

การพัฒนา รูปแบบผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีจิตสาธารณะ DEVELOPMENT OF ELDERLY CAREGIVER WITH PUBLIC CONCIOUSNESS MODEL

ดร.ขวัญสุมาณา พิณราช¹
รศ.สุมนทนา สิทธิพงษ์สกุล²
ผศ.ศรีสุรางค์ พัฒนานานุรักษ์³
ผศ.อัญชลี นวลคล้าย⁴
อาจารย์สุรวิทย์ วรอุณ⁵

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ความเข้าใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทักษะการดูแลผู้สูงอายุ จิตสำนึกสาธารณะการดูแลผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุระหว่างก่อนและหลังการอบรมด้วยกระบวนการพาคิก การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยใช้การประชมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมแบบพาคิก กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนในตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 29 คน ได้มาจากการสุ่มเลือกแบบเจาะจง จากประชาชนที่มีความสนใจในการดูแลผู้สูงอายุ ในตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ระหว่างวันที่ 1-10 เดือนธันวาคม 2560 โดยใช้แบบทดสอบในการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการอบรม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ Paired Sample t-test และ One-way ANOVA

หลังการประชมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมแบบพาคิก ผลการวิจัยพบว่า หลังการอบรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการอบรมในด้านความรู้ความเข้าใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทักษะการดูแลผู้สูงอายุ จิตสำนึกสาธารณะการดูแลผู้สูงอายุ, และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งหมดทุกด้าน ในสถานการณ์ปัจจุบันและอนาคต คะแนนเฉลี่ยมีค่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 0.05 นอกจากนี้การประเมินสี่ด้าน คะแนนเฉลี่ยมีค่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ การอบรมด้วยกระบวนการพาคิกในด้านความรู้ความเข้าใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทักษะการดูแลผู้สูงอายุ จิตสำนึกสาธารณะการดูแลผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุสามารถทำให้การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ยิ่งไปกว่านั้นกระบวนการพาคิกยังสามารถใช้ในการอบรมการเป็นวิทยากรฝึกอบรมได้ เพราะฉะนั้นองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีนโยบายและแผนโดยจัดกิจกรรมการอบรมผู้ดูแลเพื่อให้ประชาชนในท้องถิ่นได้พัฒนาศักยภาพด้วยการเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และทักษะการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อประโยชน์ของครอบครัว และอาจนำไปประกอบอาชีพหลัก หรือสร้างรายได้เสริมได้อีกด้วย

คำสำคัญ : ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทักษะการดูแลผู้สูงอายุ จิตสำนึกสาธารณะการดูแลผู้สูงอายุ พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ

Abstract

The research objective was to compare mean scores of knowledge and understanding on elderly health care, elderly care skill, public consciousness on elderly care and elderly care behavior between before and after implementation through the PAIC process. This quasi-experiment research used the PAIC Process for training. The sample group of the 29 local

peoples were selected with purposive sampling from people who is interesting in elderly care and live in Khamriang Sub-district, Kuntarawichai District, Maha Sarakham Province during 1-10 December 2017. The questionnaire was used to collect data with both before and after training. Paired t-test and One-Way ANOVA were used to analyze the data.

After Participation-Appreciation-Influence-Control (PAIC) implemented, the results revealed that the mean scores of posttest of knowledge and understanding on elderly health care, elderly care skill, public consciousness on elderly care and behavior and training achievement were higher than pretest with statistical significance ($p < 0.01$ for all aspects). In present and future situations illustrated that mean scores were not different with statistical significance ($p > 0.05$ and $p > 0.05$). Furthermore Four Dimensional Evaluation, the mean scores were not different with statistical significance ($p > 0.05$).

Recommendation of the research, training on knowledge and understanding on elderly health care, elderly care skill, public consciousness on elderly care and elderly care behavior with PAIC process, it is able to increase participation on elderly care, the PAIC process can used to train the trainer of training, therefore, the local administrative organization should formulate policy and plan by arranging the activities on elderly caregiver training for local people to develop their competencies by increasing their knowledge and understanding on elderly health care, elderly care skill, public consciousness on elderly care and elderly care behavior. This will be benefit for their family and they are able to use it as an career or complementary income.

