



The Development of Family and Community Health Leaders for Elderly Care การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ

เพชรีย์ กุณาละสิริ* Petcharee Kunalasiri*
ณัฐธิดา สร้อยเพชร** Nutch Soiphet**

Abstract

Family and community health leaders are individuals who are capable of solving family health problems and participating in community work. This participatory action research aimed to develop family and community health leaders for elderly care. The research was conducted in Jomthong subdistrict, Maunge district, Phitsanulok, and was composed of 2 phases. Phase 1 involved designing lessons by a knowledge management process according to a health promotion pattern comprised of health responsibility, physical activities, nutrition, interpersonal relation, spiritual development, and stress management from 40 community practitioners divided into 5 groups, with 8 people in each group. Phase 2 was comprised of 6 lessons, delivered to 38 participants selected by purposive sampling related to the inclusion criteria, to develop and evaluate the learning outcomes and learning process. Research instruments included the Community Health Leader for Elderly Care lessons, a learning outcomes test, and an assessment of satisfaction with the lesson and knowledge management forms. The data were analyzed using content analysis, inductive analysis, descriptive analysis and paired sample t-test.

The results showed that the 6 lessons designed by the community practitioners consisted of exercise for elderly, food for elderly, interaction to promote health for elderly, mental management for elderly, and stress management for elderly. The outcomes after the lessons found overall average scores were significantly higher ($p < .01$). The average scores before and after learning were 13.61 and 23.16, respectively. Satisfaction with the learning process was at a high level ($\bar{X} = 4.59$, $SD = 0.58$).

The study findings suggest that family and community health leaders developed by the knowledge management process from family and community organizations by a participatory process can be a tool for creating responsibility to promote or solve holistic health problems of the elderly.

Keyword: Development; Family and community health leader; Elderly care

* Corresponding Author, Lecturer, Faculty of Nursing, Phibunsongkram Rajabhat University;

E-mail: pecharee313@gmail.com

** Lecturer, Faculty of Nursing, Phibunsongkram Rajabhat University

บทคัดย่อ

แกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเป็นบุคคลในครอบครัวที่มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของครอบครัวและมีส่วนร่วมในการทำงานชุมชน การวิจัยเชิงการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1) ออกแบบบทเรียนการดูแลผู้สูงอายุตามแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพโดยการจัดการความรู้ในประเด็นการส่งเสริมสุขภาพ 6 ข้อ ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อกิจกรรมทางกาย โภชนาการ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาจิตวิญญาณ และการจัดการความเครียด ประชากรเป้าหมาย คือ ชุมชนนักปฏิบัติในพื้นที่ จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 5 กลุ่มๆ 8 คน ระยะที่ 2) ประกอบด้วย 6 บทเรียน ดำเนินการพัฒนาตามบทเรียนและประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ กลุ่มตัวอย่าง คือ แกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน จำนวน 38 คน ดำเนินการคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย บทเรียนสำหรับการพัฒนาแกนนำ แบบฝึกหัดท้ายบทเรียน แบบวัดผลลัพธ์การเรียนรู้ และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และสรุปความแบบอุปนัย สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired sample t-test

ผลการศึกษา พบว่า ชุมชนนักปฏิบัติออกแบบบทเรียนในการพัฒนาแกนนำได้ 6 บทเรียน ประกอบด้วย บทเรียนเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุ การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ อาหารสำหรับผู้สูงอายุ การมีปฏิสัมพันธ์สร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การบริหารจัดการสำหรับผู้สูงอายุ และการจัดการความเครียดสำหรับผู้สูงอายุ แกนนำที่ได้รับการเรียนรู้ครบทั้ง 6 บท พบว่า ผลลัพธ์การเรียนรู้เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยคะแนนเฉลี่ยก่อนการเรียนรู้ เท่ากับ 13.61 หลังการเรียนรู้เท่ากับ 23.16 ความพึงพอใจต่อบทเรียนและกิจกรรมการเรียนรู้อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.59$, $SD = 0.58$)

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนที่เกิดจากการจัดการความรู้แบบมีส่วนร่วมของคนในครอบครัวและชุมชน เป็นเครื่องมือหนึ่งที่สามารถสร้างความร่วมรับผิดชอบในการส่งเสริมหรือแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม

คำสำคัญ: การพัฒนา แกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน การดูแลผู้สูงอายุ

* ผู้เขียนหลัก อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม e-mail: pecharee313@gmail.com

** อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

วันที่รับบทความ 1 สิงหาคม 2565 วันที่แก้ไขบทความ 26 กันยายน 2565 วันที่ตอบรับบทความ 29 กันยายน 2565

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ ในระหว่างปี พ.ศ. 2563-2583 ผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น โดยผู้สูงอายุวัยต้น (60 ปีขึ้นไป) จะเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 3.5 ต่อปี ผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) จะเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 7.1 ต่อปี จะมีมากถึง 3.4 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2583 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัวจาก 12.0 ล้านคนเป็น 20.5 ล้านคน อายุของประมาณ 85 ปี (Office of the National Economic and Social Development Council, 2019) ผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564 พบว่า มีผู้สูงอายุติดเตียง ร้อยละ 1.3 ติดบ้าน ร้อยละ 1.8 และติดสังคม ร้อยละ 96.9 จากการสำรวจผู้ดูแลผู้สูงอายุตามกลุ่มวัย พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นตามกลุ่มวัยที่มากขึ้นของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุวัยปลายเป็นผู้ที่มีผู้ดูแลมากที่สุดร้อยละ 35.6 วัยกลางมีผู้ดูแลร้อยละ 11.4 และวัยต้นมีผู้ดูแลเพียงร้อยละ 4.0 ผู้ดูแลผู้สูงอายุประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 51.0) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา นอกจากนั้น สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ ปวส./ ปวท./อนุปริญญา ระดับปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี และระดับมัธยมศึกษาตอนต้นใกล้เคียงกัน(ร้อยละ 16.5, 15.7 และ 14.7 ตามลำดับ) และจากการสอบถามการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุแบบเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ พบว่าผู้ดูแลได้รับการฝึกอบรมด้วยตนเอง หรือ จากบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านการดูแลผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 5.9 โดยได้รับการอบรมน้อยกว่า 3 วัน ร้อยละ 3.1 อบรม 3 วันขึ้นไป ร้อยละ 2.8 โดยผู้ดูแลหลักเกือบทุกคน (ร้อยละ 97.2) มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ มากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นบุตรของผู้สูงอายุ มีเพียงร้อยละ 5.9 เท่านั้นที่ได้รับการอบรมแบบเป็นทางการจากบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านการดูแลผู้สูงอายุ (National Statistical Office, 2022)

