BJM Vol.4 NO. 2 JULY - DECEMBER 2017

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

การจัดการความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาคตะวันออก : กรณีศึกษาจังหวัดชลบุรีและจังหวัดสระแก้ว

เวธกา กลิ่นวิชิต (ปร.ด.)[1], ยุวดี รอดจากภัย (ปร.ด.)[2] และ คนึงนิจ อุสิมาศ (กศ.ม.)[1]

[1]โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
[2]ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
[3]สำนักงานคณบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลที่ได้จากการจัดการความรู้ ในด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และรูปแบบการจัดการความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชนภาคตะวันออก กรณีศึกษาจังหวัดชลบุรีและสระแก้ว

วิธีการศึกษา ใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วมตามกระบวนการจัดการความรู้ โดยประชากร คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 - 75 ปี จำนวน 6,512 คน สมาชิกในครอบครัวและชุมชนหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ อย่างน้อย 1 คนจาก 42,339 ครัวเรือน จากชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุขและเทศบาลเมืองสระแก้ว กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเจาะจงรวมทั้งสิ้น 180 คน จากชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข 90 คน (ผู้สูงอายุ 43 คน สมาชิกหรือผู้ดูแล 47 คน) และจากชุมชนเทศบาลเมืองสระแก้ว 90 คน (ผู้สูงอายุ 43 คน สมาชิกหรือผู้ดูแล 47 คน) เครื่องมือเป็นแบบประเมินความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแล และชุมชน แบบสัมภาษณ์ใช้แบบกึ่งมีโครงสร้าง แบบบันทึกคลังความรู้โดยใช้การถอดบทเรียน (lesson learn) เพื่อหาแนวปฏิบัติที่ดี ใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาวิจัย พบว่า ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรม ก่อนและหลังการเรียนรู้จากกระบวนการจัดการความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมหลังการเรียนรู้มากกว่าก่อนการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อเปรียบเทียบเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้ทุกด้านมากกว่าก่อนการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพหลังการเรียนรู้มากกว่าก่อนการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบเป็นรายด้าน พบว่า พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยมีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 พฤติกรรมการรับประทานยามากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนพฤติกรรมด้านการจัดการอารมณ์ ไม่แตกต่างกัน ในกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชน พบว่า มีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมหลังการเรียนรู้มากกว่าก่อนการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อเปรียบเทียบเป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้านมีความรู้มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากการถอดบทเรียน ได้แนวปฏิบัติที่ดีในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนนักปฏิบัติโดยมีชุมชนนักปฏิบัติเกิดขึ้น 5 กลุ่ม ได้แก่

1. ชุมชนนักปฏิบัติ กลุ่มอาหารสำหรับผู้สูงอายุ พบประเด็นสำคัญ 6 ประการ คือ 1) อาหารที่ผู้สูงอายุควรกิน 2) อาหารที่ผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยง 3) อาหารสำหรับผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน 4) อาหารควบคุมน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน 5) อาหารช่วยการขับถ่ายในผู้สูงวัย และ 6) หลักการรับประทานอาหารเพื่อภาวะโภชนการที่ดีในผู้สูงอายุ

2. ชุมชนนักปฏิบัติ กลุ่มการออกกำลังกายในผู้สูงวัย พบประเด็นสำคัญ 6 ประการ คือ 1) หลักปฏิบัติในการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ 2) การออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนักในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานหรือโรคอ้วน 3) รูปแบบการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ 4) การใช้แรงในชีวิตประจำวันกับการออกกำลังกาย 5) ข้อห้ามหรือพึงระวังในการออกำลังกายของผู้สูงอายุ และ 6) หลักการออกกำลังกาย F.I.T.T.E สำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย Frequency ความถี่, Intensity ความหนัก, Time เวลา, Type ชนิด, และEnjoyment ความสนุกสานในการออกกำลังกาย

3. ชุมชนนักปฏิบัติ กลุ่มการจัดการอารมณ์และความเครียดในผู้สูงอายุ พบประเด็นสำคัญ 5 ประการ คือ 1) วิธีการคลายเครียด 2) การสร้างความสุขในชีวิตประจำวัน 3) แบบวัดและเฝ้าระวังความเครียด 4) แบบวัดภาวะซึมเศร้า และ 5) วิธีการฝึกจิต/สมาธิ

4. ชุมชนนักปฏิบัติ กลุ่มรู้เรื่องยาในผู้สูงอายุ พบประเด็นสำคัญ 4 ประการ คือ 1) หลักการใช้ยาในผู้สูงอายุ 2) วิธีการรับประทานยาที่ถูกต้อง 3) พฤติกรรมการใช้ยาไม่เหมาะสมที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ 4) ความรู้เกี่ยวกับยาในกลุ่มยาที่ใช้บ่อยในผู้สูงอายุ เช่น กลุ่มยารักษาโรคประจำตัว อาทิ ยาลดความดันโลหิต กลุ่มยานอนหลับและยาคลายความวิตกกังวล กลุ่มยาแก้ปวดและยาคลายกล้ามเนื้อ และกลุ่มยาวิตามิน อาหารเสริม และสมุนไพร

5. ชุมชนนักปฏิบัติ กลุ่มรู้เท่าทันโรคภัยไข้เจ็บในผู้สูงอายุ พบประเด็นสำคัญ 6 ประการ คือ 1) โรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เบาหวาน โรคไต 2) วิธีการป้องกันอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ 3) หกล้ม 4) โรคกระดูก ข้อและกล้ามเนื้อ 5) การตรวจสุขภาพ และ 6) โรคสมองเสื่อม

สรุป การวิจัยแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการจัดการเรียนรู้ทำให้ผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชนมีความรู้ด้านสุขภาพทุกด้านและมีพฤติกรรมสุขภาพทุกด้านหลังกระบวนการการจัดการเรียนรู้ ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นพฤติกรรมด้านการจัดการอารมณ์ของผู้สูงอายุซึ่งพบว่ายังไม่มีความแตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังกระบวนการการจัดการเรียนรู้ นอกจากนั้นการจัดการความรู้ทำให้เกิดชุมชนนักปฏิบัติ 5 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนด้านอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์และความเครียด รู้เรื่องยา และรู้เท่าทันโรคภัยไข้เจ็บในผู้สูงอายุ

คำสำคัญ การจัดการความรู้ สุขภาพ การดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ชุมชนนักปฏิบัติ