Keywords: Elderly caregiver, Elderly care skill, Public consciousness on elderly care, Elderly care behavior

¹⁻⁵ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

บทนำ

ในปี ค.ศ.2015 แผนกประชากรของหน่วยงานสวัสดิการสังคมและเศรษฐกิจได้รายงานเกี่ยวกับประชากรสูงอายุว่าประชากรโลกนั้นมีแนวโน้มว่าประชากรสูงอายุที่จะสูงขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศที่พัฒนาน้อยในทวีปภูมิภาคอาฟริกา เอเชีย (ยกเว้นประเทศญี่ปุ่น) ลาตินอเมริกา แคริบเบียน อเมริกาเหนือ และโอเชียเนีย (ยกเว้นประเทศออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์) ภูมิภาคที่มีการพัฒนามากกว่าซึ่งประกอบด้วยภูมิภาคอื่น ๆ ยกเว้นสามประเทศจากภูมิภาคที่พัฒนาน้อยที่ประกอบด้วย 48 ประเทศ พบว่า ระหว่างปี

ค.ศ. 2015 ถึง ค.ศ. 2030 ประชากรสูงอายุ 60 ปี และมากกว่า จะมีถึงร้อยละ 56 โดยจะเพิ่มจำนวนจาก 901 ล้านเป็น 1.4 พันล้านในปี ค.ศ. 2050 แสดงว่าโครงสร้างของประชากรได้เปลี่ยนแปลงเข้าไปสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) โดยสมบูรณ์ ซึ่งขณะนี้ยุโรปกลายเป็นภูมิภาคที่มีผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก โดยเฉพาะอิตาลี กรีซ เยอรมัน สวิสเซอร์แลนด์ หลายต่อหลายประเทศ จึงพยายามศึกษาและวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุมากขึ้นเพื่อพัฒนาประเทศของตนให้สังคมผู้สูงอายุมีคุณภาพ คือ “สังคม

ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ” ต่อไปในอนาคต (Department of Economic and Social Affairs Population Division, 2015)

ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น จาก 4 ล้านคน (ร้อยละ 6.8) ในปี 2537 เป็น 10 ล้านคน (ร้อยละ 14.9) ในปี 2557 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 20.5 ล้านคน (ร้อยละ 32.1) ในปี 2583 โดยในปี 2558 กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 6,394,022 คน พบว่าเป็นกลุ่มติดสังคมประมาณ 5 ล้านคนหรือร้อยละ 79 และเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้านติดเตียงจำเป็นต้องสนับสนุนบริการด้านสุขภาพและสังคม ประมาณ 1.3 ล้านคน หรือร้อยละ 21 เพราะฉะนั้นสำนักงานอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญ การเตรียมพร้อมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบนั้นจะต้องมีแผนการพัฒนาสังคม และเศรษฐกิจเพื่อรองรับระบบสังคมในอนาคตต่อไป (เอกชัย เพียรศรีวัชรา, 2556) ในปัจจุบันปัญหาสุขภาพของประชาชนในประเทศไทยได้เปลี่ยนแปลงรูปแบบไปตามสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่มีความซับซ้อนมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดทางด้านสุขภาพอนามัยคือจากโรคเรื้อรังซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2547:26) จากการสำรวจสถานะการทำงานของประชากร พ.ศ. 2551 ประชากรผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) มีร้อยละ 59 ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) มีร้อยละ 32 และผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปี ขึ้นไป) มีร้อยละ 10 ส่วนสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า มีโรคประจำตัวเรื้อรัง ร้อยละ 72-80 มีอาการปวดตามข้อต่าง ๆ ร้อยละ 43-48 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 14-27 มีโรคเบาหวาน ร้อยละ 3-9 มีปัญหาเกี่ยวกับเท้าทำให้เดินไม่สะดวก ร้อยละ 16.34 มีปัญหาหกล้ม โดยหกล้มนอกบ้านมากกว่าในบ้านและมักเกิดจากการสะดุดสิ่งกีดขวางหรือพื้นลื่น ร้อยละ 10 (สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน, 2552) ในกลุ่มวัยสูงอายุ แม้จะมีอายุยืนยาวขึ้นแต่ประสบปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นโดยพบว่าร้อยละ 31.74 เป็นโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือ เบาหวาน ร้อยละ 13.32 และหัวใจร้อยละ 7.03 ส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของภาครัฐในอนาคตซึ่งสอดคล้องกับการส่งเสริมการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม โดยสร้างเสริมสุขภาพคนไทยให้มีความสมบูรณ์แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ พัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน สร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ ควบคู่กับการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องสำคัญของการจัดการสุขภาพของผู้ดูแลที่ต้องให้ความสำคัญว่าการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ดีต้องคำนึงถึง การให้ความดูแลที่ถูกสุขลักษณะ ภายใต้การปฏิบัติที่เหมาะสม และมีสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมทั้งการสร้างเสริมพฤติกรรมกรบริโภคอาหารที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ ดูแลการออกกำลังกายให้สม่ำเสมอ จัดการให้ผู้สูงอายุมีการพักผ่อนและนันทนาการที่เหมาะสมกับอายุ และสภาพร่างกายของผู้สูงอายุแต่ละคน โดยรวมถึงการฟื้นฟูทั้งภายในคือจิตใจและภายนอกคือร่างกายของผู้สูงอายุของแต่ละราย ทั้งนี้เพราะหากสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละรายนั้นย่อยแตกต่างกันตามวัย สภาพกายภาพ จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม แต่ถ้าผู้ดูแลมีจิตสำนึกสาธารณะในการดูแลผู้สูงอายุอย่างแท้จริง กอรปด้วยความรัก เมตตา กรุณา และมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการย่อมจะมีส่วนช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของสุขภาพของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดียิ่ง อีก