จากสถานการณ์ดังกล่าวรัฐบาลมีมาตรการรองรับสังคมผู้สูงอายุด้วยการเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ที่มุ่งเน้นการดูแลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถสูงสุดเต็มตามศักยภาพในการทำกิจวัตรประจำวัน มากกว่าการรักษาเฉพาะโรค การบริการสุขภาพเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การปกป้องสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพควบคู่กับการรักษาพยาบาล (Public Health Strategic Development Group, 2020) สำหรับการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุส่งเสริมให้มีการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีความรู้ ความเข้าใจวิธีการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูก ต้องเพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีสุขภาพกาย สุขภาพใจที่ดีเหมาะสมตามวัย สามารถมีชีวิตยืนยาวอย่างมีคุณภาพ อย่างไรก็ตามพบว่า ปัญหาการขาดแคลนผู้ดูแลผู้สูงอายุยังคงเป็นปัญหาต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ เพราะส่วนใหญ่มีฐานะยากจน มีภาระต้องเลี้ยงดูครอบครัว ไม่มีเวลาทำงานได้อย่างเต็มที่ ทำให้การดูแลผู้สูงอายุในลักษณะที่เป็นความสมัครใจจึงไม่มีความยั่งยืน ผู้ดูแลผู้สูงอายุบางคนให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการ และไม่มีวุฒิภาวะทางด้านจิตใจในการดูแลผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ นอกจากนั้นยังขาดความชัดเจนด้านหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ และบุคคลในการดูแลผู้สูงอายุ (Social Committee, Children's Affairs, Youth, Women, Elderly, The Disabled and the Underprivileged National Legislative Assembly, 2016)

แกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน เป็นบุคคลในครอบครัวที่มีความรู้ด้านสุขภาพอนามัยที่ถูกต้องเป็นแบบอย่างให้ครอบครัวและสามารถถ่ายทอดความรู้ให้แก่สมาชิกในครอบครัว รวมถึงเป็นผู้ที่ต้องการเปลี่ยนแปลงตนเองและขับเคลื่อนครอบครัวของตนเองในการดูแลสุขภาพ ได้รับการคัดเลือกอาสาสมัครหมู่บ้านที่รับผิดชอบละแวก หรือคุ้มบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากทุกครอบครัวๆ ละ 1 คน โดยที่เจ้าตัวและสมาชิกในครอบครัวยอมรับและเห็นด้วยในการคัดเลือกสมาชิกในครอบครัวของตนเอง

ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก เป็นแหล่งฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และเป็นตำบลในความรับผิดชอบของคณะพยาบาลศาสตร์ตามนโยบายหนึ่งตำบลหนึ่งคณะของมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม เพื่อดูแลชุมชนในความรับผิดชอบแบบองค์รวม มีประชากรทั้งหมด 2,525 คน



มีผู้สูงอายุจำนวน 360 คน เป็นผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง 52 คน ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ 9 คน แนวโน้มอัตราส่วนการเป็นภาระรวมเท่ากับ 21.62 (Jomthong Subdistrict Administrative Organization, 2021) และมีแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนทำหน้าที่ดูแลด้านสุขภาพอนามัยของครอบครัวและชุมชน

จากสถานการณ์การขาดแคลนผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความไม่ชัดเจนของหลักสูตรฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ สัดส่วนผู้ได้รับการฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุมีจำนวนน้อยและไม่มีความยั่งยืน ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาบทเรียนเพื่อพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ให้เป็นเครือข่ายทางสังคมระดับครอบครัวและชุมชน โดยมุ่งเน้นให้ชุมชนตระหนักถึงความสำคัญในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ เพราะครอบครัวเป็นหน่วยที่สำคัญที่สุดในการเกื้อหนุนทุกรูปแบบที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี และบุคคลในชุมชนสามารถให้การดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข (Chankham, Buajaroen, & Oasvichean, 2015)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อออกแบบบทเรียนในการพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุโดยการจัดการความรู้ของชุมชนนักปฏิบัติ
2. เพื่อพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนตามบทเรียนที่ได้จากการจัดการความรู้ของชุมชนนักปฏิบัติ
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ของแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุภายหลังการจัดการเรียนรู้ตามบทเรียนที่ได้จากการจัดการความรู้ของชุมชนนักปฏิบัติ
4. เพื่อประเมินความพึงพอใจของแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนต่อบทเรียนและการจัดการเรียนรู้

คำถามการวิจัย

1. บทเรียนการพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ เป็นอย่างไร
2. ผลลัพธ์การเรียนรู้ตามบทเรียนการพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เป็นอย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

แกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนที่ได้ผ่านการเรียนรู้ตามบทเรียนมีผลลัพธ์การเรียนรู้เพิ่มมากขึ้นจากก่อนได้รับบทเรียน

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยออกแบบบทเรียนการพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ภายใต้แบบแผนการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) ด้านกิจกรรมทางกาย (Physical activity) ด้านโภชนาการ (Nutrition) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relations) ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ (Spiritual growth) และด้านการจัดการความเครียด (Stress management) (Murdaugh, Pender, & Parsons, 2019) ด้วยกระบวนการจัดการความรู้ของชุมชนนักปฏิบัติ ซึ่งเป็นการปรับฐานความคิด และการตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติร่วมกัน จากผู้ที่เกี่ยวข้อง ความจำเป็นของชุมชน ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ที่เป็นตรงตามปัญหาและความต้องการ ทำให้แกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเกิดความ

พึงพอใจในการเรียนรู้ และสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและเหมาะสม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ร่วมกันของชุมชนนักปฏิบัติในพื้นที่ เพื่อพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 การออกแบบบทเรียนพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุด้วยการจัดการความรู้ของชุมชนนักปฏิบัติ