ผู้นิพนธ์ที่รับผิดชอบ เวธกา กลิ่นวิชิต
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี ประเทศไทย
E-mail: wethaka-k@hotmail.com

Knowledge management for elderly health care in eastern region of Thailand: a case study of Chonburi and Sa Kaeo

Wethaka Klinwichit (Ph.D.)[1], Yuvadee Rodjakpai (Ph.D.)[2] and Kanuengnit Usimat (M.Ed.)[1]

[1] The Dean's Office, Faculty of Medicine, Burapha University

[2] Health Education Department, Faculty of Public Health, Burapha University

Abstract

Objectives This purpose of the present study is to evaluate the effect of knowledge management process upon the health literacy, behavioral health and knowledge management model of elderly, caregivers and village volunteers in the community

Methods We used knowledge management process with participatory action research method. Population of this study were 6,512 elderly aged between 60-75 years and family members or caregivers at least 1 person from each 42,339 households in Saensuk Municipality, Chonburi Province and Sa Kaeo Municipality, Sa Kaeo Province. The total of 180 samples were purposively selected and divided into 2 groups; 90 persons from Saensuk municipality (43 elderly: 47 caregivers) and the same numbers in Sa Kaeo municipality. The instruments used in this study included questionnaire, semi-structure interview and recorder sheets for summarized lesson learned. Mean, percentage, standard deviation, paired t-test and content analysis were used for data analysis.

Results It was found that the mean knowledge score of ageing health care in all aspects among elderly after the participation in the knowledge management process were significantly higher as compared to the score before at the significant level of .01. The health behaviors in overall aspects such as diet, exercise and disease prevention, drug compliance were significantly different at the level of .05, except emotional and stress management which were not significantly different. The overall aspects of knowledge mean score of caregivers after participation in the knowledge management were higher than before participation significantly at the level of .01.

Five community of practitioners (CoPs) as good practices models in health care for elderly in the community were developed.

1. Food CoPs consisted of 6 key points 1) food that elderly should eat 2) food that elderly should be avoid 3) food for overweight elderly 4) food for elderly with diabetes who would like to control blood sugar level 5) Food for defecation in elderly and 6) the principles of good nutrition diet for elderly.

2. Exercise CoPs consisted of 6 key points 1) Practice of exercise, 2) Exercise to lose weight in

elderly with diabetes or obesity, 3) Type of exercise for healthy elderly, 4) Activities and Exercise in elderly daily life 5) Prohibition or exercise caution in elderly and 6) F.I.T.T.E (Frequency, Intensity, Time, Type, Enjoyment) exercise management for elderly health.

3. Emotions and stress management CoPs consisted of 5 key points 1) How to relieve stress 2) Increase happiness in daily life 3) Stress measurement and monitoring 4) Depression measurement and monitoring, and 5) How to practice spiritual meditation.

4. *Medications CoPs* for elderly consisted of 4 key points 1) Principles of drug use in elderly, 2) How to use drug correctly 3) Common behavior of drug abuse in elderly 4) Knowledge of medications frequently used in elderly, such as the medicine for the treatment of diseases, e.g. medications for hypertension, relieve anxiety or pain, and for muscle relaxant, vitamins supplements and herbal medicines.

5. *Knowing disease and illness in elderly CoPs* consisted of 6 key points 1) Chronic diseases such as hypertension, heart disease, diabetes and kidney disease, 2) Accident prevention in elderly 3) Falling or collapsing 4) Diseases of bone, joint and muscle 5) General health check-up for elderly 6) Dementia.

Conclusion The participatory action research using the knowledge management process reveals that the elderly, family member and community caregivers improve their health knowledge and health behaviors statistically significant, excepting for emotional management behavior of the elderly. In addition, knowledge management creates 5 community practitioners, namely the nutrition community. exercise, emotions and stress management, knowing medications, and knowing the disease and illness community practitioners in elderly.

Keywords Knowledge management, Health, Elderly care, Caregiver, Community practitioner

Corresponding author Wethaka Klinwichit.
Burapha University Hospital, Faculty of Medicine, Burapha University, Chonburi, Thailand.
E-mail: wethaka-k@hotmail.com

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรอย่างชัดเจนว่ากำลังเผชิญหน้ากับภาวการณ์ ของประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีและมากกว่า) ที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว สาเหตุเนื่องจากอัตราการเกิดลดลงและอายุคนไทยที่ยืนยาวขึ้น จากสถิติในปี พ.ศ. 2556 ประชากรไทยมีจำนวน 64.6 ล้านคน ประมาณว่า ประชากรวัยเด็กมีอยู่ประมาณ 12.1 ล้านคน (ร้อยละ 18.7 ของประชากรทั้งหมด) ในขณะที่ประชากรสูงอายุมีมากถึง 9.6 ล้านคน (ร้อยละ 14.9 ของประชากร)[1] ระดับการสูงอายุของประชากรสามารถวัดด้วย “ดัชนีการสูงวัย” (Index of Ageing) คือ อัตราส่วนระหว่างประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ต่อประชากรอายุต่ำกว่า15 ปี 100 คน ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีผู้สูงอายุกี่คนต่อเด็ก 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 และหลังจากนั้นประเทศไทยจะมีจำนวนผู้สูงอายุมากกว่าเด็กอย่างต่อเนื่อง โดยใน พ.ศ.2583 จะมีจำนวนผู้สูงอายุสูงถึง 251 คน ต่อเด็ก 100 คน โครงสร้างอายุของประชากรไทยมีแนวโน้มที่จะสูงอายุขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะก่อให้เกิดปรากฏการณ์สำคัญ คือ การมีจำนวนผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มากกว่าจำนวนเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) เป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ของประเทศไทย ที่ในปี 2561 ดัชนีการสูงวัย จะมีค่าสูงกว่า 100 เมื่อโครงสร้างประชากร เริ่มขยับไปสู่การมีประชากรสูงอายุมากขึ้นเรื่อยๆ สัดส่วนของประชากรวัยทำงานที่จะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก็จะลดน้อยลง ซึ่งคำนวณโดยการหารจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีและมากกว่า 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[2] ดังนั้น เพื่อเป็นการเตรียมรับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว รัฐบาลจึงได้กำหนดให้การเตรียมความพร้อมสังคมไทยสู่สังคมผู้สูงอายุ เป็นยุทธศาสตร์หนึ่งในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และมีการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) และได้มีการวางแผน กำหนดเป็นนโยบายด้านผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศผู้สูงอายุเพื่อใช้วิเคราะห์สถานการณ์ เป็นพื้นฐานในการวางแผนการให้บริการ ได้อย่างสอดคล้องตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุและชุมชน อาทิเช่น การกำหนดในมติสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติ พ.ศ. 2553 เรื่อง การบริหารจัดการงานผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่น โดยระบุให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง จะต้องมีนโยบายและแผนงานโครงการ ที่ชัดเจนในการบริหารจัดการงานผู้สูงอายุในท้องที่รับผิดชอบของตน 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 และอัตราส่วนการเป็นภาระ

