



การพัฒนาสารสนเทศด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ปีที่ 3

การจัดการความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาคตะวันออก

Health Information for Ageing Phase 3:

Knowledge Management for Elderly Health Care in Eastern region of Thailand

เวธกา กลิ่นวิจิต และคณะ

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี

การพัฒนาสารสนเทศด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ปีที่ 3
การจัดการความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาคตะวันออก

Health Information for Ageing Phase 3:

Knowledge Management for Elderly Health Care in Eastern region of Thailand

เวธกา กลิ่นวิจิต และคณะ

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี

กิตติกรรมประกาศ

Acknowledgement

การศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนาสารสนเทศด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ปีที่ 3: การจัดการความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาคตะวันออก เป็นโครงการวิจัยย่อยที่ 1 ในแผนงานวิจัย “การพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุครบวงจรแบบบูรณาการ” ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยในปีที่ 3 ของแผนงานวิจัยการศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและการสนับสนุนการวิจัย จาก สำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ ซึ่งได้เล็งเห็นความสำคัญของประเด็นเร่งด่วนด้านการวิจัยในผู้สูงอายุเกี่ยวกับการพัฒนาผู้สูงอายุให้มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม มีคุณภาพ มีคุณค่าสามารถปรับตัวเท่าทันการเปลี่ยนแปลง เป็นพลังในการพัฒนาสังคม โดยมุ่งสร้างแนวทางการพัฒนาคุณภาพคนไทยทุกช่วงวัย มีภูมิคุ้มกันต่อการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนาประเทศในอนาคต ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับความร่วมมือจากผู้สูงอายุ และสถานพยาบาลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ ในเขตภาคตะวันออก ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นกลุ่มตัวอย่าง คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ มา ณ โอกาสนี้ นอกจากนี้ ขอขอบคุณศาสตราจารย์ นายแพทย์ศาสตร์ เสาวคันธ์ ที่ปรึกษาคณะบดีคณะแพทยศาสตร์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ และคุณณรงค์ชัย คุณปลื้ม นายกเทศมนตรีเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ที่เป็นที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้คำแนะนำ วิธีการ และข้อเสนอแนะการดำเนินงานศึกษาวิจัยเพื่อให้ตระหนักถึงสิทธิและเคารพสิทธิความเป็นบุคคลและประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่าง

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ขอกราบระลึกถึงพระคุณของคุณครูบาอาจารย์ ที่ได้อบรมสั่งสอน และประสพวิชาความรู้แก่คณะผู้วิจัย ซึ่งคณะผู้วิจัยจะได้แสวงหาความรู้เพื่อเป็นตัวอย่างแก่ลูกศิษย์ บุตรธิดาและคนรุ่นหลังต่อไป ความสำเร็จอันเกิดจากการศึกษาวิจัยนี้ ขอมอบเป็นสิ่งทดแทนคุณ และ ขอกราบขอบพระคุณมา ณ ที่นี้เป็นอย่างสูง

คณะผู้วิจัย

กันยายน 2558

**การพัฒนาสารสนเทศด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ปีที่ 3:
การจัดการความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาคตะวันออก**

ดร.เวชกา กลิ่นวิจิตร รศ.ดร.ยุวดี รอดจากภัย นางสาวคณินิจ อูสิมาศ
คณะแพทยศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในภาคตะวันออก และพัฒนารูปแบบการจัดการความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนภาคตะวันออก โดยใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วมตามกระบวนการจัดการความรู้ ประชากร คือ ผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัวและชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ปฏิบัติงานในองค์กรที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออก ทีมคณะผู้วิจัยของแผนงานวิจัย กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเจาะจงจากกลุ่มชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุขจำนวน 3 กลุ่ม ๆ ละ 30 คน และชุมชนจังหวัดสระแก้ว จำนวน 3 กลุ่ม ๆ ละ 30 คน รวมทั้งสิ้น 180 คน ขั้นตอนการศึกษาวิจัย ดำเนินการศึกษาวิจัยตามกระบวนการจัดการความรู้ เครื่องมือเป็นแบบประเมินความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง แบบบันทึกคลังความรู้โดยใช้การถอดบทเรียน(lesson learn) เพื่อหาแนวปฏิบัติที่ดี ใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired t-test การวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาวิจัย พบว่า ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้พฤติกรรม ก่อนและหลังการเรียนรู้จากกระบวนการจัดการความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมหลังการเรียนรู้มากกว่าก่อนการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อเปรียบเทียบเป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้านผู้สูงอายุมีความรู้มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพหลังการเรียนรู้มากกว่าก่อนการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบเป็นรายด้าน พบว่า พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยมีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 พฤติกรรมการรับประทานยามากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนพฤติกรรมด้านการจัดการอารมณ์ ไม่แตกต่างกัน ในกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชน พบว่า มีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมหลังการเรียนรู้มากกว่าก่อนการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อเปรียบเทียบเป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้านมีความรู้มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

แนวปฏิบัติที่ดีในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนนักปฏิบัติ จากการถอดบทเรียน มี 5 ชุมชนนักปฏิบัติ ได้แก่ 1.ชุมชนนักปฏิบัติกลุ่มอาหารสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีประเด็นสำคัญ ดังนี้ คือ 1) อาหารที่ผู้สูงอายุควรกิน 2) อาหารที่ผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยง 3) อาหารสำหรับผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักตัวเกิน

มาตรฐาน 4) อาหารควบคุมน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน 5) อาหารช่วยการขับถ่ายในผู้สูงอายุ และ 6) หลักการรับประทานอาหารเพื่อภาวะโภชนาการที่ดีในผู้สูงอายุ

2. ชุมชนนักปฏิบัติ กลุ่มการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ โดยมีประเด็นสำคัญ ดังนี้ คือ

1) หลักปฏิบัติในการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ 2) การออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนักในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานหรือโรคอ้วน 3) รูปแบบการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ 4) การใช้แรงในชีวิตประจำวันกับการออกกำลังกาย 5) ข้อห้ามหรือพึงระวังในการออกกำลังกายขงผู้สูงอายุ และ 6) F.I.T.T.E สำหรับผู้สูงอายุ

3. ชุมชนนักปฏิบัติ กลุ่มการจัดการอารมณ์และความเครียดในผู้สูงอายุ โดยมีประเด็นสำคัญ ดังนี้ คือ 1) วิธีการคลายเครียด 2) การสร้างความสุขในชีวิตประจำวัน 3) แบบวัดความเครียด 4) แบบวัดภาวะซึมเศร้า และ 5) วิธีการฝึกจิต/สมาธิ

4. ชุมชนนักปฏิบัติ กลุ่มรู้เรื่องยาในผู้สูงอายุ โดยมีประเด็นสำคัญ ดังนี้ คือ 1) หลักการใช้ยาในผู้สูงอายุ 2) วิธีการรับประทานยาที่ถูกต้อง 3) พฤติกรรมการใช้ยาไม่เหมาะสมที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ 4) ความรู้เกี่ยวกับยาในกลุ่มยาที่ใช้บ่อยในผู้สูงอายุ เช่น กลุ่มยารักษาโรคประจำตัว อาทิ ยาลดความดันโลหิต กลุ่มยานอนหลับและยาลดความวิตกกังวล กลุ่มยาแก้ปวดและยาลดอักเสบกลุ่มแก๊มเนื้อ และกลุ่มยาวิตามิน อาหารเสริม และสมุนไพร

5. ชุมชนนักปฏิบัติ กลุ่มรู้เท่าทันโรคร้ายไข้เจ็บในผู้สูงอายุ โดยมีประเด็นสำคัญ ดังนี้ คือ 1) โรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เบาหวาน โรคไต 2) วิธีการป้องกันอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ 3) หกล้ม 4) โรคกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ 5) การตรวจสุขภาพ และ 6) โรคสมองเสื่อม

คำสำคัญ : การจัดการความรู้ สุขภาพ ผู้สูงอายุ ชุมชน ครอบครัว

Health Information for Ageing Phase 3:

Knowledge Management for Elderly Health Care in Eastern region of Thailand

Wethaka Kinwichit(Ph.D.), Assoc.Prof.Yuwadee Rodjakpai(Ph.D.), Miss Kanuengnit Usimart

Faculty of Medicine, Faculty of Public Health, Burapha University

Abstract

The purpose of this study were to evaluate knowledge of ageing health care in the elder and care givers in the community, and develop ageing health care model by using knowledge management with participatory action research. 180 samples were purposive selected from the elders and care givers in the community of the eastern region of Thailand. The study followed by knowledge management process and participatory action research. The instruments were questionnaire, semi-structure interview and recorder sheets for summarized lesson learned. Statistics employed percentage, average, standard deviation, paired t-test and content analysis.

It was found that; the comparison knowledge in elderly between pre-posttest was different with statistically significance at .01 level as overall and all aspects. The comparison health behaviors in elderly between pre-posttest was different with statistically significance at .01 level in overall, and aspects such as; diet, exercise, and prevention. Drug compliance was different with statistically significance at .05 level, but the emotional and stress management was not different. The comparison knowledge in elderly care givers in family and community between pre-posttest was different with statistically significance at .01 level as overall and all aspects. The Good practices in health care to the elderly in the community from lessons learned were 5 Community of Practitioners (CoPs). 1. Food CoPs: the key points: 1) food that elderly should eat 2) foods that the elderly should avoid 3) food for the elderly who are overweight 4) food for the elderly with diabetes who would like to control blood sugar 5) food for excretion in the elderly, and 6) the principles of good nutrition diet for the elderly. 2. Exercise CoPs: the key points are as follows: 1) The practice of exercise in the elderly, 2) exercise to lose weight in older people with diabetes or obesity, 3) Type of exercise for healthy elderly 4) the force in daily life with exercise in elderly 5) prohibition or exercise caution in the elderly and 6) F.I.T.T.E. for elderly health. 3. Emotions and stress management CoPs: The key issues: 1) how to relieve stress 2) to create happiness in daily life 3) a stress measurement 4) a

depression measurement, and 5) how to practice meditative/spiritual. 4. Drugs compliance in the elderly: the key points were as follows: 1) principles of drug use in the older, 2) how to use drug correctly 3) common behavior of drug abuse in the elderly 4) knowledge about the medications frequently used in the elderly, such as the medicine for the treatment of diseases such as medications to treat hypertension, to relieve anxiety, to relieve pain, and muscle relaxant. And vitamin supplements and herbal medicines. 5. Communities of Practice Group of disease in the elderly: the key points were as follows: 1) chronic diseases such as hypertension, heart disease, diabetes, kidney disease, 2) how to prevent accidents in the elderly 3) falls 4) bone, joint and muscle 5) monitoring elderly health and 6) dementia.

Keywords: Knowledge management, Health, Elderly, Community, Family

สารบัญเรื่อง

หน้า

กิตติกรรมประกาศ.....	ก
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
สารบัญเรื่อง.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช

บทที่

1	บทนำ.....	1
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
	วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
	ขอบเขตของการวิจัย.....	3
	สถานที่ในการศึกษาวิจัย.....	3
	ระยะเวลาในการทำวิจัย.....	3
	กรอบแนวคิดในการทำวิจัย.....	4
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	4
	นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
	แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม.....	8
	แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง.....	10
	แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลของผู้สูงอายุ.....	14
	แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการความรู้.....	16
	แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม.....	19
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	27
3	วิธีดำเนินการวิจัย	32
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	32

สารบัญเรื่อง (ต่อ)

บทที่	หน้า
ขั้นตอนการศึกษาวิจัย.....	32
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	33
ตัวแปรที่ศึกษา.....	33
เครื่องมือการวิจัย.....	34
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	34
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	34
4 ผลการศึกษาวิจัย.....	35
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	35
ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชน ก่อนและหลังดำเนินการจัดการความรู้....	41
ส่วนที่ 3 ผลการสังเคราะห์แนวปฏิบัติที่ดีเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ.....	44
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	50
สรุปผลการวิจัย.....	50
อภิปรายผลการวิจัย.....	53
ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัย.....	55
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	55
บรรณานุกรม.....	56
ภาคผนวก.....	59
ประวัติคณะผู้วิจัย.....	63

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
ตารางที่ 1	แสดงจำนวนและค่าร้อยละของผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว หรือผู้แทนในชุมชน จำแนกตามจังหวัดและชุมชนที่ เข้าร่วมโครงการ.....	35
ตารางที่ 2	จำนวนและค่าร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง.....	36
ตารางที่ 3	จำนวนและค่าร้อยละข้อมูลทั่วไปของสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ และผู้แทนในชุมชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง.....	39
ตารางที่ 4	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรม ก่อนและหลังการเรียนรู้ จากกระบวนการจัดการความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในกลุ่มผู้สูงอายุ.....	42
ตารางที่ 5	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ ก่อนและหลังการเรียนรู้จากกระบวนการ จัดการความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัว และชุมชน.....	43

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรของประเทศไทยในปัจจุบันแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ประเทศไทยกำลังเผชิญหน้ากับภาวะการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ของประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีและมากกว่า) สาเหตุที่ทำให้ประชากรสูงอายุขึ้น ได้แก่ อัตราเกิดที่ลดลง และอายุของคนไทยที่ยืนยาวขึ้น จากสถิติประชากรในปี พ.ศ. 2556 ประชากรไทยมีจำนวน 64.6 ล้านคน ประมาณว่า ประชากรวัยเด็กมีอยู่ราว 12.1 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 18.7 ของประชากรทั้งหมดในขณะที่ประชากรสูงอายุมีมากถึง 9.6 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 14.9 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2557, หน้า 22) ระดับการสูงอายุของประชากร สามารถวัดด้วย “ดัชนีการสูงวัย” (Index of Ageing) โดยเป็นอัตราส่วนระหว่างประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ต่อประชากรอายุต่ำกว่า 15 ปี คูณด้วย 100 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีผู้สูงอายุที่คนต่อเด็ก 100 คนตั้งแต่ปี 2513-2583 ดัชนีการสูงวัยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตลอดเวลา ในปี 2513 มีผู้สูงอายุเพียง 11 คน ต่อเด็ก 100 คน หลังจากนั้นปี 2553 ดัชนีการสูงวัยเพิ่มสูงเป็น 67 คน และในปัจจุบัน พ.ศ.2556 ดัชนีการสูงวัยเพิ่มขึ้นสูงถึง 79 คนในปี 2561 หรืออีก 5 ปีข้างหน้า ประชากรวัยเด็กจะมีจำนวนเท่าๆ กับประชากรสูงอายุ และหลังจากนั้นประเทศไทยจะมีจำนวนผู้สูงอายุมากกว่าเด็กไปเรื่อยๆโดยใน พ.ศ.2583 จะมีจำนวนผู้สูงอายุสูงถึง 251 คน ต่อเด็ก 100 คน โครงสร้างอายุของประชากรไทยมีแนวโน้มที่จะสูงอายุขึ้นไปเรื่อยๆ ซึ่งจะก่อให้เกิดปรากฏการณ์สำคัญ คือ การมีจำนวนผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มากกว่าจำนวนเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) เป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ของประเทศไทยในปี 2561 หรือในอีก 5 ปีข้างหน้า ดัชนีการสูงวัย จะมีค่าสูงกว่า 100 ในปี 2561 เมื่อโครงสร้างประชากร เริ่มขยับไปสู่การมีประชากรสูงอายุมากขึ้นเรื่อยๆ สัดส่วนของประชากรวัยทำงาน ที่จะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก็จะลดน้อยลง ซึ่งคำนวณโดยการหารจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปี และมากกว่า ด้วยจำนวนประชากรในวัยแรงงาน (อายุ 15 – 59 ปี) พบว่า ในปี พ.ศ. 2533 มีประชากรวัยแรงงาน 10 คน ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ 1 คน และยังมีการประมาณการว่า ในปี พ.ศ. 2563 ภาระของประชากรวัยแรงงาน ในการดูแลผู้สูงอายุจะเพิ่มสูงขึ้น เพราะประชากรวัยแรงงาน ประมาณ 4 คน จะต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553) ดังนั้น เพื่อเป็นการเตรียมรับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว รัฐบาลจึงได้กำหนดให้การเตรียมความพร้อมสังคมไทยสู่สังคมผู้สูงอายุ เป็นยุทธศาสตร์หนึ่งในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และมีการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) และได้มีการวางแผน กำหนดเป็นนโยบายด้านผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศผู้สูงอายุเพื่อใช้วิเคราะห์

สถานการณ์ เป็นพื้นฐานในการวางแผนการให้บริการ ได้อย่างสอดคล้องตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุและชุมชน อาทิเช่น การกำหนดในมติสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติ พ.ศ. 2553 เรื่อง การบริหารจัดการงานผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่น โดยระบุให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง จะต้องมียุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ ที่ชัดเจนในการบริหารจัดการงานผู้สูงอายุ ในท้องที่รับผิดชอบของตน ในการจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุ ที่จำแนกคุณลักษณะ สภาพปัญหาและความต้องการเพื่อใช้เป็นพื้นฐานในการจัดทำแผนงาน กิจกรรมและการบริการที่สอดคล้องเหมาะสม ตรงกับความต้องการที่จำเป็นของผู้สูงอายุแต่ละประเภท เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ครอบคลุมอย่างทั่วถึงต่อเนื่องและเป็นปัจจุบัน

ในภูมิภาคตะวันออก กลุ่มจังหวัดภาคตะวันออกมีสัดส่วนผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2553 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.6 เป็นร้อยละ 15.4 วัยทำงานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 68 เป็นร้อยละ 70.7 และวัยเด็กลดลงจากร้อยละ 20.5 เป็นร้อยละ 13.9 จังหวัดที่มีผู้สูงอายุมากที่สุด คือ จังหวัดชลบุรี รองลงมา คือ จังหวัดจันทบุรี สำหรับจังหวัดที่มีอัตราพึ่งพิงสูงที่สุด คือ จังหวัดตราด รองลงมาคือ จังหวัดจันทบุรี โดยที่แนวโน้มจำนวนวัยเด็ก วัยแรงงาน วัยสูงอายุ และอัตราส่วนการเป็นภาระต่อประชากรวัยแรงงาน ปี 2553 และ ปี 2563 เปรียบเทียบกับจังหวัดในกลุ่มภาคตะวันออก พบว่า อัตราส่วนการเป็นภาระต่อประชากรวัยแรงงาน 100 คน อัตราพึ่งพิงวัยสูงอายุ ของภาคตะวันออก มีอัตราส่วน 15.4 เมื่อเปรียบเทียบกับระดับประเทศที่มี อัตราพึ่งพิงวัยสูงอายุต่อประชากรวัยแรงงาน 100 คน เป็น 17.6 ซึ่งมีอัตราการพึ่งพิงที่ค่อนข้างสูงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ (สำนักงานสถิติ, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2557) การมีจำนวน และสัดส่วนประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้มีระยะเวลาที่ค่อนข้างสั้น ในการเตรียมรองรับการดูแลผู้สูงอายุที่จะเพิ่มขึ้น ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชนจำเป็นต้องร่วมมือร่วมใจเป็นพลังในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพ การดูแลให้ความสนใจกับเรื่องสุขภาพของตนเองให้มากขึ้นเพื่อที่จะได้ใช้ชีวิตอย่างมีความสุขทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ สามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี มีสุขภาพดี รู้เท่าทันปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากความเสื่อมของร่างกายตามวัย ดังนั้น การประเมินความรู้ การปฏิบัติและทัศนคติของผู้สูงอายุ ครอบครัวและผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในภาคตะวันออก เป็นสิ่งสำคัญ และเป็นพื้นฐานในการพัฒนาระบบการจัดการความรู้เพื่อสร้างคลังความรู้ให้ชุมชนในภาคตะวันออกสามารถเรียนรู้ ต่อยอด และพัฒนาความรู้สู่การนำไปปฏิบัติตัวให้เหมาะสมตรงกับความต้องการเป็นรายบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น กลุ่มสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งเป็นมหาวิทยาลัยชั้นนำในภาคตะวันออก จึงได้ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสำนักงานสาธารณสุขในภาคตะวันออก ศึกษาวิจัยโดยใช้ความมีส่วนร่วมตามกระบวนการจัดการความรู้ มาใช้ในการพัฒนาองค์ความรู้ และรูปแบบการจัดการความรู้ ด้านสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกันเพื่อใช้เป็นพื้นฐานในการนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในภาคตะวันออก
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนภาคตะวันออก

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีวิจัยแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ในการสร้างเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้เกิดการถ่ายทอดองค์ความรู้และต่อยอดประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในกลุ่มชุมชนภาคตะวันออก ได้แก่ ชุมชมผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ องค์กรที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ สถานบริการสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อประเมินการเรียนรู้ของชุมชนเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในภาคตะวันออก และพัฒนารูปแบบการจัดการความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนภาคตะวันออก โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้เป็นเครื่องมือ