ประชากรเป้าหมายคัดเลือกแบบเจาะจงตามจำนวนที่กำหนดในการจัดการความรู้จำนวน 40 คน ประกอบด้วย 1) ผู้นำชุมชน เป็นผู้นำชุมชนทางการปกครอง ผู้นำการเมือง ผู้นำศาสนา จำนวน 8 คน 2) ผู้นำทางธรรมชาติ หรือปราชญ์ชาวบ้านที่ชาวบ้านให้การยอมรับนับถือ จำนวน 8 คน 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 8 คน 4) ผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นอาสาสมัครประจำหมู่บ้านหรือญาติผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุของกรมอนามัย (Department of Health, 2013) จำนวน 8 คน 5) ผู้สูงอายุสุขภาพดีที่มีทะเบียนบ้านอยู่ในตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก และมีผล ADL ≥ 12 และ Chula ADL index = 9 จำนวน 8 คน เกณฑ์คัดออกทุกกลุ่ม คือ ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยจนสิ้นสุด

ระยะที่ 2 แกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุจากครอบครัวผู้สูงอายุมีสุขภาพดี (ผล ADL ≥ 12 และ Chula ADL index = 9) จำนวน 152 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุจากครอบครัวผู้สูงอายุมีสุขภาพดี (ผล ADL ≥ 12 และ Chula ADL index = 9) จำนวน 38 คน (กำหนดขนาดตามเกณฑ์ร้อยละจากประชากรผู้ดูแลผู้สูงอายุสุขภาพดี) (Therawut, 2010) ดำเนินคัดเลือกแบบเจาะจง เกณฑ์คัดเข้า คือ มีความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เป็นแบบอย่างให้ครอบครัวสามารถถ่ายทอดความรู้ให้แก่สมาชิกในครอบครัวได้ และได้รับการสรรหาโดยอาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่รับผิดชอบละแวก หรือ คุ่มบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบหมู่บ้าน/ชุมชน โดยที่เจ้าตัวสมัครใจ ครอบครัวและชุมชนยอมรับ เกณฑ์คัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยจนสิ้นสุด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1

1. ประเด็น/หัวข้อการจัดการความรู้เป็นเครื่องมือการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย ความคิดเห็นต่อหัวข้อที่กำหนด การแบ่งปันความรู้และประสบการณ์ บทบาทของผู้ให้ข้อมูลในการเสวนากลุ่ม แนวทางการจัดกิจกรรมให้ความรู้ เงื่อนไขความสำเร็จของกิจกรรม ความสำเร็จของกิจกรรม กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมในกลุ่มตามกระบวนการจัดการความรู้ ปัญหาอุปสรรคที่อาจค้นพบ หัวข้อที่ได้รับมอบหมายรายการกลุ่ม ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาจิตวิญญาณ และการจัดการความเครียด รายการข้อมูลดังกล่าวตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ การพยาบาลอนามัยชุมชน และการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา ได้เท่ากับ 1

2. บทเรียนที่ได้จากการจัดการความรู้จำนวน 6 บทเรียน ผ่านการทดสอบคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลอนามัยชุมชนจำนวน 3 คน ได้เท่ากับ .88

ระยะที่ 2

1. แบบฝึกหัดท้ายบทเรียน เป็นข้อคำถามปลายเปิดรายบทฯ ละ 10 ข้อ จำนวน 60 ข้อ ทดสอบค่าดัชนีความสอดคล้อง ได้ค่าความสอดคล้องเท่ากับ .72, .84, .81, .76, .78, และ .87

2. แบบวัดผลลัพธ์การเรียนรู้ เป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 40 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ปัจจัยต่างๆ ในการสร้างเสริมสุขภาพ หลักการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุแบบองค์รวม ทดสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบโดยนำไปทดลองใช้กับแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบโดยใช้สูตร KR-20 ได้เท่ากับ .84

3. แบบสอบถามความพึงพอใจเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) จำนวน 16 ข้อ เป็นเครื่องมือการประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อบทเรียนการพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนและการจัดการเรียนรู้ 4 ด้าน ได้แก่ ผู้สอน ผู้เรียน การจัดการเรียนรู้ และประโยชน์ที่ได้รับ ทดสอบค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ได้เท่ากับ .82

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขอรับรองการดำเนินการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม เลขที่ PSRU-EC No.2021/058 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาที่ทำการวิจัยเปิดโอกาสให้ซักถามกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธ หรือถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อสัมพันธภาพและสถานะทางสังคม ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากอาสาสมัครจะไม่มีข้อมูลที่ระบุตัวบุคคลได้ ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูล 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การออกแบบบทเรียนพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนภายใต้แบบแผนการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ โดยการจัดการความรู้ชุมชนนักปฏิบัติ ด้วยวิธีการเสวนากลุ่ม ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งในการจัดการความรู้ ไม่มีประธานในการพูดคุย เป็นการพูดออกมาจากความรู้สึก จากประสบการณ์โดยตรง ไม่ตัดสินถูกผิด ไม่ได้แย้ง ฟังไปจนจบโดยยังไม่ตัดสินใจ เป็นการปรับฐานความคิดโดยการฟัง ผู้รับฟังเห็นภาพที่ใกล้เคียงกันร่วมกัน หลังจากนั้นจัดประชุมหรืออภิปรายให้กลุ่มแสดงความคิดเห็นและเห็นภาพการพัฒนาาร่วมกัน (Numprasert, 2015) แบ่งเวทีเสวนาเป็น 5 กลุ่มๆ ละ 8 คน และมอบหมายหัวข้อ ดังนี้ 1) กลุ่มผู้นำชุมชน เสวนาเรื่อง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ เสวนาเรื่อง กิจกรรมทางกาย 3) กลุ่มผู้สูงอายุสุขภาพดี เสวนาเรื่อง โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ 4) กลุ่มแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน เสวนาเรื่อง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และ 5) กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล เสวนาเรื่อง การพัฒนาจิตวิญญาณ และการจัดการความเครียด จากนั้นนำผลการจัดการความรู้มาวิเคราะห์ข้อมูลและออกแบบเป็นบทเรียนการพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน

ระยะที่ 2 การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุด้วยบทเรียนที่ได้จากการจัดการความรู้ของชุมชนนักปฏิบัติ วิธีการพัฒนานั้นการมีส่วนร่วมของผู้เรียน (active learning) วัดผลลัพธ์จากความก้าวหน้าและประสิทธิผลการเรียนรู้ด้วยแบบฝึกหัดท้ายบทเรียน วัดผลลัพธ์การเรียนรู้ด้วยแบบวัดความรู้ชนิดเลือกตอบ (multiple choice) และประเมินผลความพึงพอใจต่อบทเรียนและการจัดการเรียนรู้ ด้วยแบบประเมินความพึงพอใจชนิดแบบวัดประมาณค่า (rating scale)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา การทำดัชนีข้อมูล การจัดกลุ่มข้อมูล การจัดระเบียบเนื้อหาและประเภทของข้อมูล การวิเคราะห์สรุปประเด็นและพิสูจนับทสรุปหลังการจัดการความรู้ จากนั้นใช้การตีความแบบอุปนัย (inductive analysis) โดยผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือจากการทวนสอบข้อมูลกับชุมชนนักปฏิบัติรายกลุ่มอีกครั้ง

ข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้ค่าสถิติ ความถี่ ร้อยละ การวิเคราะห์คะแนนของแบบฝึกหัดท้ายบทเรียนใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ค่าคะแนนความก้าวหน้า และค่าดัชนีประสิทธิผล (E.I.) การทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ใช้ค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ก่อนและหลังการพัฒนาใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐานของการวิจัยโดยใช้สถิติ Dependent samples t-test และการวิเคราะห์ความพึงพอใจต่อบทเรียนพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน และการจัดการเรียนรู้ ใช้สถิติค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

การออกแบบบทเรียนการพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนโดยการจัดการความรู้ของชุมชนนักปฏิบัติ พบว่า การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุเพื่อสามารถคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี การปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนสามารถเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตได้ ดังนี้

ผลการจัดการความรู้ เรื่อง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เพราะเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลง เสื่อมโทรมถดถอยในด้านต่างๆ มากมาย ทั้งร่างกายและจิตใจ อาจมีโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลและรักษา เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคกระดูกพรุน เป็นต้น จุดประสงค์หลักของการดูแลผู้สูงอายุ คือ การทำให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข มีอิสระ และมีคุณภาพ สามารถพึ่งพาตนเองได้ โดยพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด ถึงแม้ร่างกายจะเสื่อมถอยหรือมีโรคประจำตัวอยู่ก็ตาม แกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนควรให้ความสำคัญเรื่องการดูแลตนเองของผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และสามารถคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุตามขอบเขตที่กำหนด

การออกแบบบทเรียนชื่อเรื่อง การดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุ ใช้เวลา 5 ชั่วโมง ประกอบด้วย การบรรยาย 2 ชั่วโมง เนื้อหาเกี่ยวกับ การสร้างคุณค่าผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม วิธีการส่งเสริมความรับผิดชอบต่อตนเองของผู้สูงอายุ การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเอง และแหล่งความรู้ด้านสุขภาพ การฝึกปฏิบัติ 3 ชั่วโมง มีเนื้อหาเกี่ยวกับวิธีการค้นหาและคัดกรองภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ การวัดค่าความดันโลหิต (BP) การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว เพื่อหาค่าดัชนีมวลรวม (BMI) และการเจาะเลือดหาระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) การสังเกตสีหน้า ท่าทาง สีผิว การมองเห็น ลักษณะการเดิน การทรงตัวของผู้สูงอายุประกอบการพิจารณาประเมินภาวะสุขภาพ ประเมินผลโดยแบบฝึกหัดท้ายบทเรียน

ผลการจัดการความรู้ เรื่อง การบริหารกาย พบว่า ผู้สูงอายุควรออกกำลังกาย 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ เพื่อกระตุ้นจังหวะการเต้นของหัวใจ การบริหารร่างกายให้ได้ครบทุกส่วนของร่างกายจะช่วยฝึกกล้ามเนื้อและความยืดหยุ่นของร่างกาย ทำให้การเคลื่อนไหวและการทรงตัวดีขึ้น แกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนควรมีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายหนักเกินไป การเกร็ง เบ่ง ยกน้ำหนัก การใช้ความเร็วสูง ไม่อยู่ในสถานที่ร้อนอบอ้าว อากาศถ่ายเทไม่สะดวก หรือกลางแจ้งแดดจ้า และการยืดเหยียด รำไทเก็ก รำไม้พลอง โยคะ เดินเร็ว ว่ายน้ำ เป็นต้น

บทเรียนชื่อเรื่อง การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ ใช้เวลา 4 ชั่วโมง ประกอบด้วย การบรรยาย 2 ชั่วโมง เนื้อหาเกี่ยวกับ การออกกำลังกายที่ถูกวิธีและเหมาะสมกับสภาพร่างกายและเวลาสำหรับผู้สูงอายุ การใช้อุปกรณ์

กีฬาหรือเครื่องแต่งกายที่เหมาะสม การวิ่งสำหรับผู้สูงอายุ การส่งเสริมความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในหนึ่งสัปดาห์ กิจกรรมที่เพิ่มสมรรถภาพทางกายและการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ การคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกาย การฝึกปฏิบัติ 2 ชั่วโมง เนื้อหาเกี่ยวกับ การยืดเหยียดเส้น การอบอุ่นร่างกาย (warm up) ก่อนออกกำลังกาย การรำไทเก็ก รำไม้พลอง โยคะ ประเมินผลโดยแบบฝึกหัดท้ายบทเรียน

ผลการจัดการความรู้ เรื่อง โภชนาการ พบว่า อาหารและโภชนาการเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ การที่ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารไม่เพียงพอหรือได้มากเกินไป จะมีให้อวัยวะต่างๆ ในร่างกายที่มีแนวโน้มจะเสื่อมอยู่แล้วให้เสื่อมมากขึ้น โรคเรื้อรังต่างๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับแบบแผนการบริโภคอาหาร เช่น โรคหัวใจ ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน ตับ ไต ความดันโลหิตสูง เก๊าท์ กระดูกพรุน โลหิตจาง แกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนควรมีความรู้ เรื่อง การรับประทานอาหารให้เหมาะสมช่วยให้มีภาวะโภชนาการที่ดี การปัญหาการเจ็บป่วย การดำเนินงานเพื่อให้ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการที่ดีนั้น สถานการณ์ปัจจุบันของแบบแผนการบริโภคอาหาร ภาวะโภชนาการ และสถานการณ์ปัญหาโภชนาการของผู้สูงอายุ