ต่อประชากรวัยแรงงาน ปี 2553 และ ปี 2563 เปรียบเทียบกับจังหวัดในกลุ่มภาคตะวันออก พบว่า อัตราส่วนการเป็นภาระต่อประชากรวัยแรงงาน 100 คน อัตราพึ่งพิงวัยสูงอายุ ของภาคตะวันออก มีอัตราส่วน 15.4 เมื่อเปรียบเทียบกับระดับประเทศที่มี อัตราพึ่งพิงวัยสูงอายุต่อประชากรวัยแรงงาน 100 คน เป็น 17.6 ซึ่งมีอัตราการพึ่งพิงที่ค่อนข้างสูงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ[3] การมีจำนวน และสัดส่วนประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้มีระยะเวลาที่ค่อนข้างสั้น ในการเตรียมรองรับการดูแลผู้สูงอายุที่จะเพิ่มขึ้นให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชนจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องร่วมแรงร่วมใจเป็นพลังในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพ การดูแลให้ความสนใจกับเรื่องสุขภาพของตนเองให้มากขึ้นเพื่อที่จะได้ใช้ชีวิตอย่างมีความสุขทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ สามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี มีสุขภาพดี รู้เท่าทันปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากความเสื่อมของร่างกายตามวัย ดังนั้น การประเมินความรู้ การปฏิบัติและทัศนคติของผู้สูงอายุ ครอบครัวและผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในภาคตะวันออกเป็นสิ่งสำคัญ และเป็นพื้นฐานในการพัฒนาระบบการจัดการความรู้เพื่อสร้างคลังความรู้ให้ชุมชนในภาคตะวันออกสามารถเรียนรู้ ต่อยอด และพัฒนาความรู้สู่การนำไปปฏิบัติตัวให้เหมาะสมตรงกับความต้องการเป็นรายบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การจัดการความรู้ เป็นกระบวนการหนึ่ง กลุ่มสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งเป็นมหาวิทยาลัยชั้นนำในภาคตะวันออก จึงได้ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสำนักงานสาธารณสุขในภาคตะวันออก ศึกษาวิจัยโดยใช้ความมีส่วนร่วมตามกระบวนการจัดการความรู้ มาใช้ในการพัฒนาองค์ความรู้ และรูปแบบการจัดการความรู้ ด้านสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกันเพื่อใช้เป็นพื้นฐานในการนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินผลที่ได้จากการจัดการความรู้ในด้านความรู้ที่เกี่ยวกับสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว/ผู้ดูแล ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในภาคตะวันออก

2. เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชนภาคตะวันออก

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้ใช้วิธีวิจัยแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ในการสร้างเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้เกิดการถ่ายทอดองค์ความรู้และต่อยอดประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในกลุ่มชุมชนภาคตะวันออกในจังหวัดที่เป็นกรณีศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ

1) ผู้ที่มีอายุ 60-75 ปี อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี จำนวน 4,747 คน และจังหวัดสระแก้ว จำนวน 1,765 คน รวม 6,512 คน

2) สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 1 คนของแต่ละครัวเรือน ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี จำนวน 31,847 คน และจังหวัดสระแก้ว จำนวน 10,492 คน รวม 42,339 ครัวเรือน

กลุ่มตัวอย่าง

1) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยสอบถามความสมัครใจของชุมชนที่ประสงค์เข้าร่วมโครงการวิจัย โดยจังหวัดชลบุรี ได้ชุมชนในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข และจังหวัดสระแก้ว ได้ชุมชนในเขตเทศบาลเมืองสระแก้ว

2) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

2.1 กลุ่มผู้สูงอายุ มีอายุระหว่าง 60-75 ปี สามารถสื่อสารได้ดี เคลื่อนไหวได้สะดวกและช่วยเหลือตนเองได้ดี

2.2 กลุ่มสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน สามารถสื่อสารได้ดี เคลื่อนไหวได้สะดวกและช่วยเหลือตนเองได้ดี

2.3 สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาของการวิจัย

ได้กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 86 คน และสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแล จำนวน 96 คน รวมทั้งสิ้น 180 คน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนประชากร และกลุ่มตัวอย่าง จากกลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มสมาชิกในครอบครัว/ผู้ดูแล

จังหวัด/ชุมชน	ประชากรผู้สูงอายุ (อายุ 60-75 ปี) (คน)	กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ (อายุ 60-75 ปี) (คน)	จำนวนสมาชิกในครอบครัว/ผู้ดูแล (คน)	กลุ่มตัวอย่างสมาชิกในครอบครัว/ผู้ดูแล (คน)	รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม (คน)
เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี	4,747	43	31,847	47	90
เทศบาลเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว	1,765	43	10,492	47	90
รวม (คน)	6,512	86	42,339	94	180

ขั้นตอนการศึกษา

ขั้นเตรียมการ

ผู้วิจัยประสานงานกับชุมชนกลุ่มเป้าหมาย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การจัดกิจกรรมและการนัดหมายตามกระบวนการจัดการความรู้ การจัดประชุมกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ระยะเวลา 6 เดือน ประชุมเดือนละ 1 ครั้ง จำนวน 6 ครั้ง

ชุมชนนักปฏิบัติ หมายถึง คนกลุ่มเล็กๆ ที่มีการรวมตัวกัน หรือเชื่อมโยงกันอย่างไม่เป็นทางการ โดยมีลักษณะดังนี้ คือ ประสบปัญหาลักษณะเดียวกัน มีความสนใจในเรื่องเดียวกัน ต้องการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน มีเป้าหมายร่วมกัน มีความมุ่งมั่นร่วมกันที่จะพัฒนาวิธีการทำงานหรือวิธีปฏิบัติในเรื่องที่สนใจให้ดีขึ้น ไม่ได้เกิดจากการจัดตั้งโดยองค์การ เป็นกลุ่มที่เกิดจากความต้องการทางสังคม และความพยายามที่จะทำให้บรรลุผลสำเร็จ เป็นกลุ่มที่ไม่มีอำนาจ ไม่มีการกำหนดไว้ในแผนภูมิโครงสร้างองค์กร และอาจจะมีเป้าหมายที่ขัดแย้งกับผู้นำองค์กร ในหนึ่งองค์กรอาจจะมีชุมชนนักปฏิบัติจำนวนมาก และคนคนหนึ่งจะเป็นสมาชิกในหลายชุมชนได้