ทั้งซึ่งจะสร้างเสริมความมั่นคงทางเศรษฐกิจ สังคม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และประเทศโดยปริยาย การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ดีของผู้ดูแลผู้สูงอายุจะเป็นองค์ประกอบสำคัญอย่างยิ่งในการสนับสนุนทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกดีต่อตนเอง ครอบครัว และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจึงครอบคลุมถึงอารมณ์ จิตวิญญาณ ฟันฟูทางกายภาพและ หรือสังคมที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถสร้างความสมดุลในชีวิต และมีความสุขกาย และสุขใจมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างแท้จริง (Pusdorn et al., 2012; Jukravalchaisri et al., 2013)

ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจสังคมแห่งชาติฉบับที่12 (พ.ศ.2560-2564) ฉบับปัจจุบันจะมีประเด็นการเตรียมพร้อมด้านกำลังคนและการเสริมสร้างศักยภาพของประชากรในทุกช่วงวัย มุ่งเน้นการยกระดับคุณภาพทุนมนุษย์ของประเทศ โดยพัฒนาคนให้เหมาะสมตามช่วงวัย เพื่อให้เติบโตอย่างมีคุณภาพ การหล่อหลอมให้คนไทยมีค่านิยมตามบรรทัดฐานที่ดีทางสังคม เป็นคนดี มีสุขภาวะที่ดี มีคุณธรรมจริยธรรม มีระเบียบวินัย และมีจิตสำนึกที่ดีต่อสังคมส่วนรวม การพัฒนาทักษะที่สอดคล้องกับความต้องการในตลาดแรงงานและทักษะที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตในศตวรรษที่ ๒๑ ของคนในแต่ละช่วงวัยตาม ความเหมาะสม การเตรียมความพร้อมของกำลังคนด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่จะเปลี่ยนแปลงโลกในอนาคต ตลอดจนการยกระดับคุณภาพการศึกษาสู่ความเป็นเลิศ การสร้างเสริมให้คนมีความสุขที่ดีที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพและการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพ โดยสำนักงานอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยได้จัดทำคู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีแนวทางการปฏิบัติให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ สมศักดิ์ศรีและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

จากการศึกษางานวิจัยจำนวนหลายเรื่องในทางสุขภาพ ด้วยการจัดอบรมโดยใช้กระบวนการอบรมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมแบบพหุอภิมหาสามารถพัฒนาให้ผู้เข้ารับการอบรมเกิดจิตสำนึกสาธารณะในการปฏิบัติตนเพื่อตนเอง ครอบครัว และสังคม รวมทั้งสามารถถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจที่รับจากการอบรมไม่ว่าจะเป็นการดูแลสุขภาพ หรือการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม ในงานวิจัยหลายเรื่องดังเช่นงานวิจัยของ ขวัญสุมาณา พินราช และคณะ (Phinnarach, et al., 2012b) เรื่องการพัฒนาารูปแบบความเข้มแข็งของชุมชนด้วยการดูแลสุขภาพโดยใช้กระบวนการพหุอภิมหา และ นิภาภรณ์ จงวุฒิเวศย์ และคณะ (Jongwutives, et al., 2012a) วิจัย เรื่องการพัฒนาารูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลโดยกระบวนการพหุอภิมหา รวมทั้งงานวิจัยของวันทนา กลางบุรัมย์ (2557) เรื่อง การพัฒนาารูปแบบชุมชนเข้มแข็งในการป้องกัน ควบคุมโรคมาลาเรีย ในจังหวัดกาฬสินธุ์ และ ดวงสมร กองกุล และคณะ (Gonggool et al., 2012a) วิจัย เรื่องการพัฒนาเครือข่ายอาสาสมัครสิ่งแวดล้อมศึกษาด้วยกระบวนการพหุอภิมหา ดังที่นางนภัส เทียงกมล ได้พัฒนาเป็นทฤษฎีการสร้างแรงบันดาลใจในการมีจิตสาธารณะในการรักษาสุขภาพ และอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม (นางนภัส เทียงกมล, 2554)

สำนักงานอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขจึงเล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาให้มีผู้ดูแลผู้สูงอายุตามมาตรฐานทางวิชาการซึ่งเป็นการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพในรูปแบบที่หลากหลายเพื่อช่วยบรรเทาปัญหาทางด้านสุขภาพที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุทั้งในปัจจุบันและในอนาคต และเป็นการพัฒนาที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพคนและสังคมไทยสู่สังคม

แห่งการเรียนรู้ โดยยึดคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนาทั้งในด้านการจัดบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมอย่างบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอย่างต่อเนื่องตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (กระทรวงสาธารณสุข, 2550) บุคคลผู้ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ อันประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล โภชนากร เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ บุคลากรสาธารณสุข แม้ว่าทุกฝ่ายมีหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันความเจ็บป่วย สอนและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพ แต่การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้องตามหลักวิชาเพื่อตอบสนองสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยนั้นย่อมเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุเอง และลดภาระของครอบครัวของผู้สูงอายุ และสังคมโดยรวม จึงเป็นแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสมกับสังคมผู้สูงอายุโดยแท้จริงเป็นรูปธรรม (Pusdorn et al., 2012; Jukravalchaisri et al., 2013)

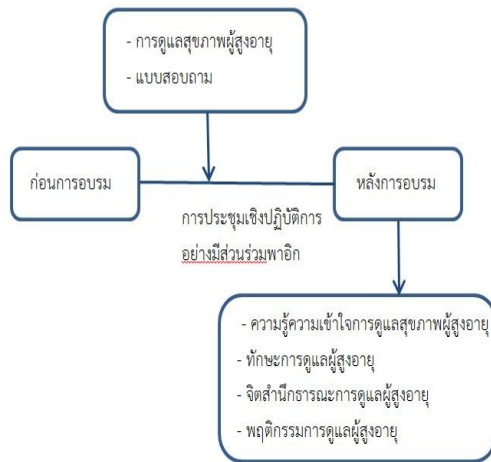
การวิจัยครั้งนี้เพื่อเป็นการพัฒนารูปแบบผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีจิตสำนึกสาธารณะ ซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชนและสังคม ให้ประสบความสำเร็จทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม อันจะสนับสนุนให้ทุกฝ่ายในสังคมดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณค่าและมีความสุขอีกด้วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการใช้รูปแบบการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีจิตสำนึกสาธารณะ โดยใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (PAIC) ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาผลสัมฤทธิ์การใช้รูปแบบการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีจิตสำนึกสาธารณะ โดยใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (PAIC) ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พิจารณาจาก
 - 2.1 เปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (PAIC)
 - 2.2 เปรียบเทียบทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุการประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (PAIC)
 - 2.3 เปรียบเทียบจิตสำนึกสาธารณะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุการประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (PAIC)
 - 2.4 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุการประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (PAIC)

กรอบแนวคิดในการทำวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยสอดแทรกเนื้อหาสาระเกี่ยวกับ ด้านความรู้ความเข้าใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทักษะการดูแลสุขภาพ จิตสำนึกสาธารณะการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการทำวิจัย

สมมติฐาน

1. คะแนนความรู้ความเข้าใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (PAIC) สูงกว่าก่อนการประชุม
2. คะแนนทักษะการดูแลผู้สูงอายุหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (PAIC) สูงกว่าก่อนการประชุม
3. คะแนนจิตสำนึกภาระการดูแลผู้สูงอายุหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (PAIC) สูงกว่าก่อนการประชุม
4. คะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้สูงอายุหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (PAIC) สูงกว่าก่อนการประชุม

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมแบบพหุภาคี กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนในตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 29 คน ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง จากประชาชนที่มีความสนใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม จัดอบรมระหว่างวันที่ 1-10 เดือนธันวาคม 2560

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. คู่มือการประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมพหุภาคี
2. แบบสอบถาม ประกอบด้วย คุณลักษณะทางประชากรจำนวน 7 ข้อ ความรู้ความเข้าใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 7 ข้อ ทักษะการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 7 ข้อ จิตสำนึกภาระการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 7 ข้อ และพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้สูงอายุจำนวน 7 ข้อ โดยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ มีดังนี้

2.1 หาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม โดยหาค่าความสอดคล้องระหว่างแบบสอบถามกับเนื้อหา โดยใช้สูตร IOC (Index of Objective Congruence) (Rovinelli & Hambleton, 1977) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เลือกข้อที่มีค่าตั้งแต่ 0.5 (0.67-1.00) มาใช้ในการวิจัย

2.2 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach, 1951) มีค่าเชื่อมั่นของความรู้ความเข้าใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทักษะการดูแลผู้สูงอายุ จิตสำนึกภาระการดูแลผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ และทั้งฉบับเท่ากับ 0.823, 0.845, 0.911, 0.876. และ 0.954 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. จัดการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมแบบพาทิก (PAIC) เพื่อพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
2. ผู้ช่วยวิจัยแจกแบบทดสอบให้กับผู้เข้ารับการอบรมจำนวน 29 คน ทั้งก่อนและหลังการอบรม
3. นำแบบทดสอบ มาตรวจสอบจำนวนและตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบทดสอบและจัดหมวดหมู่ข้อมูลให้สะดวกต่อการเตรียมการวิเคราะห์ข้อมูล
4. นำข้อมูลที่ได้ตรวจสอบแล้วไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติตามลำดับต่อไปนี้