สถานที่ในการศึกษาวิจัย

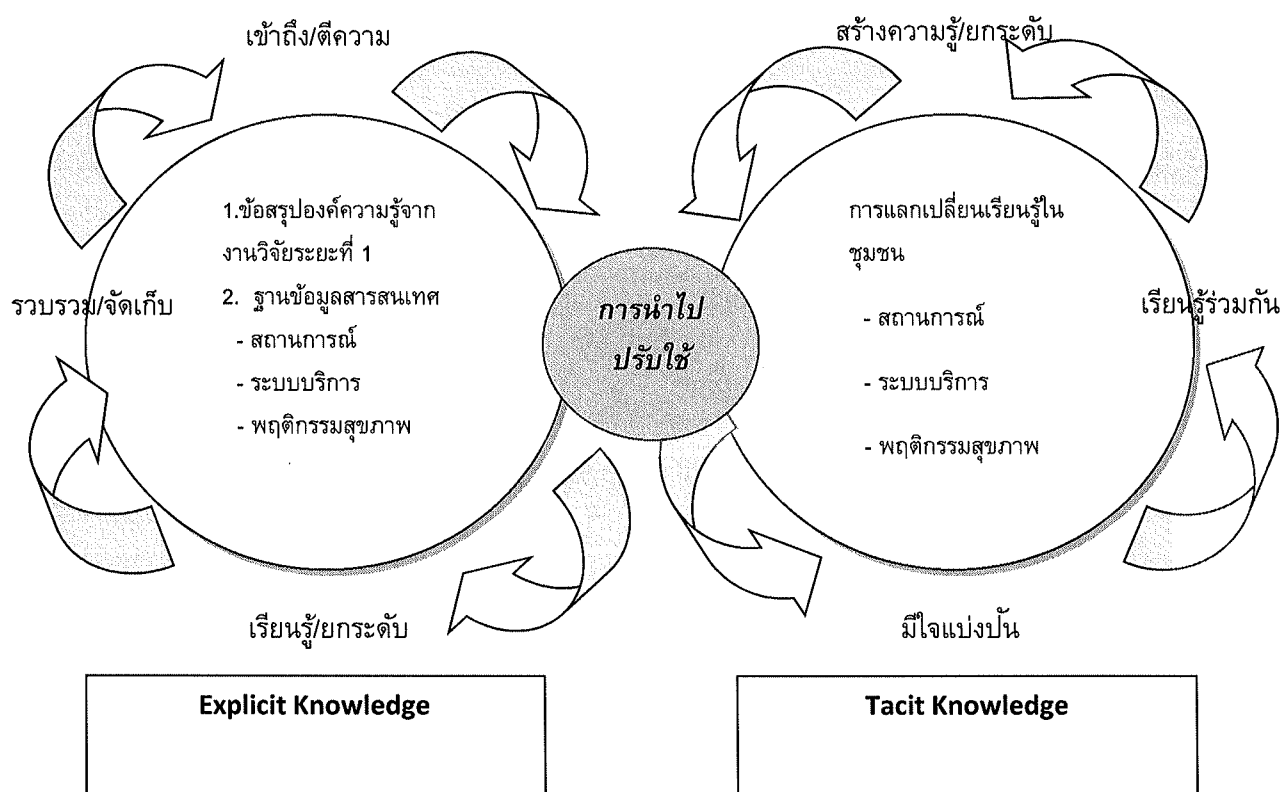
ภาคตะวันออก ประเทศไทย

ระยะเวลาศึกษาวิจัย

1 ปี (ปีงบประมาณ 2557 ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2556 - กันยายน 2557)

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การจัดการความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ



ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ชุมชนในภาคตะวันออก กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ หน่วยงานหรือองค์กรที่ดูแลผู้สูงอายุ

1. สามารถเข้าถึงและนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานและใช้ประโยชน์ได้จากข้อมูลสารสนเทศ และฐานข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างสะดวก รวดเร็ว

2. กลุ่มชุมชนและสมาชิกในชุมชนภาคตะวันออกได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในการต่อยอดองค์ความรู้จากการศึกษาวิจัย เอกสารตำรา และผลการวิเคราะห์วิจัย กับประสบการณ์ตรงจากชุมชน สร้างความมีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์ความรู้ในระดับบุคคล

3. พัฒนาค้นหาความรู้จากตัวบุคคล และเผยแพร่สู่ฐานข้อมูลผู้สูงอายุเป็นแหล่งเรียนรู้ในชุมชน

นิยามศัพท์เฉพาะ

การจัดการความรู้ หมายถึง การรวบรวมองค์ความรู้ที่มีอยู่ในองค์กร ซึ่งกระจัดกระจายอยู่ในตัวบุคคลหรือเอกสาร มาพัฒนาให้เป็นระบบ เพื่อให้ทุกคนในองค์กรสามารถเข้าถึงความรู้ และพัฒนาตนเองให้เป็นผู้รู้ รวมทั้งปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้องค์กรมีความสามารถในเชิงแข่งขันสูงสุด โดยที่ความรู้มี 2 ประเภท คือ 1) ความรู้ที่ฝังอยู่ในคน (Tacit Knowledge) เป็นความรู้ที่ได้จากประสบการณ์ พรสวรรค์หรือสัญชาตญาณของแต่ละบุคคลในการทำความเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ เป็นความรู้ที่ไม่สามารถถ่ายทอดออกมาเป็นคำพูดหรือลายลักษณ์อักษรได้โดยง่าย เช่น ทักษะในการทำงาน งานฝีมือ หรือการคิดเชิงวิเคราะห์ บางครั้ง จึงเรียกว่าเป็นความรู้แบบนามธรรม 2) ความรู้ที่ชัดแจ้ง (Explicit Knowledge) เป็นความรู้ที่สามารถรวบรวม ถ่ายทอดได้ โดยผ่านวิธีต่าง ๆ เช่น การบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร ทฤษฎี คู่มือต่าง ๆ และบางครั้งเรียกว่าเป็นความรู้แบบรูปธรรม

กระบวนการจัดการความรู้ หมายถึง กระบวนการที่จะช่วยให้เกิดพัฒนาการของความรู้ หรือการจัดการความรู้ที่จะเกิดขึ้นภายในองค์กร มีทั้งหมด 7 ขั้นตอน

1. การบ่งชี้ความรู้ เป็นการพิจารณาว่าองค์กรมีวิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์ เป้าหมายคืออะไร และเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย เราจำเป็นต้องใช้อะไร ขณะนี้เรามีความรู้อะไรบ้าง อยู่ในรูปแบบใดอยู่ที่ใคร
2. การสร้างและแสวงหาความรู้ เช่นการสร้างความรู้ใหม่ แสวงหาความรู้จากภายนอก รักษาความรู้เก่า กำจัดความรู้ที่ใช้ไม่ได้แล้ว
3. การจัดความรู้ให้เป็นระบบ เป็นการวางโครงสร้างความรู้ เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการเก็บความรู้อย่างเป็นระบบในอนาคต
4. การประมวลและกลั่นกรองความรู้ เช่น ปรับปรุงรูปแบบเอกสารให้เป็นมาตรฐาน ใช้ภาษาเดียวกัน ปรับปรุงเนื้อหาให้สมบูรณ์
5. การเข้าถึงความรู้ เป็นการทำให้ผู้ใช้ความรู้เข้าถึงความรู้ที่ต้องการได้ง่ายและสะดวก เช่นระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT) Web board บอร์ดประชาสัมพันธ์ เป็นต้น
6. การแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ ทำได้หลายวิธีการ โดยกรณีที่เป็นความรู้ชัดแจ้ง (Explicit Knowledge) อาจจัดทำเป็นเอกสาร ฐานความรู้ เทคโนโลยีสารสนเทศ หรือกรณีที่เป็นความรู้ฝังลึก (Tacit Knowledge) จัดทำเป็นระบบทีมข้ามสายงาน กิจกรรมกลุ่มคุณภาพและนวัตกรรม ชุมชนแห่งการเรียนรู้ ระบบพี่เลี้ยง การสับเปลี่ยนงาน การยืมตัว เวทีแลกเปลี่ยนความรู้ เป็นต้น
7. การเรียนรู้ ควรทำให้การเรียนรู้เป็นส่วนหนึ่งของงาน เช่น เกิดระบบการเรียนรู้จากสร้างองค์ความรู้ การนำความรู้ในไปใช้ เกิดการเรียนรู้และประสบการณ์ใหม่ และหมุนเวียนต่อไปอย่างต่อเนื่อง

ผู้สูงอายุ หมายถึง ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เฉพาะที่อาศัยอยู่ในเขตภาคตะวันออก ที่มีการแบ่งภูมิภาคตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 9 จังหวัด ได้แก่ ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด สระแก้ว ปราจีนบุรี นครนายกและสมุทรปราการ

การดูแลสุขภาพ หมายถึง การดูแลตนเองมีผลต่อสุขภาพ ตามแนวคิดของสมิท (Smith, 1983) โดยระบุว่า การดูแลตนเองเกี่ยวข้องกับสุขภาพ 4 รูปแบบ ตาม “Smith’s model of health” คือ

1. รูปแบบทางคลินิก (Clinical model) สุขภาพ หมายถึง การปราศจากอาการ อาการแสดงของพยาธิสภาพ หรือการที่บุคคลปราศจากความพิการ เป็นการรักษาสอดคล้องทางด้านสรีรวิทยา ซึ่งบุคคลจะรอให้เกิดอาการและอาการแสดงแล้วจึงมุ่งรักษาโรค ผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง มีต่ออัตราการตาย อัตราความเจ็บป่วยพิการ การใช้สถานที่บริการสุขภาพ และค่าใช้จ่ายในการรักษา

2. รูปแบบทางการปฏิบัติตัวตามบทบาท (Role performance model) สุขภาพ หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติหน้าที่ตามที่สังคมคาดหวังได้ครบถ้วน การดูแลตนเองมีผลต่อสุขภาพในด้านการทำบทบาท ความสามารถในการทำหน้าที่ ทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันอย่างมีอิสระ หรืออย่างพึงพา

3. รูปแบบด้านการปรับตัว (Adaptation model) สุขภาพ หมายถึง ความเชื่อว่าบุคคลมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมอย่างจริงจังและตลอดเวลาเพื่อรักษาดุลยภาพกับสิ่งแวดล้อมเป็นความสามารถในการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมที่ทำนาย รวมทั้งสิ่งแวดล้อมทางสังคม และสิ่งที่คุกคามทางกายภาพ สุขภาพที่ดีจะเป็นความยืดหยุ่นในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างสมดุลเป็นการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับชีวิต ผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง คือ การเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดการความเครียดที่เกี่ยวข้องกับอาการและความสามารถในการจัดกระทำ

4. รูปแบบด้านความผาสุก (Eudemonistic model) คำว่า Eudemonistic หมายถึง ความผาสุก (Well - being) ความสุข (Happiness) สุขภาพ หมายถึง ความเชื่อว่าการที่บุคคลสามารถกระทำตามบทบาทที่ได้รับมอบหมาย และมีศักยภาพทั้งด้านร่างกาย อารมณ์สังคม และจิตวิญญาณ สุขภาพเป็นภาวะที่มีความผาสุกที่ไม่หยุดนิ่งและเป็นความภาคภูมิใจในตนเอง สามารถปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและชุมชนได้บุคคลที่มีภาวะสุขภาพแข็งแรงสามารถจะทำงานได้หตามหน้าที่รับผิดชอบอย่างมีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง คือความผาสุก ความกลมกลืนและความพอดี

ภาคตะวันออก หมายถึง ภูมิภาคตะวันออกของประเทศไทย ประกอบด้วย จังหวัดที่มีการแบ่งภูมิภาคตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 9 จังหวัด ได้แก่ ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด สระแก้ว ปราจีนบุรี นครนายกและสมุทรปราการ

ผู้ดูแล หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ หรือสมาชิกในครอบครัวซึ่งเจ็บป่วย พิการ หรือเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ไม่สามารถดูแลจัดการตนเองได้ โดยผู้ดูแลจะมีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติ และให้การดูแลโดยไม่ได้มุ่งหวังค่าตอบแทน

ครอบครัว หมายถึง ครอบครัวของผู้สูงอายุ ที่มีการอาศัยอยู่ร่วมกันของกลุ่มบุคคลที่เป็นสมาชิก ซึ่งมีความสัมพันธ์กันผูกพันกัน เช่น ความสัมพันธ์ทางสายเลือด หรือการรับเป็นบุตรบุญธรรม สมาชิกที่มีความสัมพันธ์กันและมีบทบาทและหน้าที่แตกต่างกัน เช่น เป็นบิดา เป็นมารดา เป็นสามีหรือภรรยา หรือเป็นบุตร เป็นต้น

ชุมชน หมายถึง ชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือในฐานะที่เป็นองค์กร หรือบุคคล ที่มีหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนนั้น ๆ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัย ได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม
2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
3. ความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ
4. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการความรู้
5. แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

คำว่า “องค์รวม” หรือ “holism” มาจากคำว่า Holos หรือ Whole ในภาษากรีก หมายถึง ความ เป็นจริงทั้งหมด หรือความสมบูรณ์ทั้งหมดของสิ่ง(Wholeness) มีเอกลักษณ์และเป็นเอกภาพ (unity) ที่มีอาจแบ่งแยกเป็นส่วนย่อยได้ (รุจินาถ อรรถสิทธิ์ , อ้างถึงใน ปัจจุบัน เหมหงษา, 2541, หน้า 48)

สุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health)

การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เป็นการดูแลสุขภาพที่มีการบูรณาการความรู้ดั้งเดิมเข้ากับการบำบัดเสริม เพื่อส่งเสริมให้เกิดสุขภาพที่ดี และป้องกันรักษาโรค ในปัจจุบันมีการนำการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมไปใช้ในการบำบัดรักษาคนไข้หรือผู้ที่มีความไม่สบาย ทำให้เกิดเป็นการแพทย์แบบองค์รวมขึ้น (Holistic Medicine) การแพทย์แบบองค์รวมได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายในหลายประเทศ เปรียบเสมือนปรัชญาการสร้างสุขภาพและการรักษาโรค ซึ่งจะพิจารณาองค์ประกอบทุกอย่างของมนุษย์ ไม่ว่าจะเป็นร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ นอกจากนี้ยังมุ่งเน้นไปที่การให้ผู้เข้ารับ การบำบัดเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดรักษา หรือปฏิบัติตนเพื่อให้หายจากโรคภัยด้วยตนเอง จะเห็นได้ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงบทบาทพฤติกรรมสุขภาพจาก “เชิงรับ” มาเป็น “เชิงรุก” ในบางครั้งเรียกการแพทย์แบบองค์รวม ว่าเป็นการแพทย์ทางเลือก (Alternative Medicine) โดยไม่ได้จำกัดอยู่ที่วิธีใดวิธีหนึ่ง หากแต่ครอบคลุมถึงการวินิจฉัยโรค การบำบัดรักษา และการส่งเสริมสุขภาพ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้ให้คำนิยามของสุขภาพ (Health) หมายถึงความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ส่วนคำนิยามสุขภาพะ (Well-Being) คือ การที่สุขภาพทาง

กาย ทางจิตใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณอยู่กันอย่างสมดุล (ดวงกมล ศักดิ์เลิศสกุล, 2549 อ้างถึงใน ปรถ ปรุพีทอง, 2547 และ Mathai, 2005)

สุขภาวะ (Well-Being) คือการมีสุขภาพดี มีความรู้สึกเป็นสุข ความสมดุล ความเป็นองค์รวมของ 4 มิติ คือ กาย จิต สังคม ปัญญาหรือจิตวิญญาณ ที่บูรณาการอยู่ในการพัฒนามนุษย์และสังคม เพื่อสร้าง “ความอยู่เย็นเป็นสุข” (ดวงกมล ศักดิ์เลิศสกุล, 2549 อ้างถึงใน กองบรรณาธิการใกล้หมอ, 2547)

สุขภาวะทางจิตใจ (Mental Health) หมายถึง จิตใจที่มีความสุข รื่นเริง คล่องแคล่ว ไม่มีความเครียด มีสติสัมปชัญญะ และความคิดอ่านตามควรแก่อายุ (ดวงกมล ศักดิ์เลิศสกุล, 2549 อ้างถึงใน ประเวศ วะสี, 2543 และสตันน์ หัตถิรัตน์, 2548) หรือกล่าวได้ว่าจิตใจเป็นตัวเชื่อมระหว่างภายในและภายนอกตัวอย่างเช่น การทำสมาธิ เทคนิคการ Deep Relaxations เพื่อเป็นการเพิ่มสมาธิและช่วยให้สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ การทำสมาธิและการใช้น้ำมันสมุนไพร Mass therapy และการกดจุด ซึ่งเป็นการทำให้มีการเคลื่อนไหวของพลังงานภายใน (ดวงกมล ศักดิ์เลิศสกุล, 2549 อ้างถึงใน Mathai, 2005)

สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางร่างกาย (Physical Health) หมายถึง ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลัง ไม่เป็นโรค ไม่พิการ มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ (ดวงกมล ศักดิ์เลิศสกุล, 2549 อ้างถึงใน ประเวศ วะสี, 2543) โดนในการแพทย์แบบองค์รวมจะเน้นไปที่การคลายความตึงของกล้ามเนื้อโดยการถ่ายทอดพลังงานผ่านทางกรวด ได้แก่ วารีบำบัด การพอกหน้าด้วยผักและโคลนพอก การบำบัดโดยการสัมผัส (Touch Therapy)

สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม (Social Health) หมายถึง ความสามารถในการอยู่ร่วมกันในสังคม มีความสุข สันติภาพ มีระบบการบริการที่ดี

สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ (Spiritual Health) เป็นความสุขที่เกิดจากการเข้าใจธรรมชาติ เข้าใจความจริงแห่งชีวิตและสรรพสิ่ง จนเกิดความรู้ (ดวงกมล ศักดิ์เลิศสกุล, 2549 อ้างถึงใน สตันน์ หัตถิรัตน์, 2548)

สมาคมการแพทย์แบบองค์รวมของสหรัฐอเมริกาได้ให้คำจำกัดความของสุขภาพแบบองค์รวม 2 แบบ (ดวงกมล ศักดิ์เลิศสกุล, 2549 อ้างถึงใน Walter, 2005) ดังนี้

1. สุขภาพแบบองค์รวม คือทุกส่วนของร่างกาย ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างร่างกาย และจิตใจ หรือร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ หรือ ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ เมื่อนำไปประยุกต์ใช้กับการรักษาจะเรียกว่าการรักษาแบบองค์รวม (Holistic Medicine) ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับปัจจัย 3 อย่าง คือ สาเหตุของการเกิดโรค การเพิ่มความเกี่ยวข้องของผู้ป่วย และการพิจารณาการรักษาแผนปัจจุบัน (Allopathic) และ การรักษาแบบทางเลือก (Alternative)

2. สุขภาพแบบองค์รวม หมายถึงการดูแลสุขภาพแบบทางเลือก เป็นการเปลี่ยนการรักษาจากการแพทย์แผนปัจจุบันและใช้การรักษาแบบทางเลือก

ดังนั้นสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health) เป็นปรัชญาของการมีสุขภาพที่ดี โดยพิจารณาถึงทุก ๆ องค์ประกอบในร่างกาย ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ไม่ได้พิจารณาเฉพาะโรคที่เป็นหรือเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย แต่จะพิจารณาจากปฏิกริยาความสัมพันธ์ระหว่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสภาพแวดล้อม ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ และความสัมพันธ์ดังกล่าวต้องอยู่ในภาวะสมดุลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการมีสุขภาพที่ดีที่สุด

สำหรับคำจำกัดความของสุขภาพแบบองค์รวมของไทย ตาม (ร่าง) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ระบุไว้ว่า เป็นสุขภาพที่สมบูรณ์และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวม ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ไม่ได้หมายถึงความไม่พิการและการไม่มีโรคเท่านั้น โดย (ร่าง)

พระราชบัญญัติสุขภาพได้จำแนกภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ระบบการแพทย์แผนไทย เป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยอาศัยความรู้ความสามารถเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยที่ถ่ายทอดและพัฒนาสืบต่อกันมาตั้งแต่ในอดีต เช่น การรักษาด้วยการใช้สมุนไพร การนวด ประคบ การใช้ธรรมชาติบำบัด การนั่งสมาธิ
2. ระบบแพทย์พื้นบ้าน คือ ระบบการดูแลสุขภาพกันเองในชุมชน จนเป็นส่วนหนึ่งของวิถีการดำเนินชีวิต
3. การแพทย์ทางเลือก หมายถึง ระบบการแพทย์อื่นๆ ที่ไม่ใช้การแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย หรือใช้แพทย์พื้นบ้าน เช่น โยคะ ชี่กง หรือการฝังเข็ม

ปัจจุบันการแพทย์แผนไทยได้เปิดให้บริการสุขภาพที่เน้นการให้บริการแบบองค์รวม หรือไทยสัปปายะ โดยสัปปายะ เป็นคำมาจากภาษาบาลี แปลว่า สภาพเอื้อเกื้อหนุน ช่วยให้เป็นอย่าง ทำกิจกรรม หรือดำเนินกิจกรรมได้ผลดี ไทยสัปปายะจะเป็นการรวมภูมิความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย ทั้งองค์ความรู้ด้านการใช้สมุนไพรไทย หัตถบำบัดด้วยการนวดแผนไทย และสปาแบบไทยที่มีการรักษาด้วยอาหาร การบำบัดด้วยน้ำ การบำบัดด้วยกลิ่น การสร้างความแข็งแรงให้กับจิตใจด้วยการนั่งสมาธิ การทำฤๅษีตัดตน รวมทั้งกายบริหารแบบต่างๆ โดยทั้งหมด อยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม (ดวงกมล ศักดิ์เลิศสกุล, 2549 อ้างถึงใน กองบรรณาธิการใกล้หมอ, 2547)