สำหรับการวิจัยนี้ ชุมชนนักปฏิบัติ ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ และสมาชิกในครอบครัว/ผู้ดูแลที่เป็นตัวอย่างของการศึกษา หรือผู้แทนจากชุมชนเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครชุมชนหรือจิตอาสา เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยประเมินความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุ และสมาชิกในครอบครัว/ผู้ดูแล หรือแกนนำในชุมชน ก่อนดำเนินการจัดการความรู้ของชุมชนนักปฏิบัติ (ครั้งที่ 1)

ขั้นตอนที่ 2 กระบวนการจัดการความรู้ของชุมชนนักปฏิบัติ เป็นการดำเนินการจัดการความรู้กันเองในกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ ประกอบด้วย การบ่ง

ชี้ความรู้ การสร้างและแสวงหาความรู้ การจัดความรู้ให้เป็นระบบ การประมวลและกลั่นกรองความรู้ การเข้าถึงความรู้ การแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ และการเรียนรู้ เพื่อให้เกิดการถ่ายทอดองค์ความรู้และต่อยอดประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชุมชนเป้าหมาย (ครั้งที่ 2-4)

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยเข้าไปสังเกตการณ์การจัดการความรู้ของกลุ่มนักปฏิบัติ ซึ่งกลุ่มนักปฏิบัติจะบันทึกความรู้ ถอดบทเรียน และหาแนวปฏิบัติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ และสร้างคลังความรู้เป็นคู่มือหรือแนวปฏิบัติที่ดีร่วมกับกลุ่มตัวอย่างใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วม (ครั้งที่ 5)

ขั้นตอนที่ 4 ผู้วิจัยประเมินความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลังการใช้กระบวนการจัดการความรู้โดยชุมชนนักปฏิบัติแล้ว (ครั้งที่ 6)

เครื่องมือการวิจัย

1. แบบประเมินการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ บุคคลในครอบครัว/ผู้ดูแล ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

1.1 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

1.2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวและชุมชน

1.3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านต่าง ๆ ที่ตรงกับพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติตามความเป็นจริงมากที่สุด ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การรับประทานยา และการป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนจากความเจ็บป่วย

2. แนวคำถามในการประชุมของชุมชนนักปฏิบัติเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ

3. แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้างในการสอบถามผลการเข้าร่วมประชุมชุมชนนักปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

4. แบบบันทึกคลังความรู้ โดยใช้การถอดบทเรียน (lesson learned) เพื่อหาแนวปฏิบัติที่ดีในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนภาคตะวันออก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

1. ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ด้านความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้สามารถสื่อความหมายที่ชัดเจนและมีความเข้าใจที่ตรงกัน

2. รวบรวมข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษามาแก้ไขและปรับปรุงก่อนนำไปทดลองใช้

3. นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับประชากรผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความหมายของภาษาที่ใช้และความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม การวิเคราะห์ความเชื่อมั่นใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค[4]

การวิเคราะห์ข้อมูล

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

ผลการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.47) อายุเฉลี่ย 68.49 (SD 4.74) ปี อาชีพ เกษตรกรรม (ร้อยละ 27.91) สถานภาพสมรส

คู่ (ร้อยละ 40.70) ระดับการศึกษา ประถมศึกษา (ร้อยละ 30.23) ศาสนาพุทธ (ร้อยละ 95.35) ลักษณะของครอบครัว เป็นครอบครัวขยาย (ร้อยละ 54.65) รายได้ที่ผู้สูงอายุได้รับต่อเดือน เฉลี่ย 4,918.60 บาท รายได้โดยรวมของครอบครัวต่อเดือน เฉลี่ย 22,352.74 บาท ความเพียงพอของรายได้ ส่วนใหญ่ ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 55.81) สิทธิการรักษาพยาบาล บัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 69.77) (ตารางที่ 2, 3)

2. สมาชิกในครอบครัวและผู้แทนในชุมชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61.70) อายุเฉลี่ย 38.86 (SD 5.12) ปี อาชีพ รับจ้าง (ร้อยละ 40.43) เป็นโสด (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 ความเพียงพอของรายได้ส่วนใหญ่ ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 51.06) สิทธิการรักษาพยาบาล บัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 42.55) (ตารางที่ 2, 3) ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว/ชุมชน เฉลี่ย 6.23 (SD 2.06) ปี ไม่เคยฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ (ร้อยละ 59.57) เคยได้รับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุจากเจ้าหน้าที่พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 81.91) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง และของสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ และผู้แทนในชุมชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป		ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง		สมาชิกในครอบครัวและผู้แทนในชุมชน	
		จำนวน N=86	ร้อยละ	จำนวน N=94	ร้อยละ
เพศ	ชาย	34	39.53	36	38.30
	หญิง	52	60.47	58	61.70
อายุเฉลี่ย (ปี)		68.49 (SD 4.74)		38.86 (SD 5.12)	
อาชีพ	ไม่ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน/พ่อบ้าน	18	20.93	12	12.77
	รับจ้าง	15	17.44	38	40.43
	ค้าขาย	17	19.77	22	23.40
	(เกษียณ)ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	12	13.95	5	5.32
	เกษตรกรรม	24	27.91	17	18.09
สถานภาพ	คู่	35	40.70	30	31.91
	โสด	18	20.93	44	46.81
	หม้าย	25	29.07	12	12.77
	แยก/หย่า	8	9.30	8	8.51
การศึกษา	ไม่ได้รับการศึกษา	14	16.28	8	8.51
	ประถมศึกษา	26	30.23	27	28.72
	มัธยมศึกษา/ปวช.	18	20.93	24	25.53
	ปวส./อนุปริญญา	20	23.26	18	19.15
	ปริญญาตรี	6	6.98	17	18.09
	สูงกว่าปริญญาตรี	2	2.33	0	0.00

