกษาวิจัยเชิงป้องกันหรือชะลอความชรา จากการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและผู้ดูแลร่วมกันในการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันภาวะความเจ็บป่วย หรือความเสี่ยงของอวัยวะต่าง ๆ ในการรับรู้ของผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพ หรือคงประสิทธิภาพไว้ เช่น สายตา การได้ยิน ความจำ การเคลื่อนไหว เป็นต้น
4. ควรพัฒนาระบบและกลไกการส่งเสริมสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยจำแนกประเภทของผู้สูงอายุให้ชัดเจน และศึกษาเชิงลึกให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุในแต่ละประเภท
5. ควรนำรูปแบบและแนวทางการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของผู้ดูแล/แกนนำ โดยดำเนินการวิจัยตามรูปแบบการ กำหนดเป้าหมายการดูแล การวางแผนการดูแลร่วมกัน และประเมินผลการดูแล รวมทั้งการสร้างทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะ และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุเพื่อเป็นทีมหลักในการช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ดูแล/แกนนำในครอบครัวและชุมชนต่อไป

บรรณานุกรม

- กมล สุตประเสริฐ. (2540). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานประสานโครงการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์.
- เกษม ต้นติผลาชีวะ และกุลยา ต้นติผลาชีวะ. (2528). *การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร. อรุณการพิมพ์.
- กฤษณผล จันทร์พรหม. (2548). *การศึกษารูปแบบมหาวิทยาลัยเสมือนจริงที่เหมาะสมสำหรับสถาบันอุดมศึกษาในประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์การศึกษาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาเทคโนโลยีการศึกษามหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ชนิษฐา กาญจนรังสี. (2544). *เอกสารการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม*. กองพัฒนาอาสาสมัครและผู้นำท้องถิ่นกลุ่มงานวิจัยและพัฒนากรมการพัฒนาชุมชน.
- จริยวัฒน์ คมพยัคฆ์. (2531). *แรงบันดาลใจทางสังคม : โมนิทัศน์และการนำไปใช้*. วารสารพยาบาลศาสตร์. 6(เมษายน). หน้า 96-106.
- จรูญลักษณ์ ป้องกัน และจันทร์ฉาย มณีวงศ์. (2554). *ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมต่อความพร้อมของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายกลับบ้าน*. โรงพยาบาลพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*. 21(1). มกราคม-มิถุนายน. หน้า 58-70.
- จิตตินาด ตันจจิตติ. (2551). *ปัจจัยภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดพังงา: กรณีศึกษาเทศบาล ตำบลกระโสม อำเภอดงทับฟ้า จังหวัดพังงา*. รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชนกนารถ ชื่นเชย. (2550). *รูปแบบการจัดการศึกษาต่อเนื่องในสถาบันอุดมศึกษาเอกชน*. วิทยานิพนธ์การศึกษาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ดวงฤดี ลาคุขะ. (2550). *การจัดการความรู้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ*. การประชุมวิชาการ เรื่อง การวิจัยเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพองค์กรอย่างยั่งยืน : กระบวนทัศน์ใหม่. วันที่ 3-4 พฤษภาคม 2550 ณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- दनัย อีวันดา และมลลิสแสนใจ (2544). *ศึกษาบทบาท ความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลและความต้องการการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุในเขต 7*. ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 7: อุบลราชธานี.
- เดชา ทำดี ธนารักษ์ สุวรรณประพิศและวิลาวัลย์ เสนารัตน์. (2556). *การถอดบทเรียน : การจัดการความรู้และการสร้างองค์ความรู้การจัดการสุขภาวะชุมชนในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่าง*. *วารสารพยาบาลสาร*. 40(4) ตุลาคม – ธันวาคม : 100-113)
- ทิตนา แคมมณี. (2545). *ศาสตร์การสอน : องค์ความรู้เพื่อจัดกระบวนการเรียนรู้*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญชม ศรีสะอาด. (ม.ป.ป.) สืบค้นเมื่อ 14 กรกฎาคม 2557. จาก <http://www.watpon.com/boonchom/development.pdf>