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

การดูแลตนเอง ประกอบด้วยคำว่า “ดูแล” กับ “ตนเอง” ตามพจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525ให้ความหมายดูแล คือ เอาใจใส่ ปกปรักรักษา ปกครอง ตน คือ ตัว (ตัวคน) เมื่อรวมคำว่า ดูแลตนเอง จึงหมายถึง เอาใจใส่ ในตัวคนนั่นเอง หรือปกปรัก ปกครองตนเอง การดูแลตนเองถูก

อธิบายในลักษณะของมโนทัศน์กรอบแนวคิด รูปแบบ ทฤษฎีกระบวนการ การเคลื่อนไหว หรือ ปราบกฎการณ์(Gantz,1990 อ้างถึงใน อรสา พันธุ์ภักดี 2542) ความหมายการดูแลตนเองจะต่างกันในแต่ละสาขาวิชาชีพ

มีผู้ให้นิยามการดูแลสุขภาพของตนเอง มีดังนี้

เลวิน (Levine Cited in Hill & Smith, 1985 : 8) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลหนึ่งๆ ทำหน้าที่โดยตัวเองและเพื่อตัวเอง ในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนการสืบค้นหาโรคและการรักษาขั้นต้นด้วยตนเอง

สไตเกอร์และลิปสัน (Steiger & Lipson, 1985 : 12) ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่าเป็นกิจกรรมที่ริเริ่มกระทำโดย บุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อให้บรรลุหรือคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพให้ดีที่สุด

นูริส (พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, 2530: 9; อ้างอิงจาก Noris) ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพตนเอง คือ กระบวนการที่ประชาชนและครอบครัว มีโอกาสที่จะช่วยเหลือตนเองและรับผิดชอบตนเองด้านสุขภาพอนามัย โดยพัฒนาศักยภาพความสามารถ เพื่อการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง

สมจิต หนูเจริญกุล (2536 : 22-23) กล่าวว่า การดูแลตนเองหมายถึงการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจ และมีเป้าหมาย (Deliberate Action) และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปถึงขีดสูงสุด

เพนเดอร์ (Pender, 1987 :150) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติที่บุคคลริเริ่ม และกระทำในวิถีทางของตนเองเพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน

แกนท์ (Gantz,1990) ให้ความหมาย ของการดูแลตนเองว่า สามารถจำแนกเป็นแบบแผนได้ 2 แบบแผน คือการดูแลตนเองในแบบที่เป็นการกระทำพฤติกรรมหรือกระบวนการ และการดูแลตนเองในแบบที่เป็นเป้าหมาย

เลวิน (Levin,1976) แพทย์ที่ถูกยกยอมรับว่าเป็น บิดาของการดูแลตนเอง ได้ให้ความหมายการดูแลตนเองว่า หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การสืบค้นหาโรคและการรักษาในระดับปฐมภูมิของระบบบริการสุขภาพ

เลวิน คาร์ซ และ โฮลสท์ (Levin, Katz & Holst, 1979) ได้ขยายความหมายของการดูแลตนเองเพิ่มเติมว่า เป็นกระบวนการตัดสินใจ เกี่ยวข้องกับการสังเกตตนเอง การรับรู้อาการและวินิจฉัย การตัดสินใจความรุนแรง และการเลือก รวมทั้งการประเมินทางเลือกในการรักษา

โอเรียม (Orem, 1991) สนใจเรื่องการดูแลตนเองที่มองการดูแลตนเอง เป็น กระบวนการการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจ และมีเป้าหมาย ประกอบด้วย 2 ระยะ ระยะที่ 1

เป็นระยะของการพิจารณาและตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ ระยะที่ 2 เป็นการกระทำและผลของการกระทำ โอเร็มได้จำแนกพฤติกรรมดูแลตนเองออกเป็น 3 สถานะ

1. ความต้องการการดูแลตนเองทั่วไปในภาวะปกติ (Universal self – care requisite) คือ
 - 1.1 การคงไว้ซึ่งอากาศที่เพียงพอ
 - 1.2 การคงไว้ซึ่งอาหารและน้ำที่เพียงพอ
 - 1.3 การคงไว้ซึ่งการขยับถ่าย และระบายของเสียให้เป็นไปตามปกติ
 - 1.4 การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมและการพักผ่อน
 - 1.5 การคงไว้ซึ่งการรักษาความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียว และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
 - 1.6 การป้องกันอันตรายต่อชีวิต การปฏิบัติหน้าที่และความเป็นอยู่ที่ดี
 2. ความต้องการดูแลตนเองตามพัฒนาการ (Developmental self-care requisite) คือ
 - 2.1 ความต้องการตามระดับพัฒนาการในวัย
 - 2.2 ความต้องการตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิต
 3. ความต้องการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self–care requisite) คือ
 - 3.1 การแสวงหาบริการสุขภาพ
 - 3.2 การรับรู้ความสนใจต่อโรค และผลกระทบของโรคต่อตนเอง
 - 3.3 การปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษา พึ่งพาและป้องกันโรค
 - 3.4 การเฝ้าระวังผลข้างเคียงของโรค
 - 3.5 การปรับภาพลักษณ์และจิตมโนทัศน์
 - 3.6 การยอมรับภาวะสุขภาพ และการเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตตามสภาพที่เกิดขึ้นโดยกำหนดเป้าหมายของการกระทำพฤติกรรมดูแลตนเองว่า
 - 3.6.1 เพื่อเป็นการประคับประคองกระบวนการชีวิตและสนับสนุนการดำเนินชีวิตปกติสุข
 - 3.6.2 เพื่อคงไว้ซึ่งการเจริญเติบโตพัฒนาการและวุฒิภาวะที่เหมาะสม
 - 3.6.3 เพื่อป้องกัน ควบคุม บำบัดรักษา โรคภัยไข้เจ็บ และการได้รับอันตรายต่างๆ
 - 3.6.4 เพื่อป้องกันหรือปรับตัวให้สอดคล้องกับความบกพร่องของสมรรถนะ
 - 3.6.5 เพื่อส่งเสริมความผาสุก
- บารอฟสกี (Barofsky, 1978) นักจิตวิทยา ให้ความหมายการดูแลตนเองในลักษณะที่

การดูแลตนเองเป็นปรากฏการณ์หนึ่งที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด อัตมโนทัศน์ความเชื่อด้านสุขภาพ และ พฤติกรรม (Cognitive behavior model) พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา และความเชื่อในสมรรถนะตนเอง (Self-efficacy) เป็นการกระทำที่จิตใจของบุคคลอาจมีเหตุผลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยแบ่งการดูแลตนเองเป็น 3 แบบ คือ

1. การดูแลตนเองในการบรรเทาความเจ็บป่วย
2. การดูแลตนเองในการรักษาหรือเผชิญกับอาการ
3. การดูแลตนเองในการป้องกันอันตรายที่จะมีผลต่อสวัสดิภาพ กระบวนการ

ทำหน้าที่ของร่างกาย

การดูแลตนเองจึงมีเป้าหมายเพื่อปรับ ควบคุมให้กระบวนการทำงานทางร่างกายเป็นปกติ ดีน (Dean, 1989) เน้นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ คือ การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งมีรูปแบบของการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมและทัศนคติต่อพฤติกรรม การให้คุณค่า ความเชื่อที่เรียนรู้ในสังคมวัฒนธรรม มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนั้นบุคคลจะยอมรับหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ จึงขึ้นอยู่กับสังคม วัฒนธรรมมากกว่าการตัดสินใจเฉพาะบุคคล

คิกบวช (Kickbusch, 1989) มีความเห็นว่า การดูแลตนเองเกี่ยวข้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่บุคคลยอมรับที่จะจัดการตนเอง ในการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และการกำกับประเมินตนเอง มีการตัดสินใจ การใช้ยาด้วยตนเอง และการรักษาตนเอง

สมิท (Smith, 1983) ให้ความเห็นเกี่ยวกับ การดูแลตนเองในทัศนะที่เป็นผลลัพธ์ คือ การดูแลตนเองมีผลต่อสุขภาพ โดยชี้ให้เห็นว่า การดูแลตนเองเกี่ยวข้องกับสุขภาพ 4 รูปแบบ โดยเสนอ "Smith's model of health" ได้แก่

1. รูปแบบทางคลินิก (Clinical model) รูปแบบนี้ให้ความหมายสุขภาพเป็นการปราศจากอาการ อาการแสดงของพยาธิสภาพ หรือการที่บุคคลปราศจากความพิการ เป็นการรักษาสมดุทางด้านสรีรวิทยาซึ่งบุคคลจะรอให้เกิดอาการและอาการแสดงแล้วจึงมุ่งรักษาโรค ผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง มีต่ออัตราการตาย อัตราความเจ็บป่วยพิการ การใช้สถานที่บริการสุขภาพ และค่าใช้จ่ายในการรักษา

2. รูปแบบทางด้านการปฏิบัติตัวตามบทบาท (Role performance model) เป็นรูปแบบที่ให้ ความหมายสุขภาพเป็นความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติหน้าที่ตามที่สังคมคาดหวังได้ครบถ้วน การดูแลตนเองมีผลต่อสุขภาพในด้านการทำบทบาท ความสามารถในการทำหน้าที่ ทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันอย่างมีอิสระ หรืออย่างพึงพา

3. รูปแบบด้านการปรับตัว (Adaptation model) รูปแบบนี้เชื่อว่าบุคคลมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมอย่างจริงจังและตลอดเวลาเพื่อรักษาดุลยภาพกับสิ่งแวดล้อม เป็นความสามารถในการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมที่ทำนาย รวมทั้งสิ่งแวดล้อมทางสังคม และสิ่งที่คุกคามทางกายภาพ สุขภาพที่ดีจะเป็นความยืดหยุ่นในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างสมดุลเป็นการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับชีวิต ผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง คือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การจัดการความเครียดที่เกี่ยวข้องกับอาการและความสามารถในการจัดการกระทำ

4. รูปแบบด้านความผาสุก (Eudemonistic model) คำว่า Eudemonistic หมายถึง ความผาสุก (Well - being) ความสุข (Happiness) รูปแบบนี้เชื่อว่าคนที่บุคคลสามารถกระทำตามบทบาทที่ได้รับมอบหมาย และมีศักยภาพทั้งด้านร่างกาย อารมณ์สังคม และจิตวิญญาณ สุขภาพเป็นภาวะที่มีความผาสุกที่ไม่หยุดนิ่งและเป็นความภาคภูมิใจในตนเอง สามารถปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและชุมชนได้ บุคคลที่มีภาวะสุขภาพแข็งแรงสามารถจะทำงานได้ตามหน้าที่รับผิดชอบอย่างมีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง คือความผาสุก ความกลมกลืนและความพอดี

ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ

บุคคลเมื่อก้าวสู่วัยสูงอายุ ซึ่งเป็นวัยท้ายของชีวิต เป็นช่วงที่ควรได้รับการช่วยเหลือ ประคับประคองจากสังคม ในสังคมไทยมีวัฒนธรรมในการดูแลพ่อ-แม่ ญาติ ผู้สูงอายุ แต่ปัจจุบันต้องยอมรับว่าสภาพเศรษฐกิจ และสังคมเปลี่ยนไป ย่อมมีผลกระทบต่อวัฒนธรรม และวิถีชีวิตของคนไทย ซึ่งย่อมมีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ อย่างไรก็ตาม สังคมควรตระหนักถึงการยอมรับความรับผิดชอบ ต่อกลุ่มผู้สูงอายุเพราะเป็นวัยที่สภาพร่างกาย จิตใจ และสถานภาพทางสังคมเปลี่ยนแปลงเสื่อมถอยลงตามธรรมชาติ

ความต้องการของผู้สูงอายุ แบ่งได้ดังนี้

1. ความต้องการทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ

- 1.1 ต้องการมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง สมบูรณ์
- 1.2 ต้องการมีผู้ช่วยเหลือดูแลอย่างใกล้ชิด
- 1.3 ต้องการที่อยู่อาศัยที่สะอาด อากาศดี สิ่งแวดล้อมดี
- 1.5 ต้องการอาหารการกินที่ถูกสุขลักษณะตามวัย
- 1.6 ต้องการมีผู้ดูแลช่วยเหลือให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดเมื่อยามเจ็บป่วย
- 1.7 ต้องการได้รับการตรวจสุขภาพ และการรักษาพยาบาลที่สะดวก รวดเร็ว

ทันทั้งที่

- 1.8 ต้องการได้รับการรักษาพยาบาลแบบให้เปล่าจากรัฐ

1.9 ความต้องการได้พักผ่อน นอนหลับอย่างเพียงพอ

1.10 ความต้องการบำรุงรักษาร่างกาย และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

1.11 ความต้องการสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

2. ความต้องการทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และสังคมจะทำให้จิตใจของผู้สูงอายุเปลี่ยนไปด้วย ผู้สูงอายุจะปรับจิตใจ และอารมณ์ไปตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และสิ่งแวดล้อม จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ จะมีการปรับปรุง และพัฒนาจิตใจของตัวเอง ให้เป็นไปในทางที่ดั่งามมากขึ้น สามารถควบคุมจิตใจได้ดีกว่าหนุ่มสาว ดังนั้น เมื่อคนเราอายุมากขึ้น ความสุขุมเยือกเย็น จะมีมากขึ้น แต่การแสดงออก จะขึ้นอยู่กับลักษณะของแต่ละบุคคล การศึกษา ประสบการณ์ และสิ่งแวดล้อม ในชีวิตของคนๆนั้น ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลง ที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ มีผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุมาก ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของจิตใจที่พบคือการรับรู้ ผู้สูงอายุจะยึดติดกับความคิด และ เหตุผลของตัวเอง การรับรู้สิ่งใหม่ๆ จึงเป็นไปได้ยาก ความจำก็เสื่อมลง การแสดงออกทางอารมณ์ การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้สูงอายุ เกี่ยวเนื่องกับการสนองความต้องการของจิตใจ ต่อการ เปลี่ยนแปลงทางสังคม ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกต่อตนเองในแง่ต่างๆ ส่วนใหญ่เป็นความท้อแท้ น้อยใจ โดยรู้สึกว่าสังคมไม่ให้ความสำคัญกับตนเอง เหมือนที่เคยเป็นมาก่อนทำให้ผู้สูงอายุ มีอารมณ์ไม่มั่นคง การกระทบกระเทือนใจเพียงเล็กน้อย จะทำให้ผู้สูงอายุเสียใจ หงุดหงิดหรือโกรธง่าย ต้องการการ ยอมรับ และเคารพยกย่องนับถือ และการแสดงออกถึงความมีคุณค่าของผู้สูงอายุ โดยสมาชิกใน ครอบครัว สังคมของผู้สูงอายุ ความสนใจสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุจะสนใจสิ่งแวดล้อม เฉพาะที่ทำให้เกิด ความพึงพอใจ และตรงกับความสนใจ ของตนเองเท่านั้นการสร้างวิถีดำเนินชีวิตของตนเอง การมีอายุ มากขึ้นคือ การเข้าใกล้กาลเวลาแห่งการสิ้นสุดของชีวิต การยอมรับสภาพดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุบางคน มุ่งสร้างความดั่งามให้แก่ตนเองเพิ่มมากขึ้น

ความผิดปกติทางจิตใจและในวัยสูงอายุ แยกเป็นกลุ่มอาการทางจิต 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

1. กลุ่มอาการทางจิตเนื่องจากสมองเสื่อม

อาการเริ่มแรกผู้ป่วยจะจำวันเวลาไม่ได้ ความจำเสื่อม ความสามารถทาง ปัญญาลดลง การปรับตัวและการตัดสินใจช้า กลุ่มอาการทางจิตเนื่องจากสมองเสื่อมมี 4 ลักษณะ คือ

1.1 สมองเสื่อม

1.2 อาการเพ้อคลั่ง

1.3 กลุ่มอาการหลงลืม

1.4 กลุ่มอาการทางอารมณ์

2. กลุ่มอาการผิดปกติด้านจิตใจและอารมณ์
3. ความต้องการทางด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ
 - 3.1 ต้องการได้รับความสนใจจากผู้อื่น
 - 3.2 ต้องการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว สังคมและหมู่คณะ
 - 3.3 ต้องการช่วยเหลือสังคมและมีบทบาทในสังคมตามความถนัด
 - 3.4 ต้องการการสนับสนุน ช่วยเหลือจากครอบครัว และสังคมทั้งทางด้านความเป็นอยู่รายได้บริการจากรัฐ
 - 3.5 ต้องการมีชีวิตร่วมในชุมชน มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนและสังคม
 - 3.6 ต้องการลดการพึ่งพาคนอื่นให้น้อยลง ไม่ต้องการความเมตตาสงสาร (ที่แสดงออกโดยตรง)
 - 3.7 ต้องการการประกันรายได้ และประกันความชราภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการความรู้

การจัดการความรู้ (Knowledge Management)

คือ การรวบรวมองค์ความรู้ที่มีอยู่ในองค์กร ซึ่งกระจัดกระจายอยู่ในตัวบุคคลหรือเอกสาร มาพัฒนาให้เป็นระบบ เพื่อให้ทุกคนในองค์กรสามารถเข้าถึงความรู้ และพัฒนาตนเองให้เป็นผู้รู้ รวมทั้งปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้องค์กรมีความสามารถในแข่งขันสูงสุด โดยที่ความรู้มี 2 ประเภท คือ

1. ความรู้ที่ฝังอยู่ในคน (Tacit Knowledge) เป็นความรู้ที่ได้จากประสบการณ์ พรสวรรค์หรือสัญชาตญาณของแต่ละบุคคลในการทำความเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ เป็นความรู้ที่ไม่สามารถถ่ายทอดออกมาเป็นคำพูดหรือลายลักษณ์อักษรได้โดยง่าย เช่น ทักษะในการทำงาน งานฝีมือ หรือการคิดเชิงวิเคราะห์ บางครั้ง จึงเรียกว่าเป็นความรู้แบบนามธรรม
2. ความรู้ที่ชัดเจน (Explicit Knowledge) เป็นความรู้ที่สามารถรวบรวม ถ่ายทอดได้ โดยผ่านวิธีต่าง ๆ เช่น การบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร ทฤษฎี คู่มือต่าง ๆ และบางครั้งเรียกว่าเป็นความรู้แบบรูปธรรม

วิจารณ์ พานิช (2549) ได้ระบุว่าการจัดการความรู้สามารถใช้เป็นเครื่องมือเพื่อการบรรลุเป้าหมายอย่างน้อย 4 ประการ ได้แก่

1. บรรลุเป้าหมายของงาน
2. บรรลุเป้าหมายการพัฒนาคน

3. บรรลุเป้าหมายการพัฒนาองค์กรไปเป็นองค์กรเรียนรู้

4. บรรลุความเป็นชุมชน เป็นหมู่คณะ ความเอื้ออาทรระหว่างกันในที่ทำงาน

การจัดการความรู้เป็นการดำเนินการอย่างน้อย 6 ประการต่อความรู้ ได้แก่

1. การกำหนดความรู้หลักที่จำเป็นหรือสำคัญต่องานหรือกิจกรรมของกลุ่มหรือองค์กร

2. การเสาะหาความรู้ที่ต้องการ

3. การปรับปรุง ดัดแปลง หรือสร้างความรู้บางส่วน ให้เหมาะต่อการใช้งานของตน

4. การประยุกต์ใช้ความรู้ในกิจการงานของตน

5. การนำประสบการณ์จากการทำงาน และการประยุกต์ใช้ความรู้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้

และสกัด “ขุมความรู้” ออกมาบันทึกไว้

6. การจดบันทึก “ขุมความรู้” และ “แก่นความรู้” สำหรับไว้ใช้งาน และปรับปรุงเป็นชุดความรู้ที่ครบถ้วน ลุ่มลึกและเชื่อมโยงมากขึ้น เหมาะต่อการใช้งานมากยิ่งขึ้น

โดยที่การดำเนินการ 6 ประการนี้บูรณาการเป็นเนื้อเดียวกัน ความรู้ที่เกี่ยวข้องเป็นทั้งความรู้ที่ชัดแจ้ง อยู่ในรูปของตัวหนังสือหรือรหัสอย่างอื่นที่เข้าใจได้ทั่วไป (Explicit Knowledge) และความรู้ฝังลึกอยู่ในสมอง (Tacit Knowledge) ที่อยู่ในคน ทั้งที่อยู่ในใจ (ความเชื่อ ค่านิยม) อยู่ในสมอง (เหตุผล) และอยู่ในมือ และส่วนอื่นๆ ของร่างกาย (ทักษะในการปฏิบัติ) การจัดการความรู้เป็นกิจกรรมที่คนจำนวนหนึ่งทำร่วมกันไม่ใช่กิจกรรมที่ทำโดย คนคนเดียว เนื่องจากเชื่อว่า “จัดการความรู้” จึงมีคนเข้าใจผิด เริ่มดำเนินการโดยรีเข้าไปที่ความรู้ คือ เริ่มที่ความรู้ นี่คือการผิดพลาดที่พบบ่อยมาก การจัดการความรู้ที่ถูกต้องจะต้องเริ่มที่งานหรือเป้าหมายของงาน เป้าหมายของงานที่สำคัญ คือ การบรรลุผลสัมฤทธิ์ในการดำเนินการตามที่กำหนดไว้ ที่เรียกว่า Operation Effectiveness และนิยามผลสัมฤทธิ์ ออกเป็น 4 ส่วน คือ