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง และของสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ และผู้แทนในชุมชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป		ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง		สมาชิกในครอบครัวและผู้แทนในชุมชน	
		จำนวน N= 86	ร้อยละ	จำนวน N=94	ร้อยละ
ศาสนา	พุทธ	82	95.35	87	92.55
	คริสต์	2	2.33	4	4.26
	อิสลาม	2	2.33	3	3.19
ลักษณะครอบครัว	ครอบครัวเดี่ยว	31	36.05	54	57.45
	ครอบครัวขยาย	47	54.65	32	34.04
	อยู่เพียงลำพัง	8	9.30	8	8.51
รายได้ ได้รับเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		4,918.60		12,315.45	
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		22,352.74		28,365.32	
รายได้	ไม่เพียงพอ	48	55.81	48	51.06
	เพียงพอ	28	32.56	40	42.55
	ไม่ระบุ	10	11.63	6	6.38
สิทธิการรักษาพยาบาล	บัตรประกันสุขภาพ	60	69.77	40	42.55
	เบิกค่ารักษาได้	12	13.95	8	8.51
	เสียค่าใช้จ่ายเอง	8	9.30	6	6.38
	ประกันสังคม	-	-	35	37.23
	อื่น ๆ ประกันชีวิต	6	6.98	5	5.32

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุและผู้แทนในชุมชนที่ผ่านการฝึกอบรมและการรับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน N=94	ร้อยละ
การฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ	ไม่เคย	56	59.57
	เคย	38	40.43
การรับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุจากเจ้าหน้าที่พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	ไม่เคย	17	18.09
	เคย	77	81.91
ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว/ชุมชนเฉลี่ย (ปี) 6.23 (SD 2.06)			

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการเรียนรู้จากกระบวนการจัดการความรู้ของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมหลังการเรียนรู้จากกระบวนการการจัดการความรู้มากกว่าก่อนการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และความรู้เป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้ทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ส่วนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพหลังการเรียนรู้จากกระบวนการจัดการความรู้มากกว่าก่อนการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบเป็นรายด้าน พบว่า พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 พฤติกรรมการรับประทานยามากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนพฤติกรรมด้านการจัดการอารมณ์ ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรม ก่อนและหลังการเรียนรู้จากกระบวนการจัดการความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในกลุ่มผู้สูงอายุ

ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	คะแนนเต็ม	Pre-test		Post-test		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
พฤติกรรมการป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนจากความเจ็บป่วย	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*

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

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ ก่อนและหลังการเรียนรู้จากกระบวนการจัดการความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชน พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมหลังการเรียนรู้จากกระบวนการการจัดการความรู้มากกว่าก่อนการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อเปรียบเทียบความรู้หลังการเรียนรู้ตามกระบวนการจัดการความรู้เป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้านผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชนมีความรู้มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ ก่อนและหลังการเรียนรู้จากกระบวนการจัดการความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชน

ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชน	คะแนนเต็ม	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**

*$p < .01$

ผลการดำเนินงานจากกระบวนการจัดการความรู้

การพัฒนารูปแบบการจัดการความรู้แนวปฏิบัติที่ดีในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนนักปฏิบัติจากการถอดบทเรียนตามรูปแบบการวิจัยแบบมีส่วนร่วม โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ ซึ่งเป็นการให้กลุ่มชุมชนนักปฏิบัติได้ร่วมกันคิดวิเคราะห์แสดงความคิดเห็น จับกลุ่มและคัดเลือกประเด็นที่กลุ่มสนใจตามความสมัครใจของชุมชนนักปฏิบัติ พบว่า มีชุมชนนักปฏิบัติ จำนวน 5 ชุมชน ได้แก่

1. ชุมชนนักปฏิบัติ กลุ่มอาหารสำหรับผู้สูงอายุ

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

วัตถุประสงค์

เพื่อหาแนวปฏิบัติที่ดีเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการ

1. การรวมกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติเพื่อช่วยกันหาข้อมูลจากประสบการณ์ของตนเองหรือการรับข้อมูลข่าวสารสาธารณะทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ รวมถึงการเคยนำมาปฏิบัติแล้วได้ผลดี เกี่ยวกับการกินอย่างไรให้เหมาะสมกับวัยผู้สูงอายุ

2. นำข้อมูลและประสบการณ์มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

3. จดบันทึกข้อมูลและถอดบทเรียนเพื่อนำไปสรุปบทเรียนที่ได้รับ

4. จัดทำคลังความรู้ในรูปแบบที่กลุ่มตกลงกัน

ผลการดำเนินการ

ประเด็นที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

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

ปัจจัยความสำเร็จ

1.ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น

2. มีเจ้าหน้าที่และคณะผู้วิจัยช่วยในการอำนวยความสะดวกแก่การทำกลุ่มและกิจกรรม

3. มีผู้ช่วยในการสกัดความรู้ เพื่อนำไปรวมรวมจัดทำคลังความรู้

2. ชุมชนนักปฏิบัติ กลุ่มการออกกำลังกายในผู้สูงวัย

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. การรวมกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติเพื่อช่วยกันหาข้อมูลจากประสบการณ์ของตนเองหรือการรับข้อมูลข่าวสารสาธารณะทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ รวมถึงการเคยนำมาปฏิบัติแล้วได้ผลดี เกี่ยวกับการออกกำลังกายอย่างไรให้เหมาะสมกับวัยผู้สูงอายุ

2. นำข้อมูลและประสบการณ์มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

3. จดบันทึกข้อมูลและถอดบทเรียนเพื่อนำไปสรุปบทเรียนที่ได้รับ

4. จัดทำคลังความรู้ในรูปแบบที่กลุ่มตกลงกัน

ผลการดำเนินการ

ประเด็นที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

1. หลักปฏิบัติในการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

2. การออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนักในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานหรือโรคอ้วน

3. รูปแบบการออกกำลังการเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

4. การใช้แรงในชีวิตประจำวันกับการออกกำลังกาย

5. ข้อห้ามหรือพึงระวังในการออกำลังกายของผู้สูงอายุ

6. F.I.T.T.E สำหรับผู้สูงอายุ หรือหลักการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย

Frequency (F) คือ ความถี่ในการออกกำลังกาย ต้องออกกำลังกายอย่างน้อย 3 - 5 ครั้ง/สัปดาห์

Intensity (I) คือ ความหนักในการออกกำลังกายให้หัวใจเต้นอย่างน้อย 60% ของการเต้นของหัวใจสูงสุด โดยคำนวนจาก 220 - อายุ เช่น อายุ 70 ปี หัวใจเต้นสูงสุดไม่ควรเกิน 150 ครั้ง/นาที 80% เท่ากับ 120 ครั้ง/นาที แต่ในผู้สูงอายุอาจออกกำลังกายเพียง 65 - 70% ก็เพียงพอ