- บุญส่ง หาญพานิช. (2546). *การพัฒนาารูปแบบการบริหารจัดการความรู้ในสถาบันอุดมศึกษาไทย*. วิทยานิพนธ์
ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการอุดมศึกษาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประคอง อินทรสมบัติ และคณะ. (2556). การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลอย่างครบวงจร
และต่อเนื่อง: การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. *Rama Nurs J.* พฤษภาคม-สิงหาคม.
หน้า 194-205.
- ผ่องพรรณ ตรัยมงคลกุล. (2543). *การออกแบบการวิจัย (ฉบับปรับปรุง)*. กรุงเทพฯ.
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- พรจันทร์ พรศักดิ์กุล. (2550). *รูปแบบกระบวนการงบประมาณของโรงเรียนที่บริหารงบประมาณ
แบบใช้โรงเรียนเป็นฐานในโรงเรียนประถมศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน*.
วิทยานิพนธ์การศึกษาดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พรนภา ไชยอาสา. (2550). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อ
พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน*. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่. พันธุ์ทิพย์ รามสูตร.(2537).
- เพ็ญศรี วัชรทายทอง.(2553). *การศึกษาการดำเนินงานและการจัดการความรู้ด้านการดูแลสุขภาพของ
ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลเมืองสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา*. รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
ปกครองท้องถิ่น. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์. (2556) *การพัฒนาารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วม
ของชุมชน สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ . มหาวิทยาลัยบูรพา. ชลบุรี.*
- ยุพา อภิโกมลกร และ พวงน้อย แสงแก้ว. (2554). *การจัดการความรู้ : การจัดการสุขภาพชุมชนเพื่อ
ผู้สูงอายุ*. รายงานการวิจัย . คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง.
- ยุวดี รอดจากภัยและคณะ. (2555). *รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุ
แบบบูรณาการ*. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ . มหาวิทยาลัยบูรพา. ชลบุรี.
- รัตนะ บัวสนธ์. (2552). *การวิจัยและพัฒนาวัตกรรมการศึกษา*. กรุงเทพฯ : คำสมัย.
- รุ่งนภา หนูม่วง. (2552). *การจัดการความรู้ในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพของแกนนำชุมชน
ตำบลนาชะอัง อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร*. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา.
บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี.
- วาโร เพ็งสวัสดิ์. (2553). การวิจัยพัฒนารูปแบบ ใน *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร*. 2(4). กรกฎาคม -
ธันวาคม. หน้า 1-15.
- วิสุทธิ วิจิตรพัชรภรณ์. (2547). *การพัฒนาารูปแบบการจัดการศึกษาแบบกระจายอำนาจในสถานศึกษา
ขั้นพื้นฐานตามแนวทางพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542*. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎี
บัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- วิไลวรรณ ทองเจริญ จันทนา รณฤทธิชัย สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี อนุรักษ์รุ่งชัย อนุรักษ์รุ่งชัย วรวรรณ วาณิชย์ เจริญชัย.(2554). ประสิทธิภาพของกระบวนการจัดการความรู้ต่อความรู้และการจัดการปัญหา ความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ, *J Nurs Sci*. Vol 29 Suppl 2 July-September 2011 : 103-112.
- เวธกา กลิ่นวิชิต. (2556). *การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุเทศบาลเมือง แสนสุข จังหวัดชลบุรี (ปีที่ 1)*. รายงานการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา. ชลบุรี.
- ศรจิตรา บุนนาค. (2549). เหลียวหน้า แลหลังการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุบริบทเชิงรุกกับ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554). ผู้สูงอายุในสังคมแห่งภูมิ ปัญญาและการเรียนรู้. *การประชุมทางวิชาการประจำปี พ.ศ. 2549 ระหว่างวันที่ 1-3 พฤศจิกายน 2549* จัดโดยสมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย.
- สมพงษ์ จันทร์โอวาทและคณะ. (2552). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรค เรื้อรัง กรณีศึกษาเครือข่ายบริการสุขภาพเก่า ตำบล จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 23(3). 394-402.
- สมบูรณ์ ศิริสรรหิรัญ. (2547). *การพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณลักษณะภาวะผู้นำของคณบดี*. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สัทยา คงวัฒนา. (2550). *ปัจจัยภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดปัตตานี : ศึกษาเฉพาะกรณีตำบลปายามุมัง อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี*. ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขต ปัตตานี.
- สิทธิณัฐ ประพุทธนิตสาร. (2547). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม:แนวคิดและแนวปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนวิจัยสนับสนุนการวิจัย.
- สุมาลี ว่องเจริญกุล. (2540). เครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนิน ชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่งของกรุงเทพมหานคร. ใน *รวมบทความวิจัยและวิทยานิพนธ์ เกี่ยวกับผู้สูงอายุไทย 2530-2540 เล่ม 2* (หน้า 484). กรุงเทพฯ : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักมาตรฐานการศึกษา. (2545). *ชุดวิชาการวิจัยชุมชน*. สำนักงานสภाराชภัฏ. สำนักงานมาตรฐาน อุดมศึกษา ทบวงมหาวิทยาลัย กระทรวงศึกษาธิการ.
- อรรคราธร สงวนตระกูล. (2553). การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอเสด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์. *สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต*. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อนันต์ โขมะนาม. (2551). *การศึกษาแนวทางและความต้องการดูแล ของผู้สูงอายุเพื่อรองรับการเข้าสู่ภาวะ สังคมผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ*. รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อัมพร พงษ์กัสนานนท์. (2550). *การศึกษารูปแบบการจัดการศึกษานอกระบบในสถานศึกษา
ขั้นพื้นฐานเพื่อส่งเสริมการศึกษาตลอดชีวิต*. วิทยานิพนธ์การศึกษาดุษฎีบัณฑิตมหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ.