1) การสนองตอบ (Responsiveness) ซึ่งรวมทั้งการสนองตอบความต้องการของลูกค้า สนองตอบความต้องการของเจ้าของกิจการหรือผู้ถือหุ้น สนองตอบความต้องการของพนักงาน และสนองตอบความต้องการของสังคมส่วนรวม

2) การมีนวัตกรรม (Innovation) ทั้งที่เป็นนวัตกรรมในการทำงาน และนวัตกรรมด้านผลิตภัณฑ์ หรือบริการ

3) ชีตความสามารถ (Competency) ขององค์กร และของบุคลากรที่พัฒนาขึ้น ซึ่งสะท้อนสภาพการเรียนรู้ขององค์กร

4) ประสิทธิภาพ (Efficiency) ซึ่งหมายถึงสัดส่วนระหว่างผลลัพธ์ กับต้นทุนที่ลงไป การทำงานที่ประสิทธิภาพสูง หมายถึง การทำงานที่ลงทุนลงแรงน้อย แต่ได้ผลมากหรือคุณภาพสูง

กระบวนการจัดการความรู้

เป็นกระบวนการที่จะช่วยให้เกิดพัฒนาการของความรู้ หรือการจัดการความรู้ที่จะเกิดขึ้นภายในองค์กร มีทั้งหมด 7 ขั้นตอน

1. การบ่งชี้ความรู้ เป็นการพิจารณาว่าองค์กรมีวิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์ เป้าหมายคืออะไร และเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย เราจำเป็นต้องใช้อะไร ขณะนี้เรามีความรู้อะไรบ้าง อยู่ในรูปแบบใด อยู่ที่ใคร

2. การสร้างและแสวงหาความรู้ เช่นการสร้างความรู้ใหม่ แสวงหาความรู้จากภายนอก

รักษาความรู้เก่า กำจัดความรู้ที่ใช้ไม่ได้แล้ว

3. การจัดความรู้ให้เป็นระบบ เป็นการวางโครงสร้างความรู้ เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการเก็บความรู้อย่างเป็นระบบในอนาคต

4. การประมวลและกลั่นกรองความรู้ เช่น ปรับปรุงรูปแบบเอกสารให้เป็นมาตรฐาน ใช้ภาษาเดียวกัน ปรับปรุงเนื้อหาให้สมบูรณ์

5. การเข้าถึงความรู้ เป็นการทำให้ผู้ใช้ความรู้เข้าถึงความรู้ที่ต้องการได้ง่ายและสะดวก เช่น ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT) Web board บอร์ดประชาสัมพันธ์ เป็นต้น

6. การแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ ทำได้หลายวิธีการ โดยกรณีที่เป็นความรู้ชัดแจ้ง (Explicit Knowledge) อาจจัดทำเป็นเอกสาร ฐานความรู้ เทคโนโลยีสารสนเทศ หรือกรณีที่เป็นความรู้ฝังลึก (Tacit Knowledge) จัดทำเป็นระบบทีมข้ามสายงาน กิจกรรมกลุ่มคุณภาพและนวัตกรรม ชุมชนแห่งการเรียนรู้ ระบบพี่เลี้ยง การสับเปลี่ยนงาน การยืมตัว เวทีแลกเปลี่ยนความรู้ เป็นต้น

7. การเรียนรู้ ควรทำให้การเรียนรู้เป็นส่วนหนึ่งของงาน เช่น เกิดระบบการเรียนรู้จากสร้างองค์ความรู้ การนำความรู้ในไปใช้ เกิดการเรียนรู้และประสบการณ์ใหม่ และหมุนเวียนต่อไปอย่างต่อเนื่อง

การประยุกต์แนวคิดการจัดการความรู้ สู่การพัฒนาชุมชนเป็นสุข

องค์ประกอบของการพัฒนาชุมชนเป็นสุขประกอบด้วย องค์ประกอบอย่างน้อย 4 องค์ประกอบดังนี้คือ

1. ชุมชน หมายถึงการอยู่ร่วมกัน ความเป็นชุมชนมีเป้าหมายที่การอยู่ร่วมกัน

2. เป็นสุข หมายถึงความเป็นทั้งหมด ความเป็นปรกติ สมดุล บูรณาการของปัจจัยต่าง ๆ อย่างน้อย 8 ด้าน ได้แก่ ชีวิต สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม ศาสนธรรม ครอบครัว และชุมชน

3. การเรียนรู้ หมายถึงการเรียนรู้ร่วมกันของคนในชุมชนนั้น ๆ ผ่านการปฏิบัติ

4. การสร้างเสริม หมายถึงการเข้าไปเอื้ออำนวย ส่งเสริม เสริมพลัง (empower) ไม่ใช่เข้าไปสอนหรือถ่ายทอดความรู้

ทั้ง 4 องค์ประกอบนี้ คือหัวใจของการจัดการความรู้ในทุกบริบท ไม่ใช่แค่การจัดการความรู้ของชาวบ้านหรือของชุมชน ในเรื่องของการจัดการความรู้นี้ การเรียนรู้สำคัญกว่าตัวความรู้ เพราะถ้าไม่ระวัง ตัวความรู้จะเป็นความรู้ที่หยุดนิ่งตายตัว การเรียนรู้จะมีลักษณะ “ดิ้นได้” คือมีชีวิต เป็นพลวัต การเรียนรู้ที่ดีที่สุดคือการเรียนรู้ร่วมกัน เป็น collective learning และเป็นการเรียนรู้ร่วมกันผ่านการปฏิบัติ (interaction learning through action)

เครื่องมือในการจัดการความรู้ (Tools)

1. ชุมชนนักปฏิบัติ (Community of practice : CoP)
2. การศึกษาดูงาน (Study tour)
3. การทบทวนหลังปฏิบัติการหรือการถอดบทเรียน (After action review : AAR)
4. การเรียนรู้ร่วมกันหลังงานสำเร็จ (Retrospect)
5. เรื่องเล่าเจ้าพลัง (Springboard Storytelling)
6. การค้นหาสิ่งดีรอบตัว หรือสุนทรียสาธก (Appreciative Inquiring)
7. เวทีเสวนา หรือสุนทรียสนทนา (Dialogue)
8. เพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Assist)
9. การเรียนรู้โดยการปฏิบัติ (Action Learning)
10. มาตรฐานเปรียบเทียบ (Benchmarking)
11. การสอนงาน (Coaching)
12. การเป็นพี่เลี้ยง (Mentoring)
13. ฟอรัม ถาม – ตอบ (Forum)
14. บทเรียนจากความผิดพลาด (Lesson Learning)
15. เวทีกลุ่มเฉพาะ (Focus Group)

แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

ไพรัตน์ เตชะรินทร์ (2527, หน้า6-7) ได้ให้ความหมายและหลักการสำคัญเกี่ยวกับนโยบายการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนา หมายถึง กระบวนการที่รัฐบาลส่งเสริมการชักนำและการสร้างโอกาส

ให้กับประชาชนในชุมชน ทั้งส่วนบุคคล กลุ่มชุมชน สมาคม มูลนิธิและองค์กรอาสาสมัครให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือหลายเรื่องรวมกัน

การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึงกระบวนการที่ประชาชนมีความสมัครใจเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดการเปลี่ยนแปลงเพื่อตัวประชาชนเอง โดยให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อตนเองและมีการดำเนินการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ปรารถนา ทั้งนี้ต้องมีใช่เป็นการกำหนดกรอบความคิดจากบุคคลภายนอก

ปรัชญา เวสารัชช์ (2538, หน้า 8) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึงกระบวนการซึ่งประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในขั้นตอนต่างๆ ของกิจกรรมของส่วนรวมซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการพัฒนาชนบท โดยในการเข้ามาเกี่ยวข้องนี้ ผู้เข้าร่วมได้ใช้ความพยายามและเสียสละทรัพยากรบางอย่างเช่น ความคิด วัตถุ แรงกาย และเวลา

เมธี จันท์จารุภรณ์ (2539 หน้า 8-10) การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นหัวใจ สำคัญของการสาธารณสุขมูลฐานที่จะส่งเสริมให้ประชาชนมีความสามารถอย่างแท้จริง ในการกำหนดทิศทางและความต้องการของชุมชน ที่สำคัญคือ การมีส่วนร่วมอย่างเป็นฝ่ายกระทำเพื่อให้เกิดการเคลื่อนไหวพลังของประชาชน (mass movement) เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ให้เกิดการป้องกันและควบคุมโรคในชุมชนได้

อดิน รพีพัฒน์ (2527 หน้า 107-111) ได้กำหนดขั้นตอนของการมีส่วนร่วมของประชาชน ดังนี้

1. การค้นปัญหา สาเหตุของปัญหา ตลอดจนแนวทางแก้ไข
2. การตัดสินใจเลือกแนวทางและวางแผนพัฒนาการแก้ไขปัญหา
3. การปฏิบัติงานในกิจกรรมการพัฒนาตามแผน
4. การประเมินผลกิจกรรมพัฒนา

เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์(2537, หน้า 178) กล่าวถึง การมีส่วนร่วมในการบริหารไว้ว่า การมีส่วนร่วมของบุคคลจะก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้อง และการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องจะส่งผลให้เอกความผูกพันต่อหน่วยงานและภารกิจที่ตนเองมีส่วนร่วม

เนตินา โพธิ์ประเสริฐ(2541) การมีส่วนร่วม หมายถึง การได้เข้าไปเกี่ยวข้องที่อาจเป็นการเข้าร่วมแบบทางตรงหรือทางอ้อมในการทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งก็ได้

สายสุนีย์ ปุณณินันท์ (2541, หน้า 41) ได้กล่าวถึง การมีส่วนร่วม หมายถึงการที่ปัจเจกบุคคลก็ดี กลุ่มคนหรือองค์กรประชาชนก็ได้ อาสาเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจดำเนินการโครงการ การแบ่งปันผลประโยชน์ และการประเมินผลโครงการพัฒนาด้วยความสมัครใจโดยปราศจากข้อกำหนดที่มาจากบุคคลภายนอก เป็นไปเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของสมาชิกในชุมชน

รวมทั้ง มีอำนาจอิสระในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดจากการพัฒนาให้กับสมาชิกด้วยความพึงพอใจ และผู้เข้ามามีส่วนร่วมมีความรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการด้วย

ขั้นตอนและระดับของการมีส่วนร่วม

มีนักวิชาการหลายสาขา ได้พยายามศึกษาจำแนกลักษณะพฤติกรรมการมีส่วนร่วมไว้หลายแบบ โดยใช้เกณฑ์ในการจำแนกแตกต่างกัน(ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์. 2543 : 149 - 163) ได้แก่

1. การจำแนกขั้นตอนการมีส่วนร่วม

การจำแนกการมีส่วนร่วมตามขั้นตอนการมีส่วนร่วม สามารถจำแนกขั้นตอนหรือประเภทของการมีส่วนร่วมแบ่งออกเป็น 4 ขั้น ดังนี้

ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ : ในกระบวนการของการตัดสินใจนั้น ประการแรกที่สุดที่จะต้องกระทำก็คือ การกำหนดความต้องการและการจัดลำดับความสำคัญ ต่อจากนั้นก็เลือกนโยบายและประชาชนที่เกี่ยวข้อง การตัดสินใจนี้เป็นกระบวนการต่อเนื่องที่ต้องดำเนินการไปเรื่อยๆ ตั้งแต่การตัดสินใจในช่วงเริ่มต้น การตัดสินใจในช่วงดำเนินการวางแผน และการตัดสินใจในช่วงการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน : จะได้มาจากคำถามที่ว่าใครจะทำ ประโยชน์ให้แก่โครงการได้บ้างและจะทำประโยชน์ได้โดยวิธีใด เช่น การช่วยเหลือด้านทรัพยากร การบริหารงานและประสานงาน การให้ความช่วยเหลือด้านแรงงานหรือข้อมูล เป็นต้น

ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ : ในส่วนที่เกี่ยวกับผลประโยชน์นั้น จากความสำคัญของผลประโยชน์ในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแล้ว ยังจะต้องพิจารณาถึงการกระจายผลประโยชน์ภายในกลุ่มด้วย รวมทั้งผลที่เป็นประโยชน์ในทางบวกและผลที่เกิดขึ้นในทางลบที่เป็นผลเสียของโครงการ ซึ่งอาจจะเป็นประโยชน์และเป็นโทษต่อบุคคลและสังคม

ขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล : การมีส่วนร่วมในการประเมินผลนั้นสิ่งสำคัญที่จะต้องสังเกต ก็คือ ความเห็น (Views) ความชอบ (Preferences) และความคาดหวัง (Expectations) ซึ่งจะมีอิทธิพลสามารถแปรเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่มต่างๆ ได้

นอกจากการจำแนกขั้นตอนของการมีส่วนร่วมตามแนวดังกล่าวการมีส่วนร่วมที่แท้จริงนั้นน่าจะมี 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา : ขั้นตอนนี้เป็นส่วนแรกที่สำคัญที่สุด เพราะถ้าชาวบ้านยังไม่สามารถเข้าใจปัญหาและค้นหาสาเหตุของปัญหาด้วยตนเองได้ กิจกรรมต่างๆ ที่ตามมาก็ไร้ประโยชน์ เพราะจะขาดความเข้าใจและมองไม่เห็นความสำคัญของกิจ

กรรมนั้น แต่อาจมองปัญหาไม่ได้เด่นชัด เจ้าหน้าที่หรือนักพัฒนาจึงเสมือนกระจกเงาผู้คอยสะท้อนภาพให้ชุมชนมองเห็นและวิเคราะห์ปัญหาได้

ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรม : การวางแผนการดำเนินกิจกรรมเป็นขั้นตอนต่อไปนี้ที่ขาดไม่ได้ หากเจ้าหน้าที่หรือนักพัฒนาต้องการแต่ผลงานการพัฒนาให้เสร็จสิ้นโดยฉับไว ก็จะดำเนินการวางแผนงานด้วยตนเอง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผน จะช่วยให้ชุมชนเข้าใจปัญหาพัฒนาประสบการณ์ของตนเองและสามารถวางแผนได้ด้วยตนเองในที่สุด

ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการลงทุนและการปฏิบัติงาน : ชุมชนมีทรัพยากรที่สามารถลงทุนและปฏิบัติงานได้ เพราะจากประสบการณ์การทำงานในชนบท อย่างน้อยก็มีแรงงานของตนเองเป็นขั้นต่ำสุดที่จะเข้าร่วมได้ และในหลาย ๆ แห่งก็สามารถที่จะร่วมลงทุนในกิจกรรมหลาย ๆ ประเภทได้ การร่วมลงทุนและปฏิบัติงานจะทำให้ชุมชนรู้จักคิดต้นทุนให้กับตนเองในการดำเนินงานและจะระมัดระวังรักษากิจกรรมที่สร้างขึ้นเพราะจะมีความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของซึ่งต่างไปจาก สภาพที่การลงทุนและการปฏิบัติงานทั้งหมดมาจากปัจจัยภายนอกจะมีอะไรเสียหายก็ไม่เดือดร้อนมากนัก และการบำรุงรักษาก็จะไม่เกิดขึ้นเพราะรู้สึกว่าไม่ใช่ชุมชน นอกจากนั้นการร่วมปฏิบัติงานด้วยตนเอง ทำให้ได้เรียนรู้การดำเนินกิจกรรมอย่างใกล้ชิด และเมื่อเห็นประโยชน์ก็สามารถจะดำเนินกิจกรรมชนิดนั้นด้วยตนเองต่อไปได้

ขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลงาน : ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนสุดท้ายที่สำคัญเป็นอย่างยิ่งอีกเหมือนกัน เพราะถ้าหากการติดตามและการประเมินผลงานขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนแต่เป็นการดำเนินการโดยบุคคลภายนอก ชุมชนก็ไม่สามารถทราบว่าจะทำอะไรไปนั้นได้รับผลดี ได้รับประโยชน์อย่างไรหรือไม่ ถึงแม้ว่าจะมีผู้โต้แย้งว่าการประเมินที่เที่ยงธรรมที่สุดน่าจะมาจากบุคคลภายนอกที่ไม่ได้ยุ่งเกี่ยวกับกิจกรรมนั้นๆ แต่ถ้าคิดถึงจุดมุ่งหมายของการพัฒนาที่มุ่งจะพัฒนาคน การคำนึงถึงแต่ความเที่ยงธรรมอาจจะไร้ประโยชน์ การผสมผสานระหว่างคนภายนอกกับชุมชนน่าจะเกิดประโยชน์ตามวัตถุประสงค์มากกว่า เพราะนอกจากจะเป็นการประเมินแล้ว ยังแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจในกระบวนการประเมินและเป็นกรเผยแพร่กิจกรรมออกไปสู่ชุมชนอื่นๆ

แนวคิดเกี่ยวกับขั้นตอนต่างๆ ของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาที่นำเสนอข้างต้นนั้นจะเห็นว่าแนวคิดของ โคเฮน และอัทซอพเป็นแนวคิดที่เป็นระบบมากที่สุด ส่วนแนวคิดของ อคิน รพีพัฒน์ นั้นเป็นแนวคิดที่ได้จากประสบการณ์ภาคปฏิบัติในประเทศไทย และมีความสอดคล้องกับบริบททางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมของไทย ดังนั้น เมื่อผสมผสานแนวคิดเชิงทฤษฎีของ โคเฮน และอัทซอพ เข้ากับแนวคิดภาคปฏิบัติของ อคิน รพีพัฒน์(2547 : 49)แล้วสามารถจำแนกประเภทการมีส่วนร่วมตามขั้นตอนในการพัฒนาเป็น 5 ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในขั้นริเริ่มในขั้นริเริ่มโครงการ : เป็นขั้นที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาภายในชุมชน ตลอดจนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ กำหนดความต้องการของชุมชน และมีส่วนในการจัดลำดับความสำคัญของความต้องการนั้นๆ

ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในขั้นวางแผนโครงการพัฒนา : เป็นขั้นที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย และวัตถุประสงค์ของโครงการ กำหนดวิธีการและแนวทางการดำเนินงาน กำหนดทรัพยากรและแหล่งของทรัพยากรที่จะใช้ในโครงการ เป็นต้น

ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในขั้นดำเนินโครงการ : เป็นขั้นที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการทำประโยชน์ให้แก่โครงการร่วมช่วยเหลือด้านทุนทรัพย์วัสดุอุปกรณ์และแรงงาน หรือโดยการบริหารงานและประสานงาน ตลอดจนการดำเนินการขอความช่วยเหลือจากภายนอก เป็นต้น

ขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมในขั้นรับผลที่เกิดจากโครงการพัฒนา : เป็นขั้นที่ประชาชนเข้ามาส่วนในการรับผลประโยชน์ที่พึงได้รับจากโครงการ หรือมีส่วนในการรับผลเสียที่อาจเกิดจากโครงการ ซึ่งผลประโยชน์หรือผลเสียนี้อาจเป็นด้านกายภาพหรือด้านจิตใจที่มีผลต่อสังคมหรือบุคคลก็ได้

ขั้นที่ 5 การมีส่วนร่วมในขั้นประเมินผลโครงการพัฒนา : เป็นขั้นที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการประเมินว่า โครงการพัฒนาที่พวกเขาดำเนินการนั้นบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ การประเมินผลนี้อาจเป็นการประเมินผลย่อย (Formative evaluation) ซึ่งเป็นการประเมินผลความก้าวหน้าของโครงการที่กระทำกันเป็นระยะๆ หรือการประเมินผลรวม (Summative evaluation) ซึ่งเป็นการประเมินผลสรุปรวมยอดของโครงการทั้งหมด

2. ระดับของการมีส่วนร่วม

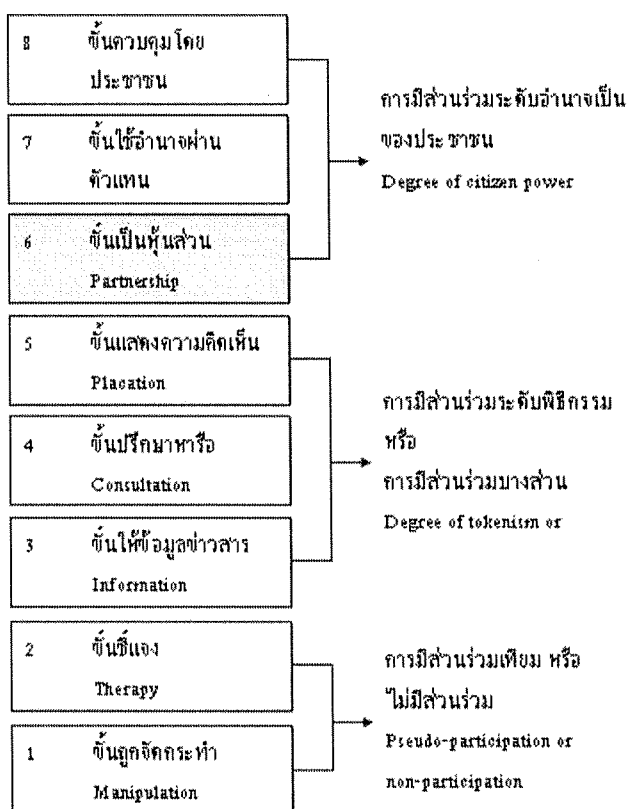
การแบ่งระดับของการมีส่วนร่วมสามารถแยกได้ตามระดับความเข้มของการมีส่วนร่วมตามแนวคิดสมาคมสาธารณสุขของอเมริกา ได้กล่าวไว้ว่า การมีส่วนร่วมนั้นไม่ได้มีความแปรเปลี่ยนเฉพาะชนิด (Kinds) และปริมาณของกิจกรรมที่กระทำเท่านั้น แต่ยังมี ความแปรเปลี่ยนในระดับความเข้ม (Degree) ในการเข้าไปมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการริเริ่มและวางแผนกิจกรรม ดังนั้นพิสัยของการมีส่วนร่วม อาจจะมีตั้งแต่ระดับการยอมรับบริการที่จัดไว้ให้แล้วไปจนถึงการรวมกลุ่มเพื่อตัดสินใจและริเริ่มโครงการพัฒนาเอง ซึ่งระดับความเข้มของการมีส่วนร่วม หรือระดับการมีส่วนร่วมตามแนวคิดของสมาคมสาธารณสุขของอเมริกานั้น อาจจำแนกได้ 3 ระดับ คือ

