

รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการดูแล
ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน
ด้วยระบบดิจิทัลในเขตพื้นที่บริการศูนย์อนามัยที่11

THE MODEL OF PARTICIPATORY ACTION RESEACH
ON CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE
OF PATIENT CARE FROM HOSPITAL TO
COMMUNITY WITH TECHNOLOGY IN HEALTH
CENTER REGION 11

ชนธิรา พูนจันทร์

พ.ศ. 2560

รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อเนื่องจาก โรงพยาบาลสู่ชุมชนด้วยระบบดิจิทัลในเขตพื้นที่บริการศูนย์อนามัยที่ 11

ชนธิรา พูนจันทร์* สุภาพร ผลกล้า*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษารูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อเนื่อง จากโรงพยาบาลสู่ชุมชนด้วยระบบดิจิทัล และเพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในเขตพื้นที่บริการศูนย์อนามัยที่ 11 กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มาพักรักษาแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 11 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2560 และกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วันจำนวน 16 คน โดยการดำเนินการวิจัย มี 4 ระยะคือ 1.) ศึกษาสถานการณ์ 2.) ประชุม 4 แกนนำ 3.) ปฏิบัติตามแนวทาง 3.1) สร้างgroup line ชื่อโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 3.2) ผลิตคลิปให้ความรู้เรื่องการบริหารปอด การเคาะปอด การใช้ยาพ่น MDI การใช้เครื่องพ่นยา 3.3) อบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 3.4) กำหนดผังการดำเนินงาน 4.) ติดตามประเมินผล การติดตามเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอัตราการ readmit เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ คลิปสุขภาพ กระบวนการกลุ่ม (Focus Group Discussion) และใช้ระบบดิจิทัล (Group line) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของแกนนำทุกภาคส่วน ที่ทำงานประสานกันโดยใช้ระบบดิจิทัล ทำให้อัตราการ readmit ในรายที่ได้รับการเยี่ยมตามแนวทางที่กำหนด มีจำนวน 11 คน เท่ากับร้อยละ 0 ส่วนในรายที่ไม่ได้รับการเยี่ยมบ้าน มีจำนวน 5 ราย กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำร้อยละ 100 เนื่องจากบางเดือนเป็นช่วงฤดูฝนน้ำท่วมหนัก เดินทางลำบากและบางครั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านติดภารกิจสำคัญ และพบว่าผู้ป่วยจำนวนหนึ่งมีปัญหาอุปสรรคส่วนตัว ด้านอาชีพ สิ่งแวดล้อม และอายุทำให้ต้องกลับมานอนโรงพยาบาล ปีละหลายๆครั้ง

ข้อเสนอแนะ ควรนำวิธีการนี้ขยายไปสู่การดูแลผู้ป่วยทุกคนไม่เฉพาะรายที่มานอนโรงพยาบาลซ้ำ

THE MODEL OF PARTICIPATORY ACTION RESEARCH ON CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE OF PATIENT CARE FROM HOSPITAL TO COMMUNITY WITH TECHNOLOGY IN HEALTH CENTER REGION 11

CHONTHIRA POOKHAN* SUPAPORN POLKLAM*

Abstract

This research has a purpose to study the model of action research with participatory care for chronic obstructive pulmonary disease patients. From the hospital to the community with digital system and to study the problems, obstacles and recommendations for the care of patients with chronic obstructive pulmonary disease in the 11th Health Center service area. The sample consisted of patients with chronic obstructive pulmonary disease who came to stay the inpatient department in the health promoting hospital health center 11.during October 1, 2016 - September 30, 2017. And 16 people returned to the hospital within 28 days by performing the 4 phases of the study, namely 1) study the situation. 2) Meeting 4 leaders 3) Follow the guidelines is to create. 3.1) Group Line name COPD 3.2) producing clips to educate about lung management, lung percussion, drug use MDI. use of inhalers. 3.3) Training village volunteers. 3.4) Determine the flow of operation. 4) follow up and evaluate of village volunteers Home visit tracking and readmit rate. The research tool was the health clip. Focus Group Discussion, and the digital system (Group Line). Data were analyzed using percentage.

The results showed that chronic obstructive pulmonary disease patients consistently receiving hospital-to-home care with the participation of digitally coordinated multisectoral leaders led to a 28-day of the 11 case that were visited according to the guidelines , there were 0 percent. In the case of those who did not receive home visits, 100% returned to the hospital for 100 percent. Because some months are the rainy season, heavy flooding makes it difficult to travel and sometimes village volunteers are stuck on important missions.and found that a number of patients had personal barriers in occupation, environment, and age, causing them to return to the hospital several times a year.

Recommendations This approach should be extended to care for all patients, not just those who are re-hospital.

Keywords: Model, Participatory Action Research, Pulmonary disease, Technology

* Professional nurse

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยฉบับนี้สำเร็จอย่างสมบูรณ์ได้ด้วยความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่11 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แกนนำภาคประชาชน ดร.ชัยณรงค์ แก้วจันทน์ คุณสุภาพร ผลกล้า คุณชลธิชา ผดุงกิ่งตระกูล ที่กรุณาสละเวลาให้คำปรึกษา ความช่วยเหลือ และข้อคิดเห็นต่างๆที่เป็นประโยชน์ในการจัดทำวิจัยฉบับนี้เป็นอย่างดีจึงทำให้งานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี และคาดหวังว่างานวิจัยชิ้นนี้จะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้รับบริการทุกกลุ่มวัยที่จำเป็นต้องดูแลรักษาต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนเพื่อลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยและเพื่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ญาติพี่น้องเพื่อนร่วมงานที่เป็นกำลังใจ และให้ความช่วยเหลือมาโดยตลอด และขอขอบพระคุณทุกๆท่านที่ไม่สามารถเอ่ยนามได้ครบถ้วน ณ ที่นี้ ที่มีส่วนช่วยเหลือในการจัดทำวิจัยฉบับนี้

ชนธิรา พูนจันทร์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
Abstract	ข
กิตติกรรมประกาศ	ง
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนผัง	ซ
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย	1
1.3 ขอบเขตการวิจัย	2
1.4 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย	2
1.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย	4
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	
2.1 แนวคิด และทฤษฎีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	7
2.2 แนวคิด และทฤษฎีระบบการสื่อสารและเทคโนโลยี	11
2.3 แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม	16
2.4 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	20
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	22
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	29
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	29
3.3 การเก็บและรวบรวมข้อมูล	29
3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล	32

สารบัญ(ต่อ)

บทที่ 4 ผลการวิจัย	หน้า
ตารางที่4.1 การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพศูนย์อนามัยที่11 ตุลาคม 2559 - กันยายน 2560	33
ตารางที่4.2 การวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพศูนย์อนามัยที่11 ตุลาคม 2559 - กันยายน 2560	34
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะการวิจัย	
5.1 สรุปผลการวิจัย	36
5.2 อภิปรายผลการวิจัย	37
5.3 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย	37
5.4 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งที่ต่อไป	38
บรรณานุกรม	40
ประวัติผู้วิจัย	43
ภาคผนวก ก.	44
ภาคผนวก ข	45

สารบัญตาราง

ตารางที่ 4.1 แสดงการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 11 ตุลาคม 2559 - กันยายน 2560	33
ตารางที่ 4.2 แสดงการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 11 ตุลาคม 2559- กันยายน 2560	34

สารบัญแผนผัง

หน้า

แผนผังที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม	5
ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนด้วยระบบดิจิทัลในเขตพื้นที่บริการศูนย์อนามัยที่ 11	
แผนผังที่ 2. แสดงการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาล	31
ส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 11	

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) คือโรคปอดชนิดเรื้อรังที่ผู้ป่วยจะมีพยาธิสภาพของถุงลมโป่งพอง (Emphysema) หรือหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic bronchitis) เกิดร่วมกัน อาการหลักคือ ไอมีเสมหะหรืออาการหายใจเหนื่อยที่ค่อยๆเป็นมากขึ้นเรื่อยๆโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่พบได้บ่อย และเป็นสาเหตุลำดับต้นๆของการเสียชีวิตในประชากรทั่วโลกโดยในประเทศไทยพบเป็นลำดับที่ 4 ของสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรสำหรับในประเทศไทยเองก็พบอยู่ใน 10 ลำดับแรกของสาเหตุการเสียชีวิต โดยเฉลี่ยพบผู้ป่วยได้ประมาณ 2.7 - 10% ของประชากร (สลิล ศิริอุดมภาส, 2560)

จากการทบทวนวิเคราะห์ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2557, 2558, 2559 พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มานอนโรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 11 มีจำนวน 147, 144, 138 คนตามลำดับ และพบว่าส่วนใหญ่ต้องกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยโรคเดิมภายใน 28 วัน ร้อยละ 15.9, 12, 10 ตามลำดับ เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวยังขาดความตระหนักถึงข้อควรปฏิบัติเฉพาะโรค เช่น การฝึกบริหารปอด การใช้ยาพ่น และการเคาะปอด ซึ่งทำให้สูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษา

การป้องกันไม่ให้เกิดกลับมาเป็นซ้ำเป็นเรื่องสำคัญ โดยต้องติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้านแต่เนื่องจากโรงพยาบาลมีอัตรากำลังจำกัดจึงทำให้ไม่สามารถเยี่ยมบ้านได้ครอบคลุมทุกราย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษารูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนด้วยระบบดิจิทัลในเขตพื้นที่บริการศูนย์อนามัยที่ 11

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.2.1 เพื่อศึกษารูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนด้วยระบบดิจิทัลในเขตพื้นที่บริการศูนย์อนามัยที่ 11

1.2.2 เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในเขตพื้นที่บริการศูนย์อนามัยที่ 11

1.3 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเรื่อง รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนด้วยระบบดิจิทัลในเขตพื้นที่บริการศูนย์อนามัยที่ 11 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มานอนรักษาที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 11 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2559 - 30 กันยายน 2560 จำนวน 160 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มานอนรักษาแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 11 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2559 - 30 กันยายน 2560 และกลับมานอนโรงพยาบาลภายใน 28 วันจำนวน 16 คน

พื้นที่เป้าหมายของการวิจัยคือพื้นที่บริการศูนย์อนามัยที่ 11 หมายถึงประชากรในเขตพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 11 พื้นที่ให้บริการรับผิดชอบพื้นที่ 7 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลประกอบด้วย 1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบางจาก 2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านแสงวิมาน 3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านเปี้ยะเนิน 4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านวัดลาว 5) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบางมูลนาก 6) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบางบุชา และ 7) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบางใหญ่

1.4 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) หมายถึงความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจโดยมีการอุดกั้นของทางเดินลมหายใจอย่างถาวรเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงภายในหลอดลมหรือในเนื้อปอดทำให้หลอดลมตีบแคบลง การดำเนินของโรคจะค่อยๆ เลวลงโดยไม่กลับคืนสู่สภาพปกติ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะพบว่า ความจุของปอดจะเพิ่มขึ้น และอัตราการไหลของอากาศตอนหายใจออกจะช้าลง และลำบากกว่าหายใจเข้า (Luckmann & Sorensen, 1987) (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) คือโรคปอดชนิดเรื้อรังที่ผู้ป่วยจะมีพยาธิสภาพของถุงลมโป่งพอง (Emphysema) หรือหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic bronchitis) เกิดร่วมกัน อาการหลักคือ ไอมีเสมหะหรืออาการหายใจเหนื่อยที่ค่อยๆ เป็นมากขึ้นเรื่อยๆ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่พบได้บ่อย และเป็นสาเหตุลำดับต้นๆ ของการเสียชีวิตในประชากรทั่วโลกโดยในประเทศไทยพบเป็นลำดับที่ 4 ของสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรสำหรับในประเทศไทยเองก็พบอยู่ใน 10 ลำดับแรกของสาเหตุการเสียชีวิต โดยเฉลี่ยพบผู้ป่วยได้ประมาณ 2.7 - 10% ของประชากร (สลิล ศิริอุดมภาส, 2560)

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึงแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ประกอบด้วยแผนการดูแล การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และมีพยาบาลผู้ป่วยในเป็นผู้บริหารจัดการ

ระบบดิจิทัล หมายถึงระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโดยการนำ smart phone มาใช้ในการสื่อสาร โดยเลือกระบบ Line มาบริหารจัดการในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อเนื่องสู่ชุมชน ใช้ประสานงานระหว่างทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับทีมงานผู้ป่วยใน

พื้นที่บริการศูนย์อนามัยที่ 11 หมายถึงประชากรในเขตพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 11 พื้นที่ให้บริการรับผิดชอบพื้นที่ 7 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลประกอบด้วย 1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบางจาก 2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านแสงวิมาน 3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านเปี้ยะเนิน 4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านวัดลาว 5) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบางมูลนาก 6) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบางบุชา และ 7) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบางใหญ่

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลในเขตพื้นที่บริการศูนย์อนามัยที่ 11

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล หมายถึงเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลในเขตพื้นที่บริการศูนย์อนามัยที่ 11 ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าพนักงานสาธารณสุข

กลุ่มแกนนำมี 4 กลุ่ม หมายถึง

กลุ่มที่1 กลุ่มแกนนำผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล

กลุ่มที่2 กลุ่มแกนนำภาคประชาชนได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กลุ่มที่3 กลุ่มแกนนำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่องค์กรบริหารส่วนตำบล

กลุ่มที่ 4 กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่11 ได้แก่แพทย์ พยาบาลผู้ป่วยใน เภสัชกร นักกายภาพบำบัด

การปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม หมายถึงการเรียนรู้ร่วมกันของกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบและเป็นขั้นตอนโดยการนำวิธีการต่างๆ มาช่วยให้บุคคลหรือกลุ่มบุคคลเกิดการเรียนรู้ ก่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ และสามารถใช้ทักษะที่ได้จากการเรียนรู้ นำมาใช้ในการพัฒนาศักยภาพบุคคล และกลุ่มบุคคลเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการพัฒนางาน โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมี 4 ขั้นตอนดังนี้ 1) ศึกษาสถานการณ์ 2) ประชุม 4 แกนนำ 3) ปฏิบัติตาม

แนวทาง 3.1) สร้างgroup line ชื่อโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 3.2) ผลิตคลิปให้ความรู้เรื่องการบริหารปอด การเคาะปอด และการใช้ยาพ่นMDI การใช้เครื่องพ่นยา 3.3) อบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 3.4) กำหนดผังดำเนินการ 4) ติดตามประเมินผล การติดตามเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอัตราการreadmit

หลักสูตรอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึงหลักสูตรที่ใช้ประเมินอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีการจัดประชุมอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สาธิตและฝึกปฏิบัติตามคลิปในเรื่องการฝึกการบริหารปอด การเคาะปอด การใช้ยาพ่น MDI และการใช้เครื่องพ่นยา เพื่อพัฒนาศักยภาพให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ถูกต้อง

วัดประเมินผลโดยกำหนดให้

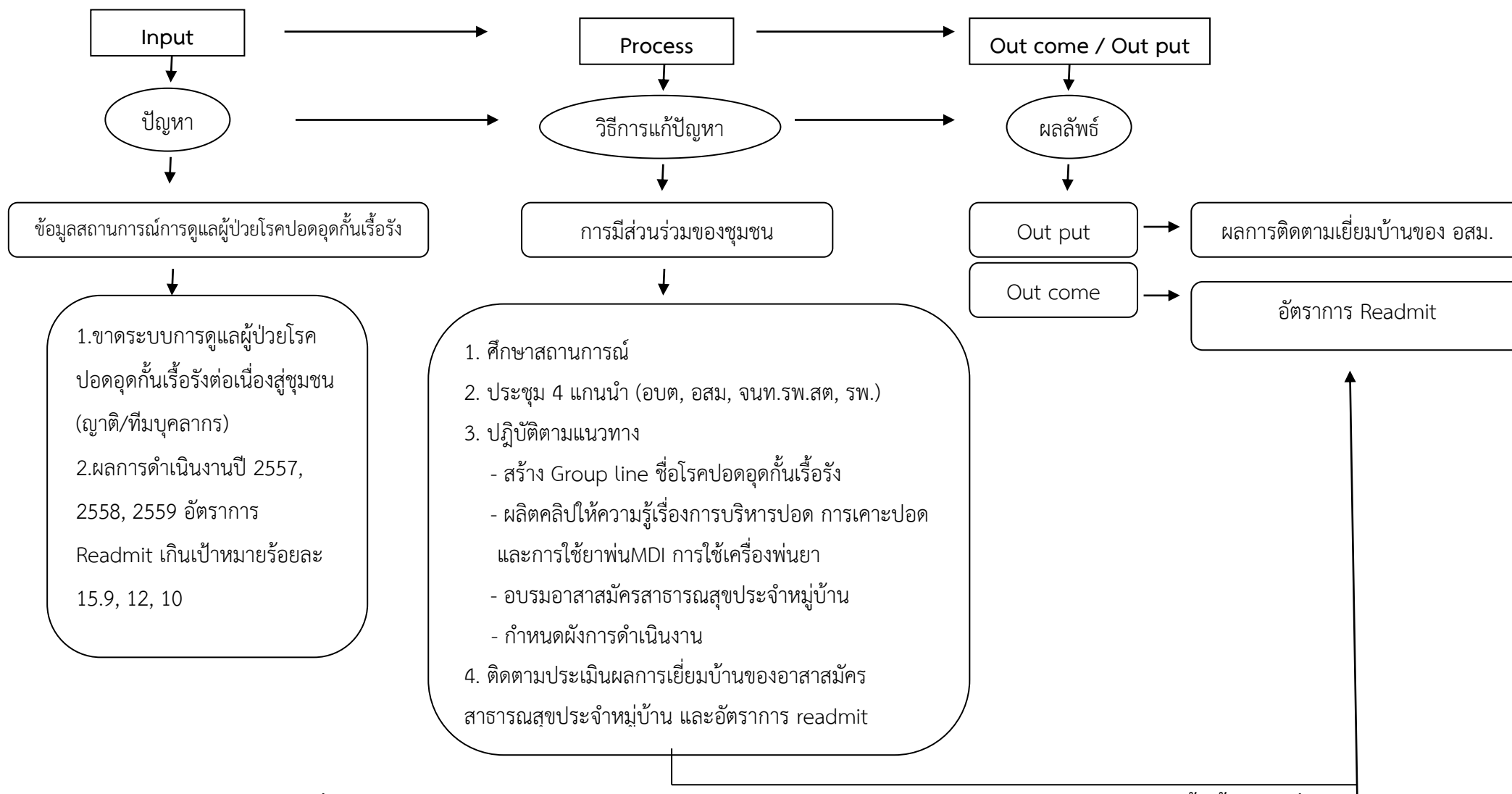
1. รับทราบ case ผู้ป่วยผ่าน group line โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายใน 2 วัน
2. ลงติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายใน 2 วัน
3. วัดสัญญาณชีพ การบริหารปอด การเคาะปอด การใช้ยาพ่น MDI การใช้เครื่องพ่นยา ได้ถูกต้อง
4. สรุปรายงานผลการติดตามเยี่ยมในเรื่องของสัญญาณชีพ การฝึกการบริหารปอด การเคาะปอด การใช้ยาพ่น MDI การใช้เครื่องพ่นยา ว่าผู้ป่วยและญาติทำถูกต้องหรือไม่ พร้อมใช้ภาพประกอบ 3 - 5 ภาพ ภายใน 2 วันหลังติดตามเยี่ยม และแจ้งเตือนระบบLINE ให้แพทย์กับพยาบาลผู้ป่วยในรับทราบ หากมีการดำเนินการทุกข้อจึงถือว่าผ่านเกณฑ์การประเมินอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อัตราการ Readmit หมายถึงอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน

1.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้ 1) ศึกษาสถานการณ์ 2.) ประชุม 4แกนนำ 3.) ปฏิบัติตามแนวทาง 3.1) สร้างgroup line ชื่อโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 3.2) ผลิตคลิปให้ความรู้เรื่องการบริหารปอด การเคาะปอด การใช้ยาพ่นMDI การใช้เครื่องพ่นยา 3.3) อบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน3.4)กำหนดผังการดำเนินงาน 4.) ติดตามประเมินผล การติดตามเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอัตราการreadmit

1.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย



แผนผังที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัยรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อเนื่อง
จากโรงพยาบาลสู่ชุมชนด้วยระบบดิจิทัลในเขตพื้นที่บริการศูนย์อนามัยที่ 11

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1) นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนด้วยระบบดิจิทัลในเขตพื้นที่บริการศูนย์อนามัยที่ 11 ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้รับบริการทุกกลุ่มวัยที่จำเป็นต้องดูแลรักษาต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนเพื่อลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยและเพื่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ

2) นำข้อค้นพบที่ได้จากข้อมูลและสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง นำไปสู่การวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อการดำเนินงานเพื่อลดอัตราผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังreadmit

3) นำกระบวนการและองค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยไปใช้ในการบริหารจัดการด้านส่งเสริมสุขภาพและประกอบพิจารณาวางแผนและดำเนินการจัดการงานด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

4) ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถนำกลยุทธ์การเสริมสร้างกระบวนการแบบมีส่วนร่วมไปประยุกต์ใช้ เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบครบวงจรที่ได้มาตรฐานคุณภาพสถานบริการสาธารณสุข

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาเรื่อง รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนด้วยระบบดิจิทัลในเขตพื้นที่บริการศูนย์อนามัยที่ 11 การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารต่างๆ และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นพื้นฐาน และเป็นแนวทางในการวิจัยโดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วนดังนี้

- 2.1 แนวคิดและทฤษฎีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
- 2.2 แนวคิดและทฤษฎีระบบการสื่อสารและเทคโนโลยี
- 2.3 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
- 2.4 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
- 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดและทฤษฎีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) หมายถึง โรคที่มีพยาธิสภาพของการอุดกั้นในระบบทางเดินหายใจส่วนล่างอย่างถาวร เป็นชนิดที่ไม่สามารถทำให้กลับคืนมาเป็นปกติได้ (Not fully reversible airway obstruction) เกิดจากการเปลี่ยนแปลงที่หลอดลมและเนื้อปอดซึ่งการอุดกั้นทางเดินหายใจนี้จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ การดำเนินโรคจะเกิดขึ้นอย่างช้าๆ แบบค่อยเป็นค่อยไป ถ้าการอักเสบยังดำเนินต่อไปเรื่อยๆ ทำให้สมรรถภาพปอดเสื่อมสภาพต่อไป (วัชรบุญสวัสดิ์, 2548, GOLD, 2008) และมีการจำกัดของการหายใจออกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักเกิดร่วมกันระหว่างโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic bronchitis) และโรคถุงลมโป่งพอง (Pulmonary emphysema) และมีลักษณะทางคลินิกคล้ายคลึงกันจึงเรียกโรคทั้งสองที่เกิดขึ้นร่วมกันว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Niciet al., 2006; Wright & Churg, 2006) แต่ทั้งโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังและโรคถุงลมโป่งพองนั้น ถ้าสามารถวินิจฉัยได้อย่างแน่นอนก็ไม่รวมไว้ในกลุ่มของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Jardins & Burton, 2006)

พยาธิวิทยา (Pathology)

พบการเปลี่ยนแปลงของหลอดลมตั้งแต่ขนาดใหญ่ลงไปถึงหลอดลมที่ขนาดเล็กมีเซลล์ที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบแทรกในเยื่อหุ้มทั่วไปมี goblet cell เพิ่มขึ้นและ mucous gland ขยายใหญ่ขึ้นทำให้มีการสร้าง mucus ออกมามากและเหนียวกว่าปกติการอักเสบและการทำลายที่เกิดขึ้นจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของผนังหลอดลมโดยเฉพาะหลอดลมส่วนปลายที่มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางน้อยกว่า 2 มิลลิเมตรทำให้มีการตีบของหลอดลม เนื้อปอดส่วน respiratory bronchiole และถุงลมที่ถูกทำลายและโป่งพองมีลักษณะจำเพาะรวมเรียกว่า centrilobular emphysema โดยเริ่มจากปอดส่วนบนแล้วลุกลามไปส่วนอื่นในระยะเวลาต่อมาสำหรับบริเวณหลอดเลือดปอด มีผนังหนาตัวขึ้น กล้ามเนื้อเรียบและเซลล์ที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบมีจำนวนเพิ่มขึ้น

พยาธิสรีรวิทยา (Pathophysiology)

การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิวิทยาของปอดนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในผู้ป่วยดังนี้

1. การสร้าง mucus มากกว่าปกติรวมกับการทำงานผิดปกติของ cilia ทำให้ผู้ป่วยไอเรื้อรัง มีเสมหะซึ่งอาจเป็น อาการนำของโรคก่อนที่จะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาอื่นๆ
2. การตีบของหลอดลมรวมกับการสูญเสีย elastic recoil ของเนื้อปอดทำให้ airflow limitation และ air trapping
3. การตีบของหลอดลม การทำลายของเนื้อปอดและหลอดเลือดจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการถ่ายเททำให้เกิด hypoxemia และ hypercapnia ตามมาซึ่งอาจทำให้เกิด pulmonary hypertension และ cor pulmonale ในที่สุดนอกจากนี้การเพิ่มขึ้นของ inflammatory mediators ในระบบไหลเวียนเลือดโลหิตจะมีผลต่ออวัยวะต่างๆ ภายนอกปอดด้วยทำให้เกิดโรคร่วมของ COPD ขึ้นในหลายระบบเช่น muscle wasting, ischemic heart disease, heart failure, type 2 diabetes, metabolic syndrome, osteoporosis, anemia และ depression.

ปัจจัยเสี่ยง

แบ่งได้เป็นสองกลุ่มคือ

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น ลักษณะทางพันธุกรรม
2. ปัจจัยด้านสภาวะแวดล้อมมีความสำคัญมากที่สุดได้แก่
 - คิวบิหรี่ เป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของโรคนี้ พบว่ามากกว่าร้อยละ 75.4 ของผู้ป่วย COPD เกิดจากบุหรี่

- มลภาวะทั้งในบริเวณบ้าน ที่ทำงาน และที่สาธารณะที่สำคัญ คือการเผาไหม้เชื้อเพลิงในการประกอบอาหาร (biomass fuel) และสำหรับขับเคลื่อนเครื่องจักรต่างๆ (diesel exhaust)

การวินิจฉัยโรค

อาศัยองค์ประกอบหลายอย่าง ได้แก่ ประวัติสัมผัสปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวข้างต้น ร่วมกับ อาการ ผลการตรวจร่างกาย ภาพรังสีทรวงอก และยืนยันการวินิจฉัยโรคด้วยการตรวจ spirometry

อาการ

ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีอาการเมื่อพยาธิสภาพลุกลามไปมากแล้ว อาการที่พบ ได้แก่ หอบเหนื่อยซึ่งเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ ไอเรื้อรัง หรือมีเสมหะโดยเฉพาะในช่วงเช้า อาการอื่นที่พบได้ คือ แน่นหน้าอกหรือหายใจมีเสียงหวีด ในกรณีที่มีอาการอื่นๆ เช่น ไอออกเลือด หรือเจ็บแน่นหน้าอก จะต้องหาโรคร่วมหรือการวินิจฉัยอื่นเสมอ ที่สำคัญ คือ วัณโรคปอด มะเร็งปอด และหลอดลมพอง (bronchiectasis)

อาการแสดง

การตรวจร่างกายในระยะแรกอาจไม่พบความผิดปกติ เมื่อการอุดกั้นของหลอดลมมากขึ้นอาจตรวจพบลักษณะของ airflow limitation และ air trapping เช่น prolonged expiratory phase, increased chest A-P diameter, hyperresonance on percussion, diffuse wheeze/rhonchi, และ accessory muscles use เป็นต้น ในระยะท้ายของโรคอาจตรวจพบลักษณะของความดันหลอดเลือดแดงปอดสูงและ/หรือหัวใจด้านขวาล้มเหลว(cor pulmonale) ไม่ควรตรวจพบภาวะนิ้วป้อมหากพบควรนึกถึงภาวะอื่นเช่นมะเร็งปอดหลอดลมพอง (bronchiectasis) เป็นต้น (ข้อแนะนำทางเวชปฏิบัติ เขตสุขภาพที่ 1 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, 2560)

การตรวจทางรังสีวิทยา

ภาพรังสีทรวงอกและมีความไว่น้อยสำหรับการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเหลือล้นแต่มีความสำคัญในการแยกโรคอื่นส่วนในผู้ป่วย emphysema อาจพบลักษณะ hyperinflation คือกระบังลมแบนราบและหัวใจมีขนาดเล็ก ในผู้ป่วยที่มี cor pulmonale จะพบว่าหัวใจห้องขวาและ pulmonary trunk มีขนาดโตขึ้น และ peripheral vascular marking ลดลง

การตรวจสมรรถภาพปอด

Spirometry มีความจำเป็นในการวินิจฉัยโรค และจัดระดับความรุนแรงโดยการตรวจ Spirometry นี้จะต้องตรวจเมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่ และไม่มีอาการกำเริบของโรคอย่างน้อย 1 เดือน และตรวจนี้สามารถวินิจฉัยโรคได้ตั้งแต่ระยะที่ผู้ป่วยยังไม่มีอาการ จะพบลักษณะของ airflow limitation โดยค่า FEV_1 / FVC หลังให้ยาขยายหลอดลมน้อยกว่าร้อยละ 70 และแบ่งความรุนแรงเป็น 4 ระดับโดยให้ค่า FEV_1 หลังให้ยาขยายหลอดลม การตรวจสมรรถภาพปอดอื่นๆอาจมีประโยชน์

แต่ไม่มีความจำเป็นในการวินิจฉัย เช่น พบค่า residual volume (RV), total lung capacity (TLC), และRV/TLC เพิ่มขึ้น ส่วนค่า diffusing capacity ของ carbon monoxide อาจลดลง

การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (pulmonary rehabilitation)

มีวัตถุประสงค์เพื่อลดอาการของโรค เพิ่มคุณภาพชีวิต และเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดนี้ มีองค์ประกอบหลายอย่าง คือการให้ความรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เทคนิคการขับเสมหะให้ถูกวิธี การใช้ยา การประเมินและฟื้นฟูสภาพของกล้ามเนื้อ สภาพอารมณ์และจิตใจ ภาวะโภชนาการ และการฝึกการออกกำลังกาย อันนำไปสู่การดูแลตัวเองที่เหมาะสม การฝึกออกกำลังกายเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่จะกำหนดผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดมีข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยทุกระดับความรุนแรงที่มีอาการ โดยเริ่มต้นจากการจัดกิจกรรมผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกและอาจขยายไปถึงการจัดกิจกรรมในชุมชนและครัวเรือนด้วย โปรแกรมการออกกำลังกาย ควรทำอย่างน้อย 6 สัปดาห์ขึ้นไป โดยยังทำต่อเนื่องนานยิ่งได้ประสิทธิภาพ และโปรแกรมของผู้ป่วยแต่ละรายไม่จำเป็นต้องเหมือนกัน สามารถปรับเปลี่ยนได้โดยขึ้นอยู่กับสถานะของโรค ระดับการรับรู้หรือความเข้าใจ สภาพสังคม หรือเศรษฐฐานะของผู้ป่วยแต่ละราย

การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดจะต้องมีการประเมินทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อใช้เป็นตัวชี้วัดถึงประโยชน์ที่ได้รับและเป้าหมายที่ต้องการในผู้ป่วยแต่ละราย โดยการประเมินควรประกอบด้วยดัชนีหลัก ดังต่อไปนี้

1. ระดับความรุนแรงของอาการเหนื่อย เช่น mMRC
2. ความสามารถในการออกกำลังกาย เช่น 6 minute walk distance test (6MWT)
3. คุณภาพ (quality of life) เช่น COPD assessment test (CAT)
4. ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจและกล้ามเนื้อแขนขา (muscle strength) โดยเฉพาะในผู้ป่วยรายที่มีกล้ามเนื้อลีบ หรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง
5. การพึ่งพาบริการทางสาธารณสุข เช่น อัตราการกำเริบของโรค (exacerbation rate) อัตราการนอนโรงพยาบาล (admission rate) เป็นต้น ทั้งนี้ดัชนีที่ใช้ในการประเมินขึ้นอยู่กับศักยภาพของสถานบริการ

การป้องกันการกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การป้องกันการกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีผลเสียต่อผู้ป่วย ทำให้คุณภาพชีวิตเลวลง เร่งการเสื่อมสมรรถภาพของปอด เพิ่มอัตราการทุพพลภาพและเสียชีวิต เพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเป็นอย่างมาก การป้องกันการกำเริบเฉียบพลันของโรคจึงมีความสำคัญ แนวทางการรักษาที่มีหลักฐานสนับสนุนว่าลดการกำเริบโรค ได้แก่

1. การเลิกบุหรี่ (คุณภาพหลักฐาน 2, น้ำหนักคำแนะนำ++)

2. การฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ (คุณภาพหลักฐาน 2, น้ำหนักคำแนะนำ++)
3. โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดภายใน 4 สัปดาห์ หลังการกำเริบเฉียบพลัน (คุณภาพหลักฐาน 2, น้ำหนักคำแนะนำ++)
4. การใช้ยาตามแนวทางการรักษา (สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2560)

การติดตามอาการของผู้ป่วย(Monitoring and Follow-up)

การนัดติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็น แม้ว่าเราจะคาดการณ์ได้อยู่แล้วว่า หน้าที่การทำงานของปอดจะแยลงเรื่อยๆ ตามระยะเวลาที่เป็นโรคถึงแม้ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาอย่างดี แต่เราควรทำการประเมินอาการและ spirometry เป็นระยะเพื่อเปลี่ยนแปลงการรักษาให้เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของโรค และติดตามผลข้างเคียงจากการรักษา ประกอบด้วย

1. การสอบถามเรื่องการสูบบุหรี่: ควรทำ ทุกครั้งที่มาพบแพทย์
2. การประเมินเรื่องความถูกต้องของวิธีการใช้ยาและ compliance ในการรักษา
3. การประเมินอาการหอบเหนื่อยของผู้ป่วยด้วยแบบสอบถาม mMRC หรือ CAT : ควรทำ ทุก 2-3 เดือน
4. การสำรวจประวัติการเกิด exacerbation อย่างสม่ำเสมอ: ทั้งความถี่, ความรุนแรงและสาเหตุของ การเกิด exacerbation รวมทั้งประวัติการนอนโรงพยาบาล
5. การวัดหน้าที่การทำงานของปอด: ควรทำการวัด spirometry ทุก 1 ปีเพื่อดูว่าผู้ป่วยมีหน้าที่การ ทำงานของปอดที่ลดลงเร็วมากหรือไม่
6. การสำรวจว่ามีโรคร่วมอื่นเกิดขึ้นหรือไม่ เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยเสียสมรรถภาพมากขึ้น และอาจมี ผลต่อการเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับโรคนั้นๆ หลังจากประเมินแล้ว จะต้องกลับมาอภิปรายกับผู้ป่วยถึงผลการรักษาด้วยวิธีที่ใช้ในปัจจุบันและแผนการรักษาต่อไป (ธารีรัตน์, 2555)