Time (T) ควรออกกำลังกายต่อเนื่องอย่างน้อย 20 - 30 นาที ควรเลือกเวลาการออกกำลังกายที่เหมาะสม เช่น การออกกำลังกายในที่ที่มีแดดอ่อนๆ อากาศถ่ายเทดี

Type (T) ชนิดของการออกกำลังกายควรมีการผสมผสานการออกกำลังกาย ให้มีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง แบบ Aerobic exercise ซึ่งประกอบไปด้วยการเดินเร็ว วิ่ง ว่ายน้ำ ปั่นจักรยาน หรือเต้นแอโรบิค เป็นต้น ควรมีการทำการยืดเหยียดส่วนต่างๆของร่างกาย Stretching exercise ควรมีการ

ฝึกกล้ามเนื้อเฉพาะที่ Muscle training ฝึกการทรงตัว และความคล่องแคล่วด้วย การออกกำลังกายตามสูตรนี้ ควรเลือกปรับให้เหมาะสมกับวัย

Enjoyment (E) ความสนุกสนาน การออกกำลังกายควรมีความสนุกสนาน เพื่อให้เกิดความสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

ปัจจัยความสำเร็จ

1.ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น

2. มีเจ้าหน้าที่และคณะผู้วิจัยช่วยในการอำนวยความสะดวกแก่การทำกลุ่มและกิจกรรม

3. มีผู้ช่วยในการสกัดความรู้ เพื่อนำไปรวมรวมจัดทำคลังความรู้

3. ชุมชนนักปฏิบัติ กลุ่มการจัดการอารมณ์และความเครียดในผู้สูงอายุ

ความเป็นมา : ความเครียด คือ สภาวะที่เกิดขึ้นกับอารมณ์ และความรู้สึก ทั้งเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิต หรือในบางครั้งอาจไม่ทราบว่าเกิดจากสาเหตุใด แต่มีผลทำให้เกิดความไม่สบายใจ กดดัน วิตกกังวล หวาดกลัว ไม่มีความสุข ซึ่งต่างก็เป็นผลในทางลบที่ทำให้เกิดอันตรายต่อคนเรา โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ เมื่อเกิดความเครียดส่งผลทำให้เกิดอาการป่วยทางกายหลายอย่าง เช่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ปวดหลัง ปวดหัว คลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งอาจทำให้เกิดเป็นโรคต่างๆ ตามมา ทั้งโรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ ความเครียดยังทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานได้ไม่เต็มที่ ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำเกิดโรคหอบหืดหรือโรคภูมิแพ้ต่างๆ และยังเคยมีกรณีที่ผู้สูงอายุเกิดอาการช็อคเป็นลมเสียชีวิตเนื่องด้วยตกอยู่ในภาวะเครียดอย่างรุนแรง ด้วย ความเครียดทำให้อารมณ์สับสน หงุดหงิดโมโหง่าย วิตกกังวล มองโลกในแง่ร้าย และเมื่อมีปัญหาทางด้านอารมณ์สะสมไปนานๆ เข้า ก็จะส่งผลโดยตรงต่อสภาวะทางด้านจิตใจ ทำให้กลายเป็นคนที่มีปัญหาทางด้านจิตประสาทได้ นอกจากนี้ ความเครียดยังทำให้ความสามารถทางด้านสติปัญญาทั้งในการแก้ปัญหาและทางด้านความจำลดลง ดังนั้น การจัดการอารมณ์และความเครียดจึงจำเป็นอย่างยิ่ง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องนี้เพื่อแสวงหาวิธีกำจัดและคลายเครียดที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้ด้วยตนเองง่าย ๆ และสามารถผ่อนคลายความเครียดรวมถึงสามารถจัดการอารมณ์ได้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อหาแนวปฏิบัติที่ดีเกี่ยวกับการจัดการอารมณ์และความเครียดในผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการ

1. การรวมกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติเพื่อช่วยกันหาข้อมูลจากประสบการณ์ของตนเองหรือการรับข้อมูลข่าวสารสาธารณะทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ รวมถึงการเคยนำมาปฏิบัติแล้วได้ผลดี เกี่ยวกับการจัดการอารมณ์และความเครียดในผู้สูงอายุ

2. นำข้อมูลและประสบการณ์มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

3. จดบันทึกข้อมูลและถอดบทเรียนเพื่อนำไปสรุปบทเรียนที่ได้รับ

4. จัดทำคลังความรู้ในรูปแบบที่กลุ่มตกลงกัน

ผลการดำเนินการ

ประเด็นที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

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

ปัจจัยความสำเร็จ

1.ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น

2. มีเจ้าหน้าที่และคณะผู้วิจัยช่วยในการอำนวยความสะดวกแก่การทำกลุ่มและกิจกรรม

3. มีผู้ช่วยในการสกัดความรู้ เพื่อนำไปรวมรวมจัดทำคลังความรู้

4. ชุมชนนักปฏิบัติ กลุ่มรู้เรื่องยาในผู้สูงอายุ

ความเป็นมา : ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ใช้ยามากกว่ากลุ่มวัยอื่น เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีโรคเรื้อรัง ทำให้มีโอกาสรักษากับแพทย์หลายคนและได้รับยาหลายชนิด พบว่าร้อยละ 90 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ใช้ยาอย่างน้อย 1 ชนิดต่อสัปดาห์ และจำนวนยาที่ใช้สัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น สิ่งที่ตามมาคือ ผลอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ปฏิกิริยาระหว่างยา และค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เพิ่มมากขึ้น การใช้ยาในผู้สูงอายุทำให้เกิดผลข้างเคียงได้ง่าย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาตามวัย อาทิ การดูดซึมและการกำจัดยาออกจากร่างกายทำได้ลดลง นอกจากนั้นผู้สูงอายุ ซึ่งมีปัญหาด้านสายตา และความจำยังมีความเสี่ยงที่จะใช้ยาผิดได้มากอีกด้วย

วัตถุประสงค์

เพื่อหาแนวปฏิบัติที่ดีเกี่ยวกับการใช้ยาในผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการ

1. การรวมกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติเพื่อช่วยกันหาข้อมูลจากประสบการณ์ของตนเองหรือการรับข้อมูลข่าวสารสาธารณะทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ รวมถึงการเคยนำมาปฏิบัติแล้วได้ผลดี เกี่ยวกับความรู้เรื่องยาในผู้สูงอายุ