บทเรียนชื่อเรื่อง อาหารสำหรับผู้สูงอายุ ใช้เวลา 3 ชั่วโมง ประกอบด้วย การบรรยาย 2 ชั่วโมง เนื้อหาเกี่ยวกับ การมีสุขภาพแข็งแรงเมื่อได้รับอาหารที่ถูกสุขลักษณะ คุณค่าทางโภชนาการที่ครบถ้วน อันตรายของวัตถุเจือปนหรือสารปนเปื้อนในอาหารที่อาจก่อให้เกิดอันตราย รูปแบบการรับประทานอาหาร การรับประทานอาหารเพื่อให้ได้สารอาหารครบ 5 หมู่ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบทั้ง 3 มื้อ การเลือกอาหารให้เหมาะสมกับสภาวะร่างกาย การบริโภคถูกต้องตามหลักโภชนาการเหมาะสมกับวัย การฝึกปฏิบัติ 1 ชั่วโมง เนื้อหาประกอบด้วย การจัดทำแบบแผนการบริโภคอาหารและทำอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่มีคุณค่าทางโภชนาการที่ครบถ้วน ประเมินผลโดยแบบฝึกหัดท้ายบทเรียน

ผลการจัดการความรู้ เรื่อง ปฏิสัมพันธ์สร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักอยู่ติดบ้านมากขึ้น ได้แต่นั่งๆ นอนๆ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกท้อเหี่ยวลงทุกวัน แกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนควรสร้างแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุการทำกิจกรรม หรืองานอดิเรกที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและสังคมโดยพึ่งตนเองให้มากที่สุด ให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมปัจจุบัน ไม่ยึดถือตัวตน พึ่งความคิดเห็นของคนอื่น สนใจสิ่งใหม่ๆ คบเพื่อนต่างวัยเพื่อพูดคุยและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ออกสังคมบ้างเป็นครั้งคราว หรือเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ใกล้บ้าน สร้างคุณค่าให้ตนเองโดยการหางานอดิเรกที่ชื่นชอบทำ เช่น ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ เข้าวัดฟังธรรม เข้าร่วมชมรมต่างๆ หาโอกาสพบปะสังสรรค์กับเพื่อนรุ่นเดียวกันเป็นครั้งคราว ช่วยเหลือให้คำปรึกษาแนะนำแก่ลูกหลานและคนรอบข้าง

บทเรียนชื่อเรื่อง ปฏิสัมพันธ์สร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ใช้เวลา 4 ชั่วโมง ประกอบด้วย การบรรยาย 2 ชั่วโมง เนื้อหาเกี่ยวกับ การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลอื่น การประเมินการปฏิบัติของผู้สูงอายุที่แสดงออกถึงความสามารถในการสร้างสัมพันธ์ภาพ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึก การให้คำแนะนำ คำตักเตือน คำปรึกษากำลังใจ หรือการช่วยแก้ไขปัญหาก็เผชิญอยู่ การจัดกิจกรรมพบปะผู้สูงอายุที่วัดทั้งกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ กิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุที่มีองค์ความรู้สามารถถ่ายทอดภูมิปัญญาสู่ลูกหลานหรือเยาวชนให้แพร่หลายและยั่งยืน การปฏิบัติ 2 ชั่วโมง เนื้อหาเกี่ยวกับ การจัดกิจกรรมพบปะผู้สูงอายุที่วัดแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประสบการณ์ กิจกรรมเข้าวัด ฟังธรรม และการจัดตั้งกลุ่มสร้างคุณค่าผู้สูงอายุสร้างพัฒนาชุมชน ประเมินผลโดยแบบฝึกหัดท้ายบทเรียน

การจัดการความรู้ เรื่อง การพัฒนาจิตวิญญาณ พบว่า จิตวิญญาณเป็นลักษณะภายในของบุคคลเป็นส่วนที่มองไม่เห็นแต่รู้สึกได้ เป็นขุมพลังที่มีความสัมพันธ์กับการมีชีวิตอยู่อย่างสมดุล เป็นแรงจูงใจของบุคคลต่อสิ่งที่มีค่าสูงสุดในชีวิต และเป็นส่วนที่สำคัญที่สุดในชีวิตที่สามารถนำบุคคลให้เป็นตัวของตัวเอง แกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนควรสร้างความตระหนักให้ผู้สูงอายุทำความเข้าใจและยอมรับการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสุขภาพ ฝึกจิตให้

อยู่ในหลักธรรม ไม่หลงอยู่ในลาภ ยศ สรรเสริญ หมั่นทำความดี นั่งสมาธิ สวดมนต์ไหว้พระก่อนนอน การกระตุ้นจิตให้เป็นกุศลด้วยจิตใจที่เข้มแข็ง มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจทั้งจากตนเอง ครอบครัว และความศรัทธาในศาสนา มีหลักยึดในการดำเนินชีวิต

บทเรียนชื่อเรื่อง การบริหารจัดการสำหรับผู้สูงอายุ ใช้เวลา 4 ชั่วโมง ประกอบด้วย การบรรยาย 2 ชั่วโมง เนื้อหาเกี่ยวกับ การสร้างคุณค่าผู้สูงอายุตามแนวทางแห่งวิถียุทธ แกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนควรเข้าใจ ความหมายของจิตวิญญาณ การพัฒนาทางจิตวิญญาณ การพัฒนาศักยภาพทางด้านจิตวิญญาณ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ซึ่งประกอบด้วย ความผาสุกที่เกิดจากแรงผลักดันภายในตัวเอง และความผาสุกที่เกิดจากความศรัทธาในศาสนา การฝึกปฏิบัติ 2 ชั่วโมง เนื้อหาเกี่ยวกับ การฝึกจิตให้สงบ การฝึกกลมหายใจ นั่งสมาธิ สวดมนต์ ไหว้พระ ประเมินผลโดยแบบฝึกหัดท้ายบทเรียน

การจัดการความรู้ เรื่อง การจัดการความเครียด พบว่า ผู้สูงอายุมีความหลากหลายและแตกต่างตามการดำเนินชีวิต ประเพณี และปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อบางคนเครียดจากสภาพร่างกาย ปัญหาจิตใจ ปัญหาทางบ้าน ความสัมพันธ์กับครอบครัว การเงิน และสิ่งแวดล้อมต่างๆ แกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนควรมีวิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสม เช่น การเพิ่มคุณค่าในตนเอง เพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพิ่มความกล้าในการแสดงออก พัฒนาวิธีการแก้ปัญหาและสร้างแหล่งประโยชน์ในการแก้ปัญหา การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การทำสมาธิ การเสริมแรงทางบวก ได้แก่ การให้ รางวัลชีวิต การแปรความเครียดให้เป็นพลัง การบำบัดด้วยกลิ่น วารีบำบัด อาหารคลายเครียด เป็นต้น ประเมินผลโดยแบบฝึกหัดท้ายบทเรียน