(1) ระดับการตัดสินใจ (Decision making) ในระดับนี้ประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน และจัดการกับกิจกรรมการพัฒนาด้วยตัวของเขาเอง (Level of responsibility by themselves)

(2) ระดับการร่วมมือ (Cooperation) ในระดับนี้ประชาชนจะให้ความร่วมมือต่อแผนงานที่ริเริ่ม โดยหน่วยงานภายนอก ซึ่งอาจต้องการความเสียสละจากประชาชน ในด้านเวลา

ทรัพยากร และแรงงาน เพื่อช่วยให้โครงการประสบผลสำเร็จ การมีส่วนร่วมในระดับนี้ถือว่าเป็นการมีส่วนร่วมในระดับที่ยอมรับได้ (Acceptable level of participation)

(3) ระดับการใช้ประโยชน์ (Utilization) ในระดับนี้ประชาชนจะยอมรับและใช้ประโยชน์จากบริการที่ได้วางโครงการไว้ให้เป็นการมีส่วนร่วมในระดับการยอมรับบริการเท่านั้น ส่วนความคิดของอาร์นสไตน์ (Arnstein) นั้น เห็นว่าการมีส่วนร่วมมีลักษณะเป็นรูปของบันไดการมีส่วนร่วม (Participation ladder) 8 ขั้น (บันไดของการมีส่วนร่วม 8 ขั้น ของอาร์นสไตน์ (ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์. 2543, หน้า154)



ในขั้นต่ำของบันไดคือขั้นถูกจัดกระทำ และขั้นที่สองคือขั้นชี้แจงนั้น เรียกว่า การมีส่วนร่วมเทียมหรือไม่มีส่วนร่วม เป็นขั้นที่ประชาชนเข้าไม่ถึงการมีส่วนร่วมที่แท้จริงในการตัดสินใจ ในกรณีนี้จะมีกลุ่มบุคคลจำนวนน้อยที่อยู่ในอำนาจเท่านั้นทำหน้าที่ตัดสินใจ โดยไม่มีการพูดถึงเนื้อหา วิธีการของการตัดสินใจหรือตำแหน่งและอำนาจหน้าที่ของผู้มีอำนาจตัดสินใจนั้น ขั้นที่สองนี้สร้างขึ้นมาเพื่อที่จะทดแทนการมีส่วนร่วมที่แท้จริง วัตถุประสงค์ที่แท้จริงของสองขั้นนี้ไม่ใช่เป็นการทำให้ประชาชนเข้าถึงการมีส่วนร่วมในการวางแผนหรือควบคุมโครงการ แต่จะช่วยให้ผู้กุมอำนาจอยู่ดำเนินการให้การศึกษา (Educate) หรือการชี้แจงแก่ผู้ที่เข้ามาร่วม

บันไดขั้นที่ 3 ถึง 5 ก้าวหน้าถึงระดับที่เรียกว่า การมีส่วนร่วมแบบพิธีกรรมหรือการมีส่วนร่วมบางส่วน โดยขั้นที่ 3 ขั้นให้ข้อมูลข่าวสาร และขั้นที่ 4 ขั้นปรึกษาหารือ นั้น ความเห็นหรือข้อคิดของ

ประชาชนได้รับการรับฟังจากผู้กุมอำนาจอยู่มากขึ้น แต่ภายใต้เงื่อนไขเหล่านี้พวกเขาไม่มีอำนาจที่จะรับประกันได้ว่า ความคิดเป็นของพวกเขาจะได้รับการเอาใจใส่จากผู้มีอำนาจเต็ม เมื่อการมีส่วนร่วมถูกจำกัดอยู่ที่ระดับเหล่านี้ จึงไม่มีทางที่จะทำการเปลี่ยนแปลงสภาพตามข้อเรียกร้องของผู้มีส่วนร่วมบางส่วนนี้ คือ ยอมให้คนไร้อำนาจ (Have-nots) ให้คำแนะนำได้ แต่ก็ยังคงไว้ซึ่งสิทธิในการตัดสินใจของผู้มีอำนาจต่อไป

บันไดลำดับสูงขึ้นไปเป็นระดับที่เรียกว่า อำนาจเป็นของประชาชนซึ่งเพิ่มระดับของการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากขึ้น ประชาชนสามารถเข้าไปสู่ขั้นที่ 6 ขึ้นเป็นหุ้นส่วน ซึ่งจะทำให้สามารถเข้าร่วมในการเจรจาเพื่อผลได้ผลเสีย (Trade-offs) กับผู้มีอำนาจดั้งเดิม ส่วนในขั้นที่ 7 ขึ้นใช้อำนาจผ่านตัวแทน และขั้นที่ 8 ขึ้นควบคุม โดยประชาชน เป็นการใช้อำนาจตัดสินใจของประชาชนโดยผ่านตัวแทนหรือประชาชนเป็นผู้ใช้อำนาจนั่นเอง

แนวคิดการมีส่วนร่วมของอาร์นสไตน์ มองความเข้มของการมีส่วนร่วมในแง่ของการมีอำนาจในการตัดสินใจของประชาชน ซึ่งมีพิสัยของความเข้มตั้งแต่การไม่มีอำนาจในการตัดสินใจเลยไปจนถึงการมีอำนาจในการตัดสินใจอย่างเต็มที่

แนวคิดการมีส่วนร่วมที่แสดงให้เห็นความเข้มของการมีส่วนร่วมที่สำคัญอีกแนวหนึ่ง คือการมีส่วนร่วมที่แบ่งออกเป็น 4 ประเภท ตามลักษณะของการปฏิบัติการ ลักษณะทั้ง 4 ประเภทนี้ไม่ได้เป็นอิสระจากกัน ยังมีความคาบเกี่ยวและต่อเนื่องกัน การจำแนกลักษณะนี้ทั้ง 4 ประเภท ได้แก่

ประเภทที่ 1 การมีส่วนร่วมแบบถูกกระทำ (Passive participation) ทั้งนี้เป็นขั้นเริ่มแรก ซึ่งถือว่าการมีส่วนร่วมนั้นเป็นการยอมรับ (Accepting) หรือการเพิ่ม (Gaining) การเข้าถึงผลประโยชน์ที่เป็นรูปธรรมหรือการช่วยเหลือปัจจัยการดำรงชีวิตเฉพาะหน้าบางประการ สำหรับผู้ที่เข้าไปเกี่ยวพันกับโครงการพัฒนาซึ่งอาจจะหมายถึงบริการหรือสิ่งอำนวยความสะดวกเฉพาะซึ่งไม่เคยมีมาก่อนหรือหมายถึงการปรับปรุงหรือการแนะนำรูปแบบการผลิตตามแนวทางเศรษฐกิจใหม่

ประเภทที่ 2 การมีส่วนร่วมแบบสะท้อนการถูกกระทำ (Passive / reflective participation) การมีส่วนร่วมประเภทนี้เป็นส่วนต่อเนื่องจากประเภทที่หนึ่ง โดยถือว่าการมีส่วนร่วมเป็นกิจกรรมทางการศึกษาบางประการที่สามารถช่วยให้ประชาชนเข้าใจสาเหตุของสภาพการณ์ต่างๆ เช่น การด้อยพัฒนา และเข้าใจปัญหา ซึ่งจะต้องแก้ไขโดยการจัดทำโครงการพัฒนา

ประเภทที่ 3 การมีส่วนร่วมแบบกระตือรือร้น (Active participation) การมีส่วนร่วมในขั้นที่ 3 นี้เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวกับองค์กรหรือบุคคลระดับพื้นฐาน (Grass roots) ซึ่งเป็นผู้รับผลประโยชน์จากโครงการ หรือทำการกระตุ้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับกว้างๆ จากกลุ่มอื่นๆ ทั่วๆ ไปที่มีอยู่ในส่วนต่างๆ ของสังคม นอกเหนือไปจากกลุ่มผลประโยชน์เอง โดยปกติแล้วการมีส่วนร่วมในมิติ

นี้รวมไปถึงองค์กรในท้องถิ่นที่มีอยู่แล้วและมีขอบข่ายที่ขยายความครอบคลุมไปถึงกลุ่มอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องหรือได้รับผลกระทบด้วย

ประเภทที่ 4 การมีส่วนร่วมแบบสะท้อนความกระตือรือร้น (Active / reflective participation) ชั้นนี้เสริมต่อจากชั้นการมีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้นเป็นการสะท้อนหรือการประเมินเกี่ยวกับข้อจำกัด และทางเลือกต่างๆ ของโครงการภายใต้บริบทระดับชาติ ภายใต้เงื่อนไขเดิมของโครงการที่มีอยู่ โดยปกติจะรวมถึงการออกแบบการก่อรูปหรือการประเมินเกี่ยวกับยุทธศาสตร์ทางเลือกของโครงการพัฒนา ซึ่งเกี่ยวข้องกับลักษณะความจำเพาะของโครงการ และลักษณะทั่วไปของสังคมที่ต้องการเข้ามามีส่วนร่วมโดยเน้นการเข้าร่วมตั้งแต่การศึกษา ตัดสินใจไปจนถึงการประเมินและควบคุม

จะเห็นว่าแนวคิดการมีส่วนร่วมนี้ มองความเข้มของการมีส่วนร่วมว่ามีพิสัยตั้งแต่การมีส่วนร่วมแบบเป็นฝ่ายถูกระทำ ไปจนถึงการเป็นผู้กระทำโดยตนเอง

แนวคิดเกี่ยวกับระดับความเข้มของการมีส่วนร่วมที่เสนอมาททั้งหมดนี้จะเห็นว่าการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่บุคคลกลุ่มหนึ่งหรือสองกลุ่มขึ้นไปมีอิทธิพลต่อกันและกันในการจัดทำแผน การกำหนดนโยบาย และการตัดสินใจ โดยในการวัดความเข้มของการมีส่วนร่วม สามารถวัดได้จากปริมาณของอิทธิพลของกลุ่มบุคคลผู้เข้าไปร่วมกิจกรรมที่มีต่อบุคคลอื่น และแนวคิดที่มองการมีส่วนร่วมในลักษณะปริมาณอิทธิพลที่บุคคล มีต่อการตัดสินใจนั้นเป็นลักษณะการมีส่วนร่วมในมิติเชิงคุณภาพ

ในการวัดการมีส่วนร่วมในมิติเชิงคุณภาพเกี่ยวกับระดับความเข้มของการมีส่วนร่วมหรือปริมาณอิทธิพลที่บุคคลมีต่อบุคคลอื่นนี้ มีการจำแนกหลายแบบ แบบที่จำแนกประเภทละเอียด เช่น แบบของอาร์นสไตน์ วัดได้ครอบคลุมแต่ทำได้ยากในทางปฏิบัติ เนื่องจากการมีส่วนร่วมในแต่ละระดับคาบเกี่ยวกัน เพื่อให้ผลในทางปฏิบัติ ควรกำหนดกรอบระดับความเข้มของการมีส่วนร่วมกว้าง ๆ เป็น 3 ระดับ (บัญญัติ แก้วส่อง. 2539, หน้า 112)

ระดับที่ 1 ระดับการมีส่วนร่วมเทียม (Pseudo-participation) หรือการมีส่วนร่วมแบบถูกระทำ (Passive participation) การมีส่วนร่วมในระดับนี้ผู้เข้าร่วมไม่มีอำนาจใดๆ ในการตัดสินใจ แต่เป็นฝ่ายกระทำตามการตัดสินใจของบุคคลอื่นเท่านั้น

ระดับที่ 2 ระดับการมีส่วนร่วมบางส่วน (Partial participation) การมีส่วนร่วมในระดับนี้ ผู้เข้าร่วมมีส่วนในการเสนอความคิดเห็น แต่อำนาจในการตัดสินใจอยู่ที่บุคคลอื่น

ระดับที่ 3 ระดับการมีส่วนร่วมที่แท้จริง (Genuine participation) การมีส่วนร่วมในระดับนี้ความคิดเห็นของบุคคลที่เข้าร่วมได้รับการรับฟัง และยอมรับเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอำนาจ การตัดสินใจอยู่ที่ผู้เข้าร่วมนั่นเอง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ดวงฤดี ลาคุชชะ (2550) ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การจัดการความรู้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการจัดการความรู้ต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้วิธี Comparative study using participatory action research as intervention โดยกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โครงการศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 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 นอกจากนั้นใช้การวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อสรุปสาระสำคัญจากกระบวนการจัดการความรู้ ผลการวิจัย พบว่าหลังเข้าร่วมโครงการครบ 3 เดือน พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผู้สูงอายุ มีโอกาสได้แลกเปลี่ยนความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนั้นยังมีความมั่นใจ และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกลุ่ม ส่วนศาสตร์และศิลป์ที่ได้จากการศึกษาค้นคว้านี้ ประกอบด้วย 1) การคิดอย่างเป็นระบบ 2) สร้างกระบวนการเรียนรู้ให้แก่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 3) การปฏิบัติอย่างเป็นระบบ สามารถพัฒนาพลังของกลุ่มและความยั่งยืนได้ และ 4) เกิดทุนทางสังคมในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหรือการอยู่ร่วมกัน

รุ่งนภา หนูม่วง(2552) ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การจัดการความรู้ในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพของแกนนำชุมชน ตำบลนาชะอัง อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคและความต้องการในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพของแกนนำชุมชนตำบลนาชะอัง 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 ด้านกลุ่มและการ

พัฒนากลุ่ม 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 นำแผนฯที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบ โดยผู้รอบรู้เฉพาะทาง 7 คน พบว่า โครงร่างแผนที่สร้างขึ้นมีความเหมาะสมมากกว่า 4.00 ทุกข้อ และได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ

ขั้นที่ 3 ปฏิบัติการทดลองแผนการจัดการความรู้ ที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 38 คน ด้วยเทคนิคการจัดการความรู้ เป็นเวลา 2 วัน ผลการวิจัย พบว่า การจัดการความรู้ที่กำหนดองค์ประกอบ 5 ด้าน สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่าง เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ความเข้าใจ เทคนิควิธีและทักษะในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพของแกนนำชุมชน ด้านการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 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 ผู้ตอบแบบสอบถามตอบตาม

ประสบการณ์ของตนเอง ผู้ให้บริการ(ร้อยละ 100) เห็นว่า ผู้รู้ในชมรมฯมีความรู้ด้านการออกกำลังกาย และด้านสมุนไพร (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 ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ตอบว่า ทำให้สุขภาพแข็งแรง(ร้อยละ 18.72) รองลงมา ทำให้ทราบถึงการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสมกับวัย ดังนั้น หน่วยงานราชการควรให้การสนับสนุน และส่งเสริมชมรมผู้สูงอายุในทุกด้าน เพื่อให้ชมรมฯ มีความเข้มแข็งและยั่งยืน

วิไลวรรณ ทองเจริญ จันทนา รณฤทธิวิชัย 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 และพฤติกรรมจัดการปัญหาความดันโลหิตสูง แนวคำถามในการประชุมกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติและแบบสัมภาษณ์เชิงลึกจัดประชุมกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติโดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ เดือนละ 1 ครั้งนาน 6 เดือน ผลการวิจัย พบว่า กระบวนการจัดการความรู้มีประสิทธิผลต่อการจัดการปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ทั้งในด้านความรู้และพฤติกรรมจัดการปัญหาความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการสังเกตอาการผิดปกติและการแก้ไขปัญหา และโดยรวมแนวปฏิบัติที่ดีของกลุ่มในการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง คือ ออกกำลังกายอย่างถูกต้องตามหลักการ รับประทานอาหารไม่หวาน ไม่มัน ไม่เค็ม รับประทานผักผลไม้ ควบคุมอารมณ์/จิตใจ รับประทานยา อยู่ในสิ่งแวดล้อมและอากาศที่ดีและสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง

ยุพา อภิโกมลกร และ พวงน้อย แสงแก้ว (2554) ทำการศึกษาวิจัย การจัดการความรู้ : การจัดการสุขภาพชุมชนเพื่อผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ จัดการความรู้ด้านการจัดการสุขภาพเพื่อผู้สูงอายุ โดยใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ได้รูปแบบกระบวนการและรายละเอียดเชิงลึกในการจัดการสุขภาพของชุมชนเพื่อผู้สูงอายุ และแนวทางการพัฒนาการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุตามบริบทของชุมชน ผลการวิจัยพบว่า สถานีอนามัยเป็นกลไกหลักที่ผลักดันให้เกิดการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ

ในชุมชนโดยมีเทศบาลสนับสนุนงบประมาณ และชมรมผู้สูงอายุเริ่มทำกิจกรรมตามความสนใจและความถนัดของสมาชิก ด้านทุนสังคมพบว่า สมาชิกชมรมสามารถระบุดูทรัพยากรคน และแหล่งประโยชน์ในชุมชนได้ดี แต่บอกข้อมูลด้านแหล่งทุนและสนับสนุนได้น้อยการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้เป็นประโยชน์พบว่า มีการทำบายศรีและการฟ้อนเล็บ ผลงานเด่นที่ภาคภูมิใจ คือ ฟ้อนเล็บ ไข่ไก่กัก โดยเฉพาะกิจกรรมลานโพธิ์ลานธรรม เพราะเป็นกิจกรรมที่ชมรมทำเองทั้งหมด ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงานของชมรม คือ การประชุมสมาชิกทำได้ยาก มีการแบ่งกลุ่ม แบ่งพวก และสมาชิกก็มีความคิดเห็นขัดแย้งกัน ไม่ยอมกัน เดิม ปัจจัยความสำเร็จ คือ ความร่วมมือของสมาชิก และการสนับสนุนจากภาครัฐโดยเฉพาะสถานีอนามัย ผลจากการจัดการความรู้และจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วม 2 ครั้งพบว่า เป้าหมายในอนาคตของชมรมผู้สูงอายุ คือ 1) ทักษะศึกษาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ที่ประสบความสำเร็จ 2) ถ่ายทอดภูมิปัญญาด้าน การฟ้อนเล็บ การทำบายศรี สู่เยาวชน 3) พัฒนารูปแบบการออกกำลังกายแบบไข่ไก่กักประยุกต์ 4) พัฒนาดนตรีพื้นเมือง และ 5) ส่งเสริมการพึ่งพาธรรมชาติและปฏิบัติธรรม การจัดการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนในระยะต่อไป ควรสนับสนุนการจัดการสุขภาพตามความสนใจของกลุ่ม โดยส่งเสริมศักยภาพด้านการบริหารจัดการ สนับสนุนข้อมูลแหล่งทุน จัดให้มีกิจกรรมจัดการความรู้และนำผลงานที่ประสบความสำเร็จไปแลกเปลี่ยนกับชุมชนข้างเคียงหรือชุมชนที่ประสบความสำเร็จ เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจ และเห็นแนวทางในการพัฒนาเพิ่มขึ้น

เดชา ทำดี ธนรักษ์ สุวรรณประพิศและวิลาวัณย์ เสนารัตน์ (2556, หน้า 100-113)

ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การถอดบทเรียน : การจัดการความรู้และการสร้างองค์ความรู้การจัดการสุขภาพภาวะชุมชนในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่าง วัตถุประสงค์เพื่อสร้างองค์ความรู้ด้านระบบการจัดการสุขภาพภาวะชุมชน พัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการขับเคลื่อนสุขภาพภาวะชุมชนเพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ รวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2552 – 31 ตุลาคม 2553 กลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานครอบคลุมตำบลที่มีการดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้การสนับสนุนของสำนักสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่และชุมชน (สำนัก 3) เป็นโครงการระดับตำบลจำนวน 44 โครงการและโครงการจากเครือข่ายมหาวิทยาลัยราชภัฏจำนวน 4 โครงการ ผู้ให้ข้อมูลได้แก่ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเจ้าหน้าที่โครงการแกนนำ และประชาชน เครื่องมือในการจัดการความรู้และเก็บรวบรวมข้อมูลพัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการความรู้โดยณพนธ์จักรพิทักษ์, 2552 รวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึกการสังเกตการมีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า จากการดำเนินการจัดการความรู้และการสร้างองค์ความรู้สุขภาพภาวะชุมชนในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่างได้เกิดชุดความรู้ 6 ประเด็นคือ 1) ระบบการจัดการสุขภาพภาวะตำบล 2) รูปแบบการพัฒนาสุขภาพภาวะตำบล 3) การบูรณาการ สุขภาวะ 4) มิติ 4) โครงสร้างเครือข่ายและปัจจัย