2. นำข้อมูลและประสบการณ์มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

3. จดบันทึกข้อมูลและถอดบทเรียนเพื่อนำไปสรุปบทเรียนที่ได้รับ

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 กลุ่มยาวิตามิน อาหารเสริม และสมุนไพร

ปัจจัยความสำเร็จ

1.ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น

2. มีเจ้าหน้าที่และคณะผู้วิจัยช่วยในการอำนวยความสะดวกแก่การทำกลุ่มและกิจกรรม

3. มีผู้ช่วยในการสกัดความรู้ เพื่อนำไปรวมรวมจัดทำคลังความรู้

5. ชุมชนนักปฏิบัติ กลุ่มรู้เท่าทันโรคภัยไข้เจ็บในผู้สูงอายุ

ความเป็นมา : โรคภัยไข้เจ็บที่เกิดกับผู้สูงอายุ มักมาจากปัจจัยหลัก 4 ประการคือ ความเสื่อมของอวัยวะตามวัย พฤติกรรมหรือวิถีชีวิตที่ผ่านมา การเปลี่ยนแปลงของเซลล์ร่างกาย และปัจจัยทางพันธุกรรมพบว่าโรคหลายโรคที่เกิดกับผู้สูงอายุสามารถป้องกันได้ แต่โดยธรรมชาติแล้ว ผู้สูงอายุมีความสำเร็จของรักษาไม่ดีเท่ากับวัยอื่น เกิดภาวะแทรกซ้อนง่าย เกิดภาวะทุพพลภาพได้สูง เสียค่าใช้จ่ายมาก เป็นภาระกับตัวผู้สูงอายุ ครอบครัว และเป็นปัญหาสังคม หากเกิดภาวะพึ่งพิงสูงขึ้น การลดภาวะพึ่งพิงที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุสามารถชลอได้ด้วยการมีวิธีปฏิบัติตัวที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีความรู้เกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ จะช่วยให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาพที่ดีได้

วัตถุประสงค์

เพื่อหาแนวปฏิบัติที่ดีเกี่ยวกับความรู้เท่าทันโรคภัยไข้เจ็บที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการ

1. การรวมกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติเพื่อช่วยกันหาข้อมูลจากประสบการณ์ของตนเองหรือการรับข้อมูลข่าวสารสาธารณะทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ รวมถึงการเคยนำมาปฏิบัติแล้วได้ผลดี เกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

2. นำข้อมูลและประสบการณ์มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

3. จดบันทึกข้อมูลและถอดบทเรียนเพื่อนำไปสรุปบทเรียนที่ได้รับ

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 เพื่อนำไปรวมรวมจัดทำคลังความรู้

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของกระบวนการจัดการความรู้ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ทั้งภาพรวม และรายด้าน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกระบวนการจัดการความรู้เป็นกระบวนการที่สามารถสร้างความมีส่วนร่วมได้อย่างชัดเจน มีกระบวนการเป็นขั้นเป็นตอน ตั้งแต่ขั้นการวางแผน (Planning) โดยการวิเคราะห์ตนเองเพื่อบ่งชี้ความรู้ที่ต้องการ ขั้นปฏิบัติการ (Acting) โดยการสร้างและแสวงหาความรู้ การจัดความรู้ให้เป็นระบบ การประมวลและกลั่นกรองความรู้ การเข้าถึงความรู้ ขั้นสังเกตการณ์ (Observing) โดยการแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ และ การเรียนรู้ เพื่อให้เกิดการถ่ายทอดองค์ความรู้และต่อยอดประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) จากการประเมินผลการเรียนรู้จากกระบวนการจัดการความรู้ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ วิไลวรรณ ทองเจริญและคณะ[5] ที่ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง ประสิทธิผลของกระบวนการจัดการความรู้ต่อความรู้และการจัดการปัญหาความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ ที่พบว่า กระบวนการจัดการความรู้มีประสิทธิผลต่อการจัดการปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ทั้งในด้านความรู้และพฤติกรรมการจัดการปัญหาความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ รุ่งนภา หนูม่วง[6] ที่ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การจัดการความรู้ในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพของแกนนำชุมชน ตำบลนาชะอัง อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร ที่ได้ทดลองนำแผนการจัดการความรู้ฯ ที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 38 คน ด้วยเทคนิคการจัดการความรู้ เป็นเวลา 2 วัน ผลการวิจัยพบว่า การจัดการความรู้ที่กำหนดองค์ประกอบ 5 ด้าน สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ความเข้าใจเทคนิควิธีและทักษะในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพ เกี่ยวกับ ด้านการบริหารจัดการชมรม สร้างสุขภาพ ด้านภาวะการเป็นผู้นำในการสร้างสุขภาพของแกนนำชุมชน ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ด้านกลุ่มและการพัฒนากลุ่ม และด้านการทำงานเป็นทีมได้

จากผลการสังเคราะห์แนวปฏิบัติที่ดี พบว่า การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุควรมีทั้งความรู้