บทเรียนชื่อเรื่อง การจัดการความเครียดสำหรับผู้สูงอายุ ใช้เวลา 4 ชั่วโมง ประกอบด้วย การบรรยาย 2 ชั่วโมง เนื้อหาเกี่ยวกับ ผลของความเครียดต่อสุขภาพจิตและสุขภาพกาย ผลกระทบของการเจ็บป่วยเมื่อเกิดความเครียด แนวทางการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุ 4 มิติ ได้แก่ มิติด้านร่างกาย เป็นพฤติกรรมที่บุคคลพึงปฏิบัติและมีผลต่อความรู้สึกของตนเอง มิติด้านจิตใจ เป็นภาวะที่บุคคลให้ความรู้สึกพึงพอใจต่อสิ่งที่ตนได้กระทำโดยมีแนวทางการจัดการความเครียดโดยมิติด้านจิตใจ มิติด้านสังคมเป็นมิติที่บุคคลจะมีปฏิกิริยาต่อสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อม หรือเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบมาจากปัจจัยด้านสังคมที่บุคคลไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ มิติด้านจิตวิญญาณเป็นภาวะของจิตใจที่มาจากผลของการกระทำหรือการรับรู้จากสิ่งภายนอก จนเกิดเป็นความรู้สึกนึกคิดของตนเอง การฝึกปฏิบัติ 2 ชั่วโมง เนื้อหาเกี่ยวกับ การจัดการกิจกรรมกลุ่มการปลูกต้นไม้ การอ่านหนังสือ การร้องเพลง การฟังวิทยุ การฟังดนตรี การทำกลี้นบำบัด วารีบำบัด การจัดประกวดแข่งขันการออกกำลังกาย การทำอาหาร การปรับทัศนคติความเชื่อในพระพุทธศาสนา ประเมินผลโดยแบบฝึกหัดท้ายบทเรียน

การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า การจัดการเรียนรู้มีลักษณะการบรรยายเป็นกลุ่มใหญ่ ดำเนินการโดยอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน และการฝึกปฏิบัติรายบทแบ่งเป็นกลุ่มย่อย 4 กลุ่ม ดำเนินการโดยชุมชนนักปฏิบัติที่ร่วมออกแบบบทเรียนรายบทนั้นๆ กลุ่มละ 4 คน โดยมีอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลอนามัยชุมชนเป็นผู้อำนวยการความสะดวก

ผลการพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน พบดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 100) อายุเฉลี่ย 37.84 (SD 6.74) ปี สถานภาพสมรส (ร้อยละ 78.95) ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 84.21) รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 12,174.60 บาท ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย (ร้อยละ 37.84)

2. ผลลัพธ์การเรียนรู้ก่อนและหลังการตามบทเรียนสำหรับพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน แสดงดังตารางที่ 1-2



ตารางที่ 1 แสดงค่าสถิติพื้นฐานคะแนน คะแนนความก้าวหน้าและค่าดัชนีประสิทธิผลก่อนและหลังการเรียนรู้

ผลการทดสอบ	บทเรียนที่ 1		บทเรียนที่ 2		บทเรียนที่ 3		บทเรียนที่ 4		บทเรียนที่ 5		บทเรียนที่ 6	
	$\bar{X}$	ร้อยละ	$\bar{X}$	ร้อยละ	$\bar{X}$	ร้อยละ	$\bar{X}$	ร้อยละ	$\bar{X}$	ร้อยละ	$\bar{X}$	ร้อยละ
ก่อนเรียน	5.10	23.33	5.95	6.49	5.15	5.39	5.68	5.61	5.26	20.88	5.78	15.96
หลังเรียน	9.47	91.58	9.68	95.61	9.32	9.05	9.74	9.79	9.95	96.49	9.97	97.19
ความก้าวหน้า	4.37	68.25	3.73	79.12	4.17	66.67	4.06	70.18	4.69	75.61	4.19	81.23
ดัชนีประสิทธิผล	89.01		94.74		87.01		93.34		95.56		96.66	

จากตารางที่ 1 คะแนนความก้าวหน้าหลังจัดการเรียนรู้รายบทตามบทเรียนสำหรับพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนสูงกว่าก่อนเรียนรายบท ดังนี้

ร้อยละของความก้าวหน้า เท่ากับ 68.25, 79.12, 66.67, 70.18, 75.61, 81.23 ตามลำดับ

คะแนนดัชนีประสิทธิผล เท่ากับ 89.01, 94.74, 87.01, 93.34, 95.56, 96.66 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ก่อนและหลังการเรียนรู้ตามบทเรียนสำหรับพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน

การทดสอบ	คะแนนเต็ม	N	$\bar{X}$	ร้อยละ	SD	t-test	p-value
ก่อนการจัดการเรียนรู้	30	38	13.61	45.37	2.98		.01
หลังการจัดการเรียนรู้	30	38	23.16	77.20	2.01	20.91**	

**p < .01

จากตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยก่อนการเรียนรู้โดยรวมเท่ากับ 13.61 ภายหลังการจัดการเรียนรู้ตามบทเรียนสำหรับพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเท่ากับ 23.16 จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3. ความพึงพอใจต่อบทเรียนสำหรับพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนและการจัดการเรียนรู้

การประเมินความพึงพอใจต่อบทเรียนสำหรับพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนที่ออกแบบจากการจัดการความรู้ของชุมชนนักปฏิบัติและการจัดการเรียนรู้ในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.59 ด้านผู้สอนประกอบด้วย การส่งเสริมให้เกิดความกระตือรือร้นในการเรียนรู้ การให้คำปรึกษา การแนะนำ ดูแลอย่างทั่วถึง การให้ความช่วยเหลือหรือช่วยแก้ปัญหา การเปิดโอกาสให้ผู้เรียนสรุปบทเรียนด้วยตนเอง ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.33 ด้านผู้เรียน ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการอภิปราย การแสดงความคิดเห็นในกลุ่มย่อย การยอมรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ความสามารถในการตอบประเด็นปัญหาโดยใช้กระบวนการคิดวิเคราะห์ความสามารถในการตั้งประเด็นในสิ่งที่อยากรู้ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.28 ด้านการจัดการเรียนรู้ ประกอบด้วย ความยากง่ายของเนื้อหาเหมาะสมความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเป็นไปตามลำดับขั้นตอน การประเมินผลที่มีหลากหลายรูปแบบมีส่วนร่วมในการประเมินผลงาน ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.31 ด้านประโยชน์ที่ได้รับ ประกอบด้วย ได้ฝึกทักษะการคิดวิเคราะห์และความสามารถในการแก้ปัญหา สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุได้จริงเข้าใจเนื้อหาได้ลึกซึ้งครอบคลุมมากขึ้น สามารถคิดค้นและสร้างสรรค์งานได้ด้วยตนเอง ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.40

การอภิปรายผล

การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ จากข้อค้นพบ สามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. การออกแบบบทเรียนในการพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนที่ได้จากการจัดการความรู้ของชุมชนนักปฏิบัติตามแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพ (Murdaugh et al., 2019) พบว่า บทเรียนในการพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน แบ่งเป็น 6 บทเรียน ประกอบด้วย 1) การดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุ 2) การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ 3) อาหารสำหรับผู้สูงอายุ 4) การปฏิสัมพันธ์สร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 5) การบริหารจัดการ บริหารอารมณ์สำหรับผู้สูงอายุ และ 6) การจัดการความเครียดสำหรับผู้สูงอายุ และบทเรียนมีความสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่ สามารถนำไปออกแบบได้สอดคล้องกับประเด็นที่กำหนด การจัดการความรู้ที่ใช้เวทีเสวนาทำให้เข้าใจธรรมชาติ ความเป็นอยู่ สถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชุมชน เพราะเป็นกระบวนการกลุ่มไม่มีประธานในการพูดคุย เป็นการพูดออกมาจากความรู้สึก จากประสบการณ์โดยตรง ไม่ตัดสิน ถูกผิด ไม่ได้แย้ง ฟังไปจนจบโดยยังไม่ตัดสินใจ เป็นการปรับฐานความคิดโดยการฟัง ผู้รับฟังเห็นภาพที่ใกล้เคียงกัน ร่วมกัน หลังจากนั้นจึงจัดประชุมหรืออภิปรายให้กลุ่มแสดงความคิดเห็นและเห็นภาพการพัฒนาร่วมกัน (Numprasert, 2015)

บทเรียนที่ได้จากการจัดการความรู้ มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ เนื่องจากกระบวนการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเพิ่มความสามารถในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นจะเกิดผลต่อการปฏิบัติในสภาวะการดำเนินชีวิตประจำวัน มีการดำเนินชีวิตอย่างมีเป้าหมายในการที่จะมีสุขภาพดี สอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ในการอบรมให้ความรู้โดยใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจและการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างเครือข่ายชมรม ประกอบด้วย การสร้างเสริมสุขภาพจิตและจิตวิญญาณ การกินอยู่อย่างไรให้ชีวิตยืนยาว การแลกเปลี่ยนการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับรางวัลผู้สูงอายุสุขภาพดี การแลกเปลี่ยนปัญหาอุปสรรคในผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดำเนินตามกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ การดำรงกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเสริมอย่างต่อเนื่องในวันประชุมประจำเดือน การฝึกอบรมการออกกำลังกายด้วยไม้พลอง กลองยาวและการแกว่งแขน การฝึกทักษะการจัดการความเครียด การพักผ่อน การฝึกทักษะ การบริหารจัดการ และการสาธิตกรรมวิธีการปรุงหรือประกอบอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ (Chalardlon, Moolsart, & Lawang, 2017) และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยครอบครัวผู้สูงอายุที่ถูกหลานควรคำนึงถึงคุณค่าและประโยชน์ของผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นวัยที่มีประสบการณ์ชีวิตมากและเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในทางหนึ่งทางใดมาก่อน มีพลังสร้างสรรค์สิ่งต่างๆ ได้ดี โดยทั่วไปผู้สูงอายุมีความยินดีและเต็มใจให้ข้อคิดเห็นรวมทั้งให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่อ่อนวัยกว่าเสมอ (Thanakwang & Soonthorndada, 2008; Zarit & Femia, 2008) นอกจากนั้นมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทยได้กำหนดกิจกรรมของการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นกระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น การพัฒนาศักยภาพของแกนนำสุขภาพในเชิงรุกโดยการบูรณาการทุกภาคส่วนทั้งสมาชิกครอบครัว ผู้ดูแล ด้านสุขภาพ อาสาสมัคร และผู้สูงอายุ จึงนับเป็นวิธีการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนให้ดำเนินงานร่วมกันในการดูแลรักษาและสร้างเสริมภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ (Angkhasuwaphala, 2010)

2. ผลลัพธ์การเรียนรู้ พบว่า ผลลัพธ์การเรียนรู้หลังการเรียนรู้จากบทเรียนที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ความพึงพอใจต่อบทเรียนในระดับมาก ($\bar{X} = 4.59$ SD = 0.58) เนื่องจากการออกแบบบทเรียนและการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เกิดจากกระบวนการจัดการความรู้ของชุมชนนัก