เสริมในการดำเนินงานเครือข่าย 5) ปัจจัยกำหนดผลการดำเนินงานตามภารกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ 6) คุณลักษณะของตำบลสุขภาวะและได้ข้อมูลประเด็นการวิจัยและพัฒนา 3 ประเด็น ได้แก่ 1) การจัดการส่งเสริมเกษตรอินทรีย์ 2) การจัดการระบบเศรษฐกิจชุมชน และ 3) การจัดการโครงสร้างพื้นฐานเพื่อการสร้างพลังมวลชน รวมทั้งได้ประเด็นเพื่อจัดเวทีพัฒนานโยบายสาธารณะ ได้แก่ การพัฒนาสุขภาพชุมชน การพัฒนาการจัดการทรัพยากรดินน้ำและสิ่งแวดล้อม การพัฒนาเศรษฐกิจการพัฒนาด้านสังคม การพัฒนาด้านภูมิปัญญาและวัฒนธรรมท้องถิ่น และการพัฒนาให้เกิดแหล่งเรียนรู้ชุมชนที่หลากหลาย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีวิจัยแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ในการสร้างเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้เกิดการถ่ายทอดองค์ความรู้และต่อยอดประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในกลุ่มชุมชนภาคตะวันออก มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและเพื่อสร้างคลังความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนภาคตะวันออก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัวและชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ปฏิบัติงานในองค์กรที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออก ทีมคณะผู้วิจัยของแผนงานวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากกลุ่มชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุขจำนวน 3 กลุ่ม ๆ ละ 30 คน และชุมชนจังหวัดสระแก้ว จำนวน 3 กลุ่ม ๆ ละ 30 คน รวมทั้งสิ้น 180 คน

ขั้นตอนการศึกษาวิจัย

คณะผู้วิจัยดำเนินการศึกษาวิจัยตามขั้นตอนต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ

คณะผู้วิจัยดำเนินการประสานงานกับชุมชนกลุ่มเป้าหมายในการชี้แจงวัตถุประสงค์ การจัดกิจกรรมและการนัดหมายตามกระบวนการจัดการความรู้ การจัดประชุมกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ระยะเวลา 6 เดือน ๆ ละ 1 ครั้ง จำนวน 6 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความรู้และพฤติกรรมดูแลสุขภาพเบื้องต้นของกลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ดูแล อันได้แก่ สมาชิกในครอบครัว หรือแกนนำในชุมชน (ครั้งที่ 1)

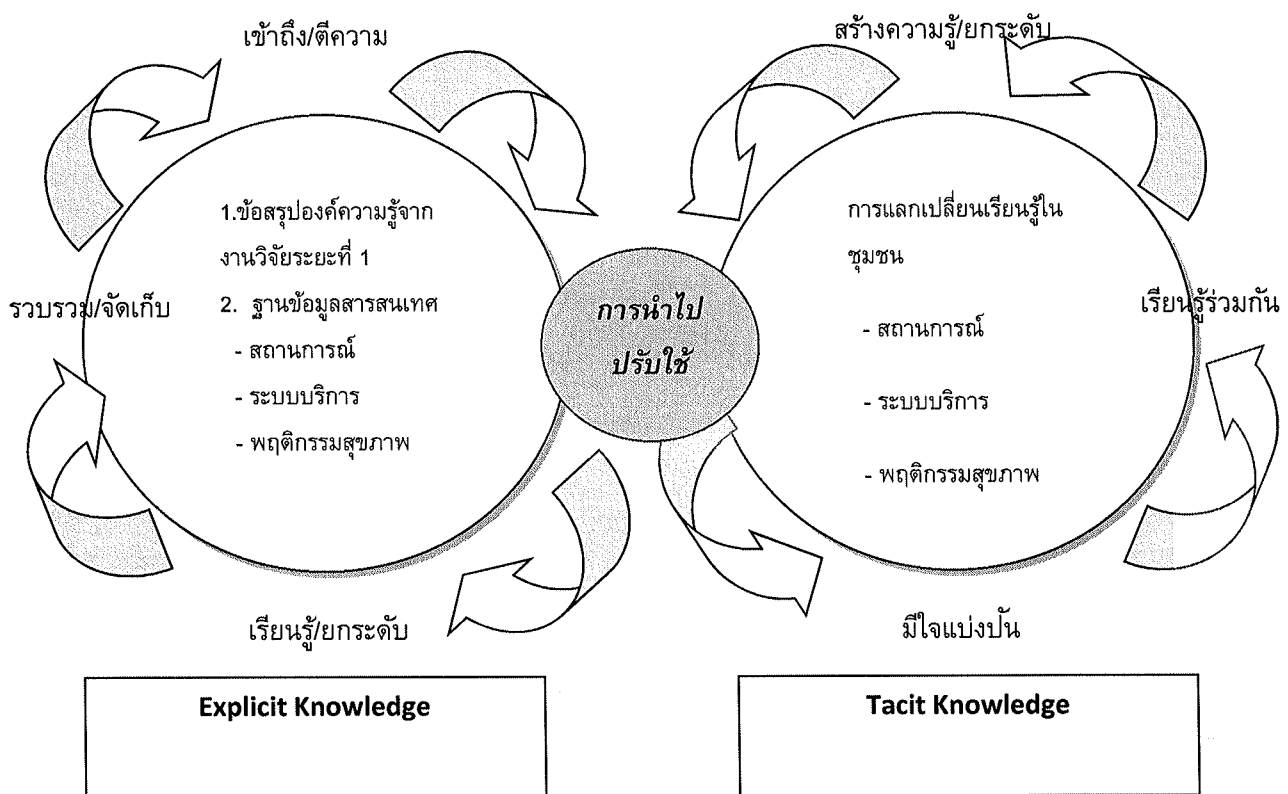
ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการศึกษาวิจัยตามกระบวนการจัดการความรู้ ได้แก่ การบ่งชี้ความรู้ การสร้างและแสวงหาความรู้ การจัดความรู้ให้เป็นระบบ การประมวลและกลั่นกรองความรู้ การเข้าถึงความรู้ การแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ และ การเรียนรู้ เพื่อให้เกิดการถ่ายทอดองค์ความรู้และต่อยอดประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชุมชนเป้าหมาย (ครั้งที่ 2-4)

ขั้นตอนที่ 3 การบันทึกความรู้ ถอดบทเรียน และหาแนวปฏิบัติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ และสร้างคลังความรู้ เป็นคู่มือหรือแนวปฏิบัติที่ดีร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง ใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วม (ครั้งที่ 5)

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินความรู้และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลังการใช้กระบวนการจัดการความรู้ (ครั้งที่ 6)

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การจัดการความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ



ตัวแปรที่ศึกษา

การประเมินการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชน

1. ประสิทธิภาพของกระบวนการจัดการความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
2. ประสิทธิภาพของกระบวนการจัดการความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวและชุมชน

เครื่องมือการวิจัย

1. แบบประเมินการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย
 - 1.1 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
 - 1.2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวและชุมชน
 - 1.3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
2. แนวคำถามในการประชุมชุมชนนักปฏิบัติเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ
3. แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้างในการสอบถามผลการเข้าร่วมประชุมชุมชนนักปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
4. แบบบันทึกคลังความรู้ โดยใช้การถอดบทเรียน(lesson learn) เพื่อหาแนวปฏิบัติที่ดีในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนภาคตะวันออกเฉียง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น

1. โดยการนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้สามารถสื่อความหมายที่ชัดเจนและมีความเข้าใจที่ตรงกัน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน
2. รวบรวมข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษามาทำการแก้ไขและปรับปรุงก่อนนำไปทดลองใช้
3. นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชากรผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความหมายของภาษาที่ใช้และความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม การวิเคราะห์ความเชื่อมั่นใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟา ของ ครอนบาค (Cronbach , 1981)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ ดังนี้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการจัดการความรู้ โดยใช้สถิติ paired t-test และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และการถอดบทเรียน (lesson learned) เพื่อสังเคราะห์แนวปฏิบัติที่ดีและสร้างคลังความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียง

บทที่ 4

ผลการศึกษาวิจัย

การวิจัยเรื่อง “การจัดการความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาคตะวันออก” เป็นโครงการวิจัยต่อเนื่อง ระยะที่ 3 ในชุดโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนาสารสนเทศด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ” ซึ่งในระยะปีที่ 3 นี้ เป็นการศึกษาเพื่อประเมินการเรียนรู้ด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชน และเพื่อสร้างคลังความรู้หรือแนวปฏิบัติที่ดีจากกระบวนการจัดการความรู้ ในการนำเสนอผลการศึกษาวิจัย คณะผู้วิจัยขอเสนอข้อมูลเป็น 3 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชน ก่อนและหลังดำเนินการจัดการความรู้

ตอนที่ 3 ผลการสังเคราะห์แนวปฏิบัติที่ดีเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออก

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและค่าร้อยละของผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัวหรือผู้แทนในชุมชน จำแนกตามจังหวัดและชุมชนที่เข้าร่วมโครงการ

จังหวัด	ชุมชน	ผู้สูงอายุ		สมาชิกในครอบครัว		ผู้แทนชุมชน		รวม	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สระแก้ว	ชุมชนที่ 1	14	7.78	8	4.44	8	4.44	30	16.66...
	ชุมชนที่ 2	15	8.33	10	5.56	5	2.78	30	16.66...
	ชุมชนที่ 3	13	7.22	11	6.11	6	3.33	30	16.66...
ชลบุรี	ชุมชนที่ 1	15	8.33	9	5.00	6	3.33	30	16.66...
	ชุมชนที่ 2	14	7.78	10	5.56	6	3.33	30	16.66...
	ชุมชนที่ 3	15	8.33	8	4.44	7	3.89	30	16.66...
รวม		86	47.78	56	31.11	38	21.11	180	100.00

จากตารางที่ 1 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 86 คน (ร้อยละ 47.78) รองลงมา เป็นสมาชิกในครอบครัว จำนวน 56 คน (ร้อยละ 31.11) และผู้แทนชุมชน จำนวน 38 คน ร้อยละ 21.11

ตารางที่ 2 จำนวนและค่าร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

ลำดับ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน N= 86	ร้อยละ
1	เพศ		
	ชาย	34	39.53
	หญิง	52	60.47
2	อายุ		
	อายุเฉลี่ย ...68.49 ± 4.74.... ปี		
3	อาชีพ		
	ไม่ประกอบอาชีพ/ แม่บ้าน / พ่อบ้าน	18	20.93
	รับจ้าง	15	17.44
	ค้าขาย	17	19.77
	(เกษียณ)ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	12	13.95
	เกษตรกรกรรม	24	27.91
4	สถานภาพสมรส		
	คู่	35	40.70
	โสด	18	20.93
	หม้าย	25	29.07
	แยกหย่า	8	9.30

ตารางที่ 2 จำนวนและค่าร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง(ต่อ)

ลำดับ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน N= 86	ร้อยละ
5	ระดับการศึกษา		
	ไม่ได้รับการศึกษา	14	16.28
	ประถมศึกษา	26	30.23
	มัธยมศึกษา/ปวช.	18	20.93
	ปวส./อนุปริญญา	20	23.26
	ปริญญาตรี	6	6.98
	สูงกว่าปริญญาตรี	2	2.33
6	ศาสนา		
	พุทธ	82	89.39
	คริสต์	2	9.81
	อิสลาม	2	0.80
7	ลักษณะครอบครัว		
	ครอบครัวเดี่ยว	31	36.05
	ครอบครัวขยาย	47	54.65
	อยู่เพียงลำพัง	8	9.30
8	รายได้ที่ได้รับต่อเดือน เฉลี่ย 4,918.60 บาท		
9	รายได้โดยรวมของครอบครัวต่อเดือน เฉลี่ย 22,352.74 บาท		
10	ความเพียงพอของรายได้		
	ไม่เพียงพอ	48	55.81
	เพียงพอ	28	32.56
	ไม่ระบุ	10	11.63

ตารางที่ 2 จำนวนและค่าร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง(ต่อ)

ลำดับ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน N= 86	ร้อยละ
11	สิทธิการรักษาพยาบาล		
	บัตรประกันสุขภาพ	60	69.77
	เบิกค่ารักษาได้	12	13.95
	เสียค่าใช้จ่ายเอง	8	9.30
	อื่น ๆ ประกันชีวิต	6	6.98

จากตารางที่ 2 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง(ร้อยละ 60.47) อายุเฉลี่ย 68.49 ± 4.74 ปี อาชีพ เกษตรกรรม (ร้อยละ 27.91) สถานภาพสมรส คู่ (ร้อยละ 40.70) ระดับการศึกษา ประถมศึกษา (ร้อยละ 30.23) ศาสนา พุทธ (ร้อยละ 89.39) ลักษณะของครอบครัว เป็นครอบครัวขยาย (ร้อยละ 54.65) รายได้ที่ได้รับต่อเดือน เฉลี่ย 4,918.60 บาท รายได้โดยรวมของครอบครัวต่อเดือน เฉลี่ย 22,352.74 บาท ความเพียงพอของรายได้ ส่วนใหญ่ ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 55.81) สิทธิการรักษาพยาบาล บัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 69.77)

ตารางที่ 3 จำนวนและค่าร้อยละข้อมูลทั่วไปของสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ และผู้แทนในชุมชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

ลำดับ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน N= 94	ร้อยละ
1	เพศ		
	ชาย	36	38.30
	หญิง	58	61.70
2	อายุ		
	อายุเฉลี่ย ...38.86 ± 5.12.... ปี		
3	อาชีพ		
	ไม่ประกอบอาชีพ/ แม่บ้าน / พ่อบ้าน	12	12.77
	รับจ้าง	38	40.43
	ค้าขาย	22	23.40
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5	5.32
	เกษตรกรกรรม	17	18.09
4	สถานภาพสมรส		
	คู่	30	31.91
	โสด	44	46.81
	หม้าย	12	12.77
	แยกหย่า	8	8.51

ตารางที่ 3 จำนวนและค่าร้อยละข้อมูลทั่วไปของสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ และผู้แทนในชุมชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ลำดับ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน N= 94	ร้อยละ
5	ระดับการศึกษา		
	ไม่ได้รับการศึกษา	8	8.51
	ประถมศึกษา	27	28.72
	มัธยมศึกษา/ปวช.	24	25.53
	ปวส./อนุปริญญา	18	19.15
	ปริญญาตรี	17	18.09
	สูงกว่าปริญญาตรี	0	0.00
6	ศาสนา		
	พุทธ	87	92.55
	คริสต์	4	4.26
	อิสลาม	3	3.19
7	ลักษณะครอบครัว		
	ครอบครัวเดี่ยว	54	57.45
	ครอบครัวขยาย	32	34.04
	อยู่เพียงลำพัง	8	8.51
8	รายได้ที่ได้รับต่อเดือน เฉลี่ย 12,315.45 บาท		
9	รายได้โดยรวมของครอบครัวต่อเดือน เฉลี่ย 28,365.32 บาท		
10	ความเพียงพอของรายได้		
	ไม่เพียงพอ	48	51.06
	เพียงพอ	40	42.55
	ไม่ระบุ	6	6.38

ตารางที่ 3 จำนวนและค่าร้อยละข้อมูลทั่วไปของสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ และผู้แทนในชุมชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ลำดับ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน N= 94	ร้อยละ
11	สิทธิการรักษาพยาบาล		
	บัตรประกันสุขภาพ	40	42.55
	เบิกค่ารักษาได้	8	8.51
	เสียค่าใช้จ่ายเอง	6	6.38
	ประกันสังคม	35	37.23
	อื่น ๆ ประกันชีวิต	5	5.32
12	ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว/ชุมชนเฉลี่ย 6.23 ± 2.06 ปี		
13	การฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ		
	ไม่เคย	56	59.57
	เคย	38	40.43
14	การรับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุจากเจ้าหน้าที่ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข		
	ไม่เคย	17	18.09
	เคย	77	81.91

จากตารางที่ 3 แสดงว่า สมาชิกในครอบครัว และผู้แทนในชุมชน ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61.70) อายุเฉลี่ย 38.86 ± 5.12 ปี อาชีพ รับจ้าง (ร้อยละ 40.43) สถานภาพ สมรส โสด (ร้อยละ 46.81) ระดับการศึกษา ประถมศึกษา (ร้อยละ 28.72) ศาสนา พุทธ (ร้อยละ 92.55) ลักษณะของครอบครัว เป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 57.45) รายได้ที่ได้รับต่อเดือน เฉลี่ย 12,315.45 บาท รายได้โดยรวมของครอบครัวต่อเดือน เฉลี่ย 28,365.32 บาท ความเพียงพอของรายได้ ส่วนใหญ่ ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 51.06) สิทธิการรักษาพยาบาล บัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 42.55) ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว/ชุมชนเฉลี่ย 6.23 ± 2.06 ปี ไม่เคยฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ (ร้อยละ 59.57) เคยได้รับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุจากเจ้าหน้าที่พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 81.91)

ตอนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน ก่อนและหลังดำเนินการจัดการความรู้

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรม ก่อนและหลังการเรียนรู้จากกระบวนการจัดการความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในกลุ่มผู้สูงอายุ

ตัวแปร	คะแนน เต็ม	Pre-test		Posttest		t	p-value
		\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ความรู้ด้านการรับประทานอาหาร	5	3.58	0.86	4.81	0.42	13.179**	.000
ความรู้ด้านการออกกำลังกาย	5	3.24	0.97	4.88	0.32	15.973**	.000
ความรู้ด้านการจัดการอารมณ์	5	3.38	0.96	4.86	0.38	12.675**	.000
ความรู้ด้านการรับประทานยา	5	3.62	0.84	4.86	0.38	13.524**	.000
ความรู้ด้านโรคและความเจ็บป่วย	5	3.09	0.97	4.88	0.32	16.883**	.000
คะแนนรวม	25	16.92	2.49	24.30	0.78	28.568	.000
พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	5	4.22	0.84	4.55	0.56	3.24**	.000
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	5	4.04	0.57	4.74	0.87	3.88**	.000
พฤติกรรมการจัดการอารมณ์	5	3.85	0.83	3.98	0.76	0.53	.224
พฤติกรรมการรับประทานยา	5	3.84	0.94	4.62	0.67	2.61*	.018
พฤติกรรมการป้องกันโรคและ ภาวะแทรกซ้อนจากความเจ็บป่วย	5	3.76	0.88	4.77	0.84	3.18**	.000
คะแนนรวม	5	3.96	0.80	4.53	0.77	2.51	0.02*

*p < .05 , **p < .01

จากตารางที่ 4 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมหลังการเรียนรู้จากกระบวนการจัดการความรู้มากกว่าก่อนการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อเปรียบเทียบความรู้หลังการเรียนรู้ตามกระบวนการจัดการความรู้เป็นรายด้านพบว่า ทุกด้านผู้สูงอายุมีความรู้มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ส่วนพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพหลังการเรียนรู้จากกระบวนการจัดการความรู้มากกว่าก่อนการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบเป็นรายด้าน พบว่า พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 พฤติกรรมรับประทานยามากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนพฤติกรรมด้านการจัดการอารมณ์ ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ ก่อนและหลังการเรียนรู้จากกระบวนการจัดการความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชน

ตัวแปร	คะแนน เต็ม	Pre-test		Posttest		t	p-value
		\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ความรู้ด้านการรับประทานอาหาร	5	3.33	1.00	4.45	0.66	13.179**	.000
ความรู้ด้านการออกกำลังกาย	5	3.29	0.97	4.49	0.73	15.973**	.000
ความรู้ด้านการจัดการอารมณ์	5	3.20	1.42	4.48	0.77	12.675**	.000
ความรู้ด้านการรับประทานยา	5	3.40	0.64	4.38	0.70	13.524**	.000
ความรู้ด้านโรคและความเจ็บป่วย	5	2.99	1.47	4.43	0.89	16.883**	.000
คะแนนรวม	25	16.21	4.22	22.20	2.23	15.73**	.000

**p < .01

จากตารางที่ 5 แสดงว่า ผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมหลังการเรียนรู้จากกระบวนการจัดการความรู้มากกว่าก่อนการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อเปรียบเทียบความรู้หลังการเรียนรู้ตามกระบวนการจัดการความรู้เป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้านผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชนมีความรู้มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตอนที่ 3 ผลการสังเคราะห์แนวปฏิบัติที่ดีเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออก แนวปฏิบัติที่ดีในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนนักปฏิบัติ

3.1 ชุมชนนักปฏิบัติ กลุ่มอาหารสำหรับผู้สูงอายุ

ความเป็นมา : ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีโอกาสเป็นได้ทั้งโรคขาดอาหาร และอาหารเกินโดยเฉพาะโรคอาหารเกินในผู้สูงอายุที่กินดีอยู่ดี มีอาหารสมบูรณ์ โอกาสจะเป็นโรคอ้วน และลงพุงมีมาก เนื่องจากการรับประทานอาหารอาหารดีเกินไป ดังนั้น การดูแลสุขภาพของผู้สูงวัยให้กินอย่างไรจึงเหมาะสม เป็นหัวข้อประเด็นที่กลุ่มชุมชนนักปฏิบัติได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถอดบทเรียน ร่วมกัน วัตถุประสงค์