2.2.แนวคิดและทฤษฎีระบบการสื่อสารและเทคโนโลยี

ประกอบเกียรติ อิมศิริ (2556) ทฤษฎีการสื่อสาร การศึกษาด้านการสื่อสารแพร่หลายไปในวงกว้างมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่สงครามโลก ครั้งที่ 2 ได้มีผู้นำเสนอแนวคิดทฤษฎีการสื่อสารไว้มากมาย โดยสามารถแบ่งทฤษฎีการสื่อสาร ออกเป็น 4 กลุ่ม (ประกอบเกียรติ อิมศิริ. 2556 : 37-39) ดังนี้ 1) ทฤษฎีการสื่อสารยุคเริ่มแรก ทฤษฎีการสื่อสารยุคเริ่มแรกของอริสโตเติล เป็นยุคก่อตัว ก่อนที่จะมีการศึกษาศาสตร์ ของการสื่อสาร สาขาวิชาที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสาร คือวិชาวรรณกรรมหรือวรรณคดีมีการศึกษาเรื่อง วิธีการพูด การออกเสียง โดยเฉพาะการพูดในที่สาธารณะ อาจารย์ที่สอนด้านนี้รวมตัวกันเป็นสมาคม เรียกตัวเองว่า กลุ่มวาทนิเทศ (Speed Communication) กลุ่มนี้ได้ระบุเป้าหมายและขอบเขตของ สาขานี้ให้ต่างจากวรรณกรรม เน้นการศึกษาภาษาอย่างเป็นวิทยาศาสตร์

โดยมีประเด็นที่สนใจศึกษา คือ การสื่อสารในที่สาธารณะ ได้มีการรื้อฟื้นแนวคิดของอริสโตเติล ซึ่งได้เขียนตำราวาทศาสตร์ไว้ 36 โดยกล่าวถึงวาทศาสตร์ในฐานะที่เป็นการพูดเพื่อโน้มน้าวใจว่า สามารถใช้แนวทางโน้มน้าวได้ด้วย เหตุผล หรือตรรกะ การใช้อารมณ์ และใช้อัตลักษณ์ของผู้พูดเอง 2) ทฤษฎีการสื่อสารที่อิงกับทฤษฎีด้านคณิตศาสตร์ ทฤษฎีการสื่อสารที่อิงกับทฤษฎีด้านคณิตศาสตร์เป็นแบบจำลองการสื่อสารที่นำฐาน ความคิดเชิงระบบและคณิตศาสตร์มาใช้ มองการสื่อสารเป็นกลไกคล้ายเครื่องจักร ได้แก่ แบบจำลอง ของแซนนอนและวีเวอร์ เสนอแบบจำลองการสื่อสารในลักษณะเป็นเส้นตรงและเน้นผลกระทบของ การสื่อสาร และนอร์เบิร์ตวินเนอร์ คิดแบบจำลองการสื่อสารเชิงคณิตศาสตร์ไซเบอร์เนติกส์ (Cybernetics) หรือการสื่อสารสมองกล คำว่า Cybernetics มีรากภาษามาจากภาษากรีก หมายถึง คนถือหางเสือเรือในทางวิชาการคำนี้ หมายถึงศาสตร์ที่เกี่ยวกับการควบคุมหรือรักษาสภาพสมดุล ของระบบ โดยเน้นปฏิกิริยาป้อนกลับ (Feedback) เป็นกลไกควบคุมเปรียบได้กับคนถือหางเสือเรือ ทุกระบบในสังคมมีแนวโน้มที่จะเบี่ยงเบน กระจัดกระจายไม่เป็นระบบ จึงจำเป็นต้องมีการปรับตัว และแก้ไขให้ถูกต้องอยู่ในระบบตลอดเวลา ดังนั้นข่าวสารเกี่ยวกับผลการทำงานของระบบเป็น ปฏิกิริยาป้อนกลับทำให้ทราบข้อบกพร่องของระบบและช่วยปรับระบบให้กลับสู่สภาพปกติ แบบจำลองของวินเนอร์ในระยะแรกไม่ค่อยได้รับการกล่าวถึงเท่าใดนัก แต่ในช่วงปี ค.ศ. 1980 แนวคิดของเขาได้กลับมารับความสนใจอีกครั้ง 3) ทฤษฎีการสื่อสารที่อิงกับทฤษฎีทางสังคมศาสตร์ ทฤษฎีการสื่อสารที่อิงกับทฤษฎีทางสังคมศาสตร์ เป็นแบบจำลองการสื่อสารที่แสดงให้เห็นว่า สังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการสื่อสารของบุคคลในลักษณะใดบ้าง เช่น แบบจำลองการสื่อสารเชิงการประกอบสร้างความหมายทางสังคม ซึ่งให้ความสำคัญแก่การสื่อสารในฐานะที่เป็นกระบวนการสร้างโลก (World building) ตามนัยที่ว่า การสื่อสารไม่ใช่สิ่งที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลเพียงเท่านั้น แต่ยังเป็นสิ่งที่อยู่รอบๆ ตัวคนทุกคน และเป็นสิ่งที่เชื่อมโยงโลกเข้าด้วยกัน โดยกลุ่มคนในสังคมได้ประกอบสร้างความหมายแก่สิ่งต่างๆ ทั้งในระดับปัจเจก ระดับกลุ่ม และระดับโลก ผ่านทางกระบวนการสื่อสาร แบบจำลองนี้เสนอการสื่อสาร คือกระบวนการที่กลุ่มคนได้ร่วมกันประกอบสร้างความหมายทางสังคมแก่ความเป็นจริงที่เกิดขึ้นรอบๆ ตัวเรา แบบจำลองนี้สะท้อนให้เห็นแนวคิดเบื้องต้นของนักการสื่อสารกลุ่มวัฒนธรรมศึกษาที่เชื่อว่า ความเป็นจริงนั้นไม่ใช่สิ่งที่มีอยู่แล้ว แต่เป็นสิ่งที่ถูกประกอบสร้าง (Constructed) ขึ้นมา เครื่องมือในการประกอบสร้างความหมาย

4 ประการได้แก่ รหัสสัญลักษณ์ (Symbolic codes) การเรียนรู้ที่สั่งสมมาจากจารีตประเพณี 37 (Cognitive customs) ธรรมเนียมสืบทอดทางวัฒนธรรม (Culture traditions) และบทบาทเกณฑ์ต่างๆ 4) ทฤษฎีการสื่อสารที่อิงทฤษฎีทางจิตวิทยา ทฤษฎีการสื่อสารที่อิงทฤษฎีทางจิตวิทยา เป็นแบบจำลองของการสื่อสารที่อิงกับ ทฤษฎีทางจิตวิทยา สนใจอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นภายในสมองของผู้กระทำการสื่อสารขณะเกิด กระบวนการสื่อสาร เป็นกลุ่มที่ให้ความสนใจเรื่องความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรม (Cognitive and Behavioral Theories) โดยการศึกษาของจิตวิทยาแนวพฤติกรรม

ศาสตร์เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ ของสิ่งเร้าหรือสิ่งที่ใส่เข้าไป และพฤติกรรมการตอบสนอง คำว่า ความรู้ ความเข้าใจ (Cognition) คือ การคิด ทฤษฎีกลุ่มนี้เน้นศึกษาวิธีการที่สร้างจะมีผลต่อตัวบุคคล และเชื่อเหมือนกลุ่มแรกว่า ความจริงเป็นสิ่งที่สังเกตและพิสูจน์ได้ตรงกันหมด มองการสื่อสารค่อนข้างจะเป็นกระบวนการเส้นตรง และ ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ ในกระบวนการสามารถพิสูจน์ได้ด้วยการตั้งสมมติฐานและ ทดสอบ ตัวอย่างทฤษฎี เช่น ทฤษฎีการสร้างสาร (Message production) และทฤษฎีเกี่ยวกับการ รับสาร (Message reception and processing)

ประภาส วีรธรรมงคล (2555) ได้กล่าวไว้ว่า เทคโนโลยี หมายถึง เป็นการนำเอาความคิด หลักการ เทคนิค ความรู้ ระเบียบวิธี กระบวนการ ตลอดจนผลผลิตทางวิทยาศาสตร์ทั้งในด้าน สิ่งประดิษฐ์และวิธีปฏิบัติมาประยุกต์ใช้ในระบบงานเพื่อช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการทำงานให้ดียิ่งขึ้นและเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงานให้มีมากยิ่งขึ้น

รศ.ดร.สาโรช โสภี (2555) ได้ให้คำจำกัดความถึง ทฤษฎีการสื่อสารได้กล่าวว่า การสื่อสาร (communication) คือกระบวนการแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสารระหว่างบุคคลต่อบุคคลหรือบุคคลต่อกลุ่ม โดยใช้สัญลักษณ์ สัญญาณ หรือพฤติกรรมที่เข้าใจ

ประภาส วีรธรรมงคล (2555) ได้ให้คำจำกัดความถึง เทคโนโลยีสารสนเทศ (Information Technology) มาจากการผสมคำระหว่าง สารสนเทศ (Information) กับ คำว่า เทคโนโลยี(Technology) เทคโนโลยีสารสนเทศจึงหมายถึง เทคโนโลยีที่ใช้จัดการสารสนเทศ โดยใช้เทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องในการจัดหา วิเคราะห์ ประมวล จัดการและจัดเก็บ การพิมพ์ การสร้างรายงาน การเรียกใช้หรือแลกเปลี่ยน และเผยแพร่สื่อสารข้อมูล ด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ไม่ว่าจะอยู่ในรูปแบบของรูป เสียง ตัวอักษร หรือภาพเคลื่อนไหว รวมไปถึงการนำสารสนเทศและข้อมูลไปปฏิบัติตามเนื้อหาของสารสนเทศนั้น เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของผู้ใช้เข้าใจกัน ซึ่งประกอบด้วย ผู้ส่งสาร ข้อมูล ข่าวสาร สื่อ และผู้รับสื่อ

จิตราภา หมั่นคลัง (2555) ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า เทคโนโลยี หมายถึง การนำเอาความรู้ทางวิทยาศาสตร์มาใช้ และก่อให้เกิดประโยชน์ในทางปฏิบัติแก่มวลมนุษย์ กล่าวคือเทคโนโลยีเป็น การนำเอาความรู้ทางวิทยาศาสตร์มาใช้ ในการประดิษฐ์สิ่งของต่าง ๆ ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ส่วนที่เป็นข้อแตกต่างอย่างหนึ่งของเทคโนโลยี กับวิทยาศาสตร์ คือเทคโนโลยีจะขึ้นอยู่กับปัจจัยทาง เศรษฐกิจเป็นสินค้ามีการซื้อขาย ส่วนความรู้ทางวิทยาศาสตร์เป็นสมบัติส่วนรวมของชาวโลก มีการเผยแพร่โดยไม่มีการซื้อขายแต่อย่างใดกล่าวโดยสรุปคือ เทคโนโลยีสมัยใหม่เกิดขึ้นโดยมีความรู้ทาง วิทยาศาสตร์เป็นฐานรองรับ บทบาทของเทคโนโลยีต่อการพัฒนาประเทศไทยได้เล็งเห็นความสำคัญ ของวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมาเป็นลำดับ เช่น การตราพระราชบัญญัติ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าในปี พ.ศ. 2514 และจัดตั้งกระทรวงวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและการพลังงานแห่งชาติขึ้นในปี

พ.ศ. 2522 ให้ทำหน้าที่หลักในการเผยแพร่และพัฒนาผลงานทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีให้เกิดประโยชน์สูงสุด ปัจจุบันเทคโนโลยีมีบทบาทต่อการพัฒนาอย่างมาก

จิตราภา หมั่นคลัง (2555) ได้กล่าวไว้ว่า การสื่อสาร คือกระบวนการสำหรับแลกเปลี่ยนสาร รูปแบบอย่างง่ายของสาร คือ จะต้องส่งจากผู้ส่งสารหรืออุปกรณ์เข้ารหัส ไปยังผู้รับสารหรืออุปกรณ์ถอดรหัส อาจอยู่ในรูปแบบของท่าทางสัญลักษณ์ บ้างอย่างอยู่ในรูปแบบของภาษา การสื่อสารเกิดจากความต้องการที่คนจะส่งข้อมูลหากันสารสนเทศ (Information) หมายถึง ข้อมูลที่มีสาระอยู่ในตัว สามารถสื่อความหมายให้เกิดการเข้าใจกับผู้ที่ต้องการใช้ข้อมูลนั้น และสามารถที่จะนำไปใช้ประโยชน์ต่อไปได้การที่จะได้มาซึ่งสารสนเทศที่ต้องการนั้นจะต้องนำข้อมูล (data) ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่สนใจมาทำการประมวลผลเสียก่อน โดยข้อมูลที่นำมาประมวลผลนั้นอาจจะมาจากแหล่งข้อมูลทั้งภายในหรือภายนอกองค์การสารสนเทศจะเกิดขึ้นเมื่อมีผู้ส่งข้อความและผู้รับข้อความอย่างน้อยฝ่ายละหนึ่งคนซึ่งทำให้เกิดการสื่อสารของข้อความและเข้าใจในข้อความเกิดขึ้น ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับ ความหมาย ความรู้ คำสั่ง การสื่อสาร การแสดงออก และการกระตุ้นภายใน การส่งข้อความที่มีลักษณะเป็นสารสนเทศ ในขณะเดียวกันการบวนการสื่อสารสารสนเทศก็ถือเป็นสารสนเทศเช่นเดียวกัน

อรอำไพ ศรีวิชัย (2555) ให้ความหมายของการสื่อสารว่า การสื่อสารเป็นการติดต่อและถ่ายทอดความรู้ ความคิดเห็น ข้อมูลของบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป โดยอาศัยสื่อต่างๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน

ฐนกร กระพันธ์ (2557) ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า ทฤษฎีการสื่อสารความหมายของคำว่า ทฤษฎี คือ ข้อความที่อธิบายข้อเท็จจริงหรือปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น แล้วได้รับการตรวจสอบและได้รับการยอมรับกันพอสมควรดังนั้นทฤษฎีการสื่อสารจึงน่าจะหมายถึง คำอธิบายข้อเท็จจริงหรือปรากฏการณ์ของกระบวนการสื่อสารที่ตรวจสอบแล้ว หรือยอมรับกันแล้วตามสมควร นั่นก็คือยอมรับว่าหากเกิดปรากฏการณ์หรือเหตุการณ์เช่นนี้ขึ้น จะเรียกเหตุการณ์หรือปรากฏการณ์นั้นว่า "ทฤษฎีการสื่อสาร"ทฤษฎีการสื่อสารในที่นี้ประกอบด้วยคำ 2 คำ คือ "ทฤษฎี" และ"การสื่อสาร" ลองพิจารณาที่แบบจำลองการสื่อสารถ้าเราพิจารณาว่าแบบจำลองคือ คำอธิบายง่ายๆ ในรูปของการเขียนรูปความจริงหรือข้อเท็จจริงที่ต้องการอธิบาย อาจจะอธิบายเป็นแผนภาพ แผนภูมิ กราฟสัญลักษณ์ใดๆ ซึ่งโดยสรุปอาจจะกล่าวว่า แบบจำลองก็คือ ทฤษฎีหรือตัวแทนของทฤษฎีที่ใช้อธิบายปรากฏการณ์ในโลกแห่งความเป็นจริงอย่างง่ายๆ ดังนั้นแบบจำลองการสื่อสาร ก็น่าจะหมายถึง ทฤษฎีหรือตัวแทนของทฤษฎีไม่ว่าจะเป็น กราฟ แผนภาพ แผนภูมิต่างๆ ที่อธิบายการทำงานหรือกระบวนการทางการสื่อสารที่เกิดขึ้นเพื่อให้สามารถเข้าใจได้อย่างง่ายๆ นั่นเอง

ขจรศักดิ์ ประเสริฐสังข์ (2557) ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า ระบบสารสนเทศ (Information system) หมายถึงระบบที่ประกอบด้วยส่วนต่างๆ ได้แก่ ระบบคอมพิวเตอร์ทั้งฮาร์ดแวร์ ซอฟต์แวร์

ระบบเครือข่าย ฐานข้อมูล ผู้พัฒนาระบบ ผู้ใช้ระบบ พนักงานที่เกี่ยวข้องและผู้เชี่ยวชาญในสาขา ทุกองค์ประกอบนี้ทำงานร่วมกันเพื่อกำหนด รวบรวม จัดเก็บข้อมูล ประมวลผลข้อมูล สร้างสารสนเทศ และส่งผลลัพธ์หรือสารสนเทศที่ได้ให้ผู้ใช้เพื่อช่วยสนับสนุนการทำงาน การตัดสินใจ การวางแผน การบริหาร การควบคุม การวิเคราะห์ และติดตามผลการดำเนินงานขององค์กร