ความเข้าใจและการปฏิบัติที่แสดงออกมาเป็นพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์และความเครียด การใช้ยาที่เหมาะสม และการรู้เท่าทันโรคภัยไข้เจ็บหมั่นตรวจสุขภาพและดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ โดยมีเป้าหมายเพื่อชะลอการเกิดภาวะพึ่งพิงให้นานที่สุด จากกระบวนการสร้างความมีส่วนร่วมผ่านกระบวนการจัดการความรู้ที่ให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้ดำเนินการหรือปฏิบัติการด้วยตนเอง จะทำให้เกิดประสิทธิผลของการเรียนรู้ที่ดีซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ สุนทร โสภณอัมพรเสนีย์[7] ที่ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ บ้านหนองพลวง ตำบลหนองพลวง อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา ที่พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ชุมชนทำให้ผู้สูงอายุมีความสนใจและเห็นความสำคัญของการดำเนินการ การรวมกลุ่มทำกิจกรรมมีส่วนให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนักในปัญหาสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชน สามารถวิเคราะห์ปัญหาร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา แสวงหาความรู้ร่วมกัน และสามารถแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์การดูแลแก่กันได้ อันจะนำไปสู่การสร้างสังคมสุขภาพดี และส่งเสริมบรรยากาศการสร้างสุขภาพในชุมชน นำไปสู่ความมีสุขภาพดี และมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกันการศึกษาวิจัยของ วิไลวรรณ ทองเจริญและคณะ[8] ที่ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง ประสิทธิผลของกระบวนการจัดการความรู้ต่อความรู้และการจัดการปัญหาความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ ที่พบว่าแนวปฏิบัติที่ดีของกลุ่มในการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง คือ ออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที 3 วัน/สัปดาห์ วิธีการออกกำลังกายให้เลือกวิธีออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุวิธีใดวิธีหนึ่งที่ถนัดและชอบ การเลือกออกกำลังกายแต่ละวิธี ต้องปฏิบัติอย่างถูกต้องตามหลักการ การรับประทานอาหารไม่หวานไม่มัน ไม่เค็ม รับประทานน้อยลงพอดีอิ่ม พยายามรับประทานผักผลไม้มากขึ้นการควบคุมอารมณ์/จิตใจ การรับประทานยา การอยู่ในสิ่งแวดล้อมและอากาศที่ดีและการสังเกตอาการ/การเปลี่ยนแปลง การรับประทานยาต้องทำอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต โดยต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์และปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการดูแลจิตใจ ควรดำเนินวิถีชีวิตตามคำสอนของศาสนา ระงับอารมณ์ ทำใจให้นิ่ง อยู่กับปัจจุบัน ยอมรับความจริงและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทำกิจกรรมเพื่อพักผ่อนหย่อนใจ แสดงให้เห็นว่า กระบวนการจัดการความรู้สามารถสร้างความมีส่วนร่วม เสริมสร้างพลังอำนาจ ช่วยให้ผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชน สามารถวิเคราะห์ตนเอง สร้างความตระหนักในปัญหาสุขภาพ แสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหาเป็น และมีคลังความรู้ที่สามารถจนำมาใช้ประโยชน์ในการจัดการปัญหาสุขภาพและใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัย

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาโดยมีกลุ่มของคณะผู้วิจัย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำหน้าที่เป็น facilitator และ note taker ทำให้มีปัจจัยความสำเร็จในการบันทึกและถอดบทเรียน ซึ่งในอนาคตควรมีการส่งเสริมและพัฒนาผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัว หรือชุมชน รวมทั้งผู้สูงอายุเองที่มีศักยภาพให้สามารถดำเนินการตามกระบวนการจัดการความรู้ได้ด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินการชุมชนนักปฏิบัติ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

2. การสร้างคลังความรู้และแนวปฏิบัติที่ดี ในกลุ่มของผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชนในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข และชุมชนในจังหวัดสระแก้วที่เป็นกลุ่มตัวอย่างนี้ ส่วนใหญ่เป็นชุมชนเมือง ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุและชุมชนที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง แสวงหาความรู้ และถ่ายทอดประสบการณ์ความรู้ ดังนั้นเมื่อนำ

กระบวนการไปใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีบริบทที่ต่างออกไปอาจต้องออกแบบการเรียนรู้ให้เหมาะสมกับบริบทนั้น ๆ เพิ่มเติมเพื่อให้เกิดประสิทธิผลของการเรียนรู้ตามผลของการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. เมื่อนำข้อมูลสารสนเทศจากกระบวนการจัดการความรู้ไปเผยแพร่ใน website ควรมีการศึกษาผลการนำไปใช้หรือการต่อยอดความรู้ที่เกิดขึ้น

2. ควรศึกษาวิจัยในประเด็นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ ในประเด็นย่อยที่มีความเฉพาะเจาะจงมากขึ้น เช่น ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในชุมชน เช่น เบาหวาน โรคข้อเข่าเสื่อม โรคไต เป็นต้น

3. ควรศึกษาผู้สูงอายุที่เป็นคนต้นแบบ หรือชุมชนต้นแบบที่สามารถดูแลสุขภาพตนเอง หรือสุขภาพของผู้สูงอายุได้ดี เพื่อถอดบทเรียนนำมาถ่ายทอดและเผยแพร่ให้ได้เรียนรู้และนำไปสู่การปฏิบัติตามแบบอย่างเพื่อความมีสุขภาพที่ดีขึ้นได้

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณการสนับสนุนทุนวิจัยจาก สำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ ซึ่งเล็งเห็นความสำคัญของประเด็นเร่งด่วนด้านการวิจัยในผู้สูงวัย เกี่ยวกับการพัฒนาผู้สูงอายุให้มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม มีคุณภาพ มีคุณค่าสามารถปรับตัวเท่าทันการเปลี่ยนแปลง เป็นพลังในการพัฒนาสังคม โดยมุ่งสร้างแนวทางการพัฒนาคุณภาพคนไทยทุกช่วงวัย มีภูมิคุ้มกันต่อการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนาประเทศในอนาคต ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับความร่วมมือจากผู้สูงอายุ และสถานพยาบาลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ ในเขตภาคตะวันออก ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นกลุ่มตัวอย่าง คณะผู้วิจัยขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ นอกจากนี้ ขอขอบคุณ ศาสตราจารย์ดร.นายแพทย์ศาสตรี เสาวคนธ์ ที่ปรึกษาคณบดีคณะแพทยศาสตร์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ และคุณณรงค์ชัย คุณปลื้ม นายกเทศมนตรีเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ที่เป็นที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ และขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้คำแนะนำ วิธีการ และข้อเสนอแนะการดำเนินงานศึกษาวิจัยเพื่อให้ตระหนักถึงสิทธิและเคารพสิทธิความเป็นบุคคลและประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่าง

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2556. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พลับชิง จำกัด (มหาชน); 2557.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานสถิติรายปีประเทศไทย พ.ศ.2553 (ฉบับพิเศษ). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2553.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานผลเบื้องต้น สำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2557.
4. Cronbach, Lee J. Essentials of Psychological Testing. New York: Harper & Row. 1970.
5. วิไลวรรณ ทองเจริญ, จันทนา รณฤทธิวิชัย, สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี, ณัฐสุรางค์ บุญจันทร์, วรวรรณ วาณิชย์เจริญชัย. ประสิทธิผลของกระบวนการจัดการความรู้ต่อความรู้และการจัดการปัญหาความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ. J Nurs Sci. 2011; 29: 103-112.

6. รุ่งนภา หนูม่วง. การจัดการความรู้ในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพของแกนนำชุมชน ตำบลนาชะอัง อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี. 2552.

7. สุนทร โสภณอัมพรเสนีย์. การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ บ้านหนองพลวง ตำบลหนองพลวง อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา. สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพัฒนาสุขภาพชุมชน. มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา. 2551.