เพื่อหาแนวปฏิบัติที่ดีเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการ

1. การรวมกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติเพื่อช่วยกันหาข้อมูลเกี่ยวกับการกินอย่างไรให้เหมาะสมกับวัยผู้สูงอายุ
2. นำข้อมูลและประสบการณ์มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน
3. จัดบันทึกข้อมูลและถอดบทเรียนเพื่อนำไปสรุปบทเรียนที่ได้รับ
4. จัดทำคลังความรู้ในรูปแบบที่กลุ่มตกลงกัน

ผลการดำเนินการ

ประเด็นที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

1. อาหารที่ผู้สูงอายุควรกิน
2. อาหารที่ผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยง
3. อาหารสำหรับผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน
4. อาหารควบคุมน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน
5. อาหารช่วยการขับถ่ายในผู้สูงวัย
6. หลักการรับประทานอาหารเพื่อภาวะโภชนาการที่ดีในผู้สูงอายุ

ปัจจัยความสำเร็จ

1. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น
2. มีเจ้าหน้าที่และคณะผู้วิจัยช่วยในการอำนวยความสะดวกแก่การทำกลุ่มและกิจกรรม
3. มีผู้ช่วยในการสกัดความรู้ เพื่อนำไปรวบรวมจัดทำคลังความรู้

3.2 ชุมชนนักปฏิบัติ กลุ่มการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

ความเป็นมา : การออกกำลังกาย เป็นสิ่งที่มีประโยชน์สำหรับทุกคนและทุกเพศทุกวัย แต่ถ้าขาดการเตรียมพร้อมที่ดีก็อาจก่อให้เกิดปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีโรคประจำตัวอยู่เดิมเนื่องจากความเสื่อมสภาพของอวัยวะและระบบต่าง ๆ ในร่างกาย คนส่วนใหญ่ยังคิดว่า การเสื่อมสภาพของร่างกายน่าจะเกิดขึ้นเมื่อย่างเข้าสู่วัยสูงอายุหรือวัยทอง แท้จริงแล้วร่างกายของคนเราเริ่มเข้าสู่วัยเสื่อมตั้งแต่อายุ 30 ปี การเสื่อมโทรมของร่างกายจะช้าหรือเร็วขึ้นกับปัจจัยหลายอย่างที่มีผลต่อความแข็งแรงของร่างกาย เช่น โรคประจำตัว แบบแผนการดำเนินชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ การออกกำลังกาย แม้จะไม่สามารถหยุดยั้งความเสื่อมให้หยุดนิ่งอยู่กับที่ได้ แต่ก็สามารถชะลอความแก่ ทำให้คนเรามีชีวิตยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

วัตถุประสงค์

เพื่อหาแนวปฏิบัติที่ดีเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการ

1. การรวมกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติเพื่อช่วยกันหาข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกายอย่างไรให้เหมาะสมกับวัยผู้สูงอายุ
2. นำข้อมูลและประสบการณ์มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน
3. จัดบันทึกข้อมูลและถอดบทเรียนเพื่อนำไปสรุปบทเรียนที่ได้รับ
4. จัดทำคลังความรู้ในรูปแบบที่กลุ่มตกลงกัน

ผลการดำเนินการ

ประเด็นที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

1. หลักปฏิบัติในการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ
2. การออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนักในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานหรือโรคอ้วน
3. รูปแบบการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ
4. การใช้แรงในชีวิตประจำวันกับการออกกำลังกาย
5. ข้อห้ามหรือพึงระวังในการออกกำลังกายขงผู้สูงอายุ
6. F.I.T.T.E สำหรับผู้สูงอายุ

ปัจจัยความสำเร็จ

1. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น
2. มีเจ้าหน้าที่และคณะผู้วิจัยช่วยในการอำนวยความสะดวกแก่การทำกลุ่มและกิจกรรม
3. มีผู้ช่วยในการสกัดความรู้ เพื่อนำไปรวบรวมจัดทำคลังความรู้

3.3 ชุมชนนักปฏิบัติ กลุ่มการจัดการอารมณ์และความเครียดในผู้สูงอายุ

ความเป็นมา : ความเครียด คือ สภาวะที่เกิดขึ้นกับอารมณ์ และความรู้สึก ทั้งเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่เข้ามาในชีวิต หรือในบางครั้งอาจไม่ทราบที่เกิดจากสาเหตุใด แต่มีผลทำให้เกิดความไม่สบายใจ กัดดัน วิตกกังวล หวาดกลัว ไม่มีความสุข ซึ่งต่างก็เป็นผลในทางลบที่ทำให้เกิดอันตรายต่อคนเรา โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ เมื่อเกิดความเครียดส่งผลทำให้เกิดอาการป่วยทางกายหลายอย่าง เช่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ปวดหลัง ปวดหัว คลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งอาจทำให้เกิดเป็นโรคต่าง ๆ ตามมา ทั้งโรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ ความเครียดยังทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานได้ไม่เต็มที่ ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหอบหืดหรือโรคภูมิแพ้ต่าง ๆ และยังคงเคยมีกรณีที่ผู้สูงอายุเกิดอาการช็อคเป็นลมเสียชีวิตเนื่องด้วยตกอยู่ในภาวะเครียดอย่างรุนแรงด้วย ความเครียดทำให้อารมณ์สับสน หงุดหงิดโมโหง่าย วิตกกังวล มองโลกในแง่ร้าย และเมื่อมีปัญหาทางด้านอารมณ์สะสมไปนาน ๆ เข้า ก็จะส่งผลโดยตรงต่อสภาวะทางด้านจิตใจ ทำให้กลายเป็นคนที่มีปัญหาทางด้านจิตประสาทได้ นอกจากนี้ ความเครียดยังทำให้ความสามารถทางด้านสติปัญญาทั้งในการแก้ปัญหาและทางด้านความจำลดลง ดังนั้น การจัดการอารมณ์ และความเครียดจึงจำเป็นอย่างยิ่ง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องนี้เพื่อแสวงหาวิธีกำจัดและคลายเครียดที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้ด้วยตนเองง่าย ๆ และสามารถผ่อนคลายความเครียดรวมถึงสามารถจัดการอารมณ์ได้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อหาแนวปฏิบัติที่ดีเกี่ยวกับการจัดการอารมณ์และความเครียดในผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการ

1. การรวมกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติเพื่อช่วยกันหาข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกายอย่างไรให้เหมาะสมกับวัยผู้สูงอายุ
2. นำข้อมูลและประสบการณ์มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน
3. จัดบันทึกข้อมูลและถอดบทเรียนเพื่อนำไปสรุปบทเรียนที่ได้รับ
4. จัดทำคลังความรู้ในรูปแบบที่กลุ่มตกลงกัน

ผลการดำเนินการ

ประเด็นที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

1. วิธีการคลายเครียด
2. การสร้างความสุขในชีวิตประจำวัน
3. แบบวัดความเครียด
4. แบบวัดภาวะซึมเศร้า
5. วิธีการฝึกจิต/สมาธิ

ปัจจัยความสำเร็จ

1. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น
2. มีเจ้าหน้าที่และคณะผู้วิจัยช่วยในการอำนวยความสะดวกแก่การทำกลุ่มและกิจกรรม
3. มีผู้ช่วยในการสกัดความรู้ เพื่อนำไปรวบรวมจัดทำคลังความรู้

3.4 ชุมชนนักปฏิบัติ กลุ่มรู้เรื่องยาในผู้สูงอายุ

ความเป็นมา : ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ใช้ยามากกว่ากลุ่มวัยอื่น เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีโรคเรื้อรัง ทำให้มีโอกาสรักษาด้วยแพทย์หลายคนและได้รับยาหลายชนิด พบว่าร้อยละ 90 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ใช้ยาอย่างน้อย 1 ชนิดต่อสัปดาห์ และจำนวนยาที่ใช้สัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น สิ่งที่ตามมาคือ ผลอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ปฏิกริยาระหว่างยา และค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เพิ่มมากขึ้น การใช้ยาในผู้สูงอายุทำให้เกิดผลข้างเคียงได้ง่าย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาตามวัย อาทิ การดูดซึมและการกำจัดยาออกจากร่างกายทำได้ลดลง นอกจากนี้ผู้สูงอายุ ซึ่งมีปัญหาด้านสายตา และความจำยังมีความเสี่ยงที่จะใช้ยาผิดได้มากอีกด้วย

วัตถุประสงค์

เพื่อหาแนวปฏิบัติที่ดีเกี่ยวกับการใช้ยาในผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการ

1. การรวมกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติเพื่อช่วยกันหาข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกายอย่างไรให้เหมาะสมกับวัยผู้สูงอายุ
2. นำข้อมูลและประสบการณ์มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน
3. จัดบันทึกข้อมูลและถอดบทเรียนเพื่อนำไปสรุปบทเรียนที่ได้รับ
4. จัดทำคลังความรู้ในรูปแบบที่กลุ่มตกลงกัน

ผลการดำเนินการ

ประเด็นที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

1. หลักการใช้ยาในผู้สูงอายุ
2. วิธีการรับประทานยาที่ถูกต้อง
3. พฤติกรรมการใช้ยาไม่เหมาะสมที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ
4. ความรู้เกี่ยวกับยาในกลุ่มยาที่ใช้บ่อยในผู้สูงอายุ
 - 4.1 กลุ่มยารักษาโรคประจำตัว อาทิ ยาลดความดันโลหิต
 - 4.2 กลุ่มยานอนหลับและยาคลายความวิตกกังวล
 - 4.3 กลุ่มยาแก้ปวดและยาคลายกล้ามเนื้อ

4.4 กลุ่มยาริตามิน อาหารเสริม และสมุนไพร

ปัจจัยความสำเร็จ

1. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น
2. มีเจ้าหน้าที่และคณะผู้วิจัยช่วยในการอำนวยความสะดวกแก่การทำกลุ่มและกิจกรรม
3. มีผู้ช่วยในการสกัดความรู้ เพื่อนำไปรวบรวมจัดทำคลังความรู้

3.5 ชุมชนนักปฏิบัติ กลุ่มรู้เท่าทันโรคมัยไข้เจ็บในผู้สูงอายุ

ความเป็นมา : โรคมัยไข้เจ็บที่เกิดกับผู้สูงอายุ มักมาจากปัจจัยหลัก 4 ประการคือ ความเสื่อมของอวัยวะตามวัย พฤติกรรมหรือวิถีชีวิตที่ผ่านมา การเปลี่ยนแปลงของเซลล์ร่างกาย และปัจจัยทางพันธุกรรมพบว่าโรคหลายโรคที่เกิดกับผู้สูงอายุสามารถป้องกันได้ แต่โดยธรรมชาติแล้ว ผู้สูงอายุมีความสำเร็จของรักษาไม่ดีเท่าที่ควรกับวัยอื่น เกิดภาวะแทรกซ้อนง่าย เกิดภาวะทุพพลภาพได้สูง เสียค่าใช้จ่ายมาก เป็นภาระกับตัวผู้สูงอายุ ครอบครัว และเป็นปัญหาสังคม หากเกิดภาวะพึ่งพิงสูงขึ้น การลดภาวะพึ่งพิงที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุสามารถชะลอได้ด้วยการมีวิธีปฏิบัติตัวที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีความรู้เกี่ยวกับโรคมัยไข้เจ็บต่าง ๆ จะช่วยให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาพที่ดีได้

วัตถุประสงค์

เพื่อหาแนวปฏิบัติที่ดีเกี่ยวกับความรู้เท่าทันโรคมัยไข้เจ็บที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการ

1. การรวมกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติเพื่อช่วยกันหาข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกายอย่างไรให้เหมาะสมกับวัยผู้สูงอายุ
2. นำข้อมูลและประสบการณ์มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน
3. จัดบันทึกข้อมูลและถอดบทเรียนเพื่อนำไปสรุปบทเรียนที่ได้รับ
4. จัดทำคลังความรู้ในรูปแบบที่กลุ่มตกลงกัน

ผลการดำเนินการ

ประเด็นที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

1. โรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เบาหวาน โรคไต
2. วิธีการป้องกันอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ
3. หกล้ม
4. โรคกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ
5. การตรวจสุขภาพ
6. โรคสมองเสื่อม

ปัจจัยความสำเร็จ

1. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น
2. มีเจ้าหน้าที่และคณะผู้วิจัยช่วยในการอำนวยความสะดวกแก่การทำกลุ่มและกิจกรรม
3. มีผู้ช่วยในการสกัดความรู้ เพื่อนำไปรวบรวมจัดทำคลังความรู้

ทั้งนี้ผลของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และแนวปฏิบัติที่ดีที่เกิดขึ้นจากกระบวนการจัดการความรู้ครั้งนี้ จะได้นำไปเผยแพร่เพื่อทำให้เกิดการถ่ายโอนความรู้และประสบการณ์ให้เกิดประโยชน์ ต่อยอดเพิ่มขึ้น จากการนำไปเผยแพร่ใน Website การจัดการความรู้ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาต่อไป

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “การพัฒนาสารสนเทศด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (ปีที่ 3)” เป็นโครงการวิจัยย่อยที่ 1 ภายใต้แผนงานวิจัย “การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุครบวงจรแบบบูรณาการ (ปีที่ 3)” ซึ่งในระยะที่ 3 ปี ที่ 3 นี้ เป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ในการสร้างเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้เกิดการถ่ายทอดองค์ความรู้และ ต่อยอดประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในกลุ่มชุมชนภาคตะวันออก มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุและเพื่อสร้างคลังความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนภาคตะวันออก ดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนการประเมินความรู้และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของกลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ดูแลอันได้แก่ สมาชิกในครอบครัว หรือแกนนำในชุมชน ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการศึกษาวิจัยตามกระบวนการจัดการความรู้ ขั้นตอนที่ 3 การบันทึกความรู้ ถอดบทเรียน หาแนวปฏิบัติที่ดีในการดูแลสุขภาพ และสร้างคลังความรู้ ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วม และขั้นตอนที่ 4 การประเมินความรู้และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลังการใช้กระบวนการจัดการความรู้ ประชากร คือ ผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัวและชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ปฏิบัติงานในองค์กรที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออก ทีมคณะผู้วิจัยของแผนงานวิจัย กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากกลุ่มชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุขจำนวน 3 กลุ่ม ๆ ละ 30 คน และชุมชนจังหวัดสระแก้ว จำนวน 3 กลุ่ม ๆ ละ 30 คน รวมทั้งสิ้น 180 คน เครื่องมือเป็นแบบประเมินความรู้และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง แบบบันทึกคลังความรู้โดยใช้การถอดบทเรียน(lesson learn) เพื่อหาแนวปฏิบัติที่ดีในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนภาคตะวันออก ตรวจสอบความเที่ยงตรง โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ กับประชากรผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่น ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.97 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเองและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการจัดการความรู้ โดยใช้สถิติ paired t-test และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การ

วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และการถอดบทเรียน (lesson learned) เพื่อสังเคราะห์แนวปฏิบัติที่ดีและสร้างคลังความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก

สถานที่ในการศึกษาวิจัย

ภาคตะวันออก ประเทศไทย

ระยะเวลาในการศึกษาวิจัย

ระยะเวลา 1 ปี (ตุลาคม พ.ศ. 2556 – กันยายน พ.ศ. 2557)

ผลการศึกษาวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.47) อายุเฉลี่ย 68.49 ± 4.74 ปี อาชีพ เกษตรกรรม (ร้อยละ 27.91) สถานภาพสมรส คู่ (ร้อยละ 40.70) ระดับการศึกษา ประถมศึกษา (ร้อยละ 30.23) ศาสนา พุทธ (ร้อยละ 89.39) ลักษณะของครอบครัว เป็นครอบครัวขยาย (ร้อยละ 54.65) รายได้ที่ได้รับต่อเดือน เฉลี่ย 4,918.60 บาท รายได้โดยรวมของครอบครัวต่อเดือน เฉลี่ย 22,352.74 บาท ความเพียงพอของรายได้ ส่วนใหญ่ ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 55.81) สิทธิการรักษาพยาบาล บัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 69.77)

2. สมาชิกในครอบครัว และผู้แทนในชุมชน ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61.70) อายุเฉลี่ย 38.86 ± 5.12 ปี อาชีพ รับจ้าง (ร้อยละ 40.43) สถานภาพสมรส โสด (ร้อยละ 46.81) ระดับการศึกษา ประถมศึกษา (ร้อยละ 28.72) ศาสนา พุทธ (ร้อยละ 92.55) ลักษณะของครอบครัว เป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 57.45) รายได้ที่ได้รับต่อเดือน เฉลี่ย 12,315.45 บาท รายได้โดยรวมของครอบครัวต่อเดือน เฉลี่ย 28,365.32 บาท ความเพียงพอของรายได้ ส่วนใหญ่ ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 51.06) สิทธิการรักษาพยาบาล บัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 42.55) ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว/ชุมชนเฉลี่ย 6.23 ± 2.06 ปี ไม่เคยฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ (ร้อยละ 59.57) เคยได้รับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุจากเจ้าหน้าที่พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 81.91)

3. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรม ก่อนและหลังการเรียนรู้จากกระบวนการจัดการความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมหลังการเรียนรู้จากกระบวนการจัดการความรู้มากกว่าก่อนการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อเปรียบเทียบความรู้หลังการเรียนรู้ตามกระบวนการจัดการความรู้เป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้านผู้สูงอายุมีความรู้มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ส่วนพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีค่าคะแนนมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพหลังการเรียนรู้จากกระบวนการจัดการความรู้มากกว่าก่อนการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบเป็นรายด้าน พบว่า พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 พฤติกรรมมารับประทานยามากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนพฤติกรรมด้านการจัดการอารมณ์ ไม่แตกต่างกัน

4. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ ก่อนและหลังการเรียนรู้จากกระบวนการจัดการความรู้ ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชน พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมหลังการเรียนรู้จากกระบวนการจัดการความรู้มากกว่าก่อนการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อเปรียบเทียบความรู้ หลังการเรียนรู้ตามกระบวนการจัดการความรู้เป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้านผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชนมีความรู้มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

5. แนวปฏิบัติที่ดีในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนนั้กปฏิบัติ จากการถอดบทเรียน มีชุมชนนั้กปฏิบัติ จำนวน 5 ชุมชน ได้แก่

1. ชุมชนนั้กปฏิบัติ กลุ่มอาหารสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีประเด็นสำคัญ ดังนี้ คือ

1) อาหารที่ผู้สูงอายุควรกิน 2) อาหารที่ผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยง 3) อาหารสำหรับผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน 4) อาหารควบคุมน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน 5) อาหารช่วยการขับถ่ายในผู้สูงวัย และ 6) หลักการรับประทานอาหารเพื่อภาวะโภชนาการที่ดีในผู้สูงอายุ

2. ชุมชนนั้กปฏิบัติ กลุ่มการออกกำลังกายในผู้สูงวัย โดยมีประเด็นสำคัญ ดังนี้ คือ

1) หลักปฏิบัติในการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ 2) การออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนักในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานหรือโรคอ้วน 3) รูปแบบการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ 4) การใช้แรงในชีวิตประจำวันกับการออกกำลังกาย 5) ข้อห้ามหรือพึงระวังในการออกกำลังกายขงผู้สูงอายุ และ 6) F.I.T.T.E สำหรับผู้สูงอายุ

3. ชุมชนนั้กปฏิบัติ กลุ่มการจัดการอารมณ์และความเครียดในผู้สูงอายุ โดยมีประเด็นสำคัญ ดังนี้ คือ 1) วิธีการคลายเครียด 2) การสร้างความสุขในชีวิตประจำวัน 3) แบบวัดความเครียด 4) แบบวัดภาวะซึมเศร้า และ 5) วิธีการฝึกจิต/สมาธิ

4. ชุมชนนั้กปฏิบัติ กลุ่มรู้เรื่องยาในผู้สูงอายุ โดยมีประเด็นสำคัญ ดังนี้ คือ 1) หลักการใช้ยาในผู้สูงอายุ 2) วิธีการรับประทานยาที่ถูกต้อง 3) พฤติกรรมการใช้ยาไม่เหมาะสมที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ 4) ความรู้เกี่ยวกับยาในกลุ่มยาที่ใช้บ่อยในผู้สูงอายุ เช่น กลุ่มยารักษาโรคประจำตัว อาทิ ยาลดความดันโลหิต กลุ่มยานอนหลับและยาคลายความวิตกกังวล กลุ่มยาแก้ปวดและยาคลายกล้ามเนื้อ และกลุ่มยารักษาโรค อาหารเสริม และสมุนไพร

5. ชุมชนนักปฏิบัติ กลุ่มรู้เท่าทันโรคร้ายไข้เจ็บในผู้สูงอายุ โดยมีประเด็นสำคัญ ดังนี้ คือ
 1) โรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เบาหวาน โรคไต 2) วิธีการป้องกันอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ 3) หกล้ม 4) โรคกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ 5) การตรวจสุขภาพ และ 6) โรคสมองเสื่อม

6. ผลของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และแนวปฏิบัติที่ดีที่เกิดขึ้นจากกระบวนการจัดการความรู้ครั้งนี้ ได้นำไปเผยแพร่เพื่อทำให้เกิดการถ่ายโอนความรู้และประสบการณ์ให้เกิดประโยชน์ ต่อยอดเพิ่มขึ้น จากการนำไปเผยแพร่ใน Website การจัดการความรู้ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของกระบวนการจัดการความรู้ต่อความรู้และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ทั้งภาพรวม และรายด้าน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกระบวนการจัดการความรู้เป็นกระบวนการที่สามารถสร้างความมีส่วนร่วมได้อย่างชัดเจน มีกระบวนการเป็นขั้นเป็นตอน ตั้งแต่ขั้นการวางแผน(Planning) โดยการวิเคราะห์ตนเอง เพื่อป้องกันสิ่งที่ต้องการ ขั้นปฏิบัติการ(Acting) โดยการสร้างและแสวงหาความรู้ การจัดการความรู้ให้เป็นระบบ การประมวลและกลั่นกรองความรู้ การเข้าถึงความรู้ ขั้นสังเกตการณ์ (Observing) โดยการแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ และการเรียนรู้ เพื่อให้เกิดการถ่ายทอดองค์ความรู้และต่อยอดประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) จากการประเมินผลการเรียนรู้จากกระบวนการจัดการความรู้ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ วิไลวรรณ ทองเจริญและคณะ (2554, หน้า 103-112) ที่ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง ประสิทธิผลของกระบวนการจัดการความรู้ต่อความรู้และการจัดการปัญหาความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ ที่พบว่า กระบวนการจัดการความรู้มีประสิทธิผลต่อการจัดการปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ทั้งในด้านความรู้และพฤติกรรมจัดการปัญหาความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ รุ่งนภา หนูม่วง (2552) ที่ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การจัดการความรู้ในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพของแกนนำชุมชนตำบลนาชะอัง อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร ที่ได้ทดลองนำแผนการจัดการความรู้ฯ ที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 38 คน ด้วยเทคนิคการจัดการความรู้ เป็นเวลา 2 วัน ผลการวิจัยพบว่า การจัดการความรู้ที่กำหนดองค์ประกอบ 5 ด้าน สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ความเข้าใจเทคนิควิธีและทักษะในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพ เกี่ยวกับการบริหารจัดการชมรม สร้างสุขภาพ ด้านภาวะการเป็นผู้นำในการสร้างสุขภาพของแกนนำชุมชน ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านกลุ่มและการพัฒนากลุ่ม และด้านการทำงานเป็นทีมได้

2. จากผลการสังเคราะห์แนวปฏิบัติที่ดี พบว่า การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุควรมีทั้ง ความรู้ ความเข้าใจและการปฏิบัติที่แสดงออกมาเป็นพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในด้าน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์และความเครียด การใช้ยาที่เหมาะสม และการรู้เท่าทันโรคภัยไข้เจ็บหมั่นตรวจสุขภาพและดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ โดยมีเป้าหมายเพื่อชะลอ การเกิดภาวะพึ่งพิงให้นานที่สุด จากกระบวนการสร้างความมีส่วนร่วมผ่านกระบวนการจัดการความรู้ที่ ให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้ดำเนินการหรือปฏิบัติการด้วยตนเอง จะทำให้เกิดประสิทธิผลของการเรียนรู้ที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ สุนทร โสภณอัมพรเสนีย์ (2551) ที่ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การ พัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ บ้านหนองพลวง ตำบลหนองพลวง อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา ที่พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแล ตนเองของผู้สูงอายุ ชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุมีความสนใจและเห็นความสำคัญของการดำเนินการ การ รวมกลุ่มทำกิจกรรมมีส่วนให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนักในปัญหาสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุ ครอบครัวและ ชุมชน สามารถวิเคราะห์ปัญหา ร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา แสวงหาความรู้ร่วมกัน และสามารถแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์การดูแลแก่กันได้ อันจะนำไปสู่การสร้างสังคมสุขภาพดี และ ส่งเสริมบรรยากาศการสร้างสุขภาพในชุมชน นำไปสู่ความมีสุขภาพดี และมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกันการศึกษาวิจัยของ วิไลวรรณ ทองเจริญและคณะ (2554, หน้า 103-112) ที่ทำการศึกษา วิจัย เรื่อง ประสิทธิภาพของกระบวนการจัดการความรู้ต่อความรู้และการจัดการปัญหาความดันโลหิตสูง ของผู้สูงอายุ ที่พบว่า แนวปฏิบัติที่ดีของกลุ่มในการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง คือ ออกกำลังกาย อย่างน้อยวันละ 30 นาที 3 วัน/สัปดาห์ วิธีการออกกำลังกายให้เลือกวิธีออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุวิธีใดวิธีหนึ่งที่ถนัดและชอบ การเลือกออกกำลังกายแต่ละวิธี ต้องปฏิบัติอย่างถูกต้องตาม หลักการการรับประทานอาหารไม่หวาน ไม่มัน ไม่เค็ม รับประทานน้อยลงพอดีอิม พยายามรับประทาน ผักผลไม้มากขึ้นการควบคุมอารมณ์/จิตใจ การรับประทานยา การอยู่ในสิ่งแวดล้อมและอากาศที่ดีและ การสังเกตอาการ/การเปลี่ยนแปลง การรับประทานยาต้องทำอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต โดยต้องอยู่ใน ความดูแลของแพทย์และปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการดูแลจิตใจ ควร ดำเนินวิถีชีวิตตามคำสอนของศาสนา ระวังอารมณ์ ทำใจให้นิ่ง อยู่กับปัจจุบัน ยอมรับความจริงและการ เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทำกิจกรรมเพื่อพักผ่อนหย่อนใจ แสดงให้เห็นว่า กระบวนการจัดการความรู้ สามารถสร้างความมีส่วนร่วม เสริมสร้างพลังอำนาจ ช่วยให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน สามารถ วิเคราะห์ตนเอง สร้างความตระหนักในปัญหาสุขภาพ แสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหาคือ เป็น และมีคลัง ความรู้ที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการจัดการปัญหาสุขภาพและใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแล ตนเอง ครอบครัว และชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัย

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาโดยมีกลุ่มของคณะผู้วิจัย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำหน้าที่เป็น facilitator และ Note taker ทำให้มีปัจจัยความสำเร็จในการบันทึกและถอดบทเรียน ซึ่งในอนาคตควรมีการส่งเสริมและพัฒนาผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัว หรือชุมชน รวมทั้งผู้สูงอายุเองที่มีศักยภาพให้สามารถดำเนินการตามกระบวนการจัดการความรู้ได้ด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินการชุมชนนั้กปฏิบัติ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

2. การสร้างคลังความรู้และแนวปฏิบัติที่ดี ในกลุ่มของผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชนในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข และชุมชนในจังหวัดสระแก้วที่เป็นกลุ่มตัวอย่างนี้ ส่วนใหญ่เป็นชุมชนเมือง ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุและชุมชนที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง แสวงหาความรู้ และถ่ายทอดประสบการณ์ความรู้ ดังนั้นเมื่อนำกระบวนการไปใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีบริบทที่ต่างออกไปอาจต้องออกแบบการเรียนรู้ให้เหมาะสมกับบริบทนั้น ๆ เพิ่มเติมเพื่อให้เกิดประสิทธิผลของการเรียนรู้ตามผลของการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. เมื่อนำข้อมูลสารสนเทศจากกระบวนการจัดการความรู้ไปเผยแพร่ใน Website ควรมีการศึกษาผลการนำไปใช้หรือการต่อยอดความรู้ที่เกิดขึ้น

2. ควรศึกษาวิจัยในประเด็นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ ในประเด็นย่อยที่มีความเฉพาะเจาะจงมากขึ้น เช่น ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในชุมชน เช่น เบาหวาน โรคข้อเข่าเสื่อม โรคไต เป็นต้น

3. ควรศึกษาผู้สูงอายุที่เป็นคนต้นแบบ หรือชุมชนต้นแบบที่สามารถดูแลสุขภาพตนเอง หรือสุขภาพของผู้สูงอายุได้ดี เพื่อถอดบทเรียนนำมาถ่ายทอดและเผยแพร่ให้ได้เรียนรู้และนำไปสู่การปฏิบัติตามแบบอย่างเพื่อควมมีสุขภาพที่ดีขึ้นได้

บรรณานุกรม

- ดวงกมล ศักดิ์เลิศสกุล. (2549). สุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health). สืบค้นวันที่ 22 ตุลาคม 2556
เข้าถึงได้จาก <http://www.oknation.net/blog/print.php?id=140405>
- ดวงฤดี ลาคุชชะ.(2550). การจัดการความรู้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. การประชุมวิชาการ เรื่อง
การวิจัยเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพองค์รวมอย่างยั่งยืน : กระบวนทัศน์ใหม่. วันที่ 3-4
พฤษภาคม 2550 ณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เดชา ท่าดี ธนารักษ์ สุวรรณประพิศและวิลาวัณย์ เสนารัตน์. (2556). การถอดบทเรียน : การจัดการ
ความรู้และการสร้างองค์ความรู้การจัดการสุขภาวะชุมชนในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่าง. วารสาร
พยาบาลสาร. 40(4) ตุลาคม – ธันวาคม : 100-113)
- ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์. 2543. กระบวนการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง: ประชาคม ประชาสังคม. พิมพ์ครั้งที่
6 ขอนแก่น : คลังน่านาวิทยา.
- เนตินา โพธิ์ประสระ.(2541). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมและความผูกพันต่อองค์การของ
พนักงาน : ศึกษาเฉพาะกรณี บริษัท สิทธิผล 1919. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย.
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- บัญญัติ แก้วส่อง. (2539). องค์การการจัดการและการพัฒนา. ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปรัชญา เวสารัชช์. (2538). รายงานการวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมเพื่อพัฒนา
ชนบท. กรุงเทพฯ : สถาบันไทยศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ปัจจุบัน เหมหงษา. (2541). การดูแลสุขภาพแบบธรรมชาติ. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหาร
ผ่านศึก.
- พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์. (2530). การดูแลสุขภาพตนเองที่คณะทางสังคมวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ :
สำนักพิมพ์แสงแดด.
- เพ็ญศรี วังทรายทอง.(2553). การศึกษาการดำเนินงานและการจัดการความรู้ด้านการดูแลสุขภาพของ
ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลเมืองสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา.รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
การปกครองท้องถิ่น. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ไพรัตน์ เตชะรินทร์. (2527). นโยบายและกลวิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนในยุทธศาสตร์การพัฒนา
ปัจจุบันของประเทศไทย ในการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา. กรุงเทพฯ : ศักดิ์โสภา
การพิมพ์.

- เมธี จันท์จรรย์ภรณ์. (2539). การศึกษาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ภาคกลาง. ชลบุรี : ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนากาสาธารณสุข มูลฐาน ภาคกลาง.
- ยุพา อภิโกมลกร และ พวงน้อย แสงแก้ว. (2554). การจัดการความรู้ : การจัดการสุขภาพชุมชนเพื่อ ผู้สูงอายุ. รายงานการวิจัย . คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง.
- รุ่งนภา หนูม่วง. (2552). การจัดการความรู้ในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพของแกนนำชุมชน ตำบลนาชะอัง อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี.
- วิจารณ์ พานิช. (2549). การจัดการความรู้ ฉบับนักปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ : สุขภาพใจ.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ จันทนา รณฤทธิวิชัย สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี ญัฐสุรางค์บุญจันทร์ วรวรรณ วาณิชย์ เจริญชัย.(2554). ประสิทธิภาพของกระบวนการจัดการความรู้ต่อความรู้และการจัดการปัญหา ความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ, J Nurs Sci Vol 29 Suppl 2 July-September 2011 : 103-112.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2557). รายงาน สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2556. กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536).การดูแลตนเอง:ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์. กรุงเทพฯ : วี. เจ. พรินติ้ง.
- สันต์ หัตถ์รัตน์. (2548). คู่มือกู้ชีพ: สำหรับแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน.
- สายสุนีย์ ปวดีนันท์. (2541). ความรู้ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมร่วมทากิจกรรมในโครงการบริหาร คุณภาพ ทั่วทั้งองค์กรของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ: กรณีศึกษาโรงพยาบาล สิงห์บุรี จังหวัด สิงห์บุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยา อุตสาหกรรม, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สุนทร โสภณอัมพรเสนีย์. (2551). การพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยกระบวนการ สร้างเสริมพลังอำนาจ บ้านหนองพลวง ตำบลหนองพลวง อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา. สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพัฒนาสุขภาพชุมชน. มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครราชสีมา.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553. รายงานสถิติรายปีประเทศไทย พ.ศ.2553 (ฉบับพิเศษ). กรุงเทพมหานคร.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). รายงานผลเบื้องต้น สสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์. (2537). ปัญหาและแนวโน้มเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการบริหารการศึกษา . เอกสารการสอนประมวลสาระชุดวิชาสัมมนาปัญหาและแนวโน้มทางการบริหารการศึกษา.นนทบุรี :สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

อดิณ รพีพัฒน์. 2527. การมีส่วนร่วมของชุมชนในสภาพสังคมและวัฒนธรรมไทยในการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา.กรุงเทพฯ:ศักดิ์โสภณาการพิมพ์.

Barofsky I. (1978). Compliance, adherence and the therapeutic alliance: steps in the development of self-care. *Soc Sci Med*. Sep;12(5A):369–376.

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

Dean, K. (1989). Self-care components of lifestyle: The importance of gender, attitudes and the social situation. *Social Science & Medicine*, 29, 137-152

Gantz, S.B. (1990). Self-care: perspectives from six disciplines. *Holist. Nurs. Pract.*; 4:1–12.

Kickbusch,I. (1989). Self-care in health promotion. *Soc Sci Med*; 29(2) : 125-30.

Levin LS. (1977). Self-care and health planning. *Soc Policy*. Nov-Dec;8(3):47–54.

Levin LS. (1976). The layperson as the primary health care practitioner. *Public Health Rep*. May-Jun;91(3):206–210

Levin, L., Katz, A., Holst, E. (1979). *Self-care: Lay Initiatives in Health*. Prodist, New York.

Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of practice (4th ed.)*. St.Louis, MO: C. V. Mosby.

Pender,N.J. (1987). *Health Promotion in nursing practice.(2nd ed.)*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.

Smith, J. A. (1983). The idea of health: Implications for the nursing professional. New York: Teachers College, Columbia University Press.

Steiger, N., & Lipson, J. (1985). *Self-care nursing: Theory and practice*. Bowie, MD: Brady Communications.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก ข้อมูลสำหรับผู้ร่วมวิจัย

ภาคผนวก ข ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้อมูลสำหรับผู้ร่วมวิจัย

การวิจัย เรื่อง : การจัดการความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาคตะวันออก

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านเป็นผู้ที่ได้รับเชิญจากคณะผู้วิจัยให้เข้าร่วมโครงการวิจัย เพื่อประเมินการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในภาคตะวันออก นำไปสู่การพัฒนารูปแบบการจัดการความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนภาคตะวันออกก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ขอชี้แจงให้ท่านทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยดังนี้

1. คำชี้แจงเกี่ยวกับเหตุผลที่ต้องทำการศึกษาวิจัย

ผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนจำเป็นต้องร่วมแรงร่วมใจเป็นพลังในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพ การดูแลให้ความสนใจกับเรื่องสุขภาพของตนเองให้มากขึ้นเพื่อที่จะได้ใช้ชีวิตอย่างมีความสุขทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ สามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี มีสุขภาพดี รู้เท่าทันปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากความเสื่อมของร่างกายตามวัย ดังนั้น การประเมินความรู้ การปฏิบัติและทัศนคติของผู้สูงอายุ ครอบครัวและผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในภาคตะวันออก เป็นสิ่งสำคัญ และเป็นพื้นฐานในการพัฒนาระบบการจัดการความรู้เพื่อสร้างคลังความรู้ให้ชุมชนในภาคตะวันออกสามารถเรียนรู้ ต่อยอด และพัฒนาความรู้สู่การนำไปปฏิบัติตัวให้เหมาะสมตรงกับความจำเป็นรายบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น กลุ่มสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งเป็นมหาวิทยาลัยชั้นนำในภาคตะวันออก จึงได้ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสำนักงานสาธารณสุขในภาคตะวันออก ศึกษาวิจัยโดยใช้ความมีส่วนร่วมตามกระบวนการจัดการความรู้ มาใช้ในการพัฒนาองค์ความรู้ และรูปแบบการจัดการความรู้ ด้านสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกันเพื่อใช้เป็นพื้นฐานในการนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกต่อไป

คณะผู้วิจัยจึงมีความประสงค์ที่จะทำการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ซึ่งผลของการศึกษาวิจัยจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพกว้างระดับประเทศต่อไป

2. คำชี้แจงเกี่ยวกับขั้นตอนการเข้าร่วมโครงการวิจัย

ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะได้รับการสอบถามหรือสัมภาษณ์จากคณะผู้วิจัย เพื่อประเมินความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการใช้กระบวนการจัดการความรู้ และได้รับเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัยตามกระบวนการจัดการความรู้ ซึ่งข้อมูลต่าง ๆ ที่ท่านได้ให้ ข้อมูลแก่คณะผู้ศึกษาวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองต่อไป

ขั้นตอนการเข้าร่วมโครงการ

2.1 ท่านจะได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย ประโยชน์ของการศึกษาวิจัย

2.2 การลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

2.3 ได้รับการสัมภาษณ์หรือสอบถาม เพื่อตอบแบบประเมินความรู้ พฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

2.4 ได้รับการเชิญ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวและชุมชน เข้าร่วมโครงการวิจัยการจัดการความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน และร่วมสร้างแนวทางการดูแลร่วมกันระหว่างครอบครัว ผู้สูงอายุและบุคลากรทางการแพทย์ และร่วมกันสร้างชุดบทเรียนร่วมกัน

3. คุณสมบัติของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

1. เป็นผู้สูงอายุ

2. เป็นบุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ

3. อาศัยในเขตพื้นที่เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี และเทศบาลเมืองสระแก้ว จ.สระแก้ว

4. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยมีการลงนามยินยอมตามแบบฟอร์มที่คณะผู้วิจัยจัดทำขึ้น

ซึ่งจะได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยมหาวิทยาลัยบูรพา

4. ประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับ

ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ จะได้รับการประเมินความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุ และได้รับเชิญเป็นชุมชนนักปฏิบัติเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ตามกระบวนการจัดการความรู้ เพื่อถอดบทเรียนและสร้างคลังความรู้ร่วมกันอันจะเป็นประโยชน์ต่อครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุต่อไป รวมทั้งได้รับคำปรึกษาและคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุและตนเอง จากทีมสุขภาพ สหสาขาวิชาชีพ หากพบความผิดปกติทางคณะผู้วิจัยจะได้ประสานงานแจ้งให้เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขที่เป็นผู้ดูแลในพื้นที่รับผิดชอบของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทราบ ซึ่งหากต้องได้รับการรักษาจากแพทย์นั้น ผู้ป่วยต้องเป็นผู้รับผิดชอบในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง

การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ เป็นไปโดยการสมัครใจ และหากท่านปฏิเสธไม่เข้าร่วมโครงการนี้จะไม่ผลกระทบบใด ๆ ต่อการดูแลรักษาตามปกติที่ท่านควรจะได้รับจากโรงพยาบาลที่นี่และที่อื่น และแม้ว่าท่านตกลงเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้แล้ว ท่านก็ยังสามารถปฏิเสธและถอนตัว ยุติการเข้าร่วมโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ตามที่ท่านต้องการ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ เช่นกัน

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด กรุณาติดต่อได้ที่

ดร.เวชกา กลิ่นวิชิต

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

โทรศัพท์ 085-4352626

ซึ่งยินดีให้ข้อมูลแก่ท่านทุกเมื่อ และขอขอบคุณในความร่วมมือ มา ณ โอกาสนี้

ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
โครงการวิจัย เรื่อง การจัดการความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาคตะวันออก

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมนี้ ข้าพเจ้าได้รับฟังคำอธิบายจากผู้วิจัย ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการในการศึกษาวิจัย รวมทั้งผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว

โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจและมีสิทธิ์จะปฏิเสธหรือบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เมื่อใดก็ได้ โดยการบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

คณะผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะข้อมูลในรูปที่เป็นผลสรุปการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว มีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ หากข้าพเจ้ามีปัญหา หรือข้อสงสัยถึงผลที่เกิดขึ้นจากการวิจัย สามารถซักถามผู้วิจัยได้ที่ หรือซักถามหัวหน้าโครงการวิจัย โดยติดต่อที่ **ดร.เวรภา กลิ่นวิจิต** คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทรศัพท์ 038-386554 , 103177 หรือ โทรศัพท์ มือถือ 085-4352626

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม
 (.....)

ลงชื่อ.....พยาน
 (.....)

ลงชื่อ.....ผู้ทำวิจัย
 (.....)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือขวาของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม
 (.....)

ลงชื่อ.....พยาน
 (.....)

ลงชื่อ.....ผู้ทำวิจัย
 (.....)