ระบบสารสนเทศ หมายถึง ชุดขององค์ประกอบที่ทำหน้าที่รวบรวม ประมวลผล จัดเก็บ และแจกจ่ายสารสนเทศ เพื่อช่วยการตัดสินใจ และการควบคุมในองค์กร ในการทำงานของระบบสารสนเทศประกอบไปด้วยกิจกรรม 3 อย่าง คือ การนำข้อมูลเข้าสู่ระบบ (Input) การประมวลผล (processing) และการนำเสนอผลลัพธ์ (Output) ระบบสารสนเทศอาจจะมีการสะท้อนกลับ (feedback) เพื่อการประเมินและปรับปรุงข้อมูลนำเข้า ระบบสารสนเทศอาจจะเป็นระบบที่ประมวลด้วยมือ(Manual)หรือระบบที่ใช้คอมพิวเตอร์ก็ได้ (Computer – based information system – CBIS) (Laudon&Laudon,2001) แต่อย่างไรก็ตามในปัจจุบันเมื่อกล่าวถึงระบบสารสนเทศ มักจะหมายถึงระบบที่ต้องอาศัยคอมพิวเตอร์และระบบโทรคมนาคม

ระบบสารสนเทศ หมายถึง ระบบคอมพิวเตอร์ที่จัดเก็บข้อมูลและประมวลผลเป็นสารสนเทศ เป็นระบบที่ต้องอาศัยฐานข้อมูล(CIS105-Survey of computer information systems, nd)

ระบบสารสนเทศ หมายถึง ชุดของกระบวนการ บุคคล และเครื่องมือ ที่จะเปลี่ยนข้อมูลให้เป็นสารสนเทศ (FAO Corporate Document Repository, 1998) ระบบสารสนเทศ ไม่ว่าจะเป็นระบบมือหรือระบบอัตโนมัติ หมายถึง ระบบที่ประกอบด้วย คน เครื่องจักรกล (machine)และวิธีการในการเก็บข้อมูล ประมวลผลข้อมูล และเผยแพร่ข้อมูล ให้อยู่ในลักษณะของสารสนเทศของผู้ใช้ (Information system, 2005)

สรุปได้ว่า เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (Information and Communications Technology : ICT)คือเทคโนโลยีเพื่อการจัดการเกี่ยวกับสารสนเทศและการสื่อสารในกระบวนการจัดหาจัดเก็บ การสร้าง ประมวลผล รับ - ส่งข้อมูล เผยแพร่สารสนเทศในรูปแบบสื่อต่างๆ เช่น สื่อผสม หรือเสียงภาพ ภาพเคลื่อนไหว ข้อความหรือตัวอักษรและตัวเลข เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าถึงสารสนเทศ ความถูกต้อง แม่นยำ และรวดเร็ว ตามความต้องการได้ทันต่อการนำไปใช้ประโยชน์ เทคโนโลยีเหล่านี้จะหมายถึง คอมพิวเตอร์ซึ่งประกอบด้วยฮาร์ดแวร์ (Hardware) ซอฟต์แวร์ (Software) และส่วนข้อมูล (Data) และเทคโนโลยีเพื่อใช้สำหรับติดต่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร โดยใช้ระบบการสื่อสารโทรคมนาคม ระบบสื่อสารข้อมูลดาวเทียมหรือเครื่องมือสื่อสารทั้งมีสายและไร้สาย

2.3 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

เลิซายปานมุข (2558) ได้กล่าวว่า Kerlinger (1988) การวิจัยเป็นรูปแบบหนึ่งของการแสวงหาความรู้ ความจริง ที่ถูกต้อง เชื่อถือได้ ตรวจสอบได้ เกี่ยวกับปรากฏการณ์ต่างๆ ในสังคมด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ ส่วนคำว่าเชิงปฏิบัติการ หมายถึง การปฏิบัติงานในกิจกรรมการพัฒนาที่ควบคู่ไปกับการวิจัย และคำว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การเข้าร่วมอย่างแข็งขันของกลุ่มบุคคลในขั้นตอนต่างๆ ของการดำเนินกิจกรรมอย่างหนึ่ง สรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ก็คือ การแสวงหาความรู้ ความจริงที่ถูกต้อง เชื่อถือได้ ตรวจสอบได้ โดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งมีกลุ่มบุคคลเข้ามาร่วมกันเรียนรู้เพื่อรู้จักตัวเอง ชุมชน สิ่งแวดล้อม ให้เห็นปัญหาของตัวเอง และเห็นทางแก้หรือทางออกจากปัญหา โดยลงมือปฏิบัติจริง ได้ผลจริง แก้ปัญหาได้จริง ซึ่ง กมล สุธาประเสริฐ (2540 : 8) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) คือ การวิจัยค้นคว้า และหาความรู้ตามหลักการของการวิจัยเชิงวิทยาศาสตร์แบบเดิมๆ ต่างกันเพียงแต่ว่า PAR นั้นมีวัตถุประสงค์มุ่งไปที่การแก้ปัญหาในการพัฒนา และเป็นการวิจัยที่ดำเนินไปด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้ร่วมงาน รวมทั้งในกระบวนการวิจัย และในการมีหุ้นส่วนใช้ประโยชน์ของการวิจัย ซึ่งสอดคล้องกับ สุภางค์ จันทวานิช (2547 : 67) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) หมายถึง วิธีการที่ให้ชาวบ้านเข้ามามีส่วนร่วมวิจัย เป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการวิจัย นับตั้งแต่การกำหนดปัญหา การดำเนินการ การวิเคราะห์ข้อมูล ตลอดจนหาแนวทางในการแก้ปัญหาหรือส่งเสริมกิจกรรม

การวิจัยแบบเดิม (Tradition Research) เป็นการวิจัยที่ใช้ผู้วิจัยเป็นศูนย์กลาง (Researcher Center) องค์ความรู้ (Body of knowledge) อยู่ที่นักวิจัยที่เป็นคนนอกชุมชน วิจัยเพื่อรู้ ปัญหาของคนอื่น ผลการวิจัยจึงไม่ได้นำไปใช้แก้ปัญหา ส่วนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นการวิจัยโดยคนในชุมชน (Community Center) ร่วมกันเรียนรู้เรื่องชุมชนของตนเอง เห็นปัญหาของตัวเอง เห็นทางออก หรือทางแก้ปัญหามาของชุมชนร่วมกัน และทุกคนในชุมชนร่วมกันแก้ปัญหาและรับผลของการแก้ปัญหาร่วมกัน ซึ่งเป็นการปรับปรุงวิธีการวิจัยดั้งเดิมให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การวิจัยเชิงคุณภาพ เน้นการมองภาพในองค์รวม ให้ความสำคัญและให้ความสำคัญแก่คุณค่าความเป็นมนุษย์ของผู้ถูกวิจัย เป็นการศึกษาแบบเจาะลึก และใช้ระยะเวลาศึกษายาวนาน สร้างข้อสรุปจากหลักฐานและสิ่งที่ค้นพบ นำมารวบรวมอธิบายเป็นภาพรวมในเชิงนามธรรมมิใช่ตัวเลขทางสถิติ

การวิจัยแบบมีส่วนร่วม เป็นการศึกษาชุมชน โดยให้สมาชิกของชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งเป็นผู้ร่วมวิจัยด้วย แต่ไม่มีการปฏิบัติการใดๆ และยังไม่มีการนำไปประยุกต์แก้ปัญหา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นกระบวนการวิจัยที่ผู้วิจัยจะเลือกหรือกำหนดกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งขึ้นมา ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้พิจารณาว่าดีและเหมาะสมแล้ว จากนั้นก็นำกิจกรรมนั้นๆมาทดลองปฏิบัติการว่าใช้ได้หรือไม่ตามสมมติฐานของผู้วิจัย โดยผู้วิจัยจะกำหนดเกณฑ์ในการติดตามและประเมินผล ตลอดจนควบคุมแนวทางการปฏิบัติและนำผลนั้นมาปรับปรุงรูปแบบกิจกรรมการดำเนินงานแล้วนำไปทดลองใช้ใหม่จนกว่าจะได้ผลที่ผู้วิจัยพึงพอใจ จากนั้นก็นำไปใช้และเผยแพร่ต่อไป ซึ่งการวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้อาจมีส่วนร่วมหรือไม่มีส่วนร่วมก็ได้

แนวคิดพื้นฐานของ PAR

1. PAR เป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง
2. เชื่อว่าทุกคนมีศักยภาพที่จะร่วมกันเรียนรู้
3. เริ่มจากความรู้สึกรู้สึกของคนที่มาต่อปัญหา
4. กระบวนการวิจัยต้องทำอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ของ PAR

1. เพื่อปลุกจิตสำนึกให้คนในชุมชนตระหนักในปัญหา หน้าที่ และร่วมกันแก้ปัญหาของตนเอง
2. เพื่อให้ชุมชนได้เรียนรู้แบบพหุภาคี (Steak Holder)
3. เพื่อให้ชุมชนร่วมกิจกรรมทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง
4. เพื่อส่งเสริมกิจกรรมกลุ่ม และการทำงานร่วมกันแก้ปัญหาและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

แนวคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

กมล สุตประเสริฐ (2540, 8-9) ได้กล่าวถึงการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (PAR) ว่ามาจากความเชื่อดังนี้

1. เชื่อว่า PAR เป็นกระบวนการที่เอนเอียงไปทางประชาธิปไตย เพราะ PAR เป็นกระบวนการทำงานร่วมกัน
2. PAR เชื่อว่า คนต้องพัฒนาตนเอง และ PAR เกิดจากประชาชนต้องการแสวงหาความรู้ในการแก้ปัญหาของตนเอง เป็นเครื่องมือหนึ่งในการช่วยคนยากจนและด้อยโอกาส ด้วยการวางพื้นฐานร่วมกันระหว่างหน่วยงานพัฒนาทั้งหลายกับชุมชน
3. PAR เน้นหนักการเรียนรู้จากประสบการณ์ เพราะ PAR อาศัยการยอมรับของประชาชนได้ สืบทอดต่อเนื่องเป็นประสบการณ์หลากหลาย

หลักการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม

1. ให้ความสำคัญและเคารพต่อภูมิความรู้ของชาวบ้าน โดยยอมรับว่าความรู้พื้นบ้านตลอดจนระบบการสร้างความรู้ และกำเนิดความรู้ในวิธีอื่นที่แตกต่างไปจากของนักวิชาการ
2. ปรับปรุงความสามารถและศักยภาพของชาวบ้านด้วยการส่งเสริม ยกย่องและพัฒนา

ความเชื่อมั่นในตัวเองของเขา ให้สามารถวิเคราะห์และสังเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของเขาเอง

3. ให้ความรู้ที่เหมาะสมกับชาวบ้านและคนยากจน โดยให้สามารถได้รับความรู้ที่เกิดขึ้นในระบบสังคมของเขา และสามารถที่จะทำความเข้าใจ แปลความหมาย ตลอดจนนำไปใช้ได้อย่างเหมาะสม

4. สนใจปรีทศน์ของชาวบ้าน โดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมจะช่วยเปิดเผยให้เห็นคำถามที่ตรงกับปัญหาของชาวบ้าน

5. ปลดปล่อยความคิด การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมจะช่วยให้ชาวบ้านและคนยากจนสามารถใช้ความคิดเห็นของตนอย่างเสรี

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม สรุปได้ดังนี้

1. ประชากรผู้ทำการวิจัย ได้เปลี่ยนจากผู้วิจัยภายนอก โดยให้ประชาชนในชุมชนได้มีโอกาสเข้ามาเป็นนักวิจัยร่วมกันในการร่วมคิด วางแผนและตัดสินใจในการวิจัย

2. ขอบเขตของการมีส่วนร่วม จากเดิมที่การมีส่วนร่วมจะอยู่ในวงจำกัดเพียงบางขั้นตอนมาสู่การมีส่วนร่วมตลอดกระบวนการวิจัย ตั้งแต่การศึกษาชุมชน วิเคราะห์ปัญหา วางแผน ลงมือปฏิบัติ และติดตามประเมินผล

3. การเป็นประชาธิปไตย หลักของความเป็นประชาธิปไตยจะเพิ่มมากขึ้นใน PAR เนื่องจากการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนก่อให้เกิดการพัฒนาที่มาจากชุมชนเอง ลดการพึ่งพิงจากสังคมภายนอก ให้ประชาชนตัดสินใจร่วมกัน ชาวบ้านเป็นศูนย์กลาง ก่อให้เกิดการพึ่งตนเองได้ในที่สุด

4. การสร้างองค์ความรู้ เนื่องจากการผสมผสานความรู้ของนักวิชาการกับความรู้พื้นบ้านให้เกิดความรู้ใหม่ ซึ่งเป็นการเรียนรู้ร่วมกัน และการผสมผสานความรู้จากทฤษฎีและการปฏิบัติเข้าด้วยกัน

5. ความรู้ที่ประชาชนได้รับ PAR เป็นการปฏิบัติที่ไม่ใช่การเข้าใจเพียงอย่างเดียวดังการวิจัยที่ผ่านมา หากแต่ต้องลงมือกระทำให้ความเข้าใจที่เป็นนามธรรมออกมาสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมและพัฒนาความรู้ที่ได้รับอย่างต่อเนื่อง

6. การวิจัยนำไปสู่การพัฒนา PAR เป็นการวิจัยที่นำไปสู่การพัฒนาทั้งวิธีการวิจัยและการพัฒนามนุษย์

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

1. ชาวบ้าน ประชาชน จะตื่นตัว ได้รับการศึกษามากขึ้น สามารถคิดและวิเคราะห์เหตุการณ์ต่างๆได้อย่างถูกต้อง

2. ประชาชนได้รับการแก้ไขปัญหา การจัดสรรทรัพยากรต่างๆมีการกระจายอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม รวมทั้งข้อมูลข่าวสารที่ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของคนในชุมชนดีขึ้น

3. ผู้วิจัยและนักพัฒนาจะได้เรียนรู้จากชุมชน ได้ประสบการณ์ในการทำงานร่วมกับชุมชน อันก่อให้เกิดความเข้าใจชุมชนได้ดีขึ้น และเกิดแนวคิดในการพัฒนาตนเองอย่างแท้จริง

อมวาสี อัมพันศิริรัตน์ และ พิมพิมล วงศ์ไชยา (2560) ได้กล่าวไว้ว่า การวิจัยเป็นเส้นทางของการเปิดความรู้ไปสู่การเปลี่ยนแปลง กระบวนการของการวิจัยเชิงปฏิบัติ การแบบมีส่วนร่วม (PAR) เป็นเกลียวของวงจรการสะท้อนคิด และการปฏิบัติเริ่มจากการสังเกตสิ่งที่เกิดขึ้น สะท้อนคิดร่วมกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้และวางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลง และลงมือปฏิบัติตามแผน สังเกตผลจากการปฏิบัติและวางแผนซ้ำ จนกว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงสิ่งที่ปฏิบัติอยู่ให้ดีขึ้น สิ่งเหล่านี้นับ ว่าเป็นการปฏิบัติทางสังคม เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่แต่ละขั้นตอนผู้ที่เกี่ยวข้องในสถานการณ์นั้นๆ ต้อง เข้ามามีส่วนร่วมตลอดกระบวนการ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เป็นการเสริมพลังอำนาจ ให้ความอิสระและสร้างจิตสำนึกให้เกิดขึ้นในปัจเจกบุคคล ทำให้เข้าใจอย่างมีวิจารณญาณ และเป็นการสะท้อนคิดในประเด็นต่างๆ ในสังคม ซึ่งวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีคุณลักษณะสำคัญ 6 ประการ คือ กระบวนการวิจัยเป็นวงจรเป็นวิธีที่อาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องเป็นการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ เป็นพลวัตร เป็นการพัฒนา และเป็นการวิเคราะห์สถานการณ์อย่างมีวิจารณญาณ ในบทความนี้จะเสนอเกี่ยวกับความหมาย และความสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม วิธีการแสวงหาความรู้โดยวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมกับรูปแบบการวิจัยอื่นๆ ลักษณะสำคัญของวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และการนำวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมาประยุกต์ใช้ในชุมชน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ด.ร. กิตติยา วงษ์ขันธ์ (2561) (Participatory Action Research: PAR) ได้กล่าวไว้ว่า เป็นการวิจัยที่ผสมผสานการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Research) กับ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) รวมทั้งเทคนิค วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เข้าด้วยกัน คณะวิจัย ชุมชนและแกนนำชาวบ้านมีส่วนร่วมในการ วิจัยทุก ขั้นตอน ตั้งแต่ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมทวน ร่วมตรวจสอบและร่วมรับ

รศ.ดร.วราภรณ์ บุญเชียง (2562) กล่าวว่า ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมการร่วมกันดำเนินกระบวนการวิจัย โดยผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ทั้งที่เป็นชาวบ้านและนักพัฒนา กับผู้วิจัยภายนอก เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสภาพความจริงของสังคมนั้น และเพื่อให้เห็นภาพแห่งคุณลักษณะสำคัญ ของการการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่เด่นชัด

หลักการสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นรูปแบบของ การวิจัยที่ประกอบไปด้วย กระบวนการค้นคว้าทางสังคม (Social investigation) การให้การศึกษา (Education) และการ กระทำหรือการปฏิบัติการ (Action) เพื่อที่จะให้กลุ่มผู้ถูกกดขี่หรือด้วยโอกาสในสังคมได้มีส่วนร่วมใน การสร้างความรู้ และทำความเข้าใจกับสภาพการณ์ที่ปรากฏอยู่ รวมทั้งเปิดพื้นที่ให้เรียนรู้และแก้ไข ปัญหาาร่วมกัน ระหว่างหลายฝ่าย

2.4 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

2.4.1 แนวคิดและทฤษฎีเชิงระบบ

ความหมายเชิงระบบ

ในทัศนะของแคสต์และโรเซนวิก (Kast and Rosenweig, 1979: 102) ระบบเป็นการ ประกอบหรือการรวมกันของส่วนประกอบต่างๆโดยส่วนประกอบหรือระบบย่อยนั้นมีความสัมพันธ์ และส่งผลต่อกัน

Henry Lenman (อ้างถึงในสุรพันธ์ยันต์ทอง, 2533: 60) ได้ให้อธิบายความหมายของวิธีการ เชิงระบบไว้ดังนี้

1. เป็นวิธีการแก้ปัญหาที่นำเอาวิธีการทางวิทยาศาสตร์มาใช้
2. เป็นวิธีการพัฒนาการแก้ปัญหาที่กระทำอย่างเป็นระบบเป็นขั้นเป็นตอน
3. เป็นกระการที่จัดความลำเอียงโดยไม่ยึดถือเอาความคิดของคนใดคนหนึ่งมาตัดสินโดยไม่ มีเหตุผลเพียงพอ
4. เป็นวิธีการแก้ปัญหาเป็นขั้นๆอย่างมีเหตุผล
5. เป็นการดำเนินงานโดยกลุ่มบุคคลไม่ใช่คนใดคนหนึ่งแต่เพียงผู้เดียว
6. มีการวางแผนล่วงหน้าก่อนการดำเนินการแก้ปัญหาทุกครั้งว่าจะดำเนินการที่ละขั้น อย่างไรและเมื่อกำหนดแล้วจะไม่มี การเปลี่ยนแปลงแก้ไขภายหลังหรือไม่ดำเนินการตามขั้นตอนที่ กำหนดไว้เป็นอันขาดนอกจากเป็นเหตุสุดวิสัย
7. ระหว่างการดำเนินงานถ้าต้องมีการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นในระบบต้องแก้ไขทันทีให้เสร็จ แล้วจึงดำเนินงานขั้นต่อไปแต่ทั้งนี้ต้องอยู่ในแผนที่กำหนดด้วย
8. ไม่มีการบอกยกเลิกยกเว้นข้ามขั้นหรือหยุดกลางคันแล้วนำผลที่ยังไม่ได้ดำเนินการไปถึง จุดสุดท้ายเมื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของการแก้ไขปัญหามาใช้เท่านั้น

จากความหมายเชิงระบบข้างต้น สรุปได้ว่าวิธีการเชิงระบบ (Systems Approach) หมายถึง วิธีการทางความคิดที่เป็นรูปแบบซึ่งแสดงให้เห็นวิธีการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบโดยเน้นการมอง ปัญหาอย่างองค์รวมทั้งนี้รูปแบบของวิธีการหาความรู้เกี่ยวข้องโดยตรงกับการวิเคราะห์สังเคราะห์และ วางรูปแบบการดำเนินการ

การประยุกต์ใช้วิธีการเชิงระบบ

การประยุกต์ใช้วิธีการเชิงระบบไปใช้ในกองทัพเรือแคนาดา (Romiszowski, 1970: 34 - 36) ซึ่งการกำหนดความต้องการและเกณฑ์ในการตัดสินใจในการฝึกอบรมต้องมีการดำเนินการ 8 ขั้นตอน คือ

1. กำหนดความต้องการปฏิบัติงาน (Operational Requirement) โดยการวิเคราะห์งาน
2. กำหนดทักษะความรู้และคุณลักษณะของผู้เข้ารับการอบรม
3. กำหนดวัตถุประสงค์ของการจัดอบรมโดยเน้นที่การปฏิบัติของผู้เข้ารับการอบรมในการที่จะนำผลการอบรมไปใช้ให้เป็นมาตรฐาน
4. กำหนดเกณฑ์วัดเพื่อตรวจสอบความสามารถของผู้เข้ารับการอบรมว่าบรรลุตามวัตถุประสงค์หรือไม่
5. สังเคราะห์การออกแบบฝึกอบรมจากเอกสารและวิธีการต่างๆรวมทั้งการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการโครงการฝึกอบรม
6. นำโครงการไปใช้ในการตัดสินใจจัดฝึกอบรม
7. ประเมินประสิทธิผลของการฝึกอบรมโดยนำเสนอข้อมูลทางสถิติ
8. นำผลการประเมินมาตรวจสอบเพื่อหาจุดบกพร่องเช่นอาจต้องมีการปรับปรุงวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรมใหม่นั้นก็คือ Feedback นั้นเอง

แนวทางการศึกษาวิเคราะห์เชิงระบบ (The System Approach)

อุทัยบุญประเสริฐ (2539: 14 - 16) ซึ่งอธิบายไว้ว่าแนวทางการศึกษาวิเคราะห์เชิงระบบนั้นเป็นการทำงานจากสภาพที่เป็นอยู่ไปสู่สภาพที่ต้องการของงานนั้นทั้งระบบซึ่งมีขั้นตอนที่สำคัญได้แก่

1. การกำหนดปัญหาที่ต้องการแก้ไขและความต้องการในการพัฒนาระบบให้ชัดเจน
2. การกำหนดวัตถุประสงค์ย่อยที่สัมพันธ์กับปัญหาและความต้องการในการพัฒนาและสัมพันธ์กับวัตถุประสงค์หลักของระบบใหญ่ทั้งระบบเพื่อสร้างกรอบหรือขอบเขตในการทำงานที่ต้องการ
3. ศึกษาสิ่งแวดล้อมหรือข้อจำกัดในการทำงานของระบบและทรัพยากรที่หามาได้
4. สร้างทางเลือกในการแก้ไขปัญหาหรือวิธีการในการพัฒนา
5. ตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสมด้วยวิธีการที่มีเหตุผลเป็นระบบคำนึงถึงความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ
6. ทดลองปฏิบัติตามทางเลือกที่ได้ตัดสินใจเลือกไว้หรือทดสอบกับระบบหรือสถานการณ์จำลอง
7. ประเมินผลการทดลองหรือผลการทดสอบ
8. เก็บรวบรวมข้อมูลป้อนกลับอย่างเป็นระบบเพื่อปรับปรุงระบบนั้นให้เหมาะสมยิ่งขึ้น
9. ดำเนินการตามระบบใหม่อย่างเป็นปกติต่อไป

2.4.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการวิเคราะห์โดยใช้ SWOT Analysis

SWOT Analysis คือการวิเคราะห์สภาพขององค์กรหรือหน่วยงานในปัจจุบันเพื่อค้นหาจุดแข็ง จุดอ่อน จุดโอกาสหรือสิ่งที่เป็นอุปสรรคสำคัญในการดำเนินงานสู่สภาพที่ต้องการในอนาคต SWOT Analysis มาจากคำศัพท์ทั้งหมด 4 คำคือ

S-Strength หมายถึงจุดแข็งหรือข้อได้เปรียบ

W-Weakness หมายถึงจุดอ่อนหรือข้อเสียเปรียบ

O-Opportunity หมายถึงโอกาสที่จะดำเนินการได้

T-Threat หมายถึงอุปสรรค ข้อจำกัดหรือปัจจัยที่คุกคามการดำเนินงาน

หลักการสำคัญของ SWOT Analysis

การวิเคราะห์จากการสำรวจสภาพการณ์ขององค์กร ประกอบด้วย 2 ด้าน คือสภาพการณ์ภายในและสภาพการณ์ภายนอก ดังนั้นการวิเคราะห์ SWOT จึงเรียกได้ว่าเป็นการวิเคราะห์สภาพการณ์ (Situation Analysis) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อนเพื่อให้รู้ตนเอง (รู้เรา) รู้จักสภาพแวดล้อม(รู้เขา) ชัดเจนและวิเคราะห์โอกาส-อุปสรรค การวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆทั้งภายนอกและภายในองค์กรซึ่งจะช่วยให้องค์กรทราบถึงการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นภายนอกองค์กรทั้งสิ่งที่ได้เกิดขึ้นแล้วและแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในอนาคตรวมทั้งผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ที่มีต่อองค์กรและจุดแข็ง จุดอ่อนรวมถึงความสามารถด้านต่างๆ ที่องค์กร มีอยู่ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการกำหนดวิสัยทัศน์การกำหนดกลยุทธ์และการดำเนินตามกลยุทธ์ขององค์กรอย่างเหมาะสมต่อไป

ขั้นตอนการดำเนินการ SWOT Analysis

การวิเคราะห์ SWOT จะครอบคลุมขอบเขตของปัจจัยที่กว้าง ด้วยการระบุจุดแข็ง จุดอ่อนโอกาสและอุปสรรคขององค์กร ทำให้มีข้อมูลในการกำหนดทิศทางหรือเป้าหมายที่จะถูกสร้างขึ้นมาบนจุดแข็งขององค์กรและแสวงหาประโยชน์จากโอกาสทางสภาพแวดล้อม และสามารถกำหนดกลยุทธ์ที่มุ่งเอาชนะอุปสรรคทางสภาพแวดล้อมหรือลดจุดอ่อนขององค์กรให้มันน้อยที่สุดได้ภายใต้การวิเคราะห์ SWOT นั้น จะต้องวิเคราะห์ทั้งสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกองค์กรโดยมีขั้นตอนดังนี้

1) การประเมินสภาพแวดล้อมภายในองค์กรจะเกี่ยวกับการวิเคราะห์และพิจารณาทรัพยากรและความสามารถภายในองค์กรทุกๆ ด้านเพื่อที่จะระบุจุดแข็งและจุดอ่อนขององค์กรเพื่อการประเมินสภาพแวดล้อมภายในคือระบบข้อมูลเพื่อการบริหารที่ครอบคลุมทุกด้าน ทั้งในด้านโครงสร้างระบบ ระเบียบวิธีปฏิบัติงาน บรรยาการในการทำงานและทรัพยากรในการบริหาร

2) การประเมินสภาพแวดล้อมภายนอกองค์กรสามารถค้นหาโอกาสและอุปสรรคทางการดำเนินงานขององค์กรที่ได้รับผลกระทบจากสภาพแวดล้อมภายนอก

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.5.1 กิตติศักดิ์ ไกรจันทร์ (2557) ได้ทำการศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เมืองชุมชนสามัคคีตำบลตลาดอำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษาพบว่า มีการจัดตั้งกลุ่มในชุมชนดังนี้กลุ่มชมรมรักสุขภาพ, กลุ่มกองทุนหมู่บ้าน, กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ชาวคุ้มชมรมผู้สูงอายุกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในชุมชนมีการจัดกิจกรรมเพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มอาสาสมัครประจำหมู่บ้านมีบทบาทในการสนับสนุนกิจกรรมของศูนย์แพทย์ชุมชนสามัคคีและหน่วยงานอื่นอีกทั้งองค์การภาคการศึกษาและภาครัฐ ได้จัดกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน 3) ผลการสร้างพื้นที่ต้นแบบในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เมือง ได้นำข้อมูลภูมิปัญญาท้องถิ่นมาประยุกต์ใช้โดยเน้นให้เข้ากับบริบทของชุมชนได้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทั้งหมด 3รูปแบบคือ(1)โดยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนสามัคคี (2) โดยศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสามัคคี (3)โดยวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

2.5.2 อมาวสี อัมพันศิริรัตน์ และ พิมพิมล วงศ์ไชยา (2560) ได้ทำการศึกษาการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม : ลักษณะสำคัญและการประยุกต์ใช้ในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีความสำคัญอย่างยิ่งในการนำมาใช้ในกระบวนการแสวงหาความรู้ในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ เพื่อนำสู่การเปลี่ยนแปลง/พัฒนาสถานการณ์ต่างๆ ในสังคมที่เป็นปัญหา โดยเปิดโอกาสให้คนในชุมชน และองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นผู้มีส่วนร่วมวิจัยตั้งแต่สิ่งที่เกิดขึ้นสะท้อนคิดร่วมกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ วางแผนเพื่อแก้ปัญหา การลงมือปฏิบัติ และประเมินผล ตลอดกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการเรียนรู้ และยังเป็นส่งเสริมความสามารถของทุกคนให้มีส่วนร่วม มีความเท่าเทียม ทุกคนได้รับการยอมรับว่ามีคุณค่าเท่าเทียมกัน มีอิสระจากการถูกกดขี่ และยกระดับคุณภาพชีวิต

2.5.3 รัศยานภิศ พลเสีจ, เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช และดลปัทฏ์ ทรงเลิศ (2561) ได้ทำการศึกษา การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม:กระบวนการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในการแก้ปัญหา เป็นการนำทรัพยากรจากชุมชนมาพัฒนาศักยภาพชุมชน ให้สามารถคิด วิเคราะห์ วางแผน ดำเนินการ และติดตามประเมินผลในการแก้ปัญหาของชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม งานวิจัยนี้จึงเสนอแนะให้บุคลากรสาธารณสุข นำต้นแบบเชิงกระบวนการที่ได้จากการพัฒนาครั้งนี้ไปใช้ในการพัฒนาภาวะสุขภาพในมิติอื่น ๆ รวมถึงควรมีการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง และขยายไปยังชุมชนอื่นๆต่อไป

2.5.4 พรวิภา ยาสมุทร, พิสมัยศรีสุวรรณพกุล, นันทนา วงศ์พรหม และ วิภาพรรณ หมื่นมา (2561) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบองค์รวมและครบทุกมิติโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอบ้านไธสง จังหวัดลำพูน ผลการวิจัย

พบว่า ปีงบประมาณ 2553-2560 เกิดโครงการ/กิจกรรมต่างๆ ที่ได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย บริการสุขภาพอำเภอบ้านไธสงจำนวน 49 โครงการ/กิจกรรม เป็นหน่วยงานของสาธารณสุขและนอก หน่วยงานสาธารณสุขได้แก่ โรงพยาบาลบ้านไธสง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านไธสง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงเรียนสถานีตำรวจภูธรอำเภอบ้านไธสง ทหารภาคเอกชน รัฐวิสาหกิจองค์กร อิสระ (ศูนย์มิตรภาพบำบัด-จิตอาสา) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ได้แก่ องค์การบริหารส่วน จังหวัดลำพูน (อบจ.) องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เทศบาลทั้งอำเภอบ้านไธสง ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประชาชน จิตอาสา ร้านค้า เยาวชน ชุมชน ผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งพระสงฆ์ ซึ่งเป็นแรงสำคัญในการสนับสนุนช่วยเหลือ อุปถัมภ์กิจกรรม ต่างๆ มาโดยตลอดเป็นการสร้างความร่วมมือที่ยิ่งใหญ่และเป็นรูปธรรม จากกลุ่มคนที่ไม่มีโอกาสจะ มาร่วมงานกันได้ สามารถสร้างความร่วมมือเพื่อดูแลผู้ป่วยและประชาชนในอำเภอบ้านไธสงร่วมกัน อย่างดีเยี่ยม โครงการส่วนใหญ่เป็นโครงการต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน เราให้ความสำคัญกับการดูแล ประชาชนทั้ง 3 กลุ่มอย่างเท่าเทียม กลุ่มป่วย ได้รับการดูแลอย่างเต็มที่ครบถ้วนตามหลักวิชาการ ส่วนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มปกติ ก็เป็นกลุ่มที่ต้องดูแลเช่นกัน ซึ่งหากประชาชนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มปกติ ได้รับการดูแลที่ดี จะส่งผลให้กลุ่มป่วยไม่เพิ่มจำนวนมากขึ้น เป็นการดูแลประชาชนที่ได้ประสิทธิภาพ สูงสุด ทั้งนี้โครงการความร่วมมือนี้ มีกิจกรรมที่ครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวม (ร่างกาย อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ) และทุกมิติของการดูแลสุขภาพ (การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษาฟื้นฟูสภาพ การดูแลแบบประคับประคองและระยะสุดท้ายของชีวิต) ซึ่งเป็นหัวใจหลักในการดูแล ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยั่งยืนมาจนถึงปัจจุบัน กิจกรรมการพัฒนาทั้งหมดนี้ สามารถสะท้อน ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยวัดจากตัวชี้วัดในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ อัตรา re-visit และค่าใช้จ่ายที่ลดลง