อุทุมพร จามรมาน. (2541). “โมเดลคืออะไร” . *วารสารวิชาการ*. มีนาคม, 22-25.

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

Cronbach, Lee J. (1970). *Essentials of Psychological Testing*. New York : Harper & Row

House, J.S. and Kahn, R.L. (1985). Measures and concepts of social support in Cohen,S.

And Syme, S.L. *Social Support and health*.

Jitapunkul, S. (2001). *Principles of Geriatric Medicine*. Bangkok: Chulalongkorn

University Publication.

Levin, R.S. (1976). “Self Care” *American Journal of Nursing*, 79, 487-489.

Orem. (1995). *Nursing : Concepts of practices* (5th ed.). St. Louis : Mosby Year Book.

Ottawa Charter. (1986).

Pender, N. J. (1982). *Health Promotion in Nursing Practice* (2nd ed.). Connecticut: Appleton &
Lange.

Steiger, N. J., & Lipson, J. G. (1985). *Self Care Nursing Theory and Practice*. Maryland:

Prentice Hall.

World Health Organization. (1978). *Primary Health Care*. Geneva. Author. 8 – 9.

World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. First International

Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. World Health

Organization, Retrieved January 3, 2009, from:

<http://www.who.int/hpr/archive/does/ottawa.html>.

ประวัติคณะผู้วิจัย

ประวัติผู้วิจัย : หัวหน้าโครงการวิจัย

1. ชื่อสกุล (ภาษาไทย) ดร.เวธกา กลิ่นวิจิต
(ภาษาอังกฤษ) Dr.Wethaka Klinwichit, PhD.
2. รหัสประจำตัวนักวิจัยแห่งชาติ 0006785
3. ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายบริหาร
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
4. หน่วยงานและที่อยู่ติดต่อได้สะดวกพร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และ E-mail
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
169 ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131
โทรศัพท์ 038-386554
โทรสาร 038-386557
E-mail wethaka@buu.ac.th , wethaka-k@hotmail.com
5. ประวัติการศึกษา
 - พยาบาลศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยม)
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ วิทยาเขตบางแสน
 - การศึกษามหาบัณฑิต(เทคโนโลยีทางการศึกษา)
มหาวิทยาลัยบูรพา
 - ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (การบริหารการศึกษา)
มหาวิทยาลัยบูรพา

ประวัติผู้วิจัย : ผู้ร่วมวิจัย คนที่ 1

1. ชื่อสกุล (ภาษาไทย) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พิสิษฐ์ ปิริยาพรณ
(ภาษาอังกฤษ) Asst.Prof.Dr.Pisit Piriyapun,MD.
2. ตำแหน่งปัจจุบัน ผู้ช่วยศาสตราจารย์
คณบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. หน่วยงานและที่อยู่ติดต่อได้สะดวกพร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และ E-mail
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
169 ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131
โทรศัพท์ 038-386554