ปฏิบัติที่เป็นกลุ่มคนในพื้นที่มาแลกเปลี่ยนความรู้ ความสนใจในหัวข้อที่ผู้วิจัยกำหนด มีการเรียนรู้วิธีการเพื่อให้สามารถปฏิบัติ หรือทำให้ดีขึ้นกว่าเดิม มีการแลกเปลี่ยน และสร้างทักษะ สร้างความรู้ และความเชี่ยวชาญให้เกิดขึ้นในกลุ่มที่เน้นในการแลกเปลี่ยนวิธีปฏิบัติที่ดีที่สุด (Best practices) (Young, 2010) และบทเรียนที่ได้จากการจัดการความรู้ของชุมชนนักปฏิบัติ เกิดจากกระบวนการที่สร้างความมีส่วนร่วม มีขั้นตอน มีการวิเคราะห์แสดงความรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ สร้างความรู้และการจัดการความรู้ให้เป็นระบบ โดยการแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ และการเรียนรู้เพื่อให้เกิดการถ่ายทอดองค์ความรู้และต่อยอดประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ (Moffett & McAdam, 2009; Watanabe & Senoo, 2010; Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, 2020) นอกจากนั้นการเรียนรู้ที่เน้นบทบาทและการมีส่วนร่วมของผู้อบรมให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มและมีผู้สอนคอยเป็นผู้แนะนำ ทำให้เกิดความเข้าใจในเนื้อหามากขึ้น เป็นวิธีการเรียนรู้ที่เน้นให้ผู้อบรมได้ลงมือทำและคิดในสิ่งได้ทำไป เพื่อเป็นการสร้างประสบการณ์ตรงให้เกิดขึ้นแก่ผู้เรียน โดยมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนและผู้สอนด้วยการลงมือทำกิจกรรมร่วมกัน (Faculty of Engineering Prince of Songkla University, & Hat Yai, 2014) สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาสมรรถนะผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี ที่พบว่า ภายหลังการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม หลังการพัฒนาสมรรถนะผู้เข้ารับการอบรม ร้อยละ 56.76 มีความรู้และทัศนคติอยู่ในระดับดีมาก และมีสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในระดับสูง ($\bar{X} = 4.37$, $SD = 0.48$; $\bar{X} = 4.02$, $SD = 0.71$) (Rungsawang, Tongtanunam, Nusawat, & Panpin, 2020) และการศึกษาของ นงนุช โอปะะ, รุ่งเพชร หอมสุวรรณ และ ชญาภา บุญลือ (Oba, Homsuwan, & Boonlue, 2021) ที่พัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในเขตเทศบาลวังชมภู อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมกิจกรรมและมีการฝึกปฏิบัติ พบว่า ภายหลังการประเมินโครงการผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้และทักษะอยู่ในระดับถูกต้องทุกรายการ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรจัดการความรู้ของชุมชนนักปฏิบัติในการพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน เพื่อสร้างความตระหนักถึงการมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุ และพัฒนาองค์ความรู้ที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างแท้จริง เนื่องจากเกิดจากถ่ายทอดความรู้และเรื่องราวผ่านประสบการณ์ตรงของชุมชน
2. ควรจัดการเรียนรู้ที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้ เพื่อให้เกิดความก้าวหน้าทั้งด้านความรู้และทักษะการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุได้
3. บุคลากรของหน่วยบริการสุขภาพที่เป็นเครือข่ายในชุมชน โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพควรวางแผนช่วยเหลือในการให้ความรู้แก่แกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมและถูกต้องตามหลักวิชาการ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรประเมินศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุติดสังคมของแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน
2. ควรประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพตามแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
3. ควรพัฒนาความรู้และทักษะของแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ด้วยกระบวนการจัดการความรู้ของชุมชนนักปฏิบัติในพื้นที่



4. ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนให้ต่อเนื่องและยั่งยืนอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน

Reference

- Angkhasuwaphala, N. (2010, February). *Community participation in elderly health care*. National Conference on Ageing and Elderly Proceeding “Happy elderly society by health and environment” at OrPorRor Building, King Chulalongkorn Memorial Hospital. (in Thai)
- Chalardlon, T., Moolsart, S., & Lawang, W. (2017). The development of a health promotion activity model for elderly in the ban pong elderly klungpunya club. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 27(2), 154-167. (in Thai)
- Chankham, W., Buajaroen, H., & Oasvichean, C., (2015). Elderly care system model by community and local government with self-management case study: Targnam Sub-district local government, Inburee District, Sing Buree Province. *Research Journal for Spatial Development*, 7(3), 1-20. (in Thai)
- Department of Health. (2013). *Guidelines for the training of elderly caregivers for 70 hours*. Bangkok: National publishing house of Buddhism. (in Thai)
- Faculty of Engineering Prince of Songkla University, Hat Yai. (2014). *Active learning process techniques: From assessment*. Songkla: Numsin Advertising. (in Thai)
- Faculty of Medicine Siriraj Hospital. (2020). *KM Definition*. Bangkok: Mahidol University. (in Thai)
- Jomthong Subdistrict Administrative Organization. (2021). *Annual performance report 2020*. Rome: Italy.
- Moffett, S., & McAdam, R. (2009). Knowledge management: A factor analysis of sector effects. *Journal of Knowledge Management*, 13(3), 44-59.
- Murdaugh, C. L., Pender, N. J., & Parsons, M. A. (2019). *Health promotion in nursing practice* (8th ed.). New York: Pearson.
- National Statistic Office. (2022). *The 2021 survey of the older person in Thailand*. Bangkok: National Statistic Office. (in Thai)
- Numprasert, S. (2015). *Knowledge management*. Bangkok: SE-EDUCATION. (in Thai)
- Oba, N., Homsuwan, R., & Boonlue, C. (2021). Development of family caregivers’ knowledge and skills regarding older adults’ care. *Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 29(1), 13-24. (in Thai)
- Office of the National Economic and Social Development Council. (2019). *The forecast population project of Thailand for 2010-2040*. Bangkok: Author. (in Thai)
- Public Health Strategic Development Group. (2020). *Situation of the Thai elderly 2020*. Bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (in Thai)
- Rungsawang, T., Tongtanunam, Y., Nusawat, J., & Panpin, S. (2020). The competency development of elderly care managers in Nonthaburi Province: A monitoring and evaluating research study. *Journal of Health Science Research*, 14(2), 93-104. (in Thai)



- Social Committee, Children's Affairs, Youth, Women, Elderly, Disabled and Underprivileged National Legislative Assembly. (2016). *Summary of the roundtable discussion on shortage of personnel in caring for the elderly*. In academic document No.27 (28-30). Bangkok: Author. (in Thai)
- Thanakwang, K., & Soonthorndada, K. (2008). Family relations and health promotion behavior among older people in Nan Province. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 91(7), 1102-1108. (in Thai)
- Therawut, A. (2010). *Action research* (3th ed.). Ubon Ratchattani: Youngsawat intergroup. (in Thai)
- Watanabe, M. R., & Senoo, D. (2010). Shaping knowledge management: Organization and national culture. *Journal of Knowledge Management*, 14(2), 214-217.
- Young, R. (2010). *Knowledge management tools and techniques manual*. Tokyo, Japan: Asian Productivity Organization.
- Zarit, S., & Femia, E. (2008). Behavioral and psychosocial interventions for family caregivers. *Journal of Social Work Education*, 44(3), 47-53. (in Thai)