2.5.5 เอกพล สุมานันท์กุล, ผศ.ดร. ภารดี อนันต์นาวิ , ผศ.ดร. สิทธิพร นิยมศีสมศักดิ์ และ รศ.ดร. เรณา พงษ์เรืองพันธ์(2555) ได้ทำการศึกษาการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมการพัฒนา รูปแบบองค์การแห่งการเรียนรู้ของโรงเรียนสุมานัน จังหวัดสมุทรปราการผลการวิจัยพบว่า รูปแบบ องค์การแห่งการเรียนรู้ของโรงเรียนสุมานัน ประกอบด้วยระบบย่อย 5 ด้านคือ 1) ด้านการเรียนรู้ ประกอบด้วย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้บริหารและครู การพัฒนาทักษะการเรียนรู้ และบทบาท ในการเรียนรู้ 2) ด้านองค์การ ประกอบด้วย การให้ความสำคัญกับการเรียนรู้การปรับปรุงวิสัยทัศน์ เพื่อการเรียนรู้ และวัฒนธรรมการเรียนรู้ 3) ด้านบุคคล ประกอบด้วย ผู้บริหารครู นักเรียน และ ผู้ปกครอง 4) ด้านความรู้ ประกอบด้วย การสร้าง/แสวงหาความรู้ การจัดเก็บความรู้ และการ แบ่งปัน/ ถ่ายโอนความรู้ 5) ด้านเทคโนโลยี ประกอบด้วย การใช้เทคโนโลยีในการปฏิบัติงานและการ ใช้เทคโนโลยีในการเพิ่มพูนความรู้ สำหรับประสิทธิผลของรูปแบบองค์การแห่งการเรียนรู้ของโรงเรียน สุมานันนั้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงการบริหารคือ การบริหารแบบมีส่วนร่วมระหว่างผู้บริหาร

และครู ผู้บริหารสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีในการปฏิบัติงานและส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ครูใช้เทคโนโลยีในการปฏิบัติงานและเพิ่มพูนความรู้ รวมทั้งครู ผู้ปกครอง และนักเรียนได้เรียนรู้ร่วมกันผ่านการผลิตสื่อการเรียนรู้และกิจกรรมต่างๆ ของโรงเรียน

2.5.6 ชุติกร ด่านยุทธศิลป์ (2560) การส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังผลการวิจัยพบว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคเรื้อรังที่กระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีกับการอยู่กับภาวะเรื้อรังไปตลอดช่วงชีวิต แนวคิดการจัดการตนเองจึงถูกนำมาใช้เพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการตนเองผ่านการเรียนรู้และฝึกทักษะและเสริมสร้างพลังในการจัดการกับภาวะเรื้อรังและผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพงานที่ต้องจัดการเกี่ยวข้องกับ3องค์ประกอบได้แก่การจัดการทางการแพทย์และการรักษา การจัดการการปรับพฤติกรรมหรือบทบาท และการจัดการด้านอารมณ์ทักษะหลักในการจัดการตนเองประกอบทักษะการแก้ปัญหา การตัดสินใจ การแสวงหาและการใช้แหล่งประโยชน์ ทักษะหุ้นส่วนในการดูแลระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ทักษะการปฏิบัติและการปรับปรุงการปฏิบัติ ดังนั้นพยาบาลชุมชนหรือบุคลากรที่ปฏิบัติงานในชุมชนหรือคลินิกโรคเรื้อรัง สามารถนำแนวคิดการจัดการตนเองไปใช้ในการส่งเสริมหรือสนับสนุนความสามารถของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อชะลอหรือลดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ลดอัตราการกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาและอยู่กับครอบครัวอย่างมีความสุขตามอัตรภาพจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

2.5.7 ธาดา วินทะไชย และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2561) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อสมรรถนะปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการวิจัยพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 2) ค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

2.5.8 ออมร จันทรดำ, รุจิรา คมสัน และ เกษมณี ชิลนาค (2562) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนาระบบบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อำเภอนาแห้ว จังหวัดเลย ผลการวิจัยพบว่า ระยะที่1 พบปัญหา ได้แก่ ความต่อเนื่องของข้อมูลด้านความต่อเนื่องของข้อมูลด้านความต่อเนื่องในการบริหารจัดการ ด้านความต่อเนื่องของการดูแลภายในชุมชน ด้านความต่อเนื่องของการดูแลในทีมสุขภาพ ด้านการวางแผนการการดูแลต่อเนื่อง ด้านการมีส่วนร่วมต่อการวางแผนดูแล ด้านการเข้าถึงบริการระยะที่2 เกิดการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการวางแผนจำหน่าย ระบบการส่งต่อที่ครอบคลุมการดูแลจากโรงพยาบาลไปบ้าน รวมถึงการปรับปรุงแก้ไขแนวทางปฏิบัติ การวางระบบเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนและการดูแลในทีมสุขภาพ รวมการจัดทำฐานข้อมูล การพัฒนาศักยภาพของบุคลากร ระยะที่3 พบว่าพบค่าเฉลี่ย

คะแนนการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลระยะยาวของผู้ให้บริการสุขภาพสุขภาพหลังดำเนินการมีค่ามากกว่าก่อนดำเนินการ(ค่าเฉลี่ย=4.52 และค่าเฉลี่ย= 2.83) ตามลำดับ และค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจภาพรวมก่อนและหลังดำเนินการของครอบครัว พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจหลังดำเนินการมีค่ามากกว่าก่อนดำเนินการ(ค่าเฉลี่ย =4.4 และค่าเฉลี่ย= 3.8) ตามลำดับ

2.5.9 สัญญา ยีอราน และ ศิวไลซ์ วรรณรัตน์จิตร (2561) ได้ทำการศึกษาเรื่องการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมสู่ความสำเร็จการเปลี่ยนแปลงนโยบายในระบบสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่าการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการวิจัยที่มุ่งศึกษาชุมชนด้วยนักวิจัยร่วมกับผู้มีส่วนร่วมร่วมกันทำงานกันอย่างเป็นระบบผ่านวงรอบด้วยการเน้นการวิเคราะห์ปัญหา ศึกษาแนวทางการแก้ปัญหา ปฏิบัติตามแผน และติดตามประเมินผล สะท้อนถึงวิธีการเปลี่ยนสถานการณ์ หรือการสร้างความสามารถของชุมชนโดยเน้นคนเป็นศูนย์กลาง และทุกขั้นตอนมีสมาชิกของชุมชนเข้าร่วมด้วย ลักษณะสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมคือ เป็นการบูรณาการข้อดีของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ที่ได้กำหนดบทบาทให้ประชาชนหรือผู้เข้าร่วมเป็นผู้ปฏิบัติตามคำแนะนำของนักวิจัย และการวิจัยแบบมีส่วนร่วม ซึ่งให้ประชาชนหรือผู้เข้าร่วมมีสิทธิ์มีเสียงในการแสดงความคิดเห็นต่องานวิจัยมากขึ้น เป็นผลให้ประชาชนได้ปกครองตนเองโดยมีสิทธิ์มีเสียงในทุกขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้ โดยมีหลักการที่สำคัญคือ การตระหนักในศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ เคารพในความคิดเห็นของชาวบ้าน ยกย่องภูมิปัญญาที่มีในชุมชน โดยการวิจัยประเภทนี้มุ่งเน้นการสร้างศักยภาพให้กับประชาชนเพื่อทำให้ประชาชนพึ่งพาตนเองได้ นักวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นผู้มีบทบาทหลักในการกระตุ้นให้ประชาชนในชุมชนได้แสดงความคิดเห็น ร่วมคิดร่วมตัดสินใจร่วมดำเนินการ ร่วมประเมินผลในเรื่องที่เป็นปัญหา หรือการพัฒนาชุมชนของตนเอง (Phuangsomjit, 2014) ภายใต้การเปลี่ยนแปลงของสถานะทางเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี และสถานะการเจ็บป่วยของโรคมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพในทุกองค์ประกอบของระบบบริการสุขภาพ และผลกระทบต่อนโยบาย โดยทั่วไปสถาบันต่าง ๆ ทางด้านสาธารณสุขมีแนวโน้มส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคมของประชาชนในการตัดสินใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมันเป็นส่วนหนึ่งของกรอบกฎหมายในความต้องการของภาคประชาชน การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจะกลับกลายเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ สำหรับองค์กรภาคประชาสังคมที่เข้มแข็งและสหภาพแรงงานซึ่งรวบรวมคุณค่าของความยุติธรรมทางสังคม และเพื่อสุขภาพที่เหมาะสม การมีส่วนร่วมเป็นที่นิยม และประชาธิปไตยแบบการมีส่วนร่วม การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (และการวิจัยแบบมีส่วนร่วมโดยมีชุมชนเป็นฐาน) มีบทบาทในความสัมพันธ์ของนโยบายเพื่อความยุติธรรม ความเป็นอิสระ การแบ่งแยกหรือเอกลักษณะและปัจจัยทางสังคมของสุขภาพซึ่งต้องการความเข้าใจร่วมกันและปฏิบัติการประสานงานทั่วทั้งชุมชน นักวิทยาศาสตร์ ผู้เชี่ยวชาญผู้กำหนดนโยบาย และการให้บริการในภาคส่วนที่แตกต่างกัน ผลลัพธ์สุดท้ายส่งผลในทางการเมือง หรือการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่สำคัญ แนวทาง

เหล่านี้อยู่มากในโครงการด้านสุขภาพของประชาชน และที่สำคัญคือนโยบายระบบสุขภาพในประเทศด้อยพัฒนา แต่ได้รับการปรับให้เหมาะสมสำหรับการแทรกแซงในประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยเฉพาะการให้ความตระหนักกับการวิจัยเพราะเป็นเครื่องมือที่สำคัญของการเปลี่ยนแปลงอย่างเฉพาเจาะจงในความคิดริเริ่มด้านสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน และเป็นนวัตกรรมทางสังคมในการออกแบบระบบสุขภาพที่เหมาะสม

2.5.10 วรรณศร จันทโสลิ (2560) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสารในองค์กร ผลการวิจัยพบว่า

1) ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศชายและบรรพชิตที่มีอายุ 20-30 ปี สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี และเคยเข้าฝึกอบรมความรู้ด้าน ICT โดยโปรแกรมที่เคยใช้งานมากที่สุด คือ โปรแกรม Microsoft Office

2) ลักษณะการใช้งานและความพึงพอใจในการใช้งาน ICT อยู่ระดับมาก

3) ความคิดเห็นต่อประเภของระบบสารสนเทศที่ใช้ในองค์กร จำแนกตามการจัดสรรสำหรับผู้บริหาร การจัดสรรสำหรับบุคลากรขององค์กร การจัดสรรเพื่อส่งเสริมการศึกษาเรียนรู้และระบบความเสี่ยงในภาพรวมอยู่ในระดับมาก และผลจากการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศอยู่ในระดับมาก

4) จากการทดสอบสมมุติฐานของการวิจัยพบว่า เพศ (เพศทางโลกและเพศทางธรรมและระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีความคิดเห็นต่อการใช้ ICT ไม่แตกต่างกันมีความคิดเห็นต่อประเภของระบบสารสนเทศเพื่อใช้ในองค์กรไม่แตกต่างกัน ส่วนตำแหน่งงานพบว่ามีความคิดเห็นต่อประเภของระบบสารสนเทศที่ต่างกัน

2.5.11 สำนักการศึกษา กรุงเทพมหานคร (2559) ได้ทำการศึกษาเรื่องแนวทางการพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อการเรียนการสอน ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า 1) ผลการศึกษาการบริหารจัดการใช้สื่อการเรียนรู้ที่สำนักการศึกษาผลิตและจัดสรร ให้โรงเรียนในสังกัดกรุงเทพมหานครเพื่อใช้ประกอบการเรียนการสอน ผู้บริหารสถานศึกษาส่วนใหญ่มีการบริหารจัดการใช้เทคโนโลยีเพื่อการเรียนการสอน ในด้านการติดตามการใช้เทคโนโลยีเพื่อการเรียนการสอนอยู่ในระดับมากคือ ผู้บริหารสถานศึกษา ติดตามการใช้เทคโนโลยีเพื่อการเรียนการสอน โดยมีการติดตามการพัฒนา การผลิต/การใช้สื่อ เทคโนโลยีเพื่อการเรียนการสอนของครูอย่างต่อเนื่อง สำหรับครูผู้สอนส่วนใหญ่มีความคิดเห็น เกี่ยวกับการบริหารจัดการใช้เทคโนโลยีเพื่อการเรียนการสอนในโรงเรียนอยู่ในระดับมาก คือ ด้านการสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีเพื่อการเรียนการสอน พบว่า ผู้บริหารสถานศึกษามีการสนับสนุน ให้มีการใช้เทคโนโลยีเพื่อการเรียนการสอนในสถานศึกษา ในด้านสภาพของสื่อเทคโนโลยีเพื่อ การเรียนการสอนในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่า สื่อเทคโนโลยีประเภทสิ่งพิมพ์สื่อวีดิทัศน์ บทเรียน CAI multimedia และสื่อประเภท Application เป็นสื่อที่ช่วยเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจให้นักเรียนมีพัฒนาการด้านการเรียนดีขึ้น โดยสื่อวีดิทัศน์ บทเรียน CAI

multimedia และสื่อประเภท Application มีรูปแบบที่ทันสมัย น่าสนใจ แต่สื่อสิ่งพิมพ์ยังไม่มี ความหลากหลาย และตรงตามความต้องการของครูผู้สอนน้อยที่สุด และสื่อวีดิทัศน์ บทเรียน CAI multimedia สื่อ ประเภท Application มีเพียงพอต่อความต้องการในการใช้และมีความสะดวกต่อ การใช้ในการ จัดการเรียนการสอนอยู่ในระดับน้อยที่สุด 2) ผลการศึกษาการบริหารงบประมาณตาม โครงการส่งเสริมสนับสนุนให้สถานศึกษา ผลิตสื่อในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานครที่ได้รับการ สนับสนุนจากสำนักงานการศึกษา งบประมาณที่สำนักงานการศึกษาจัดสรรให้ตามโครงการส่งเสริมสนับสนุน ให้สถานศึกษา ผลิตสื่อฯ ได้มีการจัดสรรงบประมาณให้แก่โรงเรียนตามขนาดของโรงเรียนอย่าง เหมาะสม ซึ่งโรงเรียน ทั้ง 3 ขนาด มีความเพียงพอในการได้รับจัดสรรงบประมาณในการผลิตสื่อ โดย สถานศึกษามี ความต้องการให้สำนักงานการศึกษาจัดสรรงบประมาณตามโครงการฯ ต่อไป และ สถานศึกษาได้มี การรายงานผลการใช้งบประมาณ และมีนโยบายในการส่งเสริมสนับสนุนการผลิตสื่อ เทคโนโลยี เพื่อการเรียนการสอนทั้งโรงเรียนขนาดเล็ก ขนาดกลาง และขนาดใหญ่ 3) ผลการศึกษา แนวทางการพัฒนาเทคโนโลยี เพื่อการเรียนการสอนในโรงเรียน สังกัดกรุงเทพมหานคร ผู้บริหาร สถานศึกษา และครูผู้สอนมีความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนา เทคโนโลยีเพื่อการเรียนการสอน ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานครอยู่ในระดับมากคือ ด้านแนวทาง การพัฒนาด้านเครื่องมือ (Hardware) โดยทั้งผู้บริหารสถานศึกษาและครูผู้สอนมีความต้องการ อุปกรณ์ที่สนับสนุนการใช้สื่อ เทคโนโลยีเพื่อการเรียนการสอน เช่น เครื่องคอมพิวเตอร์ เครื่องฉาย LCD เป็นต้น ให้เพียงพอต่อการ ใช้สื่อในการจัดการเรียนรู้ด้านแนวทางการพัฒนาด้านเทคนิค/ วิธีการ (Techniques/Methods) ผู้บริหารสถานศึกษามีความต้องการส่งเสริมครูให้มีเจตคติที่ดี และเห็นความจำเป็นในการนำ เทคโนโลยีเพื่อการเรียนการสอนมาใช้ในการจัดการเรียนรู้ ด้านแนวทางการพัฒนาด้านบุคลากร (Peopleware) ผู้บริหารสถานศึกษามีความต้องการให้ครูใช้สื่อ เทคโนโลยีเพื่อการเรียนการสอนที่ ส่งเสริม/พัฒนาการเรียนรู้ของนักเรียนให้ดีขึ้น ด้านแนวทาง การพัฒนาด้านวัสดุ (Software) ผู้บริหารสถานศึกษามีความต้องการสื่อเทคโนโลยีเพื่อการเรียน การสอนที่ออกแบบเพื่อให้นักเรียน เกิดทักษะการคิดวิเคราะห์การคิดสร้างสรรค์และการแก้ปัญหา มากขึ้น สำหรับครูผู้สอนมีความ คิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อการเรียนการสอน พบว่า แนวทางการพัฒนาด้าน เทคนิค/วิธีการ (Techniques/Methods) ครูผู้สอนมีความต้องการ พัฒนาด้านวิธีการสอนโดยนำ เทคโนโลยีเพื่อการเรียนการสอนมาใช้เพื่อพัฒนานักเรียนในด้านความรู้ ทักษะ และกระบวนการคิด ด้านแนวทางการพัฒนาด้านบุคลากร (Peopleware) ครูผู้สอนมีความ ต้องการเพิ่มพูนประสบการณ์ ความสามารถ ความชำนาญในการใช้เทคโนโลยีเพื่อการเรียนการสอน ด้านแนวทางการพัฒนาด้าน วัสดุ (Software) ครูผู้สอนมีความต้องการสื่อเทคโนโลยีเพื่อการเรียน การสอนที่มีความคงทน แข็งแรง ดูแลรักษาง่าย มีการออกแบบเพื่อให้นักเรียนเกิดทักษะการคิด วิเคราะห์การคิดสร้างสรรค์ และการแก้ปัญหามากขึ้น และนำเสนอเนื้อหาที่น่าสนใจและทันสมัย

บทที่3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนด้วยระบบดิจิทัลในเขตพื้นที่บริการศูนย์อนามัยที่ 11 โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยมีระเบียบวิธีวิจัยดังนี้