โทรสาร 038-386557

E-mail pisit@buu.ac.th

4. ประวัติการศึกษา

- แพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ประกาศนียบัตรชั้นสูงวิทยาศาสตร์การแพทย์
สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป วุฒิบัตร เวชปฏิบัติทั่วไป
- สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ประวัติผู้วิจัย : ผู้ร่วมวิจัย คนที่ 2

1. ชื่อสกุล(ภาษาไทย) ดร.สรรร กลิ่นวิชิต
(ภาษาอังกฤษ) Dr.San Klinwichit , PhD.
2. ตำแหน่งปัจจุบัน นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
หัวหน้าสำนักงานคนบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. หน่วยงานและที่อยู่ติดต่อได้สะดวกพร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และ E-mail
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
169 ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131
โทรศัพท์ 038-386554
โทรสาร 038-386557 E-mail saan@buu.ac.th
4. ประวัติการศึกษา
 - การศึกษาระดับบัณฑิต (เทคโนโลยีทางการศึกษา)
มหาวิทยาลัยบูรพา
 - การศึกษามหาบัณฑิต (เทคโนโลยีทางการศึกษา)
มหาวิทยาลัยบูรพา
 - วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(จิตวิทยาการให้คำปรึกษา)
มหาวิทยาลัยบูรพา
 - ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (สาขาการบริหารการศึกษา)
มหาวิทยาลัยบูรพา

ประวัติผู้วิจัย : ผู้ร่วมวิจัย คนที่ 3

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) ดร.พวงทอง อินใจ
ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Dr.Puangtong Inchai, PhD.
2. ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้างานประกันคุณภาพการศึกษา บริหารความเสี่ยงและการจัดการความรู้

3. หน่วยงานและสถานที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวก พร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (e-mail)

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
169 ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131
โทรศัพท์ 038-386554
โทรสาร 038-386557 โทรศัพท์มือถือ 08-9748-3033
อีเมล puangtong@buu.ac.th

4. ประวัติการศึกษา

ปริญญาตรี	พยาบาลศาสตรบัณฑิต (สาขาพยาบาลศาสตร์)
ปริญญาโท	วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา)
ดุซงฎิบัณฑิต	ปรัชญาดุซงฎิบัณฑิต (สาขาการศึกษาและการพัฒนาสังคม)

ประวัติผู้วิจัย : ผู้ร่วมวิจัย คนที่ 4

- ชื่อสกุล(ภาษาไทย) นางสาวคณิงนิจ อูสิมาศ
(ภาษาอังกฤษ) Miss Kanungnit Usimat
 - ตำแหน่งปัจจุบัน นักวิจัย : หัวหน้างานบริการวิชาการและวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
 - หน่วยงานและที่อยู่ติดต่อได้สะดวกพร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และ E-mail
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
169 ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131
โทรศัพท์ 038-386554 , 103177
โทรสาร 038-386557
E-mail kanungnit@buu.ac.th kanungnit_u@hotmail.com
- 4 ประวัติการศึกษา
- การศึกษามหาบัณฑิต(เทคโนโลยีทางการศึกษา)
มหาวิทยาลัยบูรพา

ประวัติผู้วิจัย : ผู้ร่วมวิจัย คนที่ 5

- 1.ชื่อสกุล(ภาษาไทย) นางสาวพลอยพันธุ์ กลิ่นวิชิต
(ภาษาอังกฤษ) Miss Ploypun Klinwichit
2. ตำแหน่งปัจจุบัน เจ้าหน้าที่วิจัย
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. หน่วยงานและที่อยู่ติดต่อได้สะดวกพร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และ E-mail
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
169 ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131
โทรศัพท์ 038-386554
โทรสาร 038-386557 E-mail ploupunk@buu.ac.th
4. ประวัติการศึกษา
 - ศิลปศาสตรบัณฑิต (จิตวิทยา)
มหาวิทยาลัยศิลปากร
 - กำลังศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา ปริญญาโท
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาจิตวิทยาคลินิกและชุมชน)
มหาวิทยาลัยรามคำแหง