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ใช้สถิติอย่างง่าย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ค่าร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย ได้แก่ การวิเคราะห์ด้วยสถิติอ้างอิง (Inferential Statistics) ด้วยการสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ Paired Sample t-test และ One-way ANOVA (McDonal, 2014)

สรุปผลการวิจัย

1. ลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 29 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอายุระหว่าง 25-55 ปี มีวุฒิการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ลักษณะครอบครัว เป็นครอบครัวเดี่ยว อาศัยบ้านของตนเอง และมีรายได้ระหว่าง 5,001-10,000 บาท

ตาราง 1.คุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

คุณลักษณะประชากร	กลุ่มตัวอย่าง	
	ความถี่	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	10	34.48
หญิง	19	65.52
อายุ		
ระหว่าง 25-55 ปี, ค่าเฉลี่ย=32.00, S.D.=5.25	29	100.00

คุณลักษณะประชากร	กลุ่มตัวอย่าง	
	ความถี่	ร้อยละ
นับถือศาสนา		
พุทธ	28	96.55
อิสลาม	1	3.45
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	2	6.90
มัธยมศึกษาตอนต้น	9	31.04
มัธยมศึกษาตอนปลาย	10	34.48
อาชีวศึกษา	5	17.24
ปริญญาตรี	3	10.34
ปริญญาโทและสูงกว่า	-	-
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	19	66.52
ครอบครัวขยาย	10	34.48
ที่อยู่อาศัย		
บ้านของตนเอง	20	68.97
เช่า	9	31.03
รายได้ (บาท)		
<5,000	5	17.42
5001-10,000	18	62.69
10,001-15,000	5	17.24
15,001-30,000	1	3.45
30,001-50,000	-	-
>50,0000	-	-
รวม	29	100.00

1. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อน

อบรมและหลังอบรมของกลุ่มตัวอย่าง การอบรมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมแบบพาทิก ปรากฏผล ดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนอบรมและหลังอบรมของกลุ่มตัวอย่าง

หัวข้อที่อบรม	หลังอบรม		ก่อนอบรม		t	p
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
ความรู้ความเข้าใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	6.75	1.30	4.50	1.28	11.23	0.00**
ทักษะการดูแลผู้สูงอายุ	32.45	5.77	24.15	4.69	20.15	0.00**
จิตสำนึกธรรมาการดูแลผู้สูงอายุ	32.09	4.95	27.86	4.65	18.35	0.00**

หัวข้อที่อบรม	หลังอบรม		ก่อนอบรม		t	p
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
พฤติกรรมกรรมการดูแลผู้สูงอายุ	33.01	5.55	29.29	4.41	22.37	0.00**
ผลสัมฤทธิ์	104.30	12.39	85.80	13.51	37.17	0.00**

** นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตาราง 2 แสดงว่า หลังอบรมด้วยกระบวนการแบบพาทริก พบว่า คะแนนเฉลี่ยของหัวข้อความรู้ความเข้าใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทักษะการดูแลผู้สูงอายุ จิตสำนึกธรรมาการดูแลผู้สูงอายุ และพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้สูงอายุ สูงกว่าก่อนอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

3. การประเมินการมีส่วนร่วม 3 ด้านของกลุ่มตัวอย่างในสถานการณ์ปัจจุบัน ประกอบด้วย การประเมินตนเอง การประเมินโดยเพื่อน และการประเมินโดยผู้อำนวยการความสะดวก เพื่อใช้ตรวจสอบการมีส่วนร่วมในสถานการณ์ปัจจุบัน ผลปรากฏ ดังตาราง 3

ตาราง 3 การประเมินการมีส่วนร่วม 3 ด้านของกลุ่มตัวอย่างในสถานการณ์ปัจจุบัน

Source of Variation	Sum of squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Group	2.64	2	0.88	2.66	0.11
Within Group	22.70	58	0.33		
Total	25.35	60			

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 3 การประเมิน 3 ด้าน ประกอบด้วย การประเมินตนเอง การประเมินโดยเพื่อน และการประเมินโดยผู้อำนวยการความสะดวก เพื่อใช้ตรวจสอบการมีส่วนร่วมในสถานการณ์ปัจจุบัน พบว่า ผลการวิเคราะห์ด้วย . One-way ANOVA พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนทั้งสามด้านแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าการประเมินทั้งสามด้านสอดคล้องกัน

4. การประเมินการมีส่วนร่วม 3 ด้านของกลุ่มตัวอย่างในสถานการณ์อนาคต ประกอบด้วย การประเมินตนเอง การประเมินโดยเพื่อน และการประเมินโดยผู้อำนวยการความสะดวก เพื่อใช้ตรวจสอบการมีส่วนร่วมในสถานการณ์ปัจจุบัน ผลปรากฏ ดังตาราง 4

ตาราง 4 การประเมินการมีส่วนร่วม 3 ด้านของกลุ่มตัวอย่างในสถานการณ์อนาคต

Source of Variation	Sum of squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Group	2.88	2	1.44	1.58	0.59
Within Group	32.16	58	0.63		
Total	35.04	60			

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 4 การประเมิน 3 ด้าน ประกอบด้วย การประเมินตนเอง การประเมินโดยเพื่อน และการประเมินโดยผู้อำนวยการความสะดวก เพื่อใช้ตรวจสอบการมีส่วนร่วมในสถานการณ์อนาคต พบว่า ผลการวิเคราะห์ด้วย One-way ANOVA พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนทั้งสามด้านแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าการประเมินทั้งสามด้านสอดคล้องกัน

5. การประเมิน 4 ด้าน สำหรับการแสดงบทบาทสมมุติของวิทยากร ที่ประกอบด้วย การประเมินตนเอง การประเมินโดยเพื่อนวิทยากร การประเมินโดยผู้ฟัง และการประเมินโดยวิทยากรผู้เชี่ยวชาญ เพื่อประเมินการแสดงบทบาทสมมุติการเป็นวิทยา ผลดังปรากฏใน ตาราง 5

ตาราง 5 การประเมิน 4 ด้านของกลุ่มตัวอย่างในการแสดงบทบาทสมมุติเป็นวิทยากร

Source of Variation	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	0.54	2	0.85	1.77	0.49
Within Groups	12.67	58	0.48		
Total	13.21	60			

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 5 การประเมิน 3 ด้าน สำหรับการแสดงบทบาทสมมุติของวิทยากร ที่ประกอบด้วย การประเมินตนเอง การประเมินโดยเพื่อนวิทยากร การประเมินโดยผู้ฟัง และการประเมินโดยวิทยากรผู้เชี่ยวชาญ พบว่า ผลการวิเคราะห์ด้วย One-way ANOVA พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนทั้งสี่ด้านแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าการประเมินทั้งสามด้านสอดคล้องกัน

อภิปรายผล

วิจารณ์ผลการศึกษาวิจัยจะดำเนินการอภิปรายตามสมมุติฐานการวิจัยดังนี้

1. ประเด็นผลสัมฤทธิ์การอบรม ผลจากการวิจัยค่าเฉลี่ย: หลังอบรมด้วยกระบวนการแบบพาทิก พบว่า หลังการอบรมคะแนนเฉลี่ยของหัวข้อ ความรู้ความเข้าใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทักษะการดูแลผู้สูงอายุ จิตสำนึกธรรณะการดูแลผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ สูงกว่าก่อนอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งสอดคล้องสมมุติฐานที่ตั้งไว้ว่า คะแนนความรู้ความเข้าใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทักษะการดูแลผู้สูงอายุ จิตสำนึกธรรณะการดูแลผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุหลังอบรมจะสูงกว่าก่อนอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่าสอดคล้องกับงานวิจัยของ งานวิจัยของ-;ขวัญสุมาณา พิณราช และคณะ (Phinnarach, et al., 2012b) เรื่องการพัฒนารูปแบบความเข้มแข็งของชุมชนด้วยการดูแลสุขภาพโดยใช้กระบวนการพาทิก พบว่า หลังอบรม ความรู้การดูแลสุขภาพตนเอง ความตระหนักการดูแลสุขภาพตนเอง คุณลักษณะอาสาสมัครการดูแลสุขภาพตนเอง พฤติกรรมการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพชุมชน และผลสัมฤทธิ์การอบรม สูงกว่าก่อนอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ นิภาภรณ์ จงวุฒิเวศย์ และคณะ(Jongwutives, et al., 2012a) เรื่องการพัฒนารูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลโดยกระบวนการพาทิก สิ่งแวดล้อมศึกษา พบว่า หลังอบรมคะแนนเฉลี่ย

ของการอนุรักษ์พลังงาน การจัดการน้ำเสีย การจัดการขยะ ภูมิทัศน์และการจัดการความปลอดภัย และผลสัมฤทธิ์การอบรม สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมแบบพาอีก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 รวมทั้งงานวิจัยของวันทนา กลางบุรัมย์ (2557) เรื่อง การพัฒนารูปแบบชุมชนเข้มแข็งในการป้องกัน ควบคุมโรคมาลาเรีย ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ศึกษา พบว่า หลังอบรมคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรค ความรู้เรื่องการป้องกัน ความรู้เกี่ยวกับการรักษา ความตระหนัก แรงบันดาลใจ การมีส่วนร่วมในการป้องกัน ควบคุมโรคมาลาเรีย และผลสัมฤทธิ์การอบรม สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมแบบพาอีก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 นอกจากนี้ยังพบว่าสอดคล้องกับงานวิจัยของ บุชรา เกษีสม ที่ศึกษาเรื่อง “ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลคลองฉนวน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดสุราษฎร์ธานี” ที่ผลการวิจัย พบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์และการจัดการ ความเครียด ดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์และการจัดการ ความเครียด ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (บุชรา เกษีสม, 2560) และปฐมธิดา บัวสม และคณะ (2560) ที่วิจัย เรื่อง “ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเองต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูงในตำบลบรมณีย์ อำเภอกะปง จังหวัดพังงา” ที่พบว่าหลังการทดลองผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ความคาดหวังถึงผลลัพธ์การปฏิบัติตัว และ พฤติกรรมการดูแลตนเอง มากกว่าก่อนทดลอง และพบว่า หลังทดลอง ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทั้ง 3 ด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ปฐมธิดา บัวสม และคณะ, 2560) และยัง สอดคล้องกับงานวิจัยของวิทยา ทินวรรณ และคณะ ที่ศึกษาเรื่อง การป้องกันตนเองจากสารเคมีทาง การเกษตรของนักเรียนในจังหวัดมหาสารคาม ที่พบว่า ความรู้ในการป้องกันตนเอง สิ่งแวดล้อมศึกษา และพฤติกรรมการป้องกันตนเอง และผลสัมฤทธิ์การอบรม สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการประชุม เชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมแบบพาอีก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

2. ประเด็นผลการวิจัยในส่วนการประเมินการมีส่วนร่วมทั้งในสถานการณ์ปัจจุบันและอนาคต นั้นก็เป็นไปในแนวทางเดียวกันกับงานวิจัยของขวัญสุมาณา พิณราช และคณะ (Phinnarach, et al., 2012b) เรื่องการพัฒนารูปแบบความเข้มแข็งของชุมชนด้วยการดูแลสุขภาพโดยใช้กระบวนการพาอีก พบว่า การประเมิน 3 ด้านทั้งสถานการณ์ปัจจุบันและอนาคต ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยทั้ง 3 ด้านแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ นิภาภรณ์ จงวุฒิเวศย์ และคณะ (Jongwutives, et al., 2012a) เรื่องการพัฒนารูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลโดยกระบวนการพาอีก สิ่งแวดล้อมศึกษา พบว่า การประเมิน 3 ด้านทั้งสถานการณ์ปัจจุบันและอนาคต ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ย ทั้ง 3 ด้านแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ งานวิจัยของวิทยา ทินวรรณ และคณะ เรื่อง การป้องกันตนเองจากสารเคมีทางการเกษตรของนักเรียนในจังหวัดมหาสารคาม พบว่า การประเมิน 3 ด้านทั้งสถานการณ์ปัจจุบันและอนาคต ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยทั้ง 3 ด้านแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Tinvan et al., 2015) รวมทั้งงานวิจัยของวันทนา

กลางบุรีรัมย์ (2557) เรื่อง การพัฒนารูปแบบชุมชนเข้มแข็งในการป้องกัน ควบคุมโรคมาลาเรีย ใน จังหวัดกาฬสินธุ์ ศึกษา พบว่า การประเมิน 3 ด้านทั้งสถานการณ์ปัจจุบันและอนาคต ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยทั้ง 3 ด้านแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. ประเด็นผลการวิจัยในส่วนการประเมิน 4 ด้านใน การแสดงบทบาทสมมติเป็นวิทยากร นั้น สอดคล้องตรงกันกับงานวิจัยของขวัญสุมาณา พิณราช และคณะ (Phinnarach, et al., 2012b) เรื่อง การพัฒนารูปแบบความเข้มแข็งของชุมชนด้วยการดูแลสุขภาพโดยใช้กระบวนการพาอีกพบว่า การประเมิน 4 ด้านใน การแสดงบทบาทสมมติเป็นวิทยากร ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยทั้ง 4 ด้านแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ นิภาภรณ์ จงวุฒิเวศย์ และคณะ (Jongwutives, et al., 2012a) เรื่องการพัฒนารูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลโดยกระบวนการพาอีก สิ่งแวดล้อมศึกษา พบว่า การประเมิน 4 ด้านใน การแสดงบทบาทสมมติเป็นวิทยากร ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยทั้ง 4 ด้านแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รวมทั้งงานวิจัยของวันทนา กลางบุรีรัมย์ (2557) เรื่อง การพัฒนารูปแบบชุมชนเข้มแข็งในการป้องกัน ควบคุมโรคมาลาเรีย ใน จังหวัดกาฬสินธุ์ ศึกษา พบว่า การประเมิน 4 ด้านใน การแสดงบทบาทสมมติเป็นวิทยากร ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยทั้ง 4 ด้านแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 งานวิจัยของวิทยา ทินวรรณ และคณะ เรื่อง การป้องกันตนเองจากสารเคมีทางการเกษตรของนักเรียนในจังหวัด มหาสารคาม พบว่า การประเมิน 4 ด้านใน การแสดงบทบาทสมมติเป็นวิทยากร ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ย ทั้ง 4 ด้านแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Tinvan et al., 2015)

บรรณานุกรม

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *รายงานประจำปี 2557*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. (2550).

แผนพัฒนา สุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2550 – 2554). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

นงนภัส เทียงกมล. (2554ก). *การวิจัยเชิงบูรณาการแบบองค์รวม (Holistically Integrative Research)*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วันทนา กลางบุรีรัมย์. (2557). *การพัฒนารูปแบบชุมชนเข้มแข็งในการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียใน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยบูรณาการหลักการศึกษาสิ่งแวดล้อมศึกษา*. ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (สิ่งแวดล้อมศึกษา) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. (2552). *การพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ*. นครปฐม : สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2547). *รายงานประจำปี 2547*. [กรุงเทพฯ] : สำนักงาน.

เอกชัย เพียรศรีวัชรา. (2556). *รายงานการสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ*. นนทบุรี : กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

Buasom, P., Promsiripaiboon, Y. and Sonkasetrin, A.. (2017). Effects Of Self-Efficacy

- Program On Health Behavior Modification In Elderly Of High Blood Pressure Risk Group In Rommanee Sub-District, Kapong District, Phangnga Province. *Community Health Development Quarterly Khon Kaen University*, 5 (4). 549-587.
- Bureau of Elderly Health, Department of Health, Ministry of Public Health. (2014). *Manual of Elderly Caregiver Training 420 hours*. Bangkok: The War Veterans Organization.
- Cronbach, J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16 (3), 297-334.
- Department of Economic and Social Affairs Population Division. (2015). *World Population Aging*. New York: United Nation.
- Gonggool, D., Thiengkamol, N., & Thiengkamol, C. (2012a). Development of Environmental Education Volunteer Network through PAIC Process. *European Journal of Social Sciences*, 32 (1):136-149.
- Jongwutiwes, N. Thiengkamol, N., & Thiengkamol, T. (2012a). Development of Hospital Environment Management Model through PAIC. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 3 (11):303-310
- Jukravalchaisri, J., Koktatong , K., Koktatong , U. (2013). Development Model of Elderly Health Care Behavior with Public Mind. *Mediterranean Journal of Social Sciences*,4(6), 141-155.
- Keasisom, B. (2017). The Results of Group Process To Elderly's Health Promotion Behavior In Thumbonklongchanoun Weingsa District Suratthani Province. . *Community Health Development Quarterly Khon Kaen University*, 5 (2). 176-193.
- Kueasuk, Ch., Yainta, N., Sanpaiboonkit, p., Klunklin, A. (2015). Tha Kwang Model Long Term Care for Elderly Tha Kwang Health Care Center, Amphur Saraphi, Chaingmai Province. *Nursing Journal*, 42 (3) :187-192.
- McDonal, J.H. (2014). *Handbook of Biological Statistics*. Third Edition. Maryland : Sparky House Publishing
- Ministry of Public Health. (2007). *The 9 th of National Health Plan*. Bangkok: Ministry of Public Health.
- National Statistical Office. (2012). .Survey of Thai Elderly Population B.E. 2556. Retrieved on 10 Sep 2017 from: https://www.m-society.go.th/ewt_news.php?nid=13101
- National Statistical Office. (2014). Survey of Thai Elderly Population B.E. 2556. Retrieved on 10 Sep 2017 from:

https://www.m-society.go.th/ewt_news.php?nid=13101

- Office of the National Economic and Social Development Board. Office of Ministry of Prime Minister. 2018). The 12th National Economic and Social Development (B.E.2560-2564). Bangkok: Office of Ministry of Prime Minister .
- Phinnarach, K., Thiengkamol, N., & Thiengkamol, C. (2012b). Development of Community Strength with Healthy Self-Care Model through PAIC Process. *European Journal of Social Sciences*, 34 (4): 549-558.
- Pusdorn, A., Thiengkamol, N., Thiengkamol Khoowaranyoo, T. (2013). Elderly Self Health Care in Roi-Et Province. *European Journal of Scientific Research*, 104 (4):569-579.
- Rovinelli, R. J. and Hambleton, R. K. (1977). On the use of Content Specialists in The Assessment of Criterion-referenced Test item Validity. *Dutch Journal of Educational Research*, 2, 49-60.
- Soudsomboon, S. (2014). Social Welfare for Aging People in Thailand. *Journal of Southern Technology* 7 (1) : 73-82.
- Tinvan W., Prasertsri, N., &Thiengkamol, C. (2015). Self-Prevention from Agriculturally Chemical Substance. *EAU Heritage Journal*, 9 (2):246-257.

Colaizzi, P. (1978). *Psychological research as the phenomenologist views it*. New York: Oxford University Press.

Gibbs, G. (1988). *Learning by Doing: A guide to teaching and learning methods*. Further Education Unit, Oxford Brookes University, Oxford.

Johns, C. (2002). *Guided Reflection: Advancing Practice*. (ed.) Oxford: Blackwell Science.

Schon, D. (1983). *Reflective practice*. Basic book. pp. 49.