- 1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3 การเก็บและรวบรวมข้อมูล
- 4 วิเคราะห์ข้อมูล

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มานอนรักษาที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่11ระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม 2559 - 30 กันยายน 2560 จำนวน 160 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้การศึกษาครั้งนี้ คือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มานอนรักษาแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 11 ระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม 2559 - 30 กันยายน 2560 และกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วันจำนวน 16 คน

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ

1. คลิปสุขภาพ จำนวน4คลิป คือ การบริหารปอด การเคาะปอด การใช้ยาพ่น MDI การใช้เครื่องพ่นยา
2. กระบวนการกลุ่ม (Focus Group Discussion)
3. ระบบดิจิทัล (Group Line) ชื่อโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

3.3 การเก็บและรวบรวมข้อมูล

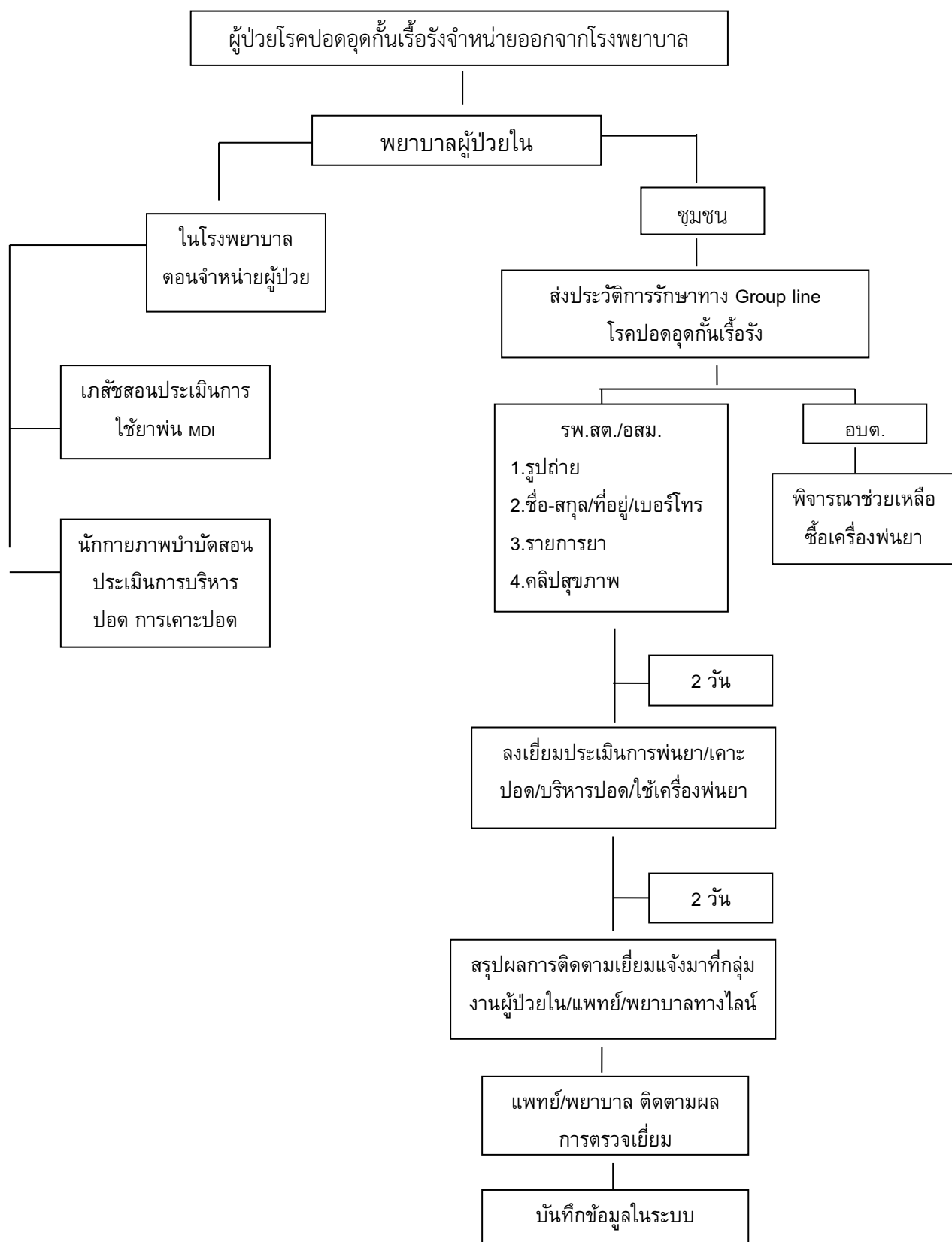
หลังจากที่ผู้วิจัยได้สร้างและเตรียมความพร้อมของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย กระบวนการกลุ่ม (Focus Group Discussion) คลิปสุขภาพ จำนวน 4 คลิป คือ การบริหารปอด การเคาะปอด การใช้ยาพ่น MDI การใช้เครื่องพ่นยา

ระบบดิจิทัล (Group Line) ชื่อโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เรียบร้อยแล้วจึงดำเนินการเก็บและรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาสถานการณ์สุขภาพการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. ประชุมผู้ที่เกี่ยวข้องได้แก่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล เกษัชกร แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เพื่อทราบสถานการณ์และร่วมกันกำหนดแนวทางการดำเนินการ
3. ปฏิบัติการตามแนวทางการดำเนินการ
 - 3.1 สร้างช่องทางการสื่อสารผ่านระบบดิจิทัล (Group Line) ชื่อกลุ่มเป้าหมาย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประกอบด้วย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล เกษัชกร แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด
 - 3.2 ผลิตคลิปให้ความรู้เรื่องการบริหารปอด การเคาะปอด การใช้เครื่องพ่นยา การใช้ยา MDI บริหารปอด การเคาะปอด การใช้ยาพ่น MDI การใช้เครื่องพ่นยา
 - 3.3 อบรมให้ความรู้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเรื่อง บริหารปอด การเคาะปอด การใช้ยาพ่น MDI การใช้เครื่องพ่นยา พร้อมสาธิตย้อนกลับ
 - 3.4 กำหนดผังการดำเนินงาน
4. ติดตามประเมินผล
 - 4.1 ผลการติดตามเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
 - 4.2 อัตราการกลับมา Readmit

ผังการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน



ผังที่ 2 แสดงการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ เพื่ออธิบาย

- ข้อมูลการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
- การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนอนโรงพยาบาล
- กระบวนการ (Focus Group Discussion)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เพื่อศึกษารูปแบบการการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนด้วยระบบดิจิทัล ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน ในเขตพื้นที่บริการศูนย์อนามัยที่ 11 ผลการศึกษาค้นคว้า ดังนี้

ตารางที่ 4.1 การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 11 ตุลาคม 2559 - กันยายน 2560

จำนวน	ต.ค	พ.ย	ธ.ค	ม.ค	ก.พ	มี.ค	เม.ย	พ.ค	มิ.ย	ก.ค	ส.ค	ก.ย	รวม
1.จำนวนผู้ป่วย COPD admit	23	20	19	19	14	16	12	10	10	6	6	5	160
2.จำนวนผู้ป่วย COPD readmit	3	3	2	2	2	2	1	1	0	0	0	0	16
3.อัตราการ readmit	13.04	15	10.52	10.52	14.28	12.50	8.33	7.6	0	0	0	0	7.64
4.จำนวนผู้ป่วย COPD ที่ส่งเยี่ยม	3	3	2	2	2	2	1	1	0	0	0	0	16
5.จำนวนผู้ป่วย COPD ที่ได้รับการเยี่ยม	2	2	1	1	1	2	1	1	0	0	0	0	11
6.จำนวนผู้ป่วย COPD ที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน readmit	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7.จำนวนผู้ป่วย COPD ที่ไม่ได้รับการเยี่ยมบ้าน	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	5
8.จำนวนผู้ป่วย COPD ที่ไม่ได้รับการเยี่ยมบ้าน readmit	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	5

จากตารางที่ 4.1 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มานอนโรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 11 ช่วงเดือนตุลาคม 2559 – กันยายน 2560 มีทั้งหมด 160 ราย มาreadmit จำนวน 16 ราย ส่งให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านติดตามเยี่ยมบ้านทุกราย แต่อสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ไปติดตามเยี่ยมบ้านได้เพียง 11 ราย พบว่าไม่มีกลับมา readmit (ร้อยละ0) ส่วนในรายที่ไม่ได้รับการเยี่ยมบ้าน มีจำนวน 5 รายกลับมาreadmit (ร้อยละ100)

ตารางที่ 4.2 การวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์
อนามัยที่ 11 ตุลาคม 2559 - กันยายน 2560

รายชื่อ	เยี่ยม ครั้งที่ 1	เยี่ยม ครั้งที่ 2	9 ครั้ง ต่อปี	8 ครั้ง ต่อปี	7 ครั้ง ต่อปี	สาเหตุ/ปัญหา/ ปัจจัยเสี่ยง
รายที่ 1	✓		✓			สิ่งแวดล้อมภายในบ้านก่อให้เกิดโรค มีฐานะ ยากจน ขาดความตระหนักในการฝึกบริหารปอด
รายที่ 2	✓		✓			เป็นผู้สูงอายุ อยู่บ้านคนเดียว ลูกไปมีครอบครัว พ่นยาMDIผิด หลงลืมการฝึกบริหารปอด ไม่มีคน เคาะปอด
รายที่ 3	✓		✓			เป็นผู้สูงอายุ พ่นยา MDI ไม่ถูกต้อง
รายที่ 4	✓		✓			เป็นผู้สูงอายุ ขาดความตระหนักในการฝึกบริหารปอด
รายที่ 5	✓		✓			เป็นผู้สูงอายุ ประกอบอาชีพเกษตรบางครั้งตากแดด ตากฝน ฐานะยากจน
รายที่ 6	✓		✓			เป็นผู้สูงอายุ หลงลืมการบริหารปอด และพยาธิ สภาพของโรคที่เป็นมานานฐานะยากจน
รายที่ 7	✓		✓			เป็นผู้สูงอายุ พยาธิสภาพของโรคที่เป็นมานาน
รายที่ 8	✓		✓			ผู้สูงอายุ อยู่บ้านกับสามี สามีกินเหล้าทุกวัน ฐานะ ยากจน หลงลืมในเรื่องการฝึกบริหารปอด
รายที่ 9	✓			✓		เป็นผู้สูงอายุ อยู่บ้านกับภรรยา ขาดความตระหนักในการฝึกบริหารปอด สิ่งแวดล้อมภายในบ้านก่อให้เกิดโรคเลียงนกเขา เลียงแมวในบ้าน
รายที่ 10	✓				✓	ผู้สูงอายุ ขาดความตระหนักในการฝึกบริหารปอด ลูกไปทำงานนอกบ้าน

จากตารางที่ 4.2 พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่11 ประจำเดือนตุลาคม2559 - กันยายน2560 และจากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลเพื่อดูแนวโน้มที่จะ readmit พบว่ามีผู้ป่วย 10 รายมานอนโรงพยาบาลซ้ำ 7 - 9 ครั้งต่อปี เป็นผู้สูงอายุอยู่บ้านคนเดียว ระดับการศึกษาน้อย หลังสัมภาษณ์ความสม่ำเสมอในเรื่องการบริหารปอด การเคาะปอด การพ่นยาMDI รวมไปถึงมีสิ่งแวดล้อมภายในบ้านที่ก่อให้เกิดโรค เช่น สมาชิกในบ้านสูบบุหรี่ เลี้ยงนกเขา เลี้ยงแมวภายในบ้าน บางรายมีฐานะยากจน ประกอบอาชีพเกษตรกรรมตากแดด ตากฝน ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ และมีบางรายมีอาการเหนื่อยหอบเพราะพยาธิสภาพของโรคที่เป็นมานานมากกว่า 10 ปี

บทที่ 5

สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา

จากการวิจัยเรื่อง รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนด้วยระบบดิจิทัลในเขตพื้นที่บริการศูนย์อนามัยที่ 11 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและเพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในเขตพื้นที่บริการศูนย์อนามัยที่ 11

ผลการศึกษาพบดังนี้

1. รูปแบบการวิจัยรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีขั้นตอนดังนี้คือ 1) ศึกษาสถานการณ์ 2) ประชุม 4 แกนนำ 3) ปฏิบัติตามแนวทาง 3.1) สร้าง group line ชื่อโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 3.2) ผลิตคลิปให้ความรู้เรื่องการบริหารปอด การเคาะปอด การใช้ยา MDI การใช้เครื่องพ่นยา 3.3) อบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 3.4) กำหนดผังดำเนินการ 4) ติดตามประเมินผล การเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและอัตราการ readmit
 2. ปัญหา อุปสรรค ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ readmit คือ ผู้ป่วยบางรายเป็นผู้สูงอายุ บุตรหลานไปทำงานต่างจังหวัด ทำให้บางครั้งหลงลืมบ้างในเรื่องความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตัว และมีผู้ป่วยบางรายต้องนอนโรงพยาบาลเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค และมีผู้ป่วยบางรายยังขาดความตระหนักและขาดความรู้ถึงข้อควรปฏิบัติเฉพาะโรค เช่น การฝึกการบริหารปอด การใช้ยาพ่น MDI การเคาะปอด และบางรายยังใช้เครื่องพ่นยาไม่ถูกต้อง ทางโรงพยาบาลขาดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อเนื่องสู่ชุมชน
- ข้อเสนอแนะที่เป็นข้อตกลงร่วมกัน** คือ ให้อาสาสมัครประจำหมู่บ้านไปติดตามกระตุ้นเตือน เน้นย้ำความสำคัญกับผู้ป่วยและญาติ ถึงข้อควรปฏิบัติเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ การบริหารปอด การเคาะปอด การใช้ยาพ่น MDI การใช้เครื่องพ่นยา และมีคลิปสุขภาพที่ใช้เป็นสื่อในการให้ความรู้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นแนวทางเพื่อจะได้ไปติดตามเยี่ยมผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและในกรณีผู้ป่วยที่แพทย์ให้ความเห็นว่ามีความจำเป็นต้องใช้เครื่องพ่นยาก็ก็นำให้ห้องคัดการบริหารส่วนตำบลพิจารณาให้ความช่วยเหลือ

อภิปรายผล

รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนด้วยระบบดิจิทัลในเขตพื้นที่บริการศูนย์อนามัยที่ 11 เป็นการให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไปติดตามกระตุ้นเตือนเน้นย้ำความสำคัญกับผู้ป่วยและญาติ ถึงข้อควรปฏิบัติเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ การบริหารปอด การเคาะปอด การใช้ยาพ่นMDI การใช้เครื่องพ่นยา และมีคลิปสุขภาพที่ใช้เป็นสื่อในการให้ความรู้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นแนวทางเพื่อจะได้ไปติดตามเยี่ยมผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ซึ่งผู้ป่วยและญาติทุกรายที่ได้รับการเยี่ยมติดตามให้ความร่วมมือดีมีความตระหนักมากขึ้น รู้สึกมีแรงสนับสนุนให้ต้องปฏิบัติ เมื่อผู้ป่วยและญาติได้ปฏิบัติตามแนวทางจริงๆ และปฏิบัติได้ถูกต้องส่งผลให้อาการกำเริบของโรคลดลง ช่วงระยะเวลาการมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการติดตามเยี่ยมตามแนวทางที่กำหนด เนื่องจาก บางเดือนเป็นช่วงฤดูฝนน้ำท่วมหนัก เดินทางลำบากและบางครั้งอาสาสมัครประจำหมู่บ้านติดภารกิจสำคัญ กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำทุกราย แสดงให้เห็นว่าจากการที่ผู้ป่วยและญาติทุกรายก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลก็ได้รับการสอนความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตัว แต่ก็ยังไม่ประสบผลสำเร็จผู้ป่วยยังต้องกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ ดังนั้นถ้าผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครประจำหมู่บ้านแล้วเกิดผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้น ก็ควรต้องหาแนวทางวิธีการป้องกันที่จะให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้เยี่ยมผู้ป่วยได้ครอบคลุมทุกรายเพื่อให้ได้ผลลัพธ์สุขภาพที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของพรวิภา ยาสุมุทร์, และพิศมัย ศรีสุวรรณพกุล (2563) พบว่าการวิจัยแบบมีส่วนร่วม เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนา และแก้ไขปัญหาดังกล่าวและชุมชนเป็นรูปแบบ ในการวิจัยเพื่อตอบสนองต่อโจทย์แห่งการพัฒนาและการแก้ไขปัญหาที่ มุ่งไปที่การค้นหาแนวทางอันเป็นรูปธรรมที่เกิดจากการระดมสมองในลักษณะของการมีส่วนร่วมของหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

แต่อย่างไรก็ตาม ก็ยังมีผู้ป่วยอีกหลายรายที่ไม่ได้กลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน แต่มาอนโรงพยาบาลบ่อย 7-9 ครั้ง/ปี ซึ่งตรงนี้ก็จะต้องหาแนวทางว่า ทำอย่างไรที่จะช่วยยืดระยะเวลาให้ผู้ป่วยไม่กลับมาอนโรงพยาบาลบ่อย

5.1 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) นโยบายระดับเขต 11 และระดับจังหวัด ควรสนับสนุนให้มีการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนด้วยระบบดิจิทัลในเขตพื้นที่บริการศูนย์อนามัยที่ 11 ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้รับบริการทุกกลุ่มวัยที่จำเป็นต้องดูแลรักษาต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยและเพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ

2) ศูนย์วิชาการระดับเขต11 และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรให้การสนับสนุนจัดสร้างหลักสูตรรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนด้วยระบบดิจิทัล เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1) ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถนำกลยุทธ์การเสริมสร้างกระบวนการแบบมีส่วนร่วมไปประยุกต์ใช้ เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบครบวงจรที่ได้มาตรฐานคุณภาพสถานบริการสาธารณสุข

2) พัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในเขตพื้นที่ศูนย์อนามัยที่ 11 เพื่อให้สามารถนำข้อมูลมาใช้และนำสู่การวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รวมทั้งสร้างระบบการเฝ้าระวัง ติดตามและประเมินผล

5.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมไปทำการศึกษาหรือเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลชุมชนอื่นๆ เพื่อนำข้อค้นพบที่ได้ไปปรับปรุงและประยุกต์ใช้กับพื้นที่อื่นๆ ได้อย่างเหมาะสม

2. ควรมีการจัดการความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนด้วยระบบดิจิทัลเพื่อเป็นแนวทางและวิธีการต่อการนำไปประยุกต์ใช้กับพื้นที่อื่นๆ รวมทั้งสามารถนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในการพัฒนาการดูแลโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อไป

3. ทางแผนกผู้ป่วยในควรมีการส่งต่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกรายที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินติดตาม การกินยา การบริหารปอดการใช้ยาพ่นMDI การใช้เครื่องพ่นยา เพื่อเป็นการดูแลส่งเสริมสุขภาพป้องกันไม่ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีอาการกำเริบป่วยจนต้องมานอนโรงพยาบาล และเพิ่มความถี่ในการติดตามเยี่ยมบ้านซ้ำทุก 20 วัน อีก 2 ครั้ง

4. ทีมโรงพยาบาลประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลเภสัชกรและนักกายภาพบำบัด ควรประชุมทีมทบทวนรายงานผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประจำรอบ 6 เดือน รอบ 12 เดือน เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลดูว่ามีการนอนโรงพยาบาลซ้ำๆบ่อยแค่ไหน เพื่อดูแนวโน้มที่จะ readmit สำหรับในกลุ่มผู้ป่วยที่มานอนโรงพยาบาลบ่อยๆที่มีแนวโน้มเป็นกลุ่มเป้าหมายที่จะมาreadmit ซ้ำ ทางโรงพยาบาลก็จะจัดระบบลงไปเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และนักกายภาพ เพื่อไปวิเคราะห์หาสาเหตุปัญหาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบป่วย

5. พัฒนาระบบการติดตามเยี่ยมบ้านให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกราย โดยการจัดประชุมชี้แจง สะท้อนผลลัพธ์ที่ดีของผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นการให้กำลังใจ ยกย่องในสิ่งที่ทำได้ดีเพื่อเป็นพลังบวก

ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ปฏิบัติต่อไปให้ได้คุณภาพ และเป็นต้นแบบให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคนอื่นๆที่ไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดได้ตระหนักและเห็นความสำคัญ สำหรับกรณีที่มีปัญหาอุปสรรคไม่สามารถลงเยี่ยมบ้านได้ก็ให้ส่งคลิปสุภาพ ผ่านระบบไลน์ หรือสอนออนไลน์แก่ผู้ป่วยและญาติผ่านเครื่องมือสื่อสารและกรณีผู้ป่วยที่ไม่พร้อมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านลงเยี่ยมได้ ก็ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโทรนัดหมายผู้ป่วยและครอบครัวล่วงหน้า

บรรณานุกรม

- กมล สดประเสริฐ. (2540). การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน. กรุงเทพฯ: สำนักงานประสานงานโครงการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์.
- กิตติยา วงษ์ชั้น. 2561. รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (R&D) และรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR). สำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ. มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- กิตติศักดิ์ ไกรจันทร์. 2557. การศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เมืองชุมชนสามัคคี ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยเพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่ 6(6): 59-63.
- ขจรศักดิ์ ประเสริฐสงฆ์. 2557. หลักการ แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับนวัตกรรม เทคโนโลยีและสารสนเทศ. แหล่งที่มา: <http://kagonsak02.blogspot.com/>, 1 กันยายน 2564.
- จิตรภา หมื่นคลัง. 2555. หลักการ/ทฤษฎี/วิธีการ/แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับนวัตกรรมและเทคโนโลยี. นวัตกรรม
- เทคโนโลยีและสารสนเทศทางการศึกษา. แหล่งที่มา: <http://jittrapa544110097.blogspot.com/>, 1 กันยายน 2564.
- ชนินทร์ เจริญกุล. (2550). การพัฒนาสาธารณสุขโดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม: ข้อคิดและข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ. สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. 4, 71-80.
- ชูลีกร ด่านยุทธศิลป์. 2560. การส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 11(2): 99-103.
- ฐนกร กระพันธ์. 2557. ทฤษฎีการสื่อสาร และแบบจำลอง การสื่อสาร. แหล่งที่มา: http://tanakonkarapun.blogspot.com/2014/08/blog-post_64.html, 1 กันยายน 2564.
- ธาดา วินทะไชย และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ. 2561. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 30(2): 130-133.
- ธาริรัตน์ อนันต์ชัยทรัพย์. 2555. แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. รายงานวิจัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พรวิภา ยาสมุทร, พิศมัย ศรีสุวรรณนพกุล, นันทนา วงศ์พรหม, วิภาพรรณ หมื่นมา, ช่อทิพย์ พรหมมาร์ตัน และอรุณวดี โชตินันท์. 2563. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบองค์รวมและครบทุกมิติโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดลำพูน. วารสารวิชาการสาธารณสุข 29(2): 282-285.
- รศยานภิกษ พละศึก, เบญจวรรณ ธนอมชยวัช, และ ดลปภาฏ ทรงเลิศ. 2561. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม: กระบวนการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 5(1): 221-222.

เลิศชาย ปานมุข. 2558. แนวคิด หลักการ และวัตถุประสงค์ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม.

แ ห ล่ ง ที่ ม า : <http://www.lertchaimaster.com/forum/index.php?topic=52.0>, 1 กันยายน 2564.

วรรณศร จันทโสไลด. 2560. การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในองค์กร, น. 6-11. ใน
กรณีศึกษามหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย (สาขาเทคโนโลยีและการสื่อสาร).
มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต, กรุงเทพฯ.

วราภรณ์ บุญเชียง. การวิจัยแบบเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. มิติใหม่ของรูปแบบวิธีวิจัยเพื่อการ
พัฒนาชุมชนระดับท้องถิ่น. แหล่งที่มา:

https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/document/190222155080467899.pdf, 1 กันยายน 2564.

วิชรา บุญศักดิ์. (2548). คลินิกโรคหืดแบบง่ายๆ (Easy Asthma Clinic). 5th BGH Annual
Academic meeting: from the basic to the top in medicine. กรุงเทพมหานคร: สรุ้ง
ทิพย์ออฟเซตห้างหุ้นส่วนจำกัด.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2540). การดูแลตนเองศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์พยาบาล. กรุงเทพฯ: วีเจ.
พรินต์ติ้งจำกัด.

สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย. (2560). ข้อเสนอแนะทางเวชปฏิบัติ เขตสุขภาพที่1 โรคปอดอุดกั้น
เรื้อรัง (ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2560). กรุงเทพฯ: สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย.

สลิล ศิริอุดมภาส. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรคซีไอพีดี(COPD chronic obstructive pulmonary
disease) ค้นเมื่อ 13 พฤศจิกายน 2560 จาก <http://www.haamor.com>.

สาโรช โสภี และ ประภาช วิวรรณมงคล. 2555. หลักการแนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับนวัตกรรมและ
เทคโนโลยี. นวัตกรรมเทคโนโลยีสารสนเทศทางการศึกษา. แหล่งที่มา:
<http://rujira6225.blogspot.com/>, 1 กันยายน 2564.

สุรพันธ์ ยันต์ทอง.(2553). การบริหารโรงเรียน นวัตกรรม:เทคนิค:ประสบการณ์. กรุงเทพมหานคร:โรง
พิมพ์กรมการศาสนา.

สัญญา ยีอราน และ ศิวไลซ์ วนรัตน์จิตร. 2561. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมสู่ความสำเร็จ
การเปลี่ยนแปลงนโยบายในระบบสุขภาพ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการ
สาธารณสุขภาคใต้ 5(2): 295-298.

อมร จันทรดำ, รุจิรา คมสัน, และ เกษมณี ชิลนาค. 2562. การพัฒนาระบบบริการการดูแลระยะยาว
สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอำเภอหนองบัว จังหวัดเลย. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 9(3): 342-348.

อรอำไพ ศรีวิชัย. 2555. แนวคิดของการสื่อสาร. การสื่อสาร. แหล่งที่มา:

<http://phttararitcommunication.blogspot.com/2015/11/blog-post.html>, 1 กันยายน 2564.

อมาวสี อัมพันศิริรัตน์ และ พิมพิมล วงศ์ไชยา. 2560. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม : ลักษณะสำคัญและการประยุกต์ใช้ในชุมชน. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 36(6): 198-200.

อุทัย บุญประเสริฐ.(2539) วิธีการหรือเทคนิคเชิงระบบและแนวทางในการบริหารโรงเรียน. จังหวัดสมุทรปราการ, เอกสารอัดสำเนา.

เอกพล สุมานันท์กุล, การดี อนันต์นาวิ, สิทธิพร นิยมศรีสมศักดิ์, และเรณู พงษ์เรืองพันธุ์. 2555. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมการพัฒนารูปแบบองค์การแห่งการเรียนรู้ของโรงเรียนสุมนานัน จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา 6(1): 20-23.

ภาษาอังกฤษ

GOLD. (2008). **Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease**. Executive summary (updated 2008). Accessed May 28, 2008.

Jardins&burton.(2006). **Clinical Manifestations and Assessment of Respiratory Disease**, 7th Edition by Terry Des Jardins, MEd, RRT and George G. Burton, MD, FACP, FCCP, FAARC

Kast,F., and Rosenzweig,J.E (1979). **Organization and Management: A Systems and Contingency Approach**. New York:Mc Graw-Hill.

Luckmann & Sorensen,(1987). **Medical-Surgicalnursing A psychophysiologic**. philadelphia. W.B. saundersco.

Nici et al (2006) **On pulmonary rehabilitation and the flight of the bumblebee: the ATS/ERS Statement on Pulmonary Rehabilitation**. Published 2006 in The European respiratory journal

Romiszowski, A.J.(1970)**A Systems Approach to Education and Training**. Stanley L.Hunt Publishers.

Wright JL, Churg (2 0 0 6). **A. Advances in the pathology of COPD**. Histopatho

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาว ชนธิรา พูนจันทร์
สถานที่เกิด	จังหวัดนครศรีธรรมราช ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ ปริญญาพยาบาลศาสตร์บัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช
ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช ตำบลบางจาก อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80330 E-mal chonthira.p@anamai.mail.go.th โทร. 091- 6966130

ภาคผนวก ก

คลิปการใช้เครื่องพ่นยาที่ถูกวิธี

<https://drive.google.com/file/d/1FVuae-Uj3wbM2kXu2V1CBfPSB8GBWx8t/view?usp=sharing>

คลิปการบริหารปอด การเคาะปอด การใช้ยาพ่นMDI

https://drive.google.com/file/d/1_sFwbTYYU3w16i0Sef9CMo_i1Sr-8el6/view?usp=sharing



ภาคผนวก ข

ภาพกิจกรรม

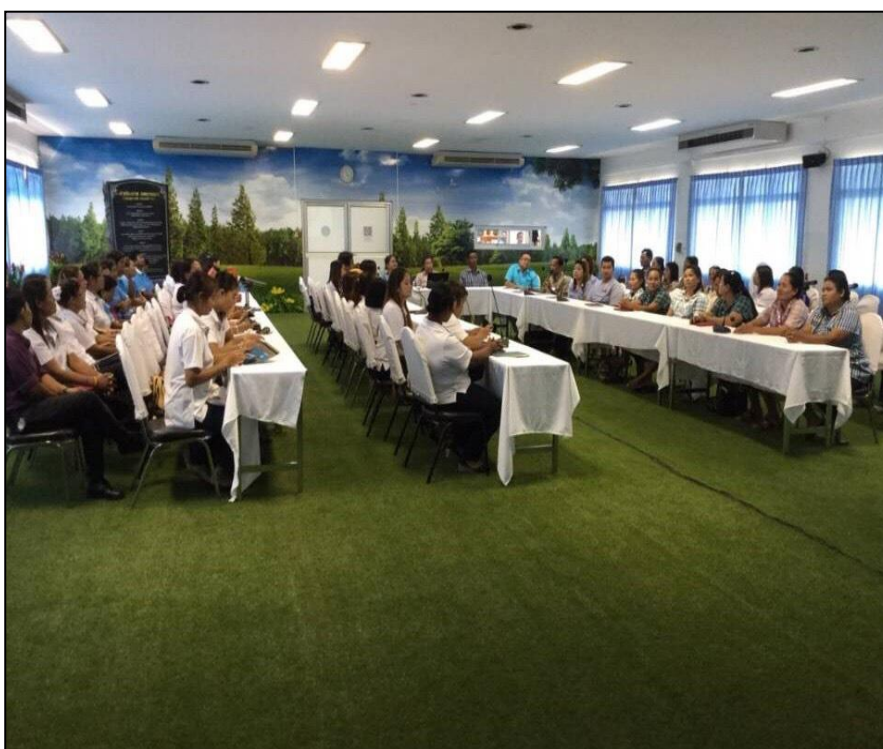
ภาพกิจกรรมรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดกั้นเรื้อรัง
ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนด้วยระบบดิจิทัลในเขตพื้นที่บริการศูนย์อนามัยที่ 11

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ข้อมูลผู้ป่วยโรคปอดกั้นเรื้อรัง



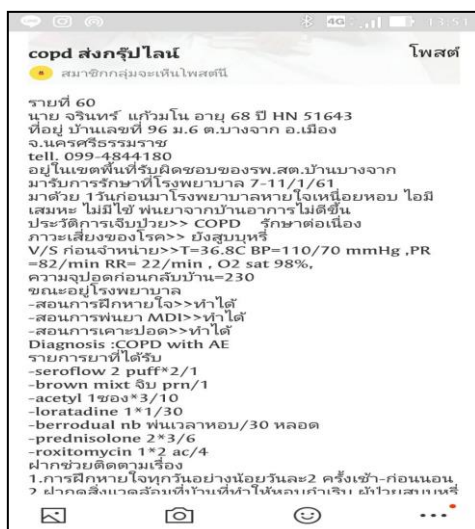
ขั้นตอนที่ 2 ประชุม4แกนนำเพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคและหาข้อตกลงร่วม

การประชุมแกนนำเพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะต่อการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในเขตพื้นที่บริการศูนย์อนามัยที่ 11 ประกอบด้วย 1) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับ ตำบล 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 3) องค์การบริหารส่วนตำบล และ 4) แพทย์ พยาบาล แผนกผู้ป่วยใน เภสัชกร นักกายภาพบำบัด ศูนย์อนามัยที่ 11



ขั้นตอนที่ 3 ปฏิบัติตามแนวทาง

- สร้างgroup lineโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง



- ผลิตคลิปให้ความรู้เรื่อง4 คลิป

คลิปการใช้เครื่องพ่นยาที่ถูกต้อง

<https://drive.google.com/file/d/1FVuae-Uj3wbM2kXu2V1CBfPSB8GBWx8t/view?usp=sharing>

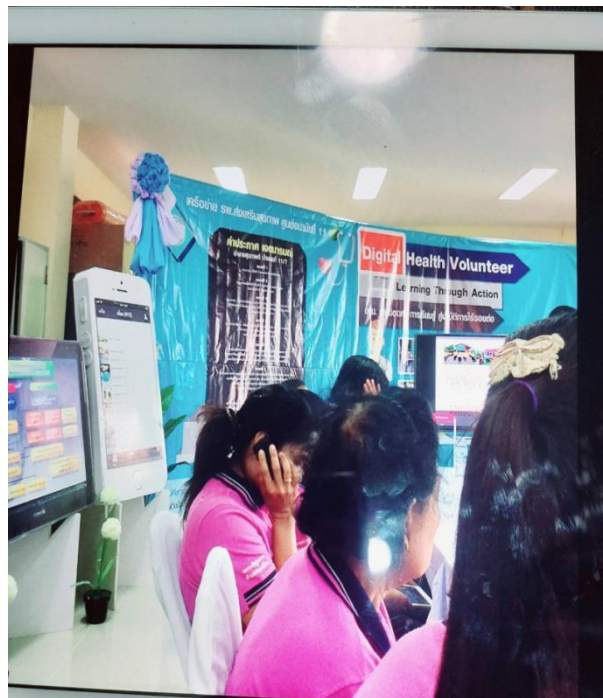


คลิปการบริหารปอด การเคาะปอด การใช้ยาพ่นMDI

https://drive.google.com/file/d/1_sFwbTTYU3w16i0Sef9CMo_i1Sr-8el6/view?usp=sharing



- อบรมให้ความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน



ขั้นตอนที่ 4 ติดตามประเมินผลการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน

