

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

การพัฒนาเมืองผู้สูงอายุแสนสุข (ปีที่ 1)

Development Saensuk Happiness Elderly Community Model

(Phase I)

เวรกา กลิ่นวิจิต และคณะ

A๑๐๗๐๗๓๕๔
- 8 ม.ค. 2558

346995

๐๑๑ 172784

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี

เริ่มบริการ

- 3 ม.ค. 2558

กิตติกรรมประกาศ Acknowledgement

แผนงานวิจัย “การพัฒนาเมืองผู้สูงอายุแสนสุข Development Saensuk Happiness Elderly Community Model” ปีที่ 1 เป็นแผนงานวิจัยที่ได้รับการสนับสนุนวิจัย จาก สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ซึ่งได้เล็งเห็นความสำคัญของประเด็นเร่งด่วนด้านการวิจัยในผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการเพิ่มประสิทธิภาพด้านการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยมุ่งพัฒนาผู้สูงอายุให้มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม มีคุณภาพ มีคุณค่า สามารถปรับตัวเท่าทันการเปลี่ยนแปลง เป็นพลังในการพัฒนาสังคม แผนงานวิจัยนี้มีระยะเวลาการดำเนินงานต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 ปี (พ.ศ. 2556-2558) ประกอบด้วยโครงการย่อยทั้งสิ้น 11 โครงการ โดยในระยะที่ 1 หรือปีที่ 1 ได้ดำเนินโครงการวิจัยตามแผนงานที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ ซึ่งเป็นโครงการความร่วมมือทางวิชาการเพื่อผลิตผลงานวิจัยในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยมีคณะแพทยศาสตร์ เป็นแกนนำในการดำเนินการ และมีคณะวิชาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่ดำเนินงานร่วมกันได้แก่ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ คณะแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข และได้รับความร่วมมือจากเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี โดยขอขอบพระคุณคุณณรงค์ชัย คุณปลื้มนายกเทศมนตรี และขอขอบคุณ ผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัวและชุมชนที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นกลุ่มตัวอย่าง คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ มา ณ โอกาสนี้ นอกจากนี้ ขอกราบขอบพระคุณ ในความกรุณาของ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.นายแพทย์ศาสตร์ เสาวคนธ์ ที่เป็นทั้งที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ แผนงานวิจัยนี้ ตลอดจนคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้คำแนะนำ วิธีการ และข้อเสนอแนะการดำเนินงานศึกษาวิจัยเพื่อให้ตระหนักถึงสิทธิและเคารพความเป็นบุคคล และประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่าง

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ขอกราบระลึกถึงพระคุณของคุณครูบาอาจารย์ ที่ได้อบรมสั่งสอน และประสาทวิชาความรู้แก่คณะผู้วิจัย ซึ่งคณะผู้วิจัยจะได้แสวงหาความรู้เพื่อเป็นตัวอย่างแก่ลูกศิษย์ บุตรธิดาและคนรุ่นหลังต่อไป ความสำเร็จอันเกิดจากการศึกษาวิจัยนี้ ขอมอบเป็นสิ่งทดแทนคุณ และขอกราบขอบพระคุณมา ณ ที่นี้เป็นอย่างสูง

คณะผู้วิจัย

กันยายน 2557

“การพัฒนาเมืองผู้สูงอายุแสนสุข” (ปีที่ 1)

ดร.เวชกา กลิ่นวิชิต, ผศ. นพ. พิสิษฐ์ พริยาพรรณ, พญ. มยุรี พิทักษ์ศิลป์,
 ผศ. ดร. รัชนิการณัฏ์ ทรัพย์กรานนท์, นายสรร กลิ่นวิชิต, นางสาวพวงทอง อินใจ, รศ. ดร. สุนันทา โอศิริ,
 ดร. วณัศรา เชาว์นิยม, ผศ. ดร. ทนงศักดิ์ ยี่งรัตนสุข, ผศ. ดนัย เกียรติกุล,
 ดร. กาญจนา พิบูลย์

คณะแพทยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร
 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บทคัดย่อ

แผนงานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเมืองผู้สูงอายุ มีโครงการวิจัยย่อย ภายใต้แผนงานวิจัยจำนวน 11 โครงการวิจัยย่อย ซึ่งมีวัตถุประสงค์ย่อย ดังนี้ 1) เพื่อพัฒนาชุมชนต้นแบบเป็นเมืองผู้สูงอายุแสนสุข 2) เพื่อวินิจฉัยชุมชนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและประเมินศักยภาพของแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน 3) เพื่อพัฒนาแกนนำสุขภาพนิสิตมหาวิทยาลัยบูรพาเพื่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 4) เพื่อพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ 5) เพื่อพัฒนารูปแบบและกระบวนการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม 6) เพื่อศึกษาผลการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคเสริมสร้างพลังแห่งตนตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อการพัฒนาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ 7) เพื่อค้นหาและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่น สร้างทีมผู้สูงอายุจิตอาสา 8) เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย 9) เพื่อศึกษาแบบแผนการบริโภคอาหาร ภาวะโภชนาการ และปัจจัยขับเคลื่อนชุมชนผู้สูงอายุสุขภาพดี 10) เพื่อศึกษาและพัฒนาระบบการเรียนรู้เพื่อการประกอบอาชีพ ของผู้สูงอายุชุมชน ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว และผู้นำชุมชน วิธีการดำเนินการวิจัย ใช้วิจัยเชิงสำรวจ และวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่ ตุลาคม 2556-กันยายน 2557 ผลการวิจัย พบว่า

1. ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ที่เป็นโรคเบาหวาน เป็นเพศหญิงมาก มีอายุระหว่าง 60-69 ปี สถานภาพ คู่ ประกอบอาชีพค้าขาย รองลงมา คือ ประกอบอาชีพ รับจ้าง มีระดับการศึกษา ระดับประถมศึกษา รายได้ต่อเดือน ส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 10,000 –19,999 บาท ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน พบว่า ส่วนใหญ่ เป็นโรคเบาหวาน มาเป็นระยะเวลา 1-5 ปี ส่วนใหญ่ยังไม่มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง ในภาพรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง โดยมีพฤติกรรมการจัดการความเครียด อยู่ในระดับ ต่ำ ยังมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ผิด และมีปัญหาเรื่องการพักผ่อน นอนหลับอย่างเพียงพอทุกวัน มีความพร้อมด้านการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งถือว่าเป็นต้นทุนที่ดีทำให้เป็นโอกาสและจุดแข็งของชุมชนในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น

2. ในกลุ่มของผู้นำชุมชน หรือแกนนำในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่ เป็น

เพศหญิง อายุเฉลี่ย 34.86 ± 6.07 ปี อาชีพ รับจ้าง สถานภาพสมรส คู่ ระดับการศึกษา มัธยมศึกษา/ปวช. ศาสนา พุทธ ลักษณะของครอบครัว เป็นครอบครัวเดี่ยว รายได้ที่ได้รับต่อเดือน เฉลี่ย $14,413.33 \pm 7,699.79$ บาท รายได้โดยรวมของครอบครัวต่อเดือน เฉลี่ย $26,721.67 \pm 6,669.51$ บาท มีรายได้รวมเพียงพอกับการใช้จ่าย สิทธิบัตรประกันสุขภาพ ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว/ชุมชนเฉลี่ย 5.77 ± 1.29 ปี ส่วนใหญ่ไม่เคยฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เคยได้รับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุจากเจ้าหน้าที่พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบ้างจากการให้คำแนะนำ เมื่อพาผู้สูงอายุไปตรวจสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลในปัจจุบัน อยู่ในระดับ ปานกลาง ทั้งสุขภาพในอดีตและแนวโน้มในอนาคต มีจุดเด่นคือ แก่นนำในครอบครัวมีความตระหนัก/ความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับ มาก และสามารถการยอมรับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ได้ในระดับมากที่สุด ไม่ปฏิเสธความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุและมีทัศนคติบวกต่อการพาผู้สูงอายุไปรับการรักษาจากแพทย์

3. ผลการประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ส่วนใหญ่มีภาวะเครียดปานกลาง ถึง สูง ซึ่งความเครียด ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตในระดับที่สูงขึ้น ถึงแม้ว่า ภาวะซึมเศร้า จะไม่สัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคลแต่ภาวะเครียดมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อาชีพ และการศึกษา ดังนั้น จึงยังคงเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่ต้องให้ความสำคัญและเฝ้าระวังไม่ให้เกิดความรุนแรงและเกิดความเสียหายและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลและสังคมได้

4. ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี พบว่า ส่วนใหญ่

ผู้สูงอายุจะเป็นโรคเรื้อรัง มีอาการของการปวดเข่าและข้อเสื่อมตามวัยที่สูงวัยขึ้น และมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง

5. การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยเป็นทางเลือกที่น่าสนใจเป็นการ

ส่งเสริมภูมิปัญญาไทยและส่งผลต่อสภาพจิตใจทำให้รู้สึกภาคภูมิใจและสร้างค่านิยมรักษวัฒนธรรมไทย อันจะเป็นมรดกส่งต่อไปชนรุ่นหลัง ได้

6. การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญและร่วมทำบุญอย่างสม่ำเสมอเป็นอีกช่องทางหนึ่งที่สามารถพัฒนาจิตวิญญาณให้แก่ผู้สูงอายุ และสร้างความรักความผูกพัน ความสมัครสมานสามัคคี มีกิจกรรมเชื่อมโยงสายใยในครอบครัวได้เป็นอย่างดี

7. พบว่า ในปัจจุบันผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ เพิ่มขึ้น เพื่อเป็นการพัฒนาตนเองแต่ยังพบปัญหาด้านการได้รับการพัฒนาทักษะในการเรียนรู้ในการประกอบอาชีพในกลุ่มของผู้สูงอายุที่ยังประกอบอาชีพดั่งนั้น ในชุมชนควรหาทริคในการพัฒนาการเรียนรู้ของผู้สูงวัยให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการที่ผู้สูงอายุควรได้รับ

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุ รูปแบบการดูแลสุขภาพ สุขภาพผู้สูงอายุ

Development Saensuk Happiness Elderly Community Model

(Phase I)

Dr.Wethaka Klinwichit, Ph.D., Asst.Prof.Dr.Pisit Piriyaapun , Dr.Mayuree Pitulsil,M.D.

Asst.Prof.Dr.Rachaneeporn Supkaranon, Ph.D., Mr.San Klinwichit ,

Miss Puengthong Inchai,Assoc.Prof.Sunanta Osiri, Ph.D., Dr.Wanassara

Chaoniyom,Ph.D., Dr.Thanongsak Yingrattanasuk,Ph.D., Dr.Danai

Keattikul,Ph.D.,Dr.Kanchana Piboom,Ph.D.

Faculty of Medicine, Faculty of Nursing and Faculty of Public Health , Burapha University

Abstract

The purpose of this research project was to develop Saensuk happiness elderly community model and sub-objectives were 1) to develop prototype of community for the elderly 2) to community diagnosis in health care for the elderly and assess potential of health leaders in families and community 3) to develop student leaders for help the elderly in community 4) to develop health leaders for the elderly care in families and community 5) to develop health care model for the elderly with diabetic mellitus by participation with family and community 6) to study the effect of Neuro-Linguistic Program to stress and depression in the elderly 7) to explore and find Thai traditional medicine for building team to volunteer and help the elderly 8) to develop health promotion model with Thai traditional medicine 9) to develop eating pattern nutrition and factors to move healthy for all elderly 10) to study and develop learning process for the elderly occupation in the community. The population of this research project was the elderly, the family members and health leaders in Saensuk Municipality,Chon Buri,THAILAND. Research methodologies were research and developing, participatory action research, survey ,descriptive research and qualitative research. Study time since October 2013 to September 2014. It was found that;

1. The elderly with diabetics mellitus were female mostly, age range 60-69 years, merchant and education were in primary school, income around 10,000-19,999 baht, during of illness 1-5 years: Lack of knowledge for self-care and self care behaviors were in medium level by low level to stress management. Still have drug use inappropriately and have sleepless problem.

2. The health leaders in families and community revealed that female was the most

๑

in age average 34.86 ± 6.07 years, employee, couple ,education in secondary school , Buddhist ,live in single family ,average income per month $14,413.33 \pm 7,699.79$ baht, average family income $26,721.67 \pm 6,669.51$ baht that enough for payment in their family, government insurance , average time spending to care the elderly 5.77 ± 1.29 years. They never got a certification to training in health care for elderly, excepted giving some advice from nurse and health care workers. Health perceive in the elderly were in medium level. They accepted to the elderly health problems and aware to taking care old people. They got the positive thinking to take them to the doctors.

3. The mental health evaluation was found that; the elderly in the community has stress in moderate to high level and effect to depression.

4. Health problems of the elderly in the community were chronic illness in musculo-skeleton systems such as arthritis, gout, Rheumatisms and joint pain and heart and vascular diseases such as hypertension, diabetic mellitus and hyperlipidemia.

5. Health promotion with Thai traditional medicine was the good choice to make the elderly feel happy and proud to do.

6. Make merit was the routine for the elderly to communicate and cooperate together.

7. Now a day, the elderly try to learn new things for develop themselves to live with people in community but we still found that in the early age of the elderly, they usually have problems to develop their skill in the workplace.

Keywords : Elderly , Elderly care, Aging, Aging care model, Health of Elderly

สารบัญเรื่อง

หน้า

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

บทที่

1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์หลักของแผนงานวิจัย.....	2
เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของแผนงานวิจัย.....	3
เป้าหมายของผลผลิตและตัวชี้วัด.....	4
ขอบเขตของโครงการวิจัย.....	5
วิธีดำเนินการวิจัยของแผนงาน.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	7
การเผยแพร่.....	7
ผู้ใช้ประโยชน์จากการวิจัย.....	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
แนวคิดการวินิจฉัยชุมชนด้านสุขภาพ.....	8
แนวคิดการพัฒนาแกนนำครอบครัวและชุมชน.....	10
ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ.....	13
แนวคิดการเสริมพลังอำนาจ.....	13
แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน.....	15
แนวคิดการใช้กระบวนการ Self help group.....	16
ทฤษฎีโปรแกรมประสาทสัมผัสในการดูแลสุขภาพจิต.....	20
แนวคิดทฤษฎีเศรษฐกิจพอเพียง.....	22

สารบัญเรื่อง (ต่อ)

บทที่	หน้า
แนวคิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต.....	23
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	28
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	44
แผนการบริหารแผนงานวิจัย.....	49
กลยุทธ์ของแผนงานวิจัย.....	50
ระยะเวลา.....	51
สถานที่ทำการวิจัย.....	51
วิธีดำเนินการวิจัย.....	52
4 ผลการศึกษาวิจัย.....	65
การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี (ปีที่ 1) : การประเมินศักยภาพ ของแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ	65
การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม (ปีที่ 1) : การประเมินภาวะสุขภาพและศักยภาพในการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี.....	69
การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังตามแนวทฤษฎีโปรแกรม ภาษาประสาทสัมผัส ปีที่ 1: ผลการประเมินภาวะสุขภาพจิตของ ผู้สูงอายุในชุมชน เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี.....	73
การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย.....	76
การพัฒนาการเรียนรู้และอาชีพของผู้สูงอายุ การวิเคราะห์สถานการณ์.....	78

สารบัญเรื่อง (ต่อ)

บทที่	หน้า
5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....80
	สรุปผลการวิจัย..... 80
	อภิปรายผลการวิจัย.....87
	ข้อเสนอแนะ.....89
	ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....90
	บรรณานุกรม.....91
	ประวัติคณะผู้วิจัย.....96

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โครงสร้างประชากรผู้สูงอายุในปัจจุบัน เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงเวลาเพียง 30 ปี โดยเฉพาะในทวีปเอเชียและแถบแปซิฟิก เมื่อปี 1990 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 4.6 เพิ่มขึ้นร้อยละ 7.36 ในปี 1999 และประมาณการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2020 จะมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 15.28 ของประชากรทั้งหมด อายุเฉลี่ยของชายไทยคือ 67.36 ปี และผู้หญิง 71.74 ปี (Human Resources Planning Division, 1994) จากการเปลี่ยนแปลงสภาวะด้านสังคมอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรไทยที่มีสัดส่วนประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นนี้ ถือได้ว่าในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 ประเทศไทยได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุแล้วและจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี 2568 การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ มากมาย สังคมไทยที่กำลังก้าวไปสู่สังคมผู้สูงอายุจำเป็นต้องเร่งพัฒนา ศึกษา และวิเคราะห์สถานการณ์ต่าง ๆ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาองค์ความรู้ และนำองค์ความรู้ที่ได้จากศึกษาวิจัย มาสู่การทดลองใช้รูปแบบต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุความสำเร็จ คือการเพิ่มคุณภาพชีวิตพร้อมกับการการมีชีวิตยืนยาวขึ้น โดยคาดหวังว่าผู้สูงอายุจะยังคงแข็งแรงและรับรู้ว่ามีคุณค่า ซึ่งการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจึงอยู่ที่การช่วยให้มีความสามารถสูงสุดเต็มตามศักยภาพในการทำกิจวัตรประจำวัน มากกว่าการมุ่งรักษาเฉพาะโรค การบริการสุขภาพจะต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ ปกป้องสุขภาพ พื้นสภาพ ควบคู่กับการดูแลรักษา (Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations, 2002) ดังนั้นเพื่อเป็นการรองรับนโยบายดังกล่าว และเกิดความสะดวกคล่องในการดำเนินการ มหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งเป็นสถาบันอุดมศึกษาชั้นนำในภาคตะวันออกเฉียงใต้ จัดทำแผนยุทธศาสตร์มหาวิทยาลัย โดยระบุให้ศาสตร์การดูแลผู้สูงอายุเป็นศาสตร์ที่มหาวิทยาลัยต้องเร่งสร้างความเป็นเลิศและระดมทรัพยากรเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ และความเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ (มหาวิทยาลัยบูรพา, 2553) ทำให้เกิดความร่วมมือทางวิชาการและการพัฒนาเพื่อผลิตผลงานวิจัยในศาสตร์ดังกล่าวจากการรวมกลุ่มของคณะผู้วิจัยในกลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ อันประกอบด้วย คณะแพทยศาสตร์ ซึ่งมีศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ เป็นหน่วยงานหลักในการประสานความร่วมมือดังกล่าว ร่วมกับคณะสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร และหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดชลบุรีและเทศบาลเมืองแสนสุข ได้ร่วมกันศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาชุมชน

ต้นแบบเมืองผู้สูงอายุแสนสุขขึ้น โดยเริ่มตั้งแต่การสำรวจ วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพของ ผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลเมืองแสนสุข เพื่อประเมิน และร่วมวินิจฉัยชุมชนร่วมกัน ในการพัฒนา แก่นนำทั้งในส่วนที่เป็นกำลังสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น นิสิต นักศึกษา ซึ่งถือได้ว่าเป็นเยาวชนคน รุ่นใหม่ ที่จะต้องปลูกฝังค่านิยม และความรู้ ความเข้าใจในการใช้ชีวิตอยู่ในสังคมสูงอายุ รวมถึงการ ค้นหาและพัฒนาแก่นนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งในส่วนที่เป็นผู้สูงอายุที่ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ที่พบบ่อยในชุมชนพื้นที่นี้ อันได้แก่ โรคเบาหวาน นอกจากนี้ยังเน้นไปที่การดูแลสุขภาพจิตและการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ อย่างครบวงจร

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาชุมชนต้นแบบเป็นเมืองผู้สูงอายุแสนสุข ในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อวินิจฉัยชุมชนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและประเมินศักยภาพของแก่นนำสุขภาพ ครอบครัวและชุมชน เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
3. เพื่อพัฒนาแก่นนำสุขภาพนิสิตมหาวิทยาลัยบูรพาเพื่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาล เมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
4. เพื่อพัฒนาแก่นนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชนเทศบาล เมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
5. เพื่อพัฒนารูปแบบและกระบวนการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดยให้ ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม
6. เพื่อศึกษาผลการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคเสริมสร้างพลังแห่งตนตามทฤษฎีโปรแกรม ภาษาประสาทสัมผัสต่อการพัฒนาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ
7. เพื่อค้นหาและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่น สร้างทีมผู้สูงอายุจิตอาสา ชุมชนเทศบาลเมือง แสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
8. เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย
9. เพื่อศึกษาแบบแผนการบริโภคอาหาร ภาวะโภชนาการ และปัจจัยขับเคลื่อนชุมชน ผู้สูงอายุสุขภาพดี
10. เพื่อศึกษาและพัฒนากระบวนการเรียนรู้เพื่อการประกอบอาชีพ ของผู้สูงอายุชุมชน เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของแผนงานวิจัย

เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของแผนงานวิจัยนี้ จะเป็นการตอบสนององยุทธศาสตร์การ

พัฒนาประเทศตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11(พ.ศ. 2555-2559) อันได้แก่

1. ยุทธศาสตร์การสร้างความเป็นธรรมในสังคม

มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีสารสนเทศในการพัฒนาคุณภาพชีวิตแก่ผู้สูงอายุ และเป็นการจัดบริการทางสังคมสร้างโอกาสให้กลุ่มผู้สูงอายุ สามารถเข้าถึงบริการทางสังคมได้อย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม เสริมสร้างพลังให้กลุ่มผู้สูงอายุมีทางเลือกการใช้ชีวิตในสังคม สร้างความมีส่วนร่วมทางสังคมอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรีแก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งการเสริมสร้างความสัมพันธ์อันดีภายในครอบครัว ชุมชน

2. ยุทธศาสตร์การพัฒนาคูณาส่งคมแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิตอย่างยั่งยืน

มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุให้มีความมั่นคงทางสังคมมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีคุณค่า สามารถปรับตัวเท่าทันการเปลี่ยนแปลง และเป็นพลังในการพัฒนาสังคม

- สร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ตลอดชีวิตเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและสามารถดำรงชีวิตอย่างรู้เท่าทัน
- สร้างปัจจัยสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต และพัฒนาแหล่งเรียนรู้ในชุมชน
- สร้างความเข้มแข็งให้แก่สถาบันครอบครัวในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคุณภาพชีวิตในชุมชนที่สอดคล้องกับศักยภาพของพื้นที่ภาคตะวันออก

3. ยุทธศาสตร์การสร้างเชื่อมโยงกับเศรษฐกิจในภูมิภาค

มีเป้าหมายเพื่อเตรียมความพร้อมและปรับตัวเข้าสู่บริบทโลกและภูมิภาคที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

- สร้างความพร้อมในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน โดยการยกระดับการให้บริการด้านสุขภาพและบริการสาธารณสุข ในการดูแลผู้สูงอายุ
- เสริมสร้างศักยภาพชุมชนและท้องถิ่นในการรับรู้และเตรียมพร้อมรับกระแสการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

- สร้างเครือข่ายของสถาบันการศึกษาเพื่อสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมในชุมชนและภูมิภาค

เป้าหมายของผลผลิต (Output) และตัวชี้วัด

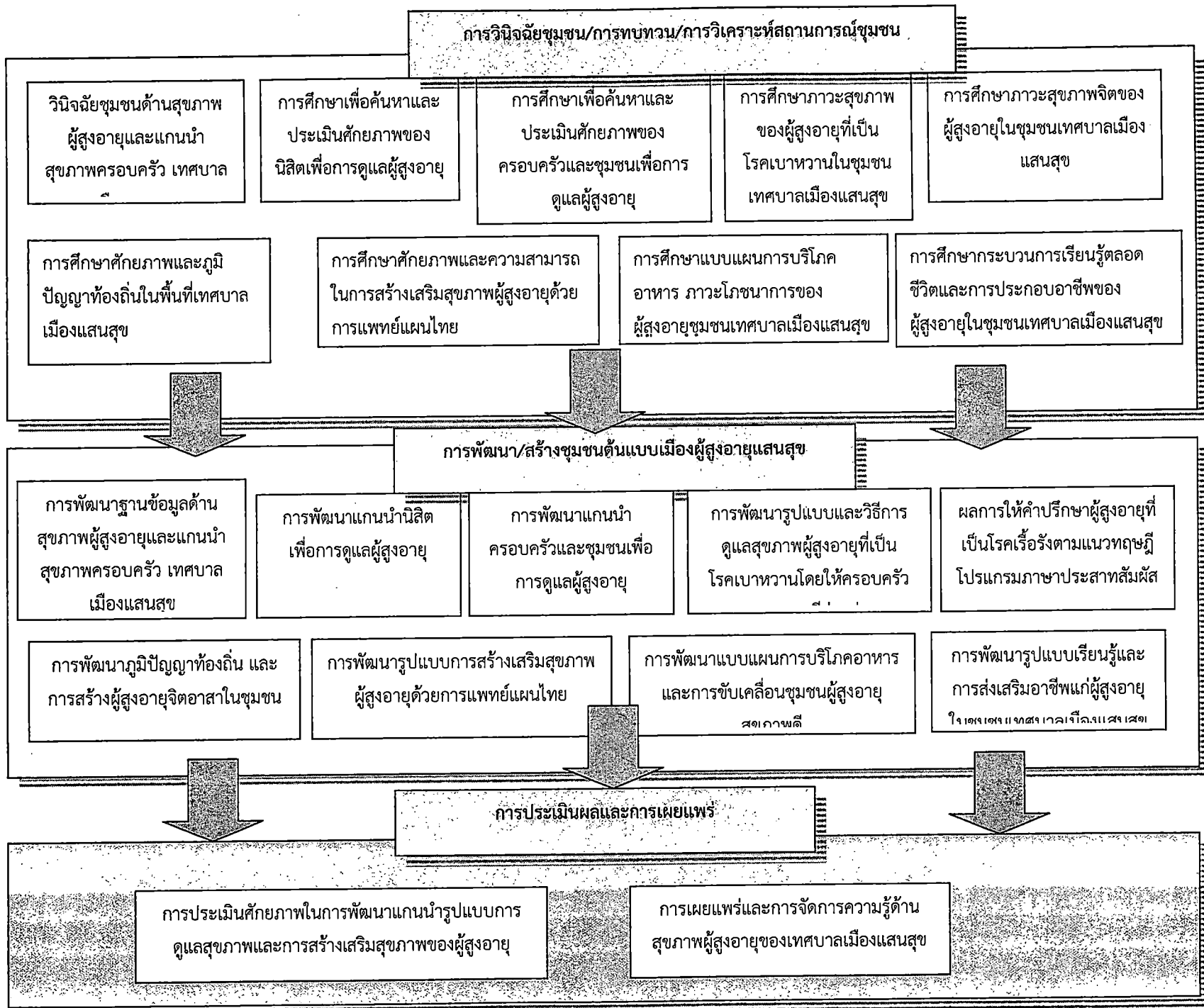
เป้าหมายของผลผลิตที่เป็นรูปธรรมซึ่งได้จากการวิจัยครั้งนี้ คือ

1. มีชุมชนต้นแบบผู้สูงอายุสุขภาพดี จากการพัฒนาเมืองผู้สูงอายุแสนสุข ในเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
2. กลุ่มชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
3. มีฐานข้อมูลด้านสุขภาพผู้สูงอายุและแกนนำสุขภาพครอบครัว เทศบาลเมืองแสนสุข ที่จะพัฒนาไปสู่การสร้างเมืองผู้สูงอายุแสนสุข
4. ได้รูปแบบและวิธีการในการพัฒนาเยาวชนในการเป็นแกนนำเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ
5. ได้รูปแบบและวิธีการในการพัฒนาครอบครัวและชุมชนในการเป็นแกนนำเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ
6. ได้รูปแบบในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน
7. มีฐานข้อมูลภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข
8. ได้รูปแบบและวิธีการพัฒนาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง
9. มีฐานข้อมูลภูมิปัญญาท้องถิ่นของชุมชนเมืองแสนสุข
10. มีแกนนำจิตอาสาผู้สูงอายุในการพัฒนาชุมชน
11. ได้รูปแบบและวิธีการในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย
12. ทราบแบบแผนการบริโภคอาหาร ภาวะโภชนาการ และปัจจัยที่เอื้อต่อการขับเคลื่อนชุมชนผู้สูงอายุสุขภาพดี
13. ได้รูปแบบและการพัฒนาการเรียนรู้และการประกอบอาชีพของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองแสนสุข

ขอบเขตของโครงการวิจัย

ทฤษฎี แนวคิดและหลักการที่ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัยของแผนงานวิจัยนี้ ได้แก่

1. แนวคิดการวินิจฉัยชุมชนด้านสุขภาพ
2. แนวคิดการพัฒนาแกนนำครอบครัวและชุมชน
3. ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ
4. แนวคิดการเสริมพลังอำนาจ
5. แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน
6. แนวคิด Community base service
7. การพัฒนารูปแบบโดยใช้วิธีการวิจัยแบบมีส่วนร่วม
8. แนวคิดการใช้กระบวนการ Self help group
9. ทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสารทสัมผัสในการดูแลสุขภาพจิต
10. แนวคิดทฤษฎีเศรษฐกิจพอเพียง
11. แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย
12. แนวคิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต
13. แนวคิดด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสิ่งแวดล้อม



แผนภูมิ 1 แสดงวิธีดำเนินการวิจัยของแผนงาน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นการพัฒนาความเป็นเลิศในศาสตร์ผู้สูงอายุ ตามแผนยุทธศาสตร์ของมหาวิทยาลัยบูรพา
2. เป็นการพัฒนาชุมชนต้นแบบผู้สูงอายุสุขภาพดี เป็นเมืองผู้สูงอายุแสนสุข
3. เป็นการบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุในลักษณะของสหสาขาวิชาชีพ ในกลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ เป็นการประสานความร่วมมือในรูปแบบของคณะทำงานเพื่อพัฒนาความเข้มแข็งทางวิชาการและการวิจัยในกลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบหลักในการประสานความร่วมมือดังกล่าว รวมทั้งการประสานความร่วมมือกับชุมชน ทั้งในส่วนของเทศบาลเมืองแสนสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและสำนักงานสาธารณสุขในพื้นที่
4. เป็นการสร้างความมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

การเผยแพร่

1. การเผยแพร่ข้อมูลผลการวิจัยผ่านWebsite, วารสารวิชาการ , การนำเสนอผลงานทางวิชาการทั้งในและต่างประเทศ
2. การเผยแพร่ผลการวิจัยผ่านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มคณะผู้วิจัย ผู้รับผลงาน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย อาทิ ชุมชนในท้องถิ่น ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และองค์กรต่าง ๆที่เกี่ยวข้อง

ผู้ใช้ประโยชน์จากผลการวิจัย

1. ผู้สูงอายุ
2. กลุ่มผู้ดูแล ครอบครัวของผู้สูงอายุ
3. หน่วยงานที่มีหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแล ช่วยเหลือ สนับสนุนการดูแลทางด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ
4. องค์กรอื่นๆ ที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือให้การสนับสนุนการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยสาระสำคัญ ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดการวิจัยชุมชนด้านสุขภาพ
2. แนวคิดการพัฒนาแกนนำครอบครัวและชุมชน
3. ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ
4. แนวคิดการเสริมพลังอำนาจ
5. แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน
6. แนวคิดการใช้กระบวนการ Self help group
7. ทฤษฎีโปรแกรมประสาทสัมผัสในการดูแลสุขภาพจิต
8. แนวคิดทฤษฎีเศรษฐกิจพอเพียง
9. แนวคิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต
10. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดการวิจัยชุมชนด้านสุขภาพ

การวิจัยชุมชน คือ กระบวนการศึกษาโดยการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ เพื่อให้ได้ผลที่บ่งชี้ว่าคนในชุมชนนั้นมีสภาพอย่างไร รวมถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีเกี่ยวข้องเชื่อมโยงถึงลักษณะโครงสร้างของประชากร เศรษฐกิจและสังคม วัฒนธรรม การเมือง

เครื่องมือ 7 ชิ้นในการศึกษาชุมชน ได้แก่ แผนที่เดินดิน ผังเครือญาติ โครงสร้างองค์กรชุมชน ระบบสุขภาพชุมชน ปฏิทินชุมชน ประวัติศาสตร์ชุมชน ประวัติศาสตร์ชีวิต มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. การเตรียมชุมชน

- 1.1. การสรรหาคณ เช่น การหักทาม เชิญชวนโดยการพูดกล่าววาจา และมองศักยภาพของตัวบุคคลด้วย
- 1.2. การเตรียมตนเองและทีมงาน เช่น การอบรมให้ความรู้ การศึกษาดูงาน การปรับทำความเข้าใจแผนงาน
- 1.3. การเตรียมประชาชนหรือองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน เช่น คณะกรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครอบต. ต่าง ๆ ครู โต๊ะอิหม่าม ผู้ดำเนินงานจะต้องบอกวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการทำงานใน

ชุมชนรับทราบ เพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง และเป็นการกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ ในการปฏิบัติงานพัฒนา พร้อมงานวิจัยของชุมชนเอง เช่น การสกรีนคนหรือคัดเลือก การจัดเวที การระดมความคิด

- 1.4. การวางแผนเตรียมการดำเนินงานชุมชน เป็นการกำหนดขั้นตอนและกิจกรรมการทำงานให้เหมาะสมและระยะเวลาการปฏิบัติ รวมทั้งการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละฝ่าย ให้สอดคล้องกันทั้งนี้ เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายในระยะเวลาที่กำหนด เช่น ตัวอย่างแผนการปฏิบัติงาน ศูนย์ประสานงานวิชาการ ให้ความช่วยเหลือหญิงหม้ายและเด็กกำพร้า ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบ สามจังหวัดชายแดนภาคใต้

2. การประเมินชุมชน

- 2.1. การเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น การสังเกตการณ์ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การจัดโฟกัสกรุป การพูดคุย Learning by doing
- 2.2. การวิเคราะห์ข้อมูล เช่น ตัวอย่างแบบฟอร์มการวินิจฉัยชุมชนและการวิเคราะห์ข้อมูล
- 2.3. การระบุจุดด้อย – จุดเด่นในชุมชนโดยใช้กระบวนการกลุ่มย่อย หรือผู้รู้ในชุมชน
- 2.4. การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา จาก ขนาดของปัญหา ความรุนแรงของปัญหา ความเป็นไปได้ในการแก้ปัญหาหรือความยากง่ายในการแก้ปัญหา ด้านวิชาการ ด้านบริหาร ระยะเวลา ด้านกฎหมาย ด้านศีลธรรม ความตระหนักต่อปัญหาของชุมชน

3. การศึกษาสาเหตุต้นตอ

4. การวางแผนแก้ไขปัญหาหรือส่งเสริมหรือพัฒนากลุ่ม

4.1. แผนงานหลัก ได้แก่ ปัญหาของกลุ่ม เช่น ขยะ โภชนาการ สมุนไพร การวิเคราะห์ปัญหาและสภาวะที่เกี่ยวข้องกับปัญหา เป้าหมายของการแก้ปัญหา จุดประสงค์ กลวิธีทางกลุ่ม/ชาวบ้าน/องค์กรที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้น ๆ อุปสรรค ผู้รับผิดชอบ การประเมิน

4.2. แผนงานย่อย

- ชื่อโครงการ (โครงการทำอะไร ทำกิจกรรมอะไร)
- ผู้รับผิดชอบ (ใครทำ)
- หลักการและเหตุผล (ทำไมต้องทำ ทำไปทำไม)
- วัตถุประสงค์ (ทำเพื่ออะไร)
- เป้าหมาย (ทำกับใคร ทำแค่ไหน)
- วิธีการดำเนินการ (ทำอะไร ทำอย่างไร)
- ระยะเวลาดำเนินการ (ทำเมื่อไร)
- สถานที่ดำเนินการ (ทำที่ไหน)

- งบประมาณ (ทำได้จากแหล่งใด ใช้ไปเท่าไร)
- ผลที่คาดว่าจะได้รับ (ทำแล้วจะได้รับประโยชน์อะไร)
- การประเมิน (จะวัดผลอย่างไร บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมาย หรือไม่)

5. การประเมินผลการปฏิบัติงาน (ผลรวมทั้งหมด)

- 5.1. การระบุดูจุดต่อ – จุดเด่น ในชุมชนโดยใช้กระบวนการกลุ่มย่อย หรือผู้รู้ในชุมชน
- 5.2. การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

6. การศึกษาสาเหตุต้นตอ (จากปัจจัยอะไร สาเหตุมาจากไหน อย่างไร)

7. การวางแผนแก้ไขปัญหา (จัดเวที จากการทำกิจกรรม)

8. การประเมินผลการปฏิบัติงาน (ชุมชนได้อะไรบ้าง มีอะไรเปลี่ยนแปลงหรือไม่ พัฒนาขึ้น – เท่าเดิม)

9. ออกรายงาน

2. แนวคิดการพัฒนาแกนนำครอบครัวและชุมชน

2.1 แนวคิดเรื่องการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter, 1986) เน้นที่การเพิ่มสมรรถนะให้บุคคลสามารถควบคุมปัจจัยที่กำหนดสุขภาพ และส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพดี โดยบุคคลสามารถที่จะควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสม และปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ซึ่งสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ได้แก่

1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy)
2. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Healthy Environment)
3. การสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน (Strengthening Community Action)
4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Personal Skill Development)
5. การปรับระบบบริการสุขภาพ (Reoriented Health Service)

2.2 แนวคิดเรื่องประชาคม

ประชาคมเป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ทุกฝ่าย ทั้งภาครัฐ ภาคธุรกิจ องค์กร ภาครัฐ ประโยชน์และประชาชน เข้าร่วมงานพัฒนาชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน มีการติดต่อสื่อสารกัน หรือการรวมกลุ่มกัน มีความเอื้ออาทรกัน มาเรียนรู้ร่วมกันในการกระทำบางสิ่งบางอย่าง ประชาคมจึงเป็นยุทธศาสตร์สุขภาพที่สำคัญอย่างหนึ่งเพราะรวมกลุ่มกันทำให้เกิดพลังงานทางสังคมอย่างมหาศาลที่ส่งผลต่อองค์กรรวมของสุขภาพ คือ ทั้งทางด้านจิตใจ การช่วยเหลือด้านวัตถุ การเกื้อหนุนทางสังคม และการสร้างปัญญาให้แก่คนในชุมชน (ประเวศ วะสี, 2541: 31-36 ก)

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

ความหมายของการดูแลตนเอง

โอเรียม (Orem, 1995) ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่าเป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ของบุคคลเป็นการริเริ่มและการกระทำด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ทั้งในภาวะปกติและขณะเจ็บป่วย เป็นการกระทำอย่างตั้งใจ มีเป้าหมาย มีระบบระเบียบ เป็นขั้นตอนและเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการการดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล

สไตเกอร์ และลิปสัน (Steiger and Lipson, 1985) ให้ความหมายของการดูแลตนเอง ว่าเป็นกิจกรรมที่ริเริ่มกระทำโดยบุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อให้บรรลุหรือคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีที่สุด

เพนเดอร์ (Pender, 1982) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติที่บุคคลริเริ่ม และกระทำใ่วิถีทางของตนเองเพื่อรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน

เลวิน (Levin, 1976 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) ให้ความหมายการดูแลตนเองว่าเป็นกระบวนการที่บุคคลปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ค้นหาหรือรักษาโรคในระยะเริ่มแรก โดยใช้แหล่งบริการสุขภาพ โดยใช้แหล่งบริการสุขภาพ

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้นำแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเรียมมาใช้ในการศึกษาวิจัย ซึ่งโอเรียมมีจุดมุ่งหมายในการดูแลตนเองดังนี้

1. ส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นไปตามปกติ รวมทั้งพัฒนาการของบุคคลให้มีประสิทธิภาพตามกำหนด
2. ดำรงไว้ซึ่งโครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของร่างกายเพื่อดำเนินชีวิตตามปกติ
3. ป้องกัน ควบคุม หรือบรรเทาอาการตามกระบวนการเกิดโรค
4. ป้องกันความพิการ หรือทดแทนสิ่งที่สูญเสียไปแล้ว
5. ส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี

ตามแนวคิดของโอเรียม ความสามารถในการดูแลตนเองประกอบด้วยโครงสร้าง 3 ระดับ คือ (Orem, 1991)

ระดับที่ 1 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundation Capabilities and Dispositions) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างตั้งใจ โดยทั่ว ๆ ไป ประกอบด้วย

1. ความสามารถ และ ทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาและใช้เหตุผล

2. หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึกทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส
3. การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง
4. การเห็นคุณค่าในตนเอง
5. นิสัยประจำตัว
6. ความตั้งใจ
7. ความเข้าใจในตนเอง
8. ความหวังใยในตนเอง
9. การยอมรับตนเอง
10. ระบบการจัดลำดับความสำคัญ การรู้จักแบ่งเวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ
11. ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

ระดับที่ 2 พลังงานความสามารถ 10 ประการ (Ten Power components) เป็นความสามารถซึ่งเป็นตัวกลางเชื่อมการรับรู้ และการกระทำที่จิตใจ เพื่อการดูแลตนเองของมนุษย์ ประกอบด้วย

1. ความสนใจเอาใจใส่ในตนเอง รวมทั้งความสนใจเอาใจใส่ในภาวะแวดล้อมภายในและภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง
2. ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานของร่างกายให้เพียงพอและต่อเนื่องสำหรับการดูแลตนเอง
3. ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เพื่อการเคลื่อนไหวในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง
4. ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง
5. แรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง
6. ทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ
7. ความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และสามารถจะจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้
8. ทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิด และสติปัญญา ตลอดจนการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น
9. ความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง
10. ความสามารถที่จะปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต ในฐานะบุคคลซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

ระดับที่ 3 ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operation) เป็นความสามารถที่จำเป็น และใกล้ชิดโดยตรงที่จะใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที เป็นการแสดงให้เห็นถึง ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลอย่างแท้จริง ประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการคือ

1. การคาดการณ (Estimative Operations) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์ และองค์ประกอบในตนเอง และสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมาย และความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง
2. การปรับเปลี่ยน (Transitional Operations) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่ควรกระทำ และจะกระทำกิจกรรม
3. การลงมือปฏิบัติ (Productive Operations) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสนองตอบต่อการดูแลตนเอง

3. ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter, 1986) เน้นที่การเพิ่มสมรรถนะให้บุคคลสามารถควบคุมปัจจัยที่กำหนดสุขภาพ และส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพดี โดยบุคคลสามารถที่จะควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสม และปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ซึ่งสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ได้แก่

1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy)
2. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Healthy Environment)
3. การสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน (Strengthening Community Action)
4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Personal Skill Development)
5. การปรับระบบบริการสุขภาพ (Reoriented health Service)

4. แนวคิดการเสริมพลังอำนาจ

แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมพลังอำนาจ

การเสริมพลังอำนาจ เดิมเป็นคำมาใช้ในด้านการบริหาร โดยเน้นการให้อำนาจบุคคลเพื่อให้บุคคลเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน อันนำไปสู่เป้าหมายองค์กรเพื่อเพิ่มผลผลิตและประสิทธิภาพของงาน ต่อมาได้มีความพยายามให้ความหมายของคำว่า การเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) อย่างกว้างขวางมากขึ้น ตลอดจนมีการนำการเสริมพลังอำนาจมาใช้ในสถานการณ์ต่าง ๆ เช่น ใช้ในผู้ป่วย ใช้ในการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมบุคคลให้ดีขึ้น โดย

กระบวนการของการเสริมพลังอำนาจช่วยให้บุคคลเกิดความมั่นใจ มุ่งมั่นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยความเพียรพยายามมั่นใจ และเชื่อมั่นว่าตนมีอำนาจที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ให้ประสบความสำเร็จได้ดี (อรพรรณ ลีอนุวัตรชัย 2541: 234 อ้างถึงใน สุภาพรณ สุขคล้าย 2553)

ความหมายของการเสริมพลังอำนาจ

มีนักวิชาการได้ให้ความหมายไว้หลายทัศนะดังนี้

Gibson (1991) ได้กล่าวถึงการเสริมพลังอำนาจว่า เป็นแนวคิดที่อธิบายกระบวนการทางสังคม การแสดงถึงการยอมรับและชื่นชม การส่งเสริม การพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการตอบสนองความต้องการของตนเองและแก้ปัญหาด้วยตนเอง รวมถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองและรู้สึกว่าตนเองมีอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือวิถีชีวิตของตนเองได้

Greasley and King (2005) กล่าวว่า ความหมายของการเสริมพลังอำนาจมีความสัมพันธ์กับแนวคิดของอำนาจ (Concept of Power) ซึ่งแนวคิดดังกล่าวเน้นถึงการควบคุม (Control) การปกครอง (Hierarchy) และการควบคุมอย่างเคร่งครัด (Rigidity) แต่ความหมายของการเสริมพลังอำนาจในด้านองค์กรและการจัดการ จะหมายถึง การให้อำนาจและความรับผิดชอบแก่ผู้ปฏิบัติงาน ทำให้เกิดความรู้สึกความเป็นเจ้าของและการควบคุมงานได้ด้วยตนเอง การทำให้ผู้ปฏิบัติงานปฏิบัติงานได้อย่างเต็มศักยภาพ ทั้งส่วนบุคคล ทีมงาน และองค์กรโดยรวม และมีกาจัดเครื่องมือและทรัพยากร เพื่อการพัฒนาการสร้างและเพิ่มพูนประสิทธิภาพและความสามารถของบุคคล

Conger and Kanungo (1988) เป็นถึงการเสริมพลังอำนาจด้านจิตใจ โดยการขจัดความรู้สึกไร้อำนาจของบุคคล ให้มีความรู้สึกมั่นใจในการทำงาน

Funnell (2004) กล่าวว่า การเสริมพลังอำนาจผู้ป่วยเป็นการช่วยให้บุคคลค้นพบและใช้ความสามารถที่ตนมีอยู่ในการควบคุมโรคที่ตนเองป่วยอยู่

Miller (1992) กล่าวว่า การเสริมพลังอำนาจเป็นกระบวนการเพิ่มแหล่งของพลังอำนาจสำหรับบุคคล

Rappaport (1984) ให้ความหมายของการเสริมพลังอำนาจว่าเป็นกระบวนการที่บุคคล องค์กร และชุมชนเพิ่มความสามารถในการควบคุมชีวิตของตน

Wellerstein and Bernstein (1988) อธิบายว่าการเสริมพลังอำนาจเป็นกระบวนการกระทำทางสังคม (Social Action Process) หรือมีความสามารถในการเลือกและกำหนดอนาคตของตน ชุมชน และสังคมได้

จินตนา ยูนิพันธ์ (2539: 45) กล่าวถึง ความเชื่อพื้นฐานของการเสริมพลังอำนาจว่าเป็นการมุ่งเน้นที่การดำเอาศักยภาพทางปัญญา และพลังในตัวบุคคลมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตนเอง

และผู้อื่นเป็นแนวคิดที่มีความเกี่ยวเนื่องอย่างชัดเจนกับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องครบวงจร เป็นการสร้างสถานการณ์และการเริ่มต้นใหม่ที่มีมากกว่าการมีส่วนร่วมของบุคคล

นิตยา เพ็ญศิริรักษา (2543: 45) กล่าวว่า การเสริมพลังอำนาจเป็นกระบวนการพัฒนาศักยภาพของบุคคล กลุ่ม และชุมชน ให้สามารถจัดการแก้ไขปัญหาของตน โดยการร่วมกันทำกิจกรรมและควบคุมสิ่งต่าง ๆ เพื่อเปลี่ยนแปลงชีวิตและสิ่งแวดล้อมที่ตนพักอาศัย

สรุปได้ว่า การเสริมพลังอำนาจเป็นกระบวนการในการพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและการดำเนินชีวิตของตนเองเพื่อให้บุคคลมีอำนาจในการตัดสินใจ เสริมสร้าง พฤติกรรมที่เหมาะสม มีความรู้สึกมั่นใจ เป็นตัวของตัวเอง มีความเป็นอิสระ และรู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่า สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้บุคคลเกิดความสามารถในการทำงานและแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้บรรลุผลสำเร็จของตนเองและองค์กร

5. แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน

กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR)

ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การพัฒนาสังคมและชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Participation) ของประชาชน เป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นที่ต้องใช้การทำงานในรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งเป็นการวิจัยที่จัดทำเป็นกลุ่มเป็นหมู่คณะและการวิจัยโดยปฏิบัติงานเอง จนภายหลังมีการเรียกวิจัยเช่นนี้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (กมล สุดประเสริฐ, 2540, หน้า 6)

สุภางค์ จันทวานิช (2543, หน้า 67 - 68) การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นวิธีการเรียนรู้จากประสบการณ์ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมวิจัยนับตั้งแต่การระบุปัญหาการดำเนินการติดตามผล จนถึงขั้นประเมินผล

ขนิษฐา กาญจนรังสี (2544) สรุปว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นการรวมทั้งการวิจัยเชิงปฏิบัติการและการวิจัยแบบมีส่วนร่วมเข้าด้วยกัน กล่าวคือ เป็นการพยายามศึกษาชุมชน โดยเน้นการวิเคราะห์ปัญหา ศึกษาแนวทางการแก้ปัญหา วางแผนดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหา (Planning) ปฏิบัติตามแผน (Doing) และติดตามประเมินผล (Checking) โดยทุกขั้นตอนมีสมาชิกในชุมชนเข้าร่วมด้วย

สำนักมาตรฐานการศึกษา (2545, หน้า 232) ระบุว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นเทคนิคการศึกษา และ วิเคราะห์ปัญหาชุมชนที่เน้นคนในชุมชนสามารถรวมตัวกันในรูปแบบขององค์กร ประชาชนที่มีประสิทธิภาพโดยเพิ่มศักยภาพของชุมชนด้วยระบบข้อมูลให้ประชาชนเห็นความสำคัญ

ของข้อมูล เพราะข้อมูลจะช่วยให้คนในชุมชนสามารถวิเคราะห์ปัญหาของชุมชน และดำเนินการพัฒนาชุมชนต่อไป

สุรียา วีรวงศ์ (2546) กล่าวถึงความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมไว้ว่า เป็นวิธีวิทยาให้สังคมช่วยกันคิด โดยเป็นการวิจัยและพัฒนา ซึ่งขยับจากการวิจัยแบบปกติ การทำวิจัยประเภทนี้ จะต้องมีความสัมพันธ์กับชุมชน ซึ่งจะเห็นภาพของวิธีการที่เคลื่อนตัวมาเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

กรานดี และ คิมมิส (Grundy and Kemmis) อ้างถึงใน บุญเรือง ขจรศิลป์, 2546) ระบุว่า ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม คนที่ร่วมวิจัยต้องมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ วางแผน (Plan) การกระทำตามแผน (Doing) และประเมินผล (Checking) ทุกกิจกรรมอย่างเป็นระบบ มีการประเมินตัวเอง (Action) พร้อมกับการรับฟังความคิดเห็นของเพื่อนร่วมงาน เมื่อเวลาที่ดำเนินการงานอาจขยายแวงดวงของผู้ร่วมวิจัยในโครงการไปอีก แต่ก็ต้องมีกระบวนการที่พยายามรักษาการมีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียมกันระหว่างทีมงานทุกคนไว้ได้ ส่วนใหญ่การวิจัยประเภทนี้จะเกิดขึ้นในสังคมประชาธิปไตย เพราะเป็นกระบวนการประชาธิปไตยอย่างหนึ่งในลักษณะของกระบวนการวิจัยอยู่บนฐานของปรัชญาและคุณค่าที่เน้นคนเป็นศูนย์กลาง (People centered) สร้างพลังอำนาจให้แก่ประชาชน (Empowerment) ด้วยกระบวนการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม (Participation) ผ่านการวิจัยเพื่อเปลี่ยนสภาพ (Transformation) ของบุคคลและสังคม

สรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการวิจัยที่มีผู้มีส่วนร่วมหลายฝ่ายเข้ามาร่วมกันแก้ปัญหาที่เกิดโดยมีการร่วมทุกกระบวนการวิจัย ตามบทบาทหน้าที่ของผู้ร่วมวิจัยแต่ละคน ตั้งแต่เริ่มการเลือกประเด็นปัญหาจนเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัยถือว่าทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีความสำคัญ เท่า ๆ กัน ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของการมีส่วนร่วมที่ได้ร่วมลงมือกระทำโดยยึดหลักประชาธิปไตย

6. แนวคิดการใช้กระบวนการ Self help group

แนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

ความหมาย

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-Help Group) เป็นกลุ่มหนึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมหรือเครือข่ายทางสังคม (ธิดารัตน์ กำลั้งดี, 2543 อ้างถึงใน บุศกร กลิ่นอวล, 2549) มีชื่อเรียกแตกต่างกัน เช่น กลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน กลุ่มช่วยเหลือตนเอง กลุ่มสนับสนุนซึ่งกันและกัน ในภาษาอังกฤษมี คำที่ใช้อยู่หลายคำ เช่น Mutual-Help Group, Self-Help Group, Peer Self-Help, Mutual Aid, Mutual Support Group, Social Work Group (Steiger & Lipson, 1985; Paskert & Madara. 1985; Resnick, 1986,

ดรุณี ชุณหะวัต, 2542 อ้างถึงใน บุศกร กลิ่นอวล, 2549) กลุ่มลักษณะนี้พัฒนามาจากแนวคิดที่ว่ามนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่ต้องการสังคม มีความสัมพันธ์กันพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน โดยมีวัตถุประสงค์หลักคือช่วยให้สมาชิก โดยมีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่าน ดังนี้

Maram (1978) ให้ความหมายว่า เป็นกลุ่มที่ก่อตั้งและดำเนินกิจกรรมกลุ่มโดยสมาชิกภายในกลุ่ม และให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการแก้ปัญหาของสมาชิกกลุ่มโดยสมาชิกกลุ่มเท่านั้น ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาลเป็นผู้แสวงหาความรู้หรือแหล่งความรู้ให้กลุ่ม

Barath (1991 cited in Hildnigh, Fridlund, & Segesten, 2000) ให้ความหมายว่าเป็นกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาเดียวกัน มีการรวมกลุ่มเพื่อพบปะกันเป็นประจำเพื่อแสดงความคิดเห็นอกเห็นใจ และใช้ความช่วยเหลือต่อกัน

Spradley & Allender (1996) ให้ความหมายว่า เป็นกลุ่มที่มักมีการจัดตั้งโดยกลุ่มเพื่อที่มีปัญหายุ่งเหยิงในชีวิตเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันให้บรรลุความต้องการเดียวกัน เป้าหมายของกลุ่มมุ่งที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางอย่างที่ต้องการขณะทีหลาย ๆ กลุ่มรวมตัวกันโดยคนที่เหมือนกัน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาลสามารถช่วยให้เกิดการรวมตัว อำนวยความสะดวกให้

Riessman, 2000 ให้ความหมายว่า เป็นกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาล้ายกัน มาร่วมจัดตั้งดำเนินการและควบคุมกลุ่มโดยสมาชิก ในการประชุมกลุ่มมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหา หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต และเรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการเผชิญปัญหาจากสมาชิก เพื่อนำมาปรับใช้กับตนเองให้เหมาะสม โดยไม่ต้องใช้นักวิชาการหรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเป็นผู้นำกลุ่ม

บุศกร กลิ่นอวล (2549) สรุปได้ว่า กลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นการรวมกลุ่มกันเองของบุคคลที่มีลักษณะปัญหาที่ใกล้เคียงกันโดยความสมัครใจ มีการพบปะกันอย่างสม่ำเสมอเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้ ประสบการณ์ การให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ร่วมกันค้นหา ปัญหาและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา โดยอาศัยจากประสบการณ์ของสมาชิกภายในกลุ่มที่สามารถแก้ปัญหาที่ผ่านมาแล้วได้สำเร็จ การช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกันและกันของสมาชิกภายในกลุ่มอาจอยู่ในรูปแบบของคำแนะนำ แนวความคิด ความรู้ สิ่งของ หรือกำลังใจก็ได้ โดยอาจมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือพยาบาลเป็นผู้ช่วยให้เกิดการรวมตัวและคอยอำนวยความสะดวก รวมถึงเป็นผู้แสวงหาความรู้หรือแหล่งความรู้ให้กับกลุ่ม

วัตถุประสงค์ของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

โดยแต่ละกลุ่มที่จัดตั้งขึ้นอาจมีวัตถุประสงค์ของตนเองที่แตกต่างกันออกไป แต่โดยทั่วไปแล้วมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้ส่งผลต่อสมาชิก ดังนี้ (Rootes & Aanes, 1992; Paskert & Madara, 1985 อ้างถึงใน บุศกร กลิ่นอวล, 2549)

1. ลดปัญหาทางอารมณ์จากภาวะวิตกกังวล ความเครียด ภาวะซึมเศร้าต่อปัญหาที่มี โดยในการจัดทำกลุ่มได้มีการให้คำแนะนำแลกเปลี่ยนกลวิธีในการเผชิญปัญหา อันเนื่องมาจากปัญหาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น
2. เกิดการเรียนรู้ต่าง ๆ ทำให้มีพฤติกรรมหรือแนวทางในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมช่วยให้สามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมใหม่ ๆ ได้
3. ได้รับการยอมรับในความเป็นบุคคล สร้างความรู้สึกถึงคุณค่าของตนเองในสังคมด้วย การมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของสมาชิกในกลุ่ม เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้อื่นด้วย มิใช่แต่ผู้รับฝ่ายเดียว
4. มีกำลังใจในการยอมรับความจริง และพร้อมที่จะเผชิญหรือจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม โดยรู้สึกว่าตัวเองมิได้มีปัญหาคือต่อสู้กับปัญหาตามลำพัง
5. ความคุมพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ โดยการกระตุ้นหรือจูงใจให้สมาชิกรู้จักควบคุมอารมณ์ของตนเองให้มีการแสดงออกที่เหมาะสม

กลไกการทำงานของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

การทำงานของกลุ่มช่วยเหลือตนเองก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสมาชิกหลาย ๆ ประการ ซึ่งนักวิชาการหลายท่านได้อธิบายถึงกลไกการทำงานของกลุ่มช่วยเหลือตนเองโดยสรุป ๆ ไว้ดังนี้ (Adam, 1979; Gilbey, 1987; Robinson, 1985; Steiger & Lipson, 1985; ดร.ณิ ชุณหะวัณ, 2542 อ้างถึงใน บุศกร กลิ่นอวล, 2549)

1. สมาชิกของกลุ่มต่างก็มาจากบุคคลที่มีปัญหาอย่างเดียวกัน ทำให้เกิดความรู้สึกเหมือนลงเรือลำเดียวกัน (Being in the same Boat) จึงแน่ใจว่าผู้ที่ให้ความช่วยเหลือเข้าใจปัญหาอย่างแท้จริงมิใช่เป็นความรู้เฉพาะในทฤษฎีเท่านั้น จึงเกิดความต้องการที่จะกระทำกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหานั้นจริง ๆ
2. ความช่วยเหลือที่สมาชิกแต่ละคนให้คนอื่นจะมีผลมาถึงตนเองเสมอ เพราะทำให้ผู้ที่แนะนำคนอื่นกระทำกิจกรรมนั้น ๆ อย่างสม่ำเสมอ จนเกิดความชำนาญ
3. คำแนะนำที่ได้จากสมาชิกภายในกลุ่มจะเป็นคำแนะนำในระดับที่ปฏิบัติได้โดยง่ายซึ่งจะหาไม่ได้จากคำแนะนำของนักวิชาการ ครอบครัวหรือเพื่อน ยกเว้นเสียแต่ว่าบุคคลดังกล่าวจะประสบปัญหาอย่างเดียวกันมาก่อน
4. มิตรภาพที่เกิดขึ้นจากความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน ทำให้สมาชิกยอมรับซึ่งกันและกันบนพื้นฐานของความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจ ซึ่งจะนำไปสู่การยอมรับคำแนะนำในการเปลี่ยนพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหที่เกิดขึ้น

5. การที่สมาชิกกลุ่มได้พบเห็นบุคคลที่มีปัญหาและได้แก้ไขปัญหาค้าง ๆ จนเป็นผลดีจะทำให้ได้มองเห็นเป็นแบบอย่าง (Role Model) ของผู้ที่รู้จริง (Expertist) ซึ่งสมควรจะปฏิบัติตามและแน่ใจว่าตนเองจะสามารถผ่านพ้นปัญหาและภาวะวิกฤติเหล่านั้นได้เช่นกัน
6. การได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างเปิดเผยกันเองกับบุคคลที่เป็นพวกเดียวกันทำให้ได้ระบายความรู้สึกทุกข์ คับข้องใจ ความกลัว ความวิตกกังวล ความสิ้นหวังและปัญหาอื่น ๆ ได้โดยไม่ต้องกังวลว่าเขาเหล่านั้นจะไม่เข้าใจ แต่กลับได้รับการยอมรับในเรื่องดังกล่าวอย่างจริงจัง และให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนและให้กำลังใจอย่างเต็มที่
7. การที่สมาชิกกลุ่มได้มีโอกาสในการช่วยเหลือบุคคลอื่น ทั้งในการให้ข้อมูล ความรู้กำลังใจ หรือสิ่งของอื่น ๆ ทำให้สมาชิกกลุ่มรู้สึกมีคุณค่าต่อสังคม อัตมโนทัศน์ดีขึ้น ยอมรับสภาพปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ดีขึ้น
8. การเข้ากลุ่มอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้สมาชิกรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม กล่าวที่จะเปิดเผยตนเองมากขึ้น มีความรู้สึกผูกพันกันกับเพื่อนสมาชิก (Cohesiveness) เกิดเป็นความช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง (Yalom, 1975)
9. สมาชิกที่เคยมีความรู้สึกเลวร้ายหรือมีตราบาป (Stigma) ที่เกิดปัญหาในชีวิต การได้พบปะคนอื่น ๆ ที่มีปัญหาเช่นเดียวกัน ทำให้รู้สึกไม่แตกต่างจากคนอื่น ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว หรือสิ้นหวัง ทำให้ลดการแยกตัวจากสังคม

การตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-Help Organization)

การจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองทางด้านสุขภาพ อาจเกิดจากความต้องการของผู้ป่วยหรือบุคคลที่มีปัญหาอย่างเดียวกันที่ต้องการรวมกลุ่ม เพื่อเป็นศูนย์กลางในการปรึกษาหารือระหว่างสมาชิกด้วยกัน หรือเกิดจากความต้องการของพยาบาล แพทย์ นักศึกษา โภชนาการ ที่จะสร้างเครือข่ายทางสังคมของกลุ่มผู้ที่มีปัญหาล้ำคลึงกัน เพื่อให้สมาชิกได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลที่มีประสบการณ์เดียวกันมาก่อน และสามารถเอาชนะปัญหาต่าง ๆ ไปได้ มาร่วมกันอภิปรายเพื่อให้สมาชิกที่มีปัญหาได้เลือกวิธีการที่เหมาะสมกับตนเองไปใช้ ซึ่งเป็นการช่วยเหลือสมาชิกซึ่งยอมรับได้ง่ายกว่าคำแนะนำที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ (Resnick, 1986 ; ดรุณี ชุณหะวัต, 2542 อ้างถึงใน บุศกร กลิ่นอวล, 2549) นั่นคือเชื่อว่า "เราเป็นผู้รู้ดีที่สุด"

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง จัดตั้งขึ้นได้หลายรูปแบบ แต่โดยทั่วไปแบ่งได้เป็น 2 แบบใหญ่ ๆ คือ แบบเป็นทางการ และแบบไม่เป็นทางการ (Resnick, 1986 ; สมจิต หนูเจริญกุล, 2540 อ้างถึงใน บุศกร กลิ่นอวล, 2549)

1. กลุ่มที่จัดขึ้นแบบเป็นทางการ จะมีโครงสร้างของกลุ่มชัดเจน มีเจ้าหน้าที่ประจำ มีกรรมการบริหาร กลุ่มมีนโยบายและวิธีการดำเนินงานอย่างแน่ชัด มีการตั้งชื่อกลุ่มที่มีลักษณะที่คนอื่นทั่วไปอ่านแล้วเข้าใจถึงชนิดของกลุ่มได้ มีการตีพิมพ์ข่าวสารของสมาชิก ซึ่งจะมีข้อมูลเรื่องแนวทางการรักษาใหม่ ๆ การฟื้นฟูสภาพ กฎหมายเกี่ยวกับกลุ่ม ถ้าเป็นกลุ่มใหญ่ระดับชาติ จะมีจดหมายข่าวระดับนานาชาติ มีการฝึกอบรมผู้นำกลุ่ม มีรูปแบบในการประชุม ตัวอย่างกลุ่มที่ตั้งในลักษณะ ได้แก่ กลุ่มผู้พักฟื้น (Recovery Inc.) กลุ่มผู้ติดยาอนหลับ (Narcotics Anonymous) กลุ่มผู้ติดสุรา (Anonymous) เป็นต้น
2. กลุ่มที่จัดตั้งขึ้นอย่างไม่เป็นทางการ จะมีลักษณะและโครงสร้างที่ไม่ชัดเจนเท่ากับกลุ่มที่เป็นทางการ ทำหน้าที่เหมือนกับกลุ่มที่มารวมตัวกันทางสังคม หรือกลุ่มเล็ก ๆ ที่มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ส่วนบุคคล บางกลุ่มมีโทรศัพท์สายด่วนสำหรับปัญหาวิกฤติ (Crisis Hotline) ติดต่อกันทางจดหมาย เทปบันทึกเสียง วิทยู ซึ่งสมาชิกอาจจะไม่ได้มาพบกันโดยตรง บางกลุ่มจัดโปรแกรมต่าง ๆ ขึ้น เช่นการเยี่ยมผู้ป่วยที่ยังไม่ได้เป็นสมาชิกและอยู่ในระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อช่วยให้บุคคลเหล่านั้นสามารถเผชิญความเจ็บปวด ขจัดภาวะเครียดหรือความกลัวต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่มีต่อความเจ็บปวด ความก้าวหน้าของโรคและผลดีที่จะตามมา ตัวอย่างของกลุ่มที่ตั้งขึ้นไม่เป็นทางการ ได้แก่กลุ่มหลังผ่าตัดไตนมที่จัดขึ้นเป็นครั้งคราว

7. ทฤษฎีโปรแกรมประสาทสัมผัสในการดูแลสุขภาพจิต

ทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส

ความเป็นมาของทฤษฎี

ผู้ค้นพบทฤษฎีชื่อ จอห์น กรินเดอร์ (John Grinder) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ด้านภาษาศาสตร์ และริชาร์ด แบนด์เลอร์ (Richard Bandler) นักศึกษาด้านจิตวิทยา มหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย ซานตาครุส สหรัฐอเมริกา ซึ่งสนใจด้านจิตบำบัด ตั้งแต่ต้นปี 1970 ซึ่งได้ศึกษาแนวคิดของนักจิตวิทยาชื่อดัง 3 คน คือ

1. ฟริทซ์ เพิร์ลส์ (Fritz Perls) นักจิตวิทยารุ่นใหม่ และผู้เป็นต้นฉบับของโรงเรียนที่สอนด้านจิตบำบัดในแนวเกสตาลต์ (Gestalt)
2. เวอร์จิเนีย ซะเทียร์ (Virginia Satir) นักครอบครัวบำบัด ผู้ซึ่งมีความมุ่งมั่นในการแก้ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว
3. มิลล์ตัน อีริกสัน (Milton Erickson) นักสะกดจิตที่มีชื่อเสียงระดับโลก

ความหมายของทฤษฎีโปรแกรมประสาทสัมผัส

ทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส (Neuro-Linguistic Programming: NLP) อ้างถึงกระบวนการพื้นฐานที่มนุษย์ทุกคนใช้เพื่อการสื่อสาร โดยการใส่รหัส (Encoding) การถ่ายโยง (Transfer) การชี้แนะ (Guide) และการปรับพฤติกรรม (Modify behavior)

วิลลาร์ (Villar, 1997 a,p 24 cited in Dits, Grinader, Bandler & Delongler, 1980) ให้คำจำกัดความของโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ดังนี้

Neuro อ้างถึง พฤติกรรมทั้งหมดเป็นผลของกระบวนการทางระบบประสาท ซึ่งรวมถึงระบบของกระบวนการภายในทั้งระดับจิตสำนึกและจิตใต้สำนึก ผ่านระบบประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ การได้ยิน การเห็น การชิมรส การดมกลิ่น และการสัมผัส

Linguistic อ้างถึง การรับรู้พื้นฐาน ที่กระบวนการทางระบบประสาทสื่อออกมา เพื่อแสดงถึงวิถีทางแห่งความรู้สึกนึกคิด ไม่ว่าจะเป็นการสั่งการ และการจัดเรียงลำดับในรูปแบบของแบบจำลองและยุทธวิธีโดยผ่านภาษาและระบบการสื่อสาร โดยเฉพาะ ระบบวิถีทาง ที่ใช้สื่อ ไม่ว่าจะเป็นช่วงจิตสำนึกและจิตใต้สำนึก หรือกระบวนการทั้งภายในและภายนอกผ่านกระบวนการทางจิตที่ได้รับคำสั่งจากระบบประสาท ในเรื่องการใส่รหัสและการให้ความหมาย

Programming อ้างถึง กระบวนการของการจัดสรรส่วนประกอบของระบบเพื่อบรรลุผลตามที่ต้องการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Programming อ้างถึง ระบบของการใส่รหัสและการลำดับเหตุผล ประสาทสัมผัสภายใน โดยการใช้มนุษย์ เรียนรู้ มีแรงจูงใจในตนเอง และการเปลี่ยนแปลง

โอคอนเนอร์ และ เซย์มัวร์ (O' Conner & Seymour, 1993, p 3) ได้ให้ความหมายของโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสว่าประกอบด้วย 3 แนวคิด คือ

ระบบประสาท (Neuro) โดยความคิดพื้นฐานแล้วยอมรับว่าทุกพฤติกรรมเกิดจากกระบวนการทางระบบประสาทอันได้แก่ การเห็น การได้ยิน การดมกลิ่น การลิ้มรส การสัมผัส และความรู้สึก บุคคลรับรู้โลกโดยผ่านประสาทสัมผัสทั้งห้า เมื่อรับรู้แล้วจึงแสดงพฤติกรรมออกไป ระบบประสาทของมนุษย์นั้นครอบคลุมไม่ใช่แค่เพียงกระบวนการคิดที่มองไม่เห็นเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการแสดงออกปฏิกิริยาของร่างกายที่มีต่อความคิดและเหตุการณ์ด้วย ในความเป็นมนุษย์นั้น กายและจิตเป็นสิ่งเดียวกันไม่อาจแบ่งแยกได้

ภาษา (Linguistic) เป็นสิ่งที่มนุษย์ใช้เพื่อที่จะสื่อสารความคิดและพฤติกรรมของตนเองกับบุคคลอื่น

โปรแกรม (Programming) เป็นวิถีทางที่มนุษย์เลือกในการสร้างความคิดและพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามที่ต้องการ

โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส จึงเกี่ยวกับโครงสร้างของประสบการณ์ของมนุษย์ ว่า พวกเขาสร้างในสิ่งที่เห็น ได้ยิน และรู้สึกได้ อย่างไร และเขาแก้ไขและกลั่นกรองการรับรู้ต่อโลกภายนอกให้ผ่านเข้ามาสู่ระบบสัมผัสภายในได้อย่างไร

เมอลีเวด (Merlevede, 1999) ให้คำจำกัดความว่า โปรแกรมประสาทสัมผัส เป็นการศึกษาโครงสร้างการทำงานของสมองอย่างเป็นวิทยาศาสตร์ เพื่อให้เข้าใจพฤติกรรมมนุษย์และนำคำตอบที่ไปได้ประยุกต์ใช้ให้เป็นรูปแบบที่ทำให้มนุษย์ประสบความสำเร็จ แต่คำจำกัดความที่ใช้กันทั่วไปก็คือ เป็นการศึกษาโครงสร้างประสบการณ์ของมนุษย์ซึ่งบางคนการที่จะศึกษาได้สมบูรณ์นั้นจะต้องมีการเพิ่มประสบการณ์เข้าไป “และทุก ๆ สิ่ง ทุก ๆ อย่าง ก็จะได้รับจากประสบการณ์นั่นเอง” หรืออาจกล่าวให้เข้าใจง่าย ๆ ว่า โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส เป็นวิธีการฝึกการใช้สมองของบุคคล

สรุป โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส หมายถึง โครงสร้างประสบการณ์เฉพาะที่เกิดขึ้นผ่านระบบประสาทสัมผัสทั้ง 5 เข้าสู่กระบวนการใส่รหัส และให้ความหมาย เพื่อแสดงออกมาเป็นวจนภาษาและอวจนภาษาโดยจิตสำนึกและจิตใต้สำนึกของแต่ละบุคคล

8. แนวคิดทฤษฎีเศรษฐกิจพอเพียง

ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงกับสุขภาพ

“เศรษฐกิจพอเพียง” เป็นปรัชญาที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงมีพระราชดำรัสชี้แนะแนวทางการดำเนินชีวิตแก่พสกนิกรชาวไทย ซึ่งเป็นปรัชญาแนวทางในการพัฒนาประเทศให้เป็นไปในทางสายกลาง โดยสาระหลักปรัชญาแนวทาง “เศรษฐกิจพอเพียง” มีหลักการสำคัญ 5 ประการที่จะเป็นแนวทางของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 คือ

1. ยึดทางสายกลาง
2. มีความสมดุลพอดี
3. รู้จักพอประมาณอย่างมีเหตุผล
4. มีระบบภูมิคุ้มกัน
5. รู้เท่าทันโลก

ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงเป็นปรัชญาที่มองการพัฒนาอย่างเป็นองค์รวมเชื่อมโยงมิติทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและคุณธรรม ระบบสุขภาพภายใต้ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงจึงเป็น “ระบบสุขภาพพอเพียง” ซึ่งมีคุณลักษณะดังนี้

- (1) มีรากฐานที่เข้มแข็งจากการมีความพอเพียงทางสุขภาพในระดับครอบครัวและชุมชน

- (2) มีความรอบคอบและรู้จักความพอประมาณอย่างมีเหตุผลในด้านการเงินการคลังเพื่อสุขภาพในทุกระดับ
- (3) มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม และใช้อย่างรู้เท่าทัน โดยเน้นภูมิปัญญาไทยและการพึ่งตนเอง
- (4) มีการบูรณาการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพและคุ้มครองผู้บริโภค
- (5) มีระบบภูมิคุ้มกันที่ให้หลักประกันและคุ้มครองสุขภาพของประชาชน
- (6) มีคุณธรรม จริยธรรม คือ ความซื่อตรง ไม่โลภมาก และรู้จักพอ

9. แนวคิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต

ความหมาย

Unesco (1968 : 20) ให้ความหมายว่า เป็นการจัดการศึกษาที่จะสนองความต้องการทางการศึกษาของแต่ละบุคคลและของกลุ่ม จะครอบคลุมตั้งแต่การศึกษาสำหรับเด็กไปจนถึงการศึกษาสำหรับผู้ใหญ่อย่างเป็นทางการอย่างต่อเนื่อง

Dave (อ้างถึงใน สอนงโลहितวิเศษ, 2544:2 อ้างถึงใน อัมพร พงษ์กั้งสนานันท์, 2550) ให้ความหมายว่า การศึกษาตลอดชีวิตเป็นแนวคิดที่พยายามมองการศึกษาในภาพรวม ซึ่งได้รวมเอาการศึกษาในระบบ (Formal Education) การศึกษานอกระบบโรงเรียน (Nonformal Education) และการศึกษาตามอัธยาศัย (Informal Education) ให้มีการประสมสัมพันธ์ทั้งในด้านของความต่อเนื่องของเวลา (ชั่วชีวิตคน) และเนื้อหา และเทคนิคการเรียนการสอน ซึ่งมีลักษณะคล้ายการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self Learning) การแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน และมีใจกว้างยอมรับว่าการเรียนรู้มีหลายรูปแบบและหลายวิธีการ

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ (2543) กล่าวว่า เป็นการผสมผสานใน 2 มิติ คือ มิติที่ 1 เป็นการพิจารณาในแนวตั้งว่าการศึกษามีความจำเป็นแก่บุคคลในทุกช่วงชีวิต ตั้งแต่เกิดจนตาย ไม่เฉพาะเมื่อบุคคลอยู่ในวัยเรียนเท่านั้น มิติที่ 2 เป็นการพิจารณาในแนวนอนว่าการศึกษากับชีวิตเป็นสิ่งที่เชื่อมโยงกัน การศึกษาหรือการเรียนรู้จึงควรผสมผสานกลมกลืนเข้ากับการดำเนินชีวิต นั่นคือ การผสมผสานระหว่างการศึกษาในระบบการศึกษานอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัย เพื่อช่วยพัฒนาบุคคลในทุก ๆ ด้านอย่างสมบูรณ์

พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545; สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ (2545: 2) ให้นิยามของการศึกษาตลอดชีวิตว่า เป็น

613.0498

๗๘ 4๙๔

๓.๔

346995

การศึกษาที่เกิดจากการผสมผสานระหว่างการศึกษาในระบบ การศึกษานอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัย เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตได้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต

นักการศึกษาและนักวิชาการ ได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการศึกษาตลอดชีวิตเป็นอย่างมาก โดยในการประชุมระหว่างชาติว่าด้วยการศึกษาผู้ใหญ่ (World Conference on Adult Education) จัดโดย UNESCO ที่กรุงมอนทรีออล ประเทศแคนาดา ค.ศ. 1960 ที่กรุงโตเกียว ประเทศญี่ปุ่น ค.ศ. 1972 และในกรุงไนโรบี ค.ศ. 1986 ได้พัฒนาแนวคิดการศึกษาตลอดชีวิต (กรมการศึกษานอกโรงเรียน, 2547 อ้างถึงใน อัมพร พงษ์กังสนานันท์, 2550) มีสาระสำคัญดังนี้

1. มนุษย์แสวงหาความรู้ และพัฒนาตนเองอยู่ตลอดเวลา เพราะมนุษย์เราเรียนรู้จากธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และสังคมทุกขณะ เช่น จากการทำมาหากิน การเล่น การพักผ่อน การเข้าร่วมพิธีกรรมและการสมาคม เป็นต้น
2. การศึกษาที่แท้จริงไม่ได้จำกัดแต่เพียงในโรงเรียน แต่ครอบคลุมถึงการศึกษานอกโรงเรียน การศึกษาตามอัธยาศัย การศึกษาเกิดได้ตามโอกาส จึงไม่มีที่สิ้นสุด
3. การศึกษาตลอดชีวิต เปิดโอกาสให้คนทั่วไปได้รับการศึกษาเพราะสามารถเลือกเรียนตามรูปแบบที่ตนเองต้องการ ยืดหยุ่นได้ตามโอกาส ทุกคนสามารถเรียนรู้ได้จากทุกแห่งตามโอกาสจะอำนวย ฉะนั้น มนุษย์จึงมีโอกาสที่จะพัฒนาชีวิตให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น โดยการศึกษาอย่างไม่มีจุดจบไปตลอดชีวิต

หลักการการศึกษาตลอดชีวิต

การจัดการที่ยึดหลักการการศึกษาตลอดชีวิต ประกอบไปด้วยหลักการสำคัญ (มหาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2544 อ้างถึงใน อัมพร พงษ์กังสนานันท์, 2550) กล่าวไว้ดังนี้

1. การศึกษาเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นสำหรับมนุษย์ทุกคนทุกวัย เพื่อพัฒนาให้บุคคลทุกช่วงวัยปรับตัวเข้ากับสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป
2. บุคคลสามารถเรียนรู้ได้ตลอดชีวิต โดยการบูรณาการการเรียนรู้จากการเรียนในระบบ นอก ระบบ และตามอัธยาศัยตั้งแต่เกิดจนตาย
3. การศึกษาตลอดชีวิตเกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย ทุกหน่วยงานในสังคม
4. มีรูปแบบที่ยืดหยุ่น ใช้สื่อการเรียนการสอนประเภทต่าง ๆ ด้วยการผสมผสานและบูรณาการ อาทิ การเรียนการสอน จากสื่อวิทยุ โทรทัศน์ สิ่งพิมพ์ อินเทอร์เน็ต วิดีโอ การประชุม การอบรม ที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้เรียนทุกสภาวะการณ์
5. การจัดการศึกษาตลอดชีวิตยึดหลักความเสมอภาคและเท่าเทียมกัน

เป้าหมายของการศึกษาตลอดชีวิต

จากความหมาย แนวทางและหลักการของการศึกษาตลอดชีวิต จะเห็นว่าการจัดการศึกษาตลอดชีวิตมีเป้าหมายในการให้บริการทางการศึกษารอบคลุมประชาชนทุกคน ทุกเพศ ทุกวัย ทุกอาชีพ ให้ได้พัฒนาตนเองอย่างเท่าเทียมกัน ตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งตาย ต่อเนื่องไปทุกช่วงของชีวิต (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2544 อ้างถึงใน อัมพร พงษ์กัสนานันท์, 2550) ประกอบด้วย บุคคลแต่ละช่วงวัย ดังนี้

1. กลุ่มเด็ก ตั้งแต่แรกเกิด 0 - 3 ปี
2. เด็กก่อนวัยเรียน 3 - 6 ปี
3. เยาวชนในวัยเรียน 6 - 22 ปี
4. ผู้ที่พ้นวัยเรียนและเข้าสู่การทำงาน 22 - 60 ปี
5. ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป

การจัดการศึกษาตลอดชีวิตจึงเป็นการศึกษาที่จัดให้กับบุคคลทุกกลุ่มเป้าหมาย ไม่จำกัดอายุ เพศ และระดับการศึกษา เพื่อให้ได้รับการศึกษาอย่างทั่วถึง ครอบคลุมตลอดทุกช่วงวัยของชีวิต ตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งตาย เป็นการกระจายโอกาสทางการศึกษาให้มีความเสมอภาคและเท่าเทียมกัน ซึ่งเป็นลักษณะของการศึกษาตลอดชีวิต ดังที่ สุนทร สุนันท์ชัย (2534 อ้างถึงใน อัมพร พงษ์กัสนานันท์, 2550) กล่าวว่า เป็นการดำเนินการตลอดชีวิตของบุคคล และเป็นการจัดที่มีการวางแผน ทำให้ได้รับความรู้ ทักษะ และเจตคติ อันจำเป็นต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ซึ่งเกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา จนในที่สุดทำให้บุคคลได้พัฒนาตนเองอย่างเต็มที่ตามศักยภาพ และเป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากแรงจูงใจของผู้เรียนที่จะเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยใช้แหล่งการเรียนรู้ทุกประเภท ทั้งในระบบ (Formal) นอกกระบบ (Non - Formal) และไม่เป็นทางการหรือตามอัธยาศัย (Informal)

องค์ประกอบของการศึกษาตลอดชีวิต

การศึกษาตลอดชีวิตเป็นความสัมพันธ์เชื่อมโยงและผสมผสานระหว่างการศึกษาในระบบ โรงเรียน การศึกษานอกโรงเรียน และนักศึกษาตามอัธยาศัย โดยนักการศึกษาหลายท่าน อาทิ Dave, Axinn , Knowles , Houle , Ryan , Coombs, ก่อ สวัสดิพานิชน์, โกวิท วรพิพัฒน์ และ สุนทร สุนันท์ชัย ได้แบ่ง ประเภทของการศึกษา ออกเป็น 3 ประเภท (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2544; กรมการศึกษานอกโรงเรียน, 2538 อ้างถึงใน อัมพร พงษ์กัสนานันท์, 2550) ที่ได้กล่าวถึงการศึกษาตลอดชีวิตว่า เป็นการจัดการศึกษาในรูปแบบของการศึกษาในระบบ การศึกษานอกกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัย มุ่งให้ผู้เรียนเกิดแรงจูงใจที่จะเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยจะได้นำเสนอความสำคัญของการศึกษาแต่ละประเภท ดังนี้

1. การศึกษาในระบบโรงเรียน (Formal Education)

ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาในระบบโรงเรียน

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ (2545) ให้ความหมายของการศึกษาในระบบว่าเป็นการศึกษาที่กำหนดจุดมุ่งหมาย วิธีการศึกษาหลักสูตร ระยะเวลาของการศึกษา การวัดและประเมินผล ซึ่งเป็นเงื่อนไขของการสำเร็จการศึกษาที่แน่นอน แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ระดับการศึกษาขั้นพื้นฐานและระดับอุดมศึกษา

การศึกษาในระบบจะมีลักษณะอยู่ 3 ประการ ดังที่ ทองอยู่ แก้วไพโรษะ (2544 อ้างถึงใน อัมพร พงษ์กังสนานันท์, 2550) อธิบายว่าประกอบด้วย

1.1. เป็นการจัดการเรียนการสอนอยู่ภายในโรงเรียนหรือสถานศึกษาเป็นหลัก มีการจัดบรรยากาศการเรียนรู้อะไรและวิธีการปฏิบัติต่าง ๆ ที่เป็นโลกเฉพาะของสถานศึกษา ระหว่างครู ผู้บริหาร บุคลากรทางการศึกษา และผู้เรียน นักเรียนมีการแต่งกายที่มีเครื่องแบบ มีการจัดระดับเหมือนกันทั่วประเทศ และแยกเป็นโรงเรียนรัฐบาล เอกชน และโรงเรียนสังกัดสถาบันอุดมศึกษาอย่างชัดเจน

1.2. กลุ่มเป้าหมายเป็นเด็กและเยาวชน มีการกำหนดวัยของผู้เรียนไว้ชัดเจน มีเกณฑ์อายุในแต่ละระดับชั้น ตั้งแต่อายุ 6 ปี ถึงประมาณ 24 ปี

1.3. มีโครงสร้างของระบบที่แน่นอน เป็นไปตามลำดับพัฒนาของเด็กและเยาวชนที่แผนการศึกษาแห่งชาติทุกฉบับจะระบุประเภทของการศึกษา ระดับการศึกษาจำนวนชั้นปี และเกณฑ์อายุผู้เรียนทั้งจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุดของการศึกษา บังคับตามกฎหมายที่มีความสำคัญสำหรับผู้เรียนและสถานศึกษามาก เพราะจะเป็นเครื่องกำกับตัวผู้เรียนให้เข้าสู่ระบบด้วยอายุที่เท่ากันและทำให้เกิดความสะดวกในการจัดการเรียนการสอน

2. การศึกษานอกระบบโรงเรียน (Non-formal Education)

ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับการศึกษานอกระบบ

กรมการศึกษานอกโรงเรียน (2538) ได้ให้ความหมายของการศึกษานอกโรงเรียนว่าเป็นการจัดกิจกรรมการศึกษาที่จัดขึ้นนอกโรงเรียนปกติ โดยมีกลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการเป็นประชาชนที่อยู่นอกโรงเรียน มีวัตถุประสงค์ในการเรียนที่ชัดเจนโดยมีกระบวนการจัดการเรียนการสอนที่ยืดหยุ่น และสอดคล้องกับสภาพความต้องการของกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย มีลักษณะสำคัญคือ มีหลักสูตร เวลาเรียน มีการลงทะเบียน มีการประเมินผลเพื่อรับประกาศนียบัตรไม่จำกัดอายุ เป็นการเรียนนอกระบบโรงเรียน เป็นการเรียนเรื่องที่เป็นสภาพปัจจุบันเพื่อแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน มีเวลาเรียนที่ไม่แน่นอน

3. การศึกษาตามอัธยาศัย (Informal Education)

10.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังต่อไปนี้

วรรณิ จันทรสว่าง (2533) ทำการศึกษาภาวะสุขภาพ ปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ในจังหวัดสงขลา พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองทั้งด้านดีและไม่ดี ปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุดในผู้สูงอายุ คือ โรคระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้าง ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง มีการออกกำลังกายทุกวัน สามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ แต่มีอาการเจ็บปวดกล้ามเนื้อและข้อ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวขยาย มีบทบาทเป็นสมาชิก มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของครอบครัวและเพื่อนบ้าน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ

เกริกศักดิ์ บุญญานพวงศ์ ,สุรีย์ บุญญานพวงศ์และสมศักดิ์ ฉันทะ (2533) ศึกษาชีวิตคนชราในจังหวัดเชียงใหม่ จากการประเมินด้วยตนเอง พบว่า คนชราทั้งในเขตเมืองและชนบท ส่วนใหญ่รู้สึกว่าคุณภาพของตนเองอยู่ในเกณฑ์ที่ปกติดีถึงดีมาก และจากการประเมินตามสภาพจริงที่เห็นก็พบว่า คนชราส่วนใหญ่มีความสามารถในการมองเห็น ได้ยินและการเคลื่อนไหวอยู่ในเกณฑ์ที่ดี โดยไม่มีความจำเป็นต้องใช้เครื่องมือ แต่เมื่อสอบถามถึงภาวะการเจ็บป่วย พบว่า คนชราส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอย่างใดอย่างหนึ่ง ส่วนมากเป็นโรคที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย จากการที่ถูกใช้มานาน เช่น โรคข้อเสื่อม โรคที่เกี่ยวข้องกับการย่อยอาหาร โรคที่เป็นเรื้อรังอื่น ๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ ซึ่งพบไม่มากนัก

วรพรรณ รุ่งศิริวงศ์ (2540) ศึกษาโรคของผู้สูงอายุและการดูแลรักษา พบว่า ผู้สูงอายุประกอบอาหารเองร้อยละ 65.0 และการดูแลตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พิทักษ์ ศิริวัฒน์เมฆานนท์และคณะ(2540) พบว่า ร้อยละ 69.5 ผู้สูงอายุเปลี่ยนเสื้อผ้าที่สวมใส่และทำความสะอาดเอง ตลอดจนการทำความสะดวกบ้านเรือน พร้อมทั้งจัดทำอาหารรับประทานเอง และพบว่า ร้อยละ 26 เจ็บป่วยด้วยโรคข้อ กล้ามเนื้อ การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ส่วนใหญ่เลือกใช้บริการสาธารณสุขของรัฐ

องอาจ สิทธิเจริญชัย และคณะ (2540) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย : กรณีศึกษาจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ผู้สูงอายุเมื่อจำแนกตามเพศ อายุ และกิจกรรมพบว่ามีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่แตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุหญิงส่วนใหญ่จะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองมากกว่าผู้สูงอายุชาย เช่น การลุกจากที่นอน การอาบน้ำ การแต่งตัว การทำอาหาร การรับประทานอาหาร การขึ้นลงบันได และการทำความสะอาดบ้านเรือน

दन्य चिंतना और मस्तिष्क (2544) ทำการศึกษาบทบาท ความต้องการการสนับสนุนของ ผู้ดูแลและความต้องการการดูแลรักษาสุขภาพ ของผู้สูงอายุในเขต 7 ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี ยโสธร ศรีสะเกษ มุกดาหาร อำนาจเจริญ ร้อยเอ็ด และนครพนม เก็บรวบรวมข้อมูล โดยวิธีการ สัมภาษณ์ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคประจำตัว (ร้อยละ 51.0) โดยเป็นโรคปวดข้อ มากที่สุด(ร้อยละ 36.5) รองลงมาคือ โรคกระเพาะอาหาร และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 10.0 และ 2.3 ตามลำดับ) ผู้สูงอายุส่วนมาก สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องมีคน ช่วยเหลือ (มากกว่าร้อยละ 90) อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุทุกคนอยากให้ มีผู้ดูแลตลอดไป (ร้อยละ 100.0) และบุตรเป็นผู้ที่ผู้สูงอายุ อยากให้เป็นผู้ดูแลมากที่สุด (ร้อยละ 78.8) บทบาทหลักของผู้ดูแลคือ การพา ผู้สูงอายุไปพบแพทย์ (ร้อยละ 40.0) และการช่วยเหลือด้านการหุงหาอาหาร (ร้อยละ 96.5) ปัญหาส่วนใหญ่ของผู้ดูแล คือ ต้องดูแลผู้อื่นอีก นอกเหนือจากที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ และปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 61.6 และ 52.3 ตามลำดับ) ในด้านความต้องการของผู้ดูแล พบว่า ส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือด้าน เศรษฐกิจ (ร้อยละ 51.3) ต้องการทราบแหล่งสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ 47.4) และต้องการ ความรู้ที่ถูกต้อง เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ 45.5) การดูแลผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้มีสุขภาพ ออมายที่ดีนั้น ควรเน้นให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ ในการดูแลผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคเรื้อรัง ได้อย่าง ถูกต้องเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคปวดข้อ ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุ ดังนั้น การปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง เช่น การควบคุมน้ำหนักตัว เพื่อป้องกันไม่ให้ข้อรับน้ำหนัก ตัวมากเกินไป การ บริหารกล้ามเนื้อที่พุงข้อให้แข็งแรง การไม่ซื้อยามารับประทานเอง เมื่อมีอาการปวด จะช่วยบรรเทา ปัญหาสุขภาพดังกล่าวของผู้สูงอายุลงได้ นอกจากนี้ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน โดยมีหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และองค์กรส่วนท้องถิ่น เข้ามาสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมอย่าง ต่อเนื่อง และสื่อมวลชนควรมีบทบาท ในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารประชาชน ในวงกว้าง เกี่ยวกับการ ดูแลรักษาสุขภาพ ที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ควรเผยแพร่แก่หน่วยงาน หรือองค์กรที่ให้ ความช่วยเหลือ และสนับสนุน เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ให้แพร่หลายยิ่งขึ้น

โกลสิทธิ์ ดันดิศิริรินทร์(2544) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง โภชนาการ กับ สุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจุบัน แนวโน้มประชากรผู้สูงอายุมีเพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงการทำงาน ของระบบอวัยวะต่างๆ เป็นผลจากความเสื่อมตามอายุ และสิ่งแวดล้อม อาหาร และโภชนาการ มีความสำคัญต่อการชะลอความ เสื่อม โดยคงไว้ซึ่ง ความสมดุลของเมตาบอลิซึมของร่างกาย โดยทั่วไปผู้สูงอายุมีความต้องการพลังงาน จากอาหารลดลง เนื่องจากอัตราเมตาบอลิซึมพื้นฐาน และกิจกรรมการใช้พลังงานต่างๆ ลดลง ผู้สูงอายุ ควรได้รับโปรตีนโดยเฉลี่ย 0.8-1 กรัมต่อน้ำหนักตัว กิโลกรัมต่อวัน และควรเป็นโปรตีนคุณภาพดี เช่น จากเนื้อสัตว์ต่างๆ หรือปลา ควรได้รับคาร์โบไฮเดรตร้อยละ 55-60 และจำกัดไขมันไม่เกินร้อยละ 30 โดยเน้นไขมันจากพืช การเลือกบริโภคสารอาหารหลัก และแร่ธาตุปริมาณน้อย ในปริมาณพอเหมาะ

ให้ผลในการบรรเทา และป้องกันโรคเรื้อรัง ที่ไม่ติดต่อกัน ในผู้สูงอายุ เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคกระดูกพรุน ฯลฯ ผู้สูงอายุควรได้รับน้ำเพียงพอด้วย มีความจำเป็นที่ต้องสนับสนุนให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายสม่ำเสมอ ทั้งนี้เพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อ และข้อต่างๆ มีความแข็งแรง และทนทาน และยังเป็น การช่วยลดการสูญเสียมวลกระดูก และลดอัตราเสี่ยง ของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้อีกด้วย

สิววรรณ อุณาภิรักษ์ และคณะ (2548) ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุระหว่างปี พ.ศ. 2533 ถึง พ.ศ. 2544 โดยการวิเคราะห์เมต้า โดยทำการวิเคราะห์ตัวอย่างงานวิจัย 18 เรื่อง ผลการวิเคราะห์ขนาดอิทธิพลของลักษณะประชากรสูงอายุต่อคุณภาพชีวิต พบว่า มีขนาดอิทธิพลเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์น้อย มีบางลักษณะที่มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยมากกว่า 0.1 ได้แก่ สถานะทางสุขภาพ รายได้ การศึกษา และความเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย ส่วนผลการวิเคราะห์ขนาดอิทธิพลของปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า มีปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลในเกณฑ์มาก ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งประกอบด้วยสัมพันธภาพในครอบครัวและการอุปถัมภ์จากครอบครัว อัตมโนทัศน์หรือความมีคุณค่าในตนเอง ปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลปานกลาง ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และประสบการณ์เหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิต ซึ่งมีค่าเป็นลบ หมายถึงมีผลด้านลบต่อคุณภาพชีวิต ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและสอดคล้องกับผลงานวิจัยต่าง ๆ องค์ความรู้นี้จะช่วยเสริมให้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชัดเจนยิ่งขึ้น และอาจเป็นแนวทางในการดำรงไว้หรือเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ยุวดี รอดจากภัยและคณะ (2555) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ความต้องการ การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้แนวคิด (Community based service) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุจำนวน 400 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพด้วยแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

1) สถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุเรียงลำดับ 5 ลำดับ ดังนี้ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขข้อ โรคกระดูกเสื่อม และโรคกระเพาะอาหาร 2) ความต้องการของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีความต้องการความรกรจากบุคคลใกล้ชิด ต้องการกำลังใจจากญาติ พี่น้อง และบุคคลใกล้ชิด และต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 3) การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีเป็นส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การลดความเครียด การรับประทานยา และการพักผ่อนให้เพียงพอ รูปแบบการดูแลสุขภาพ

ผู้สูงอายุมีดังนี้ 1) การดูแลเมื่อเจ็บป่วยจะไปพบแพทย์เพื่อรักษา 2) การให้คำปรึกษา ญาติใกล้ชิด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล และแพทย์ เป็นที่ปรึกษาและที่พึ่งของผู้สูงอายุ 3) การแสวงหาความรู้ ผู้สูงอายุต้องการความรู้ด้านการดูแลตนเอง วิธีการดูแลสุขภาพ สำหรับความช่วยเหลือต้องการความช่วยเหลือด้านการเงิน 4) การสนับสนุนให้กำลังใจ และสัมพันธภาพกับคนในครอบครัวดีและมีกำลังใจ 5) การเผชิญความเครียด และช่วยผ่อนคลายความเครียด ผู้สูงอายุจะเครียดในเรื่องการเจ็บป่วย ลูก สามี และการเงิน และ 6) การปฏิบัติกรดูแลรักษาสุขภาพ มีวิธีการดังนี้ ฟังธรรม สวดมนต์ ปรับชีวิต ความเป็นอยู่อย่างพอเพียง

ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ (2556) ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และแนวทางการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ระยะเวลาการดำเนินการศึกษารวมทั้งสิ้น 3 ระยะ ในรายงานการวิจัยนี้ ดำเนินการวิจัยในระยะที่ 2 โดยสรุปผลการวิจัยดังนี้ ระยะที่ 1 ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาในครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตจังหวัดระยอง ชลบุรี และจังหวัดสระแก้ว จำนวน 415 คน เก็บข้อมูลในช่วงเดือน มกราคม - สิงหาคม 2555 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูล ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง ส่วนใหญ่รู้สึกว่ามีสุขภาพดี ร้อยละ 46.7 และรู้สึกว่าสุขภาพไม่ดีร้อยละ 18.6 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายด้านได้ดังนี้ พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ การสุขภาพที่อยู่อาศัย ค่าเฉลี่ย 3.64 รองลงมาคือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย ค่าเฉลี่ย 3.40 และพฤติกรรมที่ปฏิบัติต่ำที่สุดคือ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ค่าเฉลี่ย 3.03 ระดับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับและดีมาก ระยะที่ 2 ทิมวิจัยสรุปว่ากระบวนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนนั้น จะต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยและกระบวนการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องต่อเนื่องกันเพื่อดูแลสุขภาพประชาชน เช่น แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ แนวคิดการสร้างพลังอำนาจ และแนวคิดการทำงานโดยอาศัยภาคเครือข่าย ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญในการส่งเสริมความเข้มแข็งให้ชุมชนพัฒนาศักยภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพ

เพ็ชรงาม ไชยวานิช และคณะ (2555) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ พบว่า จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่เข้าร่วมโครงการ มีจำนวนทั้งสิ้น 314 คน แยกเป็นเพศหญิง 239 ราย เพศชาย 75 ราย โดยมีอายุเฉลี่ย อยู่ที่ 67.06 ± 5.54 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสหรืออาศัยอยู่กับคู่ชีวิตมากถึงร้อยละ 44.90 รองลงมามีสถานภาพ แยก/หย่า/หม้าย ร้อยละ 36.18 และ สถานภาพโสดร้อยละ 95.36 การศึกษาส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 15.93 อยู่ในช่วงประถมถึงมัธยมศึกษาตอนปลายถึงร้อยละ 63.46 การประกอบอาชีพของผู้สูงอายุใน

เขตเทศบาลเมืองแสนสุขนั้นส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ถึงร้อยละ 63.46 รองลงมาคืออาชีพ รับจ้าง ร้อยละ 50 รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง ร้อยละ 45.22 โดยที่มีรายได้เฉลี่ยของผู้สูงอายุทั้งหมดอยู่ที่ 8007.6865 บาทต่อเดือน ในด้านพฤติกรรมพบว่า ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 97.63) ไม่ดื่ม แอลกอฮอล์ (ร้อยละ 91.22) กลุ่มผู้สูงอายุทั้งหมดออกกำลังกายโดยเฉลี่ย 3 วัน/สัปดาห์ โดยผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ออกกำลังกายอยู่ที่ 1-4 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 65.53 และออกกำลังกาย 5-7 วัน/สัปดาห์ร้อยละ 34.47 โรคประจำตัวพบว่า ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 63.19 รองลงมาคือโรคไขมันใน เลือดสูงร้อยละ 34.30 โรคเบาหวานร้อยละ 26.77 และโรคหัวใจ ร้อยละ 4.18 คุณภาพชีวิตโดยรวมของ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.27 คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย $91.82+10.42$ มี องค์ประกอบทางด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนน $25.33+3.29$ มีองค์ประกอบทางด้าน จิตใจอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นคะแนน $21.80+3.12$ องค์ประกอบทางด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ ในระดับปานกลาง คิดเป็นคะแนน $8.94+1.96$ มีองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง คิด เป็นคะแนน $28.60+4.05$ ภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดพบว่าผู้ที่มีภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 64.44 มีคะแนน 26.55 มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการร้อยละ 35.15 ระดับคะแนนเฉลี่ย 21.55 และมีภาวะทุพโภชนาการเพียง 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.41 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จากการ ตั้งสมมติฐานเพื่อทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงของปัจจัยที่ทำการศึกษาโดยกำหนดให้มีนัยสำคัญที่ ระดับความเชื่อมั่น 0.05 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้และทัศนคติระดับดีมากในเรื่องการออกกำลังกาย การออกกำลังกายมากกว่า 4 ครั้งต่อสัปดาห์มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ และการให้ความรู้ ในด้านการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและใจดีขึ้น ภาวะ โภชนาการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทุก ๆ มิติอย่างมีนัยสำคัญ

พรทิพย์ มาลาธรรมและคณะ (2553) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นใน ผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ จะส่งผลกระทบต่อภาวะ สุขภาพและคุณภาพชีวิต โดยการวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถ ของตัวแปรคัดสรร (อายุระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ดัชนีมวลกาย กิจกรรมทางกาย การรับรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนของครอบครัว) ในการร่วมกันทำนายระดับน้ำตาลใน เลือดของผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเข้ารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคเบาหวานที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลควนขนุน และศูนย์ สุขภาพชุมชนควนขนุน จังหวัดพัทลุง ระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2548 จำนวน 120 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์

ด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล การทำกิจกรรมทางกาย การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนของครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบอันดับของสเปียร์แมน และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบ Enter ผลการศึกษาพบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น เป็นเพศหญิงร้อยละ 73.3 และมีระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน 2 เดือน ถึง 30 ปี ซึ่งเมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์พบว่า กิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ตัวแปรอื่นๆ ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อนำตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาทั้งหมด มาวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุโดยวิธี Enter พบว่าตัวแปรดังกล่าวสามารถร่วมอธิบายความแปรปรวนของระดับน้ำตาลในเลือดได้ร้อยละ 16.3 โดยพบว่ากิจกรรมทางกาย/การออกกำลังกาย สามารถอธิบายความแปรปรวนของระดับน้ำตาลในเลือดได้มากที่สุด รองลงมาคือ ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า ควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างไรก็ตาม ชนิดของการออกกำลังกาย ความหนัก ระยะเวลา และความถี่ ของการทำกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย ยังคงต้องการการศึกษาอีกต่อไป

รัชมนภรณ์ เจริญและคณะ (2553) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นการวิจัยแบบ Pre-experiment มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงเป็นผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 25 รายและสมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแล จำนวน 25 ราย ได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้และการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่พัฒนาจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วยกิจกรรมรวม 3 ครั้ง ได้แก่ กิจกรรมการให้ความรู้ การเยี่ยมบ้าน และการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพและแบบบันทึกผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Wilcoxon Singed-Rank Test และ Fisher's Exact Test ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยอันดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุหลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจำนวนหรือร้อยละของผู้สูงอายุที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ข้อเสนอแนะของการวิจัยครั้งต่อไป ควรวิจัยติดตามระยะยาวเพื่อศึกษาความคงอยู่ของพฤติกรรม

ศิริรัตน์ กาญจนวชิรกุล และคณะ (2554). ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับ บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 ชลบุรี การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพ การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 ชลบุรีกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยเบาหวาน ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์ อนามัยที่ 3 ชลบุรีจำนวน 60 คน สุ่มผู้ป่วยเบาหวานเพื่อเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ซึ่งกลุ่มทดลองได้เข้าโปรแกรมสุขภาพ การดูแลสุขภาพตนเอง โดยมีกิจกรรมการเรียนรู้ 5 ครั้ง คือ เรื่องโรคเบาหวานและการออกกำลังกาย เมนูทองของผู้ป่วยเบาหวานทำอะไรไม่ให้เกิดผลที่ ทำอันตรายจากการใช้ยาเบาหวาน และปัญหาอุปสรรคในการดูแลสุขภาพตนเองระหว่างเดือนกันยายน 2552 ถึง เดือนตุลาคม 2553 รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยตรวจเลือดวัดระดับน้ำตาลในกระแสเลือด (FBS) และค่าน้ำตาลรวมสะสมในเลือด (HbA1c) ก่อนการ ทดลอง และหลังการทดลอง แล้วนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่า t-test ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลอง ภายหลังจากทดลองโดยใช้โปรแกรมสุขภาพการ ดูแลสุขภาพตนเอง มีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การดูแลสุขภาพตนเอง และพฤติกรรมการควบคุม โรคเบาหวาน ไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม และระดับน้ำตาลในกระแสเลือด (FBS) และค่าน้ำตาลรวม สะสมในเลือด (HbA1c) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันจากผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การจัดโปรแกรมสุขภาพการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 3 ชลบุรียังไม่มีผลต่อความรู้พฤติกรรม และระดับน้ำตาลใน กระแสเลือดของผู้ป่วยเบาหวานอาจเนื่องมาจากรูปแบบการให้ความรู้ยังไม่น่าสนใจ ดังนั้นควรมีการ พัฒนาโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพน่าสนใจและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

ศิริมา วงศ์แหลมทอง. (2542) ทำการศึกษาระดับปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 200 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ และสถานภาพสมรส มี ความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพใน ระดับต่ำมาก ($r_{pb} = .18$ และ $p < .05$) ส่วนการศึกษาและรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ กับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับ ปานกลาง ($r_{pb} = .53$ และ $p < .001$) และผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ด้าน อายุ และรายได้ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้ร้อยละ 38.17 อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .001$)

ชนะ ธารณา อัมพร ศรีประเสริฐสุข พิรุณรัตน์ เดิมสุขสวัสดิ์ ปทุมพร โพธิ์กาศ ศุภมิตร บัวเสนา ภาณี ภูพันธ์ และณัฐธิดา สุพรรณภพ (2553) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาผู้สูงอายุในค่ายบุรฉัตร ราชบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เพศชายและเพศหญิงที่อยู่ในค่ายบุรฉัตร ราชบุรีจำนวน 50 คน สุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงโดยใช้หลักทฤษฎีความน่าจะเป็น กลุ่มตัวอย่างการเลือกแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) เครื่องมือใช้แบบวัดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS) และแบบสอบถามข้อมูลเบื้องต้นของผู้วิจัย เก็บข้อมูลเป็นระยะ 1 เดือน คือ เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2553 ผลการศึกษากาารวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาเดิมที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ในค่ายบุรฉัตร ราชบุรีมีภาวะสุขภาพจิตแตกต่างจากผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตอื่นของราชบุรี และต่างจังหวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ต่อเดือนมีภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนตั้งแต่ 15,001 บาท ขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้สูงอายุที่มีที่มาของรายได้ที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีการเยี่ยมเยียนของบุตรหลานที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีการปฏิบัติศาสนกิจตามความเชื่อของศาสนาแตกต่างกัน มีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีการเข้ากลุ่มพบปะสมาคมกับเพื่อนบ้านที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิต ไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติของสายตาที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีการสูบบุหรี่ที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีการดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิต ไม่แตกต่างกัน

ดวงกมล พัวพันธ์ และคณะ(2553) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ความเครียดและพฤติกรรมเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 5 กลุ่มโรค ตำบลโนนกลาง อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียด และพฤติกรรมเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 5 กลุ่มโรค และนำผลการวิจัยมาใช้ในการวางแผน ป้องกันปัญหาทางด้านภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 5 กลุ่มโรค คือ เบาหวาน หัวใจ ไตวาย มะเร็งทุกชนิดและหลอดเลือดตำบลโนนกลาง อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี เลือก แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 70 คน เครื่องมือ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวทั่วไป แบบประเมินระดับความเครียด และแบบสอบถามพฤติกรรมเผชิญความเครียด ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 81.4 เพศชาย 13 คน คิด

เป็นร้อยละ 18.6 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-65 ปี จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 35.7 ทั้งหมดนับถือ ศาสนาพุทธ จำนวน 70คน คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 52.9 มีวุฒิการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาตอนต้น จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 98.6 มีโรคประจำตัวคือโรคเบาหวาน จำนวน 61 คนคิดเป็นร้อยละ 87.1 เงินได้รายเดือนอยู่ในช่วงไม่เกิน 3,000 จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 60 รายได้ไม่พอใช้ จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 52.9 ส่วนใหญ่มีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยการใช้บัตรทอง จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 94.3 มีสถานภาพเป็นหัวหน้าครอบครัว จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 57.1 บุคคลที่คอยให้ความช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย คือบุตร มากที่สุด จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 67.1 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เกิดโรคอยู่ที่ 7ปี ขึ้นไป จำนวน 29 คนคิดเป็นร้อยละ 41.1 2.ความเครียดของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 5 กลุ่มโรค พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความเครียดของผู้สูงอายุ มีรายละเอียดดังนี้1).ด้านสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัว มีผลต่อระดับความเครียด โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง($X = 3.27$) 2) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม มีผลต่อระดับความเครียด โดยรวมอยู่ในระดับน้อย ($X = 2.48$) 3) ด้านสัมพันธภาพด้านกิจกรรมในชีวิตประจำวัน มีผลต่อระดับความเครียด โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($X = 3.05$) 4) ด้านสัมพันธภาพเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง มีผลต่อระดับความเครียด โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($X = 3.33$) พฤติกรรมที่แสดงออกเพื่อเผชิญความเครียด พบว่า โดยรวม อยู่ในระดับบางครั้ง ($X = 2.10$) พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกบ่อยๆ เมื่อเผชิญความเครียดนั้นได้ค่าเฉลี่ย 2.50 พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกในระดับบางครั้ง เมื่อเผชิญความเครียดนั้นได้ค่าเฉลี่ย 1.50-2.48 และพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่เคยแสดงออก เมื่อเผชิญความเครียดนั้นได้ค่าเฉลี่ย 1.17

วิชาญ ชูรัตน์ โยธิน แสงวงดี และสุภาพร อรุณรักษ์สมบัติ (2554) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตามลักษณะ ทางประชากรและสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ และเพื่อศึกษาอิทธิพลของ ปัจจัยด้านประชากรและสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจ ที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงการมี ปัญหา สุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย โดยใช้ข้อมูลโครงการสำรวจสุขภาพจิตคนไทย พ.ศ. 2553 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยคัดเลือกเฉพาะผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมาใช้ในการศึกษา ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต ส่วนใหญ่ อยู่ในภาคกลาง และอยู่นอกเขตเทศบาลมากกว่าในเขตเทศบาล เป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย เมื่อผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มขึ้นจะทำให้มีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น และ ที่สำคัญส่วนใหญ่เป็นหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษา สูงขึ้นจะมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตลดลงอย่างเห็นได้ชัด เมื่อพิจารณาปัจจัย ด้านสุขภาพ พบว่า ผู้ที่มีความพิการแต่กำเนิด และหลังกำเนิดเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพ จิตมากกว่าผู้ที่ไม่พิการ สำหรับปัจจัยด้านเศรษฐกิจ พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานจะมี ภาวะ

เสี่ยงต่อการมีปัญหสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่ทำงานเล็กน้อย และเมื่อค่าใช้จ่าย ทั้งสิ้นของครัวเรือนเพิ่มขึ้นผู้สูงอายุจะมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหสุขภาพจิตลดลง ผู้สูงอายุ ที่อยู่ในครัวเรือนที่มีฐานะยากจนมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหสุขภาพจิตสูงกว่าผู้ที่อยู่ใน ครัวเรือนที่ไม่จนเกือบ 2 เท่า จากการวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยทางประชากรและสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย พบว่า ภาค เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา ความเป็นผู้นำในครัวเรือน ความพิการความสามารถในการดูแลตนเอง ความสามารถในการเดินทางไปนอกพื้นที่ ค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น ของครัวเรือน และฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนมีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อรสา ไยยงและ พีรพันธ์ ลีบุญญราชชัย (2554) ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจาก การสูญเสียของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหาความชุกของภาวะซึมเศร้า อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี ผู้วิจัยทำการศึกษาในผู้สูงอายุ จำนวน 400 ราย ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม - พฤศจิกายน พ.ศ. 2553 โดยการตอบแบบสอบถาม 4 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ 3) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย และ 4) แบบประเมินความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัว ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 400 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.5) มีอายุเฉลี่ย 68.8 ปี พบว่า มีภาวะซึมเศร้า 53 ราย (ร้อยละ 13.2) แบ่งเป็นภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 31 ราย (ร้อยละ 7.8) ภาวะซึมเศร้าปานกลาง 21 ราย (ร้อยละ 5.2) และภาวะซึมเศร้ารุนแรง 1 ราย (ร้อยละ 0.2) พบอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ 65 ราย (ร้อยละ 16.2) และพบว่า ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 69.0) ปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป ($p < 0.01$) สถานภาพ โสด/หม้าย/หย่าร้าง/หรือแยกกันอยู่ ($p < 0.01$) ไม่ได้รับการศึกษา ($p < 0.05$) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ($p < 0.01$) ไม่มีรายได้/หรือมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ($p < 0.01$) ไม่ได้รับรายได้จากการประกอบอาชีพ ($p < 0.01$) ฐานะการเงินครอบครัวที่ไม่เพียงพอ ($p < 0.01$) ที่พักอาศัยที่ไม่ใช่ของตนเอง ($p < 0.01$) การไม่ได้ พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส ($p < 0.05$) การพักอยู่คนเดียว ($p < 0.05$) มีโรคประจำตัวทางกาย ($p < 0.05$) ประวัติ โรคทางจิตเวช ($p < 0.01$) การใช้สารเสพติด ($p < 0.01$) การสูญเสียบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด ($p < 0.05$) การสูญเสียบุคคลใกล้ชิดที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด ($p < 0.05$) ความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดี ($p < 0.01$) ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป ($p < 0.05$) ฐานะการเงิน ครอบครัวที่ไม่เพียงพอ ($p < 0.01$) การใช้สารเสพติด ($p < 0.05$) การสูญเสียบุคคลใกล้ชิดที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด ($p < 0.05$) และความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดี ($p < 0.01$) และสรุปไว้ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหา

สุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ พบได้สูงในช่วงอายุที่มากกว่า 75 ปี ผู้ที่ประสบ ปัญหาการเงิน เหตุการณ์การสูญเสีย รวมถึงผู้ที่ขาดการสนับสนุนที่ดีจากครอบครัว การช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุ ได้รับการสนับสนุนทางจิตสังคมที่ดี และผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย น่าจะช่วยลดความเสี่ยง ของการเกิดภาวะซึมเศร้าลงได้

ชนิษฐา ดลตลตภพ วรณภา ประทุมโทณ อังคณา เรือนก้อน และ เรืองนภรณ์ ไม้พวง(2555) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้สูงอายุ ต.บ้านคลอง อ.เมือง จ.พิษณุโลกมี วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ใน ตำบลบ้านคลอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 300 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เครื่องมือ คือแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้สูงอายุ อันดับที่ 1 คือปัจจัยเรื่อง ส่วนตัว เช่น ความแก่งอย่างเห็นได้ชัด การบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย และการไม่มีเวลาให้ตัวเอง อันดับที่ 2 คือปัจจัยเรื่องการเงิน เช่น การมีรายจ่ายเพิ่มขึ้น เงินไม่พอใช้จ่าย และรายได้ลดลง อันดับที่ 3 คือ ปัจจัยเรื่องครอบครัว เช่น คู่สมรสเสียชีวิต ครอบครัวมีความลำบาก และมีความขัดแย้งกับคนใดคนหนึ่ง ในบ้าน อันดับที่ 4 คือปัจจัยเรื่องสังคม เช่น การเป็นผู้นำกลุ่ม และอันดับสุดท้ายคือปัจจัยเรื่อง สิ่งแวดล้อม เช่น ภัยพิบัติต่าง สำหรับกิจกรรมที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ทำเมื่อเกิดความเครียด ได้แก่ การดู ทีวีหรือภาพยนตร์ การทำงานอดิเรกที่ชอบ การทำบุญ ทำทาน เข้าวัด การนอนพักผ่อน การทำสมาธิ สวดมนต์ เป็นต้น เมื่อผู้สูงอายุสามารถจัดการกับความเครียดต่าง ดังกล่าวได้ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมี สุขภาพจิตที่ดี และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

จุฑารัตน์ สติธิปัญญา และพรชัย สติธิปัญญา (2548) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราชุกของภาวะซึมเศร้า และ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลประสาทสงขลา ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2544-มกราคม พ.ศ. 2545 กลุ่มตัวอย่างได้รับการเลือกแบบเจาะจง จำนวน 378 ราย ทำการเก็บข้อมูลหลังจากป่วยได้ 2-4 สัปดาห์ โดยวิธีการสัมภาษณ์และสังเกตผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย เครื่องมือในการรวบรวม ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร, แบบประเมินสมรรถภาพทางสมองของไทย (TMSE), แบบวัดภาวะ ซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) และแบบวัดการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) .91 และ .79 และแบบประเมินความสามารถใน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของบาร์ธเอล (Barthel's index) ผลการศึกษาวิจัย พบว่า อัตราชุกของภาวะ ซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 92 โดยพบในระดับเล็กน้อย และปานกลางใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 43 และพบภาวะซึมเศร้าในระดับสูง ร้อยละ 6 ปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถอธิบายการผันแปร ของภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม อาชีพ

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และเพศโดยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำจะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง ผู้ป่วยที่มีอาชีพรับราชการหรือธุรกิจส่วนตัวจะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอาชีพเกษตรกรรม/งานบ้าน ผู้ป่วยที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองได้น้อย จะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้มาก และเพศชายจะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศหญิง โดยปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถอธิบายการผันแปรของภาวะซึมเศร้าได้มากที่สุด ($\beta = .44$) รองลงมาคือ อาชีพ ($\beta = .30$) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($\beta = .25$) และเพศ ($\beta = .05$) ค่าความสามารถในการร่วมทำนายภาวะซึมเศร้าของทุกตัวแปรอยู่ในระดับปานกลาง คือ ร้อยละ 48 ($\text{multiple } R^2 = .48$) สำหรับตำแหน่งของพยาธิสภาพในสมองไม่สามารถอธิบายการผันแปรของภาวะซึมเศร้าได้

วรวรรณ จันทวีเมือง และเจตินภา แสงสว่าง (ม.ป.ป.) ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ : กรณีศึกษา ต.ชะแล้ อ.สิงหนคร จ.สงขลา โดยศึกษาในผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมคัดกรองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในตำบลชะแล้ อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา จำนวน 72 คน การสุ่มกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากตารางของ Krejcie and Morgan เครื่องมือที่ใช้คือ แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ซึ่งพัฒนาโดย นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ (2534) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความเศร้าอยู่ในเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 83.33 รองลงมาคือ เศร้าระดับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 15.18 และน้อยที่สุด คือ เศร้าระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 1.39 ไม่พบผู้สูงอายุที่มีระดับความซึมเศร้ารุนแรง

ช่อผกา สุทธิพงศ์ และ ศิริอร สิทธิ (2555 , หน้า 29) ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองในเขตชุมชนเมือง โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลศิริราช หรือเคยรับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราชและไปอยู่บ้านในเขตชุมชน จำนวน 3 เขต คือ เขตบางกอกน้อย เขตธนบุรี และเขตภาษีเจริญ เลือกตัวอย่างโดยวิธีสุ่มแบบไม่แทนที่ ได้ตัวอย่างจำนวน 168 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลแบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบประเมินสภาพผิวหนัง แบบวัดความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองและแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัย พบว่า แผลกดทับ ($r = .427, p < .05$) และความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ($r = .293, p < .05$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการสนับสนุนทางสังคม ($r = -.385, p < .05$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณ พบว่า แผลกดทับ ($\beta = .324, p < .001$) ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ($\beta = .212, p < .01$) และ

การสนับสนุนทางสังคม($\beta = -.276, p < .001$) สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่เพศและอายุไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ ตัวแปรทุกตัวสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 30.8 และมีข้อเสนอแนะให้ บุคลากรในที่มสุขภาพควรมีการจัดกระทำ บั้จจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองในเขตชุมชนเมืองด้วยการจัด กิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับ การลดความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และการให้ การสนับสนุนที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

แคโรลีน คัทโทรนา แดน รัสเซล และ เจนเน โรส (Carolyn Cutrona ; Dan Russell ; Jayne Rose,1986) ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวต่อความเครียดของ ผู้สูงอายุ โดยทำการศึกษาในผู้สูงอายุ โดยใช้เครื่องมือ UCLA Loneliness Scale, Self-Rating Depression Scale และทำการสุขภาพทางกาย การสนับสนุนทางสังคม และประสบการณ์ที่เกิด ความเครียด พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุได้อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ และภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด โดยมีการ สนับสนุนทางสังคมเป็นตัวร่วมทำนาย ผลการวิจัยยังพบว่า ในผู้สูงอายุที่มีระดับการสนับสนุนการสังคม สูงสามารถลดระดับความเครียดของผู้สูงอายุได้

สุมิตา แก้วดิน (2549) ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การศึกษาความเครียดของผู้สูงอายุ ในชมรม ผู้สูงอายุศูนย์สุขภาพชุมชนบ้าน อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับ ความเครียด ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลบ้าน และเพื่อศึกษา ความคิดเห็นต่อการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2546 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2547 เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเกี่ยวกับความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ ความเครียดของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษา จำนวน 150 ราย จากการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่คืนที่ เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสัมภาษณ์และ แบบทดสอบ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง คือ ร้อยละ 65.3 และมีอายุอยู่ใน ช่วง 60 – 64 ปี มากที่สุดคือ ร้อยละ 41.3 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 70-74 ปี เท่ากับร้อยละ 22.7 ระดับ การศึกษาส่วนมากไม่ได้เรียนแต่อ่านออกเขียนได้ สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่ยังใช้ชีวิตคู่ คือ ร้อยละ 58.7 ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อโทรทัศน์ เท่ากับร้อยละ 44 ส่วนใหญ่เลิกทำงานแต่มีรายได้ จากบุตรเท่ากับร้อยละ 49.3 มีความรู้สึกไม่สบายใจเกี่ยวกับรายได้ที่ลดลง ร้อยละ 61.3 เมื่อมีปัญหาส่วน ใหญ่ ร้อยละ 86.6 จะปรึกษาคนในครอบครัว และทางออกที่เลือกปฏิบัติเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ คือ ปรึกษาคนใกล้ชิด เท่ากับ ร้อยละ 72 ลักษณะการอยู่อาศัย ร้อยละ 84 อาศัยอยู่กับครอบครัว และร้อยละ 96.1 มีความสัมพันธ์ที่ดีภายในครอบครัว ส่วนใหญ่ร้อยละ 66.7 มีการทำกิจกรรมกลุ่มและทำบุญร่วมกับ ชุมชน สถานะสุขภาพร้อยละ 31.7 มีโรคประจำตัวโดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด คือ ร้อย

ละ 43.5 ด้านการดูแลสุขภาพส่วนใหญ่ร้อยละ 84 ได้รับการดูแลจากบุตร การเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 78.7 เป็นสมาชิกเกิน 3 ปี กิจกรรมที่ชอบปฏิบัติขณะพบกลุ่ม คือ การสวดมนต์ นั่งสมาธิ และออกกำลังกาย เท่ากับร้อยละ 54.8 และ 32 ตามลำดับ บุตรหลานส่วนใหญ่ ร้อยละ 89.4 ยินดีให้ผู้สูงอายุเข้าเป็นสมาชิกและร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเครียด เท่ากับร้อยละ 72 แต่มีระดับความเครียดปกติ เท่ากับร้อยละ 60 สำหรับการดำเนินงานของชมรม ร้อยละ 98.7 เห็นควรให้มีการดำเนินการต่อไป

อรสา ไยยง และ พีรพันธ์ ลีบุญวัชชัย (2554 , หน้า 117) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจาก การสูญเสียของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี เพื่อหาความชุกของภาวะซึมเศร้า อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ของผู้สูงอายุ จำนวน 400 ราย มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม - พฤศจิกายน พ.ศ. 2553 แบบสอบถาม 4 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ 3) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย และ 4) แบบประเมินความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัว ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.5) มีอายุเฉลี่ย 68.8 ปี พบว่า มีภาวะซึมเศร้า 53 ราย (ร้อยละ 13.2) แบ่งเป็นภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 31 ราย (ร้อยละ 7.8) ภาวะซึมเศร้าปานกลาง 21 ราย (ร้อยละ 5.2) และภาวะซึมเศร้ารุนแรง 1 ราย (ร้อยละ 0.2) พบอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ 65 ราย (ร้อยละ 16.2) และพบว่า ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 69.0) ปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป ($p < 0.01$) สถานภาพ โสด/หม้าย/หย่าร้าง/หรือแยกกันอยู่ ($p < 0.01$) ไม่ได้รับการศึกษา ($p < 0.05$) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ($p < 0.01$) ไม่มีรายได้/หรือมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ($p < 0.01$) ไม่ได้รับรายได้จากการประกอบอาชีพ ($p < 0.01$) ฐานะการเงินครอบครัวที่ไม่เพียงพอ ($p < 0.01$) ที่พักอาศัยที่ไม่ใช่ของตนเอง ($p < 0.01$) การไม่ได้ พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส ($p < 0.05$) การพักอยู่คนเดียว ($p < 0.05$) มีโรคประจำตัวทางกาย ($p < 0.05$) ประวัติ โรคทางจิตเวช ($p < 0.01$) การใช้สารเสพติด ($p < 0.01$) การสูญเสียบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด ($p < 0.05$) การสูญเสียบุคคลใกล้ชิดที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด ($p < 0.05$) ความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดี ($p < 0.01$) ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป ($p < 0.05$) ฐานะการเงินครอบครัวที่ไม่เพียงพอ ($p < 0.01$) การใช้สารเสพติด ($p < 0.05$) การสูญเสียบุคคลใกล้ชิดที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด ($p < 0.05$) และความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดี ($p < 0.01$) สรุปว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ พบได้สูงในช่วงอายุที่มากกว่า 75 ปี ผู้ที่ประสบปัญหาการเงิน เหตุการณ์การสูญเสีย รวมถึงผู้ที่ขาดการสนับสนุนที่ดีจากครอบครัว การช่วยเหลือให้

ผู้สูงอายุ ได้รับการสนับสนุนทางจิตสังคมที่ดี และผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย น่าจะช่วยลดความเสี่ยง ของการเกิดภาวะซึมเศร้าลงได้

เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และ อุมพร อุดมทรัพย์ากุล (2554 , หน้า 103) ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง ความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อศึกษาความชุกชนิดจุดเวลาของโรคซึมเศร้า และปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ในประชากรสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ วิธีการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 426 ราย สุ่มตัวอย่างโดยวิธีแบบแบ่งกลุ่มสองขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ คือแบบประเมินโรคซึมเศร้า Personal Health Questionnaire-9 (PHQ-9) ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ simple logistic regression และ multiple logistic regression analysis ผลการศึกษา พบว่า ความชุกชนิดจุดเวลาของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุที่ได้จากการศึกษานี้ เป็นร้อยละ 5.9 โดยในเพศชายมีค่าความชุกร้อยละ 7.0 ในเพศหญิงมีค่าความชุกร้อยละ 5.2 ผลการวิเคราะห์โดยวิธี multiple logistic regression analysis พบว่า สถานะสมรสหย่าหรือแยกกันอยู่ ($p < 0.01$) การดื่มสุราเป็นประจำ ($p < 0.01$) การทำใจไม่ได้ต่อการสูญเสียคนใกล้ชิด ($p < 0.001$) ความพอใจในสุขภาพในระดับต่ำ ($p < 0.05$) การนอนไม่หลับ ($p < 0.01$) และ ความไม่เพียงพอของรายได้ ($p < 0.05$) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปว่า ความชุกชนิดจุดเวลาของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุจังหวัดเชียงใหม่เป็นร้อยละ 5.9 โดยพบปัจจัยหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า ซึ่งแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ ควรจะได้รู้และตระหนักถึงปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ เพื่อช่วยในการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีปัญหา โรคซึมเศร้าต่อไป

แดเนียล รัสเซล และ แคโรลีน คัทโทรนา (Daniel Russell ; Carolyn Cutrona, 1991) ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุ: การทดสอบรูปแบบกระบวนการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคม ประสบการณ์ลบในชีวิต และความยุ่งยากในชีวิตประจำวัน ต่อภาวะซึมเศร้า โดยการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 301 คน เป็นรายบุคคล จำนวน 3 ครั้ง ในช่วงระยะเวลา 6 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ เป็นประจำทุกเดือน จำนวน 12 เดือน ซึ่งจะทำการประเมินผลการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุว่าสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงของผู้สูงอายุได้หรือไม่ ในช่วง 12 เดือน ซึ่งพบว่า การสนับสนุนทางสังคม และระดับภาวะซึมเศร้า สามารถบ่งบอกความยุ่งยากประจำวันของผู้สูงอายุได้ แต่ไม่สามารถบ่งบอกเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นในชีวิตของผู้สูงอายุได้ ผลกระทบของการสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า และเหตุการณ์สำคัญในชีวิตที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ยังคงอยู่อย่างมีนัยสำคัญ โดยไม่รวมถึงผลสะท้อนของอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากความยุ่งยากในชีวิต หรือปัญหาของความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับบุคคลอื่นหรือคนที่ติดต่อกับผู้สูงอายุในเหตุการณ์ที่สำคัญของชีวิต ความยุ่งยากในชีวิตของผู้สูงอายุสะท้อนให้เห็นถึง

ผลกระทบจากเหตุการณ์สำคัญในชีวิต ซึ่งมีผลต่อเนื่องมาสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ไม่พบความแตกต่างระหว่างผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง ส่งผลต่อรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ

เอต้า มุย (Ada Muiy, 1996) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุชาวจีนโพ้นทะเล โดยทำการศึกษาในผู้สูงอายุชาวจีนจำนวน 50 คน ที่อยู่ในศูนย์ผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยโคลัมเบีย สหรัฐอเมริกา โดยใช้เครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Geriatric Depression Scale) ร่วมกับการประเมินภาวะสุขภาพ ความเป็นอยู่ ความเครียด และการสนับสนุนทางสังคมในชุมชนที่ผู้สูงอายุชาวจีนอาศัยอยู่ ผลการวิจัย พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชาวจีนส่วนใหญ่ อยู่ในระดับดี ผู้สูงอายุที่มีความพึงพอใจในการอาศัยอยู่ร่วมกับผู้อื่นหรือมีความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวจะมีภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำกว่า ผู้สูงอายุที่ระดับความพึงพอใจในการอาศัยอยู่ร่วมกับผู้อื่นหรือความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี และผลกระทบของปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุชาวจีนโพ้นทะเลควรได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างเป็นพิเศษด้วยมีวัฒนธรรมและความเป็นอยู่ที่ไม่เหมือนกันผู้สูงอายุในชุมชนถิ่น

กิลล์ ลิฟวิงตัน โมนิกา มาเนลลา และ คอร์นีเลียส คาโตนา (Gill Livingston, Monica Manela and Cornelius Katona, 1996) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ภาวะซึมเศร้า และโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ที่บ้าน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ อธิบายภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า หรือมีความพิการทางด้านร่างกายเพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตกับผู้ใหญ่กลุ่มอื่นที่อาศัยอยู่ที่บ้าน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามและแบบประเมินภาวะสุขภาพ และสุขภาพจิต รวมทั้งแบบสัมภาษณ์ ทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ที่ ลอนดอน โบโรจด์ ออฟ อีชิงตัน ในกลุ่มผู้สูงอายุที่อายุ มากกว่า 65 ปีขึ้นไป จำนวน 700 คน ผลการศึกษาวิจัย พบว่า ความชุกของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนไม่ได้สูงอย่างมีนัยสำคัญ พบร้อยละ 15 ของผู้สูงอายุทั้งหมด และพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งพบว่ามีภาวะเจ็บป่วยทางจิตมากกว่าเพศชาย ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ถือได้ว่าเป็นภาวะเจ็บป่วยส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุในชุมชนมากกว่าการเจ็บป่วยทางจิตเวชด้านอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (24% : 11%) และส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว (ร้อยละ 19) ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตในผู้สูงอายุเพศหญิงร่วมกับภาวะสมองเสื่อม

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

แผนงานวิจัย “การพัฒนาเมืองผู้สูงอายุแสนสุข Development Saensuk Happiness Elderly Community Model” เป็นแผนงานต่อเนื่อง โดยมีระยะเวลาการศึกษาวิจัยต่อเนื่อง 3 ปี (พ.ศ.2556 - 2558) โดยแผนงานวิจัย “การพัฒนาเมืองผู้สูงอายุแสนสุข Development Saensuk Happiness Elderly Community Model” เป็นแผนงานวิจัยที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 จากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ โดยมีโครงการวิจัยย่อย ภายใต้แผนงานวิจัยจำนวน 11 โครงการย่อย ดังนี้

โครงการวิจัยย่อย ที่ 1 (ภาษาไทย) วิจัยชุมชนด้านสุขภาพผู้สูงอายุและแกนนำสุขภาพ
ครอบครัว เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี
(ภาษาอังกฤษ) Community diagnosis of elderly health and family care ;
Saensuk Municipality Chonburi

ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย : แพทย์หญิงมยุรี พิทักษ์ศิลป์ สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 50

ผู้ร่วมโครงการวิจัย : ดร.เวชกา กลิ่นวิจิต สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 20

นางสาวพวงทอง อินใจ สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 10

ดร.กาญจนา พิบูลย์ สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 10

นางสาวคณินิจ อุสิมาศ สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 10

หน่วยงานหลัก : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

หน่วยงานสนับสนุน : เทศบาลเมืองแสนสุข

โครงการวิจัยย่อยที่ 2 (ภาษาไทย) การพัฒนาแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข
(ภาษาอังกฤษ) Developing Student leader for elderly care in Community;

Saensuk Happiness Student Leader Model

ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย : ผศ.ดร.รัชนิภาภรณ์ ทรัพย์กรานนท์ สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 30

ผู้ร่วมโครงการวิจัย : ผศ.ดร.วารีย์ กังใจ สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 30

ผศ.ดร.สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 20

ดร.ชมนาด สุ่มเงิน

สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 20

หน่วยงานหลัก : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

หน่วยงานสนับสนุน : เทศบาลเมืองแสนสุข

โครงการวิจัยย่อยที่ 3 (ภาษาไทย) การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัว และชุมชน เพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี
(ภาษาอังกฤษ) Developing Family and Community Health Leader for Elderly in Community ; Saensuk Happiness Family Health Leader Model

ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย :	ดร.เวธกา กลิ่นวิชิต	สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 50
ผู้ร่วมโครงการวิจัย :	ดร.กาญจนา พิบูลย์	สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 10
	ผศ.นพ.พิสิษฐ์ พิริยาพรพรณ	สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 10
	นางสาวพวงทอง อินใจ	สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 10
	นายสรร กลิ่นวิชิต	สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 10
	นางสาวคณิณีจ อุสิมาศ	สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 10

หน่วยงานหลัก : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

หน่วยงานสนับสนุน : เทศบาลเมืองแสนสุข

โครงการวิจัยย่อยที่ 4 (ภาษาไทย) การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม
(ภาษาอังกฤษ) Family and Community Participatory Health Care in Elderly with Diabetes Mellitus

ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย :	ผศ.นพ.พิสิษฐ์ พิริยาพรพรณ	สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 50
ผู้ร่วมโครงการวิจัย :	พญ.ผกาพรพรณ ดินชูไท	สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 10
	นพ.สุริยา โปร่งน้ำใจ	สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 10
	นพ.ณัฐพล อันนันทน์	สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 10
	ดร.เวธกา กลิ่นวิชิต	สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 20

หน่วยงานหลัก : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

หน่วยงานสนับสนุน : เทศบาลเมืองแสนสุข

โครงการวิจัยย่อยที่ 5 (ภาษาไทย) การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังตามแนวทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส
(ภาษาอังกฤษ) Neuro-Linguistic Programming on Mental Health care of Elderly with Chronic Illness: Saensuk Municipality , Chonburi Thailand

ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย :	นายสรร กลิ่นวิชิต	สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 50
ผู้ร่วมโครงการวิจัย :	นางสาวพวงทอง อินใจ	สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 20
	ดร.เวธกา กลิ่นวิชิต	สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 20
	นางสาวสมหญิง ปู่แก้ว	สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 10

หน่วยงานหลัก : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

หน่วยงานสนับสนุน : คณะศึกษาศาสตร์ และเทศบาลเมืองแสนสุข

โครงการวิจัยย่อยที่ 6 (ภาษาไทย) พัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นแสนสุขและจิตอาสาผู้สูงอายุ
(ภาษาอังกฤษ) Developing Local wisdom and Volunteer in Elderly at Saensuk Municipality

ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย :	นางสาวพวงทอง อินใจ	สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 50
ผู้ร่วมโครงการวิจัย :	รศ.ดร.สมหมาย แจ่มกระจ่าง	สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 20
	รศ.ดร.ศรัทธา ยอดนิล	สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 20
	นางสาวน้ำทิพย์ คำแร่	สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 10

หน่วยงานหลัก : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

หน่วยงานสนับสนุน : คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และเทศบาลเมืองแสนสุข

โครงการวิจัยย่อยที่ 7 (ภาษาไทย) การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย
(ภาษาอังกฤษ) Health promotion with Thai Traditional Medicine in Elderly

ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย :	รศ.ดร.สุนันทา โอศิริ	สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 50
ผู้ร่วมโครงการวิจัย :	แพทย์หญิงมยุรี พิทักษ์ศิลป์	สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 15
	นางสาวพัชชาพลอย ศรีประเสริฐ	สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 15
	นายสถาพร บัวธรา	สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 10
	นางสาวคณินิจ อภิมาศ	สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 5
	นางสาวสมหญิง บู่แก้ว	สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 5

หน่วยงานหลัก : คณะการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร มหาวิทยาลัยบูรพา

หน่วยงานสนับสนุน : 1. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2. เทศบาลเมืองแสนสุข

โครงการวิจัยย่อยที่ 8 (ภาษาไทย) แบบแผนการบริโภคอาหาร ภาวะโภชนาการ และปัจจัยขับเคลื่อน
ชุมชนผู้สูงอายุสุขภาพดี
(ภาษาอังกฤษ) Dietary pattern , Nutritional status and Driven factors for
Community of Healthy elderly

ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย :	ดร.วันสรา เชาว์นิยม	สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 40
ผู้ร่วมโครงการวิจัย :	ผศ.ดร.ศิริพร จันทร์ฉาย	สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 20
	ดร.สุนิศา แสงจันทร์	สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 20
	ดร.พัชณา ใจดี	สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 20

หน่วยงานหลัก : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

หน่วยงานสนับสนุน : เทศบาลเมืองแสนสุข

โครงการวิจัยย่อยที่ 9 (ภาษาไทย) การพัฒนาการเรียนรู้และอาชีพของผู้สูงอายุ
(ภาษาอังกฤษ) (Development of Saensuk happiness elderly community
model)

ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย :	ผศ.ดร.ทงศักดิ์ ยี่งรัตนสุข	สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 60
ผู้ร่วมโครงการวิจัย :	ดร.ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์	สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 20
	รศ. ดร. อนามัย เทศกะทีก	สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 20

หน่วยงานหลัก : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

โครงการวิจัยย่อยที่ 10 (ภาษาไทย) การสำรวจสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่เกี่ยวกับสุขภาพของ
ผู้สูงอายุ ต. แสนสุข อ. เมือง จ.ชลบุรี
(ภาษาอังกฤษ) (Surveying environmental condition of housing
concerning health of senior peoples Saensuk sub-district Muang district
Chonburi province)

ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย : ผศ.ดนัย บวรเกียรติกุล สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 70

ผู้ร่วมโครงการวิจัย : ดร. รชฎี โชติกาวิรินทร์ สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 30

หน่วยงานหลัก : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

หน่วยงานสนับสนุน : เทศบาลเมืองแสนสุข

โครงการวิจัยย่อยที่ 11 (ภาษาไทย) รูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาล
มหาวิทยาลัยบูรพา
(ภาษาอังกฤษ) (Elderly Day Care Model in Burapha University Hospital)

ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย: ดร. กาญจนา พิบูลย์ สัดส่วนการทำวิจัย 50%

ผู้ร่วมโครงการวิจัย : ผศ.นพ.พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ สัดส่วนการทำวิจัย 10%

พญ.มยุรี พิทักษ์ศิลป์ สัดส่วนการทำวิจัย 10%

ดร. เวรกา กลิ่นวิชิต สัดส่วนการทำวิจัย 10%

นางสาวพวงทอง อินใจ สัดส่วนการทำวิจัย 10%

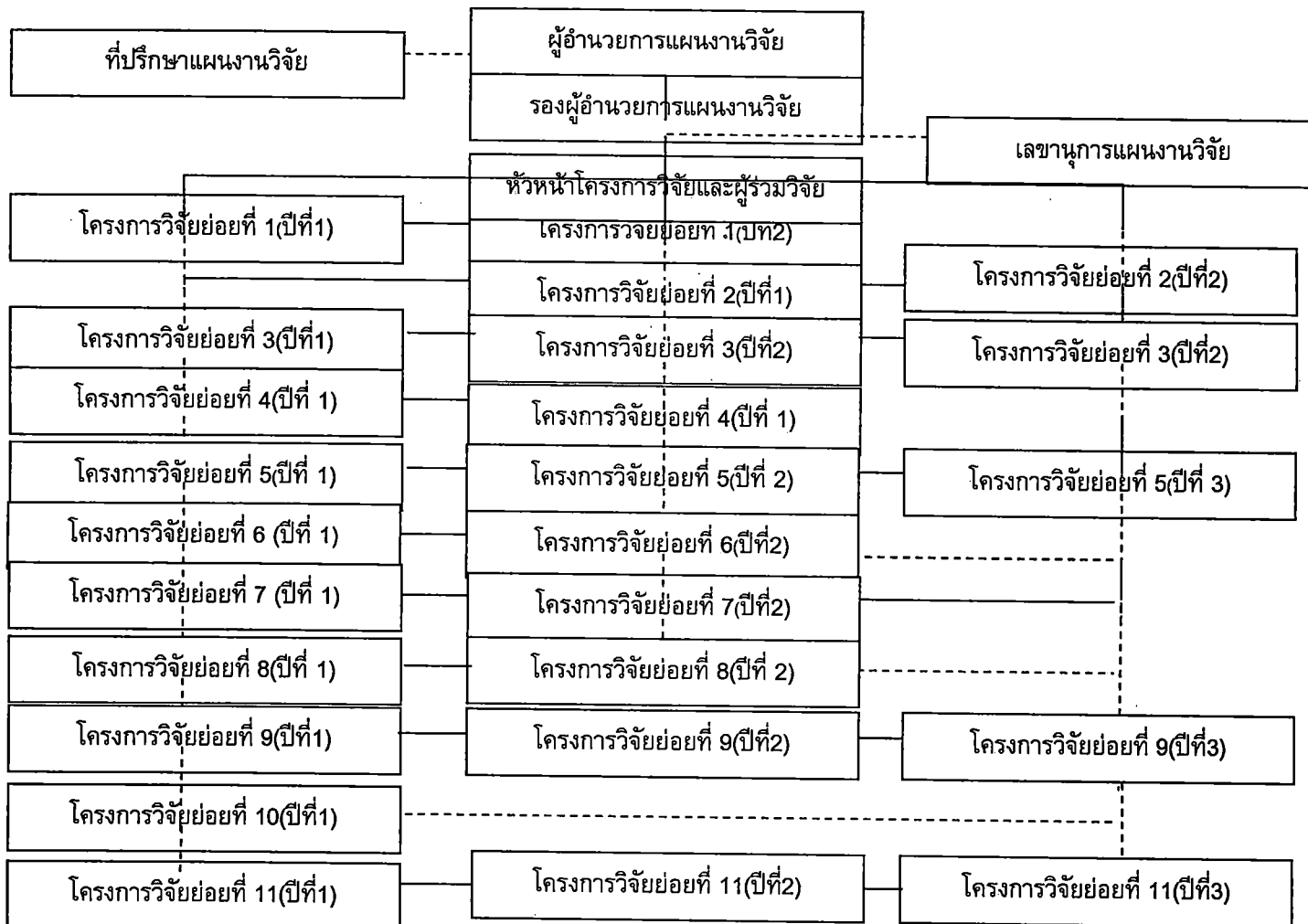
ดร.นพ เกษม ไข่ม่องกิจ สัดส่วนการทำวิจัย 10%

หน่วยงานหลัก : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

หน่วยงานสนับสนุน : คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา เทศบาลเมืองแสนสุข

แผนการบริหารแผนงานวิจัย

โครงสร้างแผนงานวิจัย



ในการดำเนินการของแผนงานวิจัยนี้ มีการควบคุม กำกับโครงการวิจัยในแต่ละโครงการวิจัย

ย่อย โดยคณะผู้บริหารแผนงานวิจัย ซึ่งประกอบด้วย

ที่ปรึกษาแผนงานวิจัย ได้แก่

1. ศาสตราจารย์ ดร.นพ.ศาสตรี เสาวคนธ์
2. รองศาสตราจารย์ พญ.สมจิต พฤษะรัตนนท์

หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบแผนงาน: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ผู้อำนวยการแผนงานวิจัย: ดร. เวชกา กลิ่นวิจิต

หัวหน้าสำนักงานจัดการศึกษา

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

รองผู้อำนวยการแผนงานวิจัย: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ

คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เลขานุการแผนงานวิจัย: นางสาวคณิงนิจ อุสิมาศ
 หัวหน้างานวิจัยและบริการวิชาการ
 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ซึ่งในแต่ละโครงการวิจัยย่อย จะมีหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นผู้รับผิดชอบหลักในโครงการแล้ว ยังมีเลขานุการแผนงานวิจัย ที่ทำหน้าที่ ประสานงานช่วยเหลือในการติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานของโครงการวิจัยย่อย ต่าง ๆ ของแผนงานวิจัย ช่วยนัดหมาย จัดประชุมคณะกรรมการบริหารแผนงานวิจัย และประสานงานเพื่อให้เป็นไปตามแผนดำเนินการวิจัยในแต่ละโครงการ รวมทั้งรวบรวมรายงานความก้าวหน้าเสนอต่องานส่งเสริมการวิจัย สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยบูรพา จัดให้มีการประชุมติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินการวิจัยเป็นประจำทุกเดือน และจะได้มีการเรียนเชิญผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ มาให้คำปรึกษา ปรึกษาการดำเนินการวิจัยตามแผนงานวิจัยด้วย

หน่วยงานสนับสนุน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
 คณะแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร มหาวิทยาลัยบูรพา

กลยุทธ์ของแผนงานวิจัย

เพื่อให้สามารถพัฒนาชุมชนต้นแบบผู้สูงอายุสุขภาพดี และได้รูปแบบและการบริหารจัดการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสม ต่อทั้งสภาพชุมชน สภาพเศรษฐกิจและสังคม หน่วยงานที่รับผิดชอบ คือ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์และกลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพจึงได้ประสานความร่วมมือในลักษณะของสหสาขาวิชาชีพ ในการบูรณาการการดูแลดังกล่าว รวมทั้งการประสานความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โดยการสนับสนุนของฝ่ายวิชาการและวิจัย ของศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพคณะแพทยศาสตร์ ในการจัดทำข้อเสนอแผนงานวิจัยการพัฒนาเมืองผู้สูงอายุแสนสุข ขึ้นโดยมีกลยุทธ์ที่สำคัญดังนี้

1. โครงสร้างประชากรผู้สูงอายุในภาคตะวันออกและจังหวัดชลบุรี เพิ่มมากขึ้นตามลักษณะของโครงการประชากรผู้สูงอายุไทย
2. สถานการณ์ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกและจังหวัดชลบุรี มีภาวะเจ็บป่วยและโรคเรื้อรังเป็นจำนวนมาก

3. มีการถ่ายโอนความรับผิดชอบด้านสวัสดิการ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นช่วยเหลือดูแล ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการประสานความร่วมมือในการสร้างความมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ
4. มหาวิทยาลัยบูรพา มีการกำหนดนโยบายในแผนยุทธศาสตร์มหาวิทยาลัยสู่ความเป็นเลิศในศาสตร์ผู้สูงอายุ โดยสามารถประสานความร่วมมือในการผลิตผลงานทางวิชาการและวิจัยในศาสตร์ดังกล่าว ในกลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพได้โดยง่าย
5. ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ เป็นหน่วยงานที่สังกัดมหาวิทยาลัยบูรพา ที่มีโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เป็นหน่วยงานในสังกัด มีความพร้อมทั้งทางด้านบุคลากร แพทย์พยาบาล และนักวิชาการทางด้านสุขภาพ สถานที่ ทรัพยากรพื้นฐาน ในการที่จะบริหารจัดการเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุได้
6. การวิจัยเพื่อพัฒนาเมืองผู้สูงอายุแสนสุขนี้ มีความสอดคล้องและตอบสนองต่อนโยบายการบริการสุขภาพอนามัยตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ต้องการการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการซ่อมแซม สามารถให้การดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด เป็นการเน้นการให้บริการเชิงรุกและส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคหรือภาวะแทรกซ้อนมากกว่าการรักษาโรค ซึ่งเป็นการลงทุนที่น้อยกว่า และมีความคุ้มค่ามากกว่า
7. การพัฒนาเมืองผู้สูงอายุแสนสุข จะมีความครอบคลุมตั้งแต่การวินิจฉัยและวิเคราะห์สถานการณ์ชุมชน ค้นหาและประเมินศักยภาพเดิมของชุมชน และพัฒนาร่วมกันกับชุมชน ในการสร้างและพัฒนาชุมชนหรือเมืองต้นแบบในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อน การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุ
8. มีการดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัย ถึงขั้นตอนของการถ่ายทอดและเผยแพร่การวิจัยสู่ผู้รับผลงานผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของการจัดการความรู้เพื่อให้เกิดการต่อยอดผลการศึกษาวิจัยต่อไป

ระยะเวลา

โครงการต่อเนื่อง มีระยะเวลาดำเนินการ 3 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556-2558

สถานที่ทำการวิจัย

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และเขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

วิธีการดำเนินการวิจัย

ในปีที่ 1 ระยะที่ 1 โครงการวิจัยย่อย แต่ละโครงการวิจัย ดำเนินการศึกษาวิจัยตามวิธีการดำเนินการวิธีดังต่อไปนี้

โครงการย่อย ที่ 1 วินิจฉัยชุมชนด้านสุขภาพผู้สูงอายุและแกนนำสุขภาพครอบครัว เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี (Community diagnosis of elderly health and family care; Saensuk Municipality Chonburi)

วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย

ระยะที่ 1 ดำเนินการสำรวจครอบครัวและชุมชน, จัดทำฐานข้อมูล family folder ของผู้สูงอายุในชุมชนโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาฐานข้อมูลของครอบครัวผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) เฉพาะที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เทศบาลเมืองแสนสุข โดยใช้กรอบแนวคิดการวินิจฉัยชุมชนและการศึกษาครอบครัวโดยหลักการเยี่ยมบ้าน INHOMESSS และ OBSERVES ตามแนวคิดทางเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ครอบครัวโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและหาจุดเด่นด้านการดูแลสุขภาพครอบครัวผู้สูงอายุในชุมชนและคัดกรองกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าสู่โครงการวิจัยเป็นชุมชนต้นแบบต่อไป

1. รูปแบบการวิจัย (Research Design)

เป็นวิจัยเชิงสำรวจ

2. ขั้นตอนในการวิจัย (วิธีการในการเก็บข้อมูล ประชากร กลุ่มตัวอย่าง ฯลฯ)

1. ชั้นเตรียมชุมชน
2. ชั้นสำรวจและวินิจฉัยชุมชน
3. การศึกษาสาเหตุต้นตอ
4. การวางแผนแก้ไขปัญหาหรือส่งเสริมหรือพัฒนากลุ่ม
5. การประเมินผลการปฏิบัติงาน (ผลรวมทั้งหมด)

5.1 การระบุจุดเด่น-จุดเด่นในชุมชนโดยใช้กระบวนการกลุ่มย่อย หรือผู้รู้ในชุมชน

5.2 การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

6. การศึกษาสาเหตุต้นตอ(จากปัจจัยอะไรสาเหตุมาจากไหน อย่างไร)

7. การวางแผนแก้ไขปัญหา (จัดเวที จากการทำกิจกรรม)

8. การประเมินผลการปฏิบัติงาน (ชุมชนได้อะไรบ้าง มีอะไรเปลี่ยนแปลงหรือไม่ พัฒนาขึ้น-เท่าเดิม)

9. ออกรายงาน

3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่วิจัยเพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. การติดต่อประสานงานกับชุมชน และผู้นำหรือแกนนำในชุมชนเพื่อเข้าไปศึกษาตามขั้นตอนการวิจัย
2. การประสานงานเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของโครงการวิจัย
3. การนัดหมายวัน เวลา และสถานที่เพื่อดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัย
4. เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง หรือ การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล

สถานที่ในการศึกษาวิจัย

พื้นที่เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี

โครงการวิจัยย่อยที่ 2 การพัฒนาแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข (Development Student leader for elderly care in community; Saensuk Happiness Student leader model)

1. รูปแบบการวิจัย (Research Design)

ในระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา

ขั้นตอนในการวิจัย (วิธีการในการเก็บข้อมูล ประชากร กลุ่มตัวอย่าง ฯลฯ)

ปีที่ 1 การประเมินศักยภาพของแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะ

สุขภาพของผู้สูงอายุ ปัญหาด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ความสามารถในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ นิสิตมหาวิทยาลัยบูรพาที่กำลังศึกษาอยู่ในมหาวิทยาลัยบูรพา อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรีในปีการศึกษา 2556 โดยประมาณการจากจำนวนนิสิตที่กำลังศึกษาอยู่ในปีการศึกษา 2554 จำนวน 43,886 คน

ตาราง 1 แสดงจำนวนประชากรนิสิตมหาวิทยาลัยบูรพา ปีการศึกษา 2554

ผู้กำลังศึกษา ปีการศึกษา 2554	จำนวนนิสิต (คน)
ปี 1	13,866
ปี 2	11,844
ปี 3	8,716
ปี 4	7,423
ปี 5	1,632
ปี 6	405
รวมจำนวนทั้งหมด	43,886

ข้อมูลจาก : สำนักบริการการศึกษา งานทะเบียน ณ เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2554

กลุ่มตัวอย่าง คือ แกนนำนิสิตมหาวิทยาลัยบูรพาที่กำลังศึกษาอยู่ในมหาวิทยาลัยบูรพา อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างโดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางเครจซี่และมอร์แกน(Robert V. Krejcie and Earyle W. Morgan. 1970) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 380 คน (Robert V. Krejcie and Earyle W. Morgan. 1970 อ้างใน ธีรวุฒิ เอกะกุล , 2543)

ตัวแปรที่ศึกษา คือ

ตัวแปรต้น คือ

1. ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ศาสนา รายได้ของครอบครัว
 2. ปัจจัยเอื้ออำนวย ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ
 3. ปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ การได้รับการฝึกอบรม หรือการนิเทศจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- ตัวแปรตาม คือ

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. ปัญหาด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
3. ความสามารถในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
4. การสนับสนุนทางสังคมเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

2. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการฝึกอบรมนิสิต นักศึกษา และผู้ช่วยนักวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยในปีที่ 1 ใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินศักยภาพของแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับ การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ปัญหาด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ความสามารถในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

3. สถานที่ในการศึกษาวิจัย

เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี และ มหาวิทยาลัยบูรพา

โครงการวิจัยย่อยที่ 3 การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัว/ชุมชน เพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข (Development Family and Community Health Leader for Elderly in Community; Saensuk Happiness Family Health Leader Moderl)

1. รูปแบบการวิจัย (Research Design)

ในระยะที่ 1 ปีที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา

2. ขั้นตอนในการวิจัย (วิธีการในการเก็บข้อมูล ประชากร กลุ่มตัวอย่าง ฯลฯ)

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ บุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างน้อย 1

คน ของครัวเรือนที่อยู่ในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 23,925 ครัวเรือน

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนประชากรในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จำแนกตามเพศ และตำบลที่อยู่ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข

เขต	ชาย	หญิง	รวม	จำนวนบ้าน
เทศบาลเมืองแสนสุข	19,929	24,383	44,312	23,925
ตำบลแสนสุข	16,511	20,462	36,973	20,935
ตำบลเหมือง	3,007	3,419	6,426	2,624
ตำบลห้วยกะปิ	411	502	913	366

ข้อมูลจาก : สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ณ เดือนธันวาคม พ.ศ. 2552

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุของครัวเรือนที่อยู่ในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างโดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจาก

ตารางเครจซี่และมอร์แกน (Robert V. Krejcie and Eayrle W. Morgan, 1970) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 377 คน

ตัวแปรที่ศึกษา คือ

ตัวแปรต้น คือ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ

1. ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ อายุ อาชีพ เพศ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว
2. ปัจจัยเอื้ออำนวย ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ
3. ปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ การได้รับการฝึกอบรม หรือการนิเทศจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ตัวแปรตาม คือ

ศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
 2. ปัญหาด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
 3. ความสามารถในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
 4. การสนับสนุนทางสังคมเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล
1. ประสานงานกับพื้นที่
 2. อบรมผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล
 3. นัดหมายการประชุมแกนนำและกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลร่วมกัน
 4. คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

สถานที่ในการศึกษาวิจัย

เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

โครงการวิจัยย่อยที่ 4 การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดยให้ครอบครัวและชุมชนร่วม เทศบาลเมืองแสนสุข (Family and Community Participatory Health care in Elderly with Diabetes mellitus)

1. รูปแบบการวิจัย (Research Design)

ในระยะที่ 1 ปีที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อประเมินภาวะสุขภาพและศักยภาพของ

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ครอบครัวและชุมชน เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม

2. ขั้นตอนในการวิจัย (วิธีการในการเก็บข้อมูล ประชากร กลุ่มตัวอย่าง ฯลฯ)

ปีที่ 1 ขั้นตอนที่ 1 การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน และศักยภาพในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข โดยการศึกษาข้อมูลของผู้สูงอายุในชุมชนเขตพื้นที่เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่อาศัยในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี จำนวน 90,181 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อยู่อาศัยในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างโดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางเครจซี่และมอร์แกน (Robert V. Krejcie and Eayle W. Morgan, 1970) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 368 คน

ตัวแปรที่ศึกษา คือ

1. คุณลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน
2. ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ
3. การสนับสนุนทางสังคม

3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การติดต่อประสานงานกับชุมชน และผู้นำหรือแกนนำในชุมชนเพื่อเข้าไปศึกษาตามขั้นตอนการวิจัย
2. การประสานงานเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของโครงการวิจัย
3. การนัดหมายวัน เวลา และสถานที่เพื่อดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัย
4. เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง หรือ การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล

สถานที่ในการศึกษาวิจัย

เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

โครงการวิจัยย่อยที่ 5 การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังตามแนวทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส (Neuro-Linguistic Programming on Mental health care of Elderly with Chronic illness: Saensuk Municipality, Chonburi Thailand)

1. รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาอัตราของความ

ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียด และภาวะซึมเศร้าและเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังเมื่อจำแนกตามคุณลักษณะของผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ

2. ขั้นตอนในการวิจัย (วิธีการในการเก็บข้อมูล ประชากร กลุ่มตัวอย่าง ฯลฯ)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นโรคเรื้อรังและอยู่อาศัยในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี จำนวน 5,797 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นโรคเรื้อรัง ที่อยู่อาศัยในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างโดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie and Morgan. 1970) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 361 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรต้น คือ คุณลักษณะของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยของครอบครัว

ตัวแปรตาม คือ ระดับความเครียด และ ระดับภาวะซึมเศร้า

3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานงานกับพื้นที่
2. อบรมผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล
3. นัดหมายการประชุมกลุ่มผู้สูงอายุชี้แจงข้อมูลการวิจัย
4. คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. สถานที่ในการศึกษาวิจัย

เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

โครงการวิจัยย่อยที่ 6 พัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นแสนสุขและจิตอาสาผู้สูงอายุ

(Developing Local Wisdom and Volunteer in Elderly at Saensuk Municipality)

1. รูปแบบการวิจัย (Research Design)

เพื่อค้นหาและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นของเมืองแสนสุข และจิตอาสาของผู้สูงอายุเทศบาล

เมืองแสนสุข ปีที่ 1 ระยะที่ 1 เพื่อสำรวจ ค้นหา พัฒนาและสร้างฐานข้อมูล ภูมิปัญญาท้องถิ่นของ

เมืองแสนสุข การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เจาะลึกเพื่อให้ได้ข้อมูลตรงตามประเด็นที่ต้องการศึกษารอบคลุมตามวัตถุประสงค์ ในการวิจัยครั้งนี้จึงใช้การศึกษารูปแบบการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological Research) ศึกษาในกลุ่มประชาชน หรือ ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข

2. ขั้นตอนในการวิจัย (วิธีการในการเก็บข้อมูล ประชากร กลุ่มตัวอย่าง ฯลฯ)

ระยะที่ 1 การเก็บข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-Depth Interview) ตามแนวทางสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้างในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษานี้ คือประชาชนหรือผู้สูงอายุ

3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบลูกโซ่ (Snowball sampling) การเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลคนแรกโดยการติดต่อผ่านผู้นำทางการศึกษาในท้องถิ่น แล้วนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) หลังจากนั้นจัดรวบรวมเป็นข้อมูลประมวลคลังความรู้ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่น และจัดทำฐานข้อมูลเผยแพร่สู่สาธารณชน

4. สถานที่ในการศึกษาวิจัย

เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

โครงการวิจัยย่อยที่ 7 การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย (Health promotion with Thai Traditional Medicine in Elderly)

1. รูปแบบการวิจัย (Research Design)

2. ขั้นตอนในการวิจัย (วิธีการในการเก็บข้อมูล ประชากร กลุ่มตัวอย่าง ฯลฯ)

ปีที่ 1 ระยะที่ 1 การวินิจฉัยด้านสังคม จุดมุ่งหมายของระยะนี้เพื่อระบุปัจจัยและประเมินปัญหาด้านสังคมซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (Quality of Life : Q O L) ของประชากร เป้าหมาย

ระยะนี้จะช่วยให้ผู้วางแผนเข้าใจปัญหาด้านสังคมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้บริโภครบริการ นักเรียน/นักศึกษา หรือชุมชนตามที่ประชาชนมองเห็นปัญหาเหล่านั้นที่เกิดขึ้นกับตนเอง ปัญหาด้านสังคมจะเชื่อมโยงไปถึงปัญหาด้านสุขภาพซึ่งจะนำไปสู่การกำหนด กิจกรรมสุขศึกษาได้ สิ่งเหล่านี้เป็นผลกระทบสำคัญต่อชีวิตและคุณภาพชีวิตส่งผลต่อปัญหาด้านสังคมอย่างไรบ้าง วิธีการวิจัยด้านสังคมอาจจะดำเนินการได้ดังนี้ จัดเวทีชุมชน (Community Forums) การแสดงข้อตกลงร่วมในกลุ่ม (Nominal groups) การอภิปรายเฉพาะกลุ่ม (Focus group) การสำรวจ (Surveys) และการสัมภาษณ์ (Interviews) เป็นต้น

3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ศึกษาวิถีสุขภาพทางการแพทย์แผนไทยของผู้สูงอายุในเทศบาลเมืองแสนสุข สํารวจเชิงพรรณนาโดยใช้แบบสอบถาม โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและชายที่พักอาศัยในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข เพื่อค้นหาภูมิปัญญาของผู้สูงอายุด้านการแพทย์แผนไทยในท้องถิ่น และนำข้อมูลต่าง ๆ มาวิเคราะห์ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริมแรง และปัจจัยเอื้อของการดูแลตนเองด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยโดยใช้แบบจำลอง PRECEDE ของกรีนและกรูเตอร์

4. สถานที่ในการศึกษาวิจัย

เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

โครงการวิจัยย่อยที่ 8 แบบแผนการบริโภคอาหาร ภาวะโภชนาการ และปัจจัยขับเคลื่อนชุมชนผู้สูงอายุสุขภาพดี (Dietary pattern, Nutritional status and Driven factors for Community of Healthy elderly)

1. รูปแบบการวิจัย (Research Design)

วิธีการดำเนินการวิจัย ปีที่ 1 เพื่อสำรวจและค้นหาปัญหาโภชนาการของผู้สูงอายุในชุมชน

1) ระยะที่ 1 การสำรวจปัญหาโภชนาการของผู้สูงอายุในชุมชน

รูปแบบการวิจัย การศึกษาเชิงสำรวจ (Survey study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเทศบาลเมืองแสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี

การสุ่มตัวอย่าง การสุ่มอย่างง่าย (random sampling)

เกณฑ์ในการคัดเลือก Inclusion criteria

1. ประชาชนที่อาศัยอยู่จริงในเทศบาลเมืองแสนสุข ไม่น้อยกว่า 6 เดือนในระหว่างปีที่ศึกษา
2. เป็นผู้ที่มิใช่อายุไม่ต่ำกว่า 60 ปี
3. มีความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจในการให้ข้อมูล เช่น ไม่เจ็บป่วยหนักจนถึงขั้นนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล มีปัญหาทางด้านจิตเวชที่ร้ายแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมในโครงการได้
4. สม่ครใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

วิธีการเก็บข้อมูล

1. การสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อภาวะโภชนาการ
2. การสำรวจแบบแผนพฤติกรรมบริโภคอาหาร โดย Food frequency และ Semi-quantitative food frequency
3. การประเมินภาวะโภชนาการ โดยการวัดสัดส่วนร่างกาย ได้แก่
 - ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว
 - คำนวณดัชนีมวลกาย
 - ตรวจวัด Body composition
4. การประเมินภาวะโภชนาการ โดยการตรวจวัดค่าทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่
 - Lipid profile ได้แก่ Total cholesterol, Triglyceride, LDL-C, HDL-C
 - Fasting Blood Sugar
 - Uric acid
 - Liver function test
 - Bone density
 - Hematocrit, Hemoglobin
5. การสำรวจสิ่งแวดล้อมในด้านสังคมวัฒนธรรมและอาหารที่มีเพื่อการบริโภคในท้องถิ่น (Food Availability) โดยการสัมภาษณ์ / การสังเกต
6. การสำรวจเครือข่ายและการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยการสัมภาษณ์
7. การศึกษานโยบายสาธารณะและยุทธศาสตร์ท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพและโภชนาการของผู้สูงอายุในชุมชน โดยการสัมภาษณ์ / การศึกษาข้อมูลทุติยภูมิ
8. การสังเคราะห์และพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุแบบบูรณาการ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา(Content analysis) / สัมภาษณ์

ขั้นตอนและวิธีการในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลเชิง

คุณภาพ (Content analysis)

2. สถานที่ในการศึกษาวิจัย

เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

โครงการวิจัยย่อยที่ 9 การพัฒนาการเรียนรู้และอาชีพของผู้สูงอายุ (Development of Saensuk happiness elderly community model)

1. รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการ

มีส่วนร่วมในการพัฒนาการเรียนรู้และอาชีพสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีแบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะดังนี้

ปีที่ 1 ระยะที่ 1 เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านการเรียนรู้และอาชีพของผู้สูงอายุ

(Situation analysis)

2. ขั้นตอนในการวิจัย (วิธีการในการเก็บข้อมูล ประชากร กลุ่มตัวอย่าง ฯลฯ)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเทศบาลเมืองแสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี

การสุ่มตัวอย่าง การสุ่มอย่างง่าย (random sampling)

3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล : แบบสัมภาษณ์, แบบสอบถาม

4. สถานที่ในการศึกษาวิจัย

เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

โครงการวิจัยย่อยที่ 10 การสำรวจสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ต.แสนสุข อ. เมือง จ.ชลบุรี (Surveying environmental condition of housing concerning health of senior peoples Saensuk sub-district Muang district Chonburi province)

1. รูปแบบการวิจัย (Research Design)

รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ

2. ขั้นตอนในการวิจัย (วิธีการในการเก็บข้อมูล ประชากร กลุ่มตัวอย่าง ฯลฯ)

ระยะที่ 1 การเตรียมการ การสำรวจสถานการณ์ การกำหนดรูปแบบ การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็น

จัดประชุมการจัดทำแนวทางการวิจัยร่วมกันผู้บริหารท้องถิ่น หน่วยงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ งานสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกเทศบาลเมืองแสนสุข

ประชุมเพื่อสร้างเครื่องมือในการสำรวจเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ

ทดสอบคุณภาพแบบสำรวจที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการสำรวจเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสภาพการสุขภาพิบาลที่อยู่อาศัยที่มีผู้สูงอายุ อาศัยอยู่ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพด้านการรับรู้และความคิดเห็น ตลอดจนความต้องการในการส่งเสริมการจัดการที่อยู่อาศัยเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ทบทวนเอกสารในบริบท เนื้อหา ประเด็น สถานการณ์ปัจจุบัน และรูปแบบการทำงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

สรุปวิเคราะห์ และแปลผลข้อมูล

4. สถานที่ในการศึกษาวิจัย

เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

โครงการวิจัยย่อยที่ 11 รูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา (Elderly Day Care Model in Burapha University Hospital)

1. รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม Participatory Action Research (PAR) ที่เน้นการมีส่วนร่วมของหน่วยงานทางด้านการศึกษา หน่วยงานด้านการบริการพยาบาล ทั้งของรัฐ และเอกชน หน่วยงานองค์กรส่วนท้องถิ่น ผู้ให้บริการ และผู้ใช้บริการ

2. ขั้นตอนในการวิจัย (วิธีการในการเก็บข้อมูล ประชากร กลุ่มตัวอย่าง ฯลฯ)

แบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ โดยในปีที่ 1 ระยะที่ 1 ดำเนินการ

ะศึกษาสถานการณ์และเตรียมสร้างรูปแบบการให้บริการแบบไปกลับโดยการ ศึกษาจากเอกสาร ตำรา และการศึกษาสถานการณ์ในศูนย์บริการและการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ 20 คน และจัดโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการเตรียมสร้างรูปแบบการให้บริการแบบไปกลับ โดยมีกลุ่มเป้าหมาย 60 คน ครอบคลุมทุกสาขาวิชาชีพ รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ และเอกชน รวมทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ศึกษาจากเอกสารตำรา และการศึกษาสถานการณ์ในศูนย์บริการและการสัมภาษณ์ และจัดโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการเตรียมสร้างรูปแบบ

4. สถานที่ในการศึกษาวิจัย

เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

บทที่ 4

ผลการศึกษาวิจัย

การเสนอผลการศึกษาวิจัยของแผนงาน “การพัฒนาเมืองผู้สูงอายุแสนสุข Development Saensuk Happiness Elderly Community Model” คณะผู้วิจัยขอเสนอ สรุปผลการศึกษาวิจัยในแต่ละโครงการวิจัยย่อย ดังรายละเอียดดังนี้

การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี (ปีที่ 1) : การประเมินศักยภาพของแกนนำ สุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ

ดร.เวธกา กลิ่นวิชาติ¹

ผศ.นพ.พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ² สรร กลิ่นวิชาติ³ พวงทอง อินใจ⁴

คณิณีจ อธิมาศ⁵ และพลอยพันธุ์ กลิ่นวิชาติ⁶

¹ พยาบาลชำนาญการพิเศษ หัวหน้าสำนักงานจัดการศึกษา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² รองอธิการบดี มหาวิทยาลัยบูรพา และคณบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

³ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

⁴ พยาบาลชำนาญการพิเศษ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

⁵ นักวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

⁶ เจ้าหน้าที่วิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นโครงการย่อยที่ 3 เรื่อง “การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัว และชุมชน เพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี” ในชุดแผนงานวิจัยเรื่อง “การพัฒนาเมืองผู้สูงอายุแสนสุข” ซึ่งใน ปีที่ 1 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาศักยภาพของแกนนำครอบครัว และชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ตามบริบทของพื้นที่ในชุมชนพื้นที่เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ บุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 คน ของครัวเรือนที่อยู่ในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 23,925 ครัวเรือน กลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางเครชีและมอร์แกน ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 377 คน ตัวแปรที่ศึกษา คือ ศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 2) ปัญหาด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

3)ความสามารถในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และ4)การสนับสนุนทางสังคมเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความเที่ยงตรงจากผู้เชี่ยวชาญ และมีค่าความเชื่อมั่น 0.87 และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัย พบว่า

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลของแกนนำผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชน พบว่า มีการรับรู้โดยรวม อยู่ในระดับ ปานกลาง($\bar{X}=2.98$, $SD=0.78$)

2. ปัญหาสุขภาพเรื่องโรคและการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี พบว่า ส่วนใหญ่ มีปัญหาสุขภาพและภาวะเจ็บป่วยโรคเรื้อรังเกี่ยวกับโรคข้อเสื่อม/ เก๊าท์/ รูมาตอยด์/ปวดข้อ ร้อยละ 94.96 รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 75.66 และ โรคกระเพาะอาหาร/กระเพาะอาหารอักเสบ ร้อยละ 61.80

ปัญหาสำคัญในระยะเวลา 1 ปีของผู้สูงอายุ เป็นปัญหาเรื่อง การมองเห็น (สายตายาวมองเห็นไม่ชัดเจน) ร้อยละ 76.39 รองลงมา คือ การสูญเสียความจำ (ขี้ลืม ทบทวนความจำได้ยาก) ร้อยละ 70.03 และ ท้องผูก/อุจจาระ/ปัสสาวะรด (ไม่สามารถกลั้นอุจจาระ/ปัสสาวะได้) ร้อยละ 69.7

3. ความสามารถในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของแกนนำ อยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}=5.09/10.00$)

4. การสนับสนุนทางสังคม พบว่า คู่สมรสของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังมีชีวิตอยู่ (ร้อยละ 81.96) มีอายุเฉลี่ย 68.98 ± 5.03 ปี ประกอบอาชีพ ค้าขาย (ร้อยละ 33.95) ส่วนใหญ่ มีบุตรและยังมีชีวิตอยู่ (ร้อยละ 94.16) จำนวนบุตรเฉลี่ย 3.39 ± 0.8 คน เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.69) พักอาศัยอยู่บ้านเดียวกัน (ร้อยละ 64.46) ปัจจุบันมีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนเฉลี่ย 8.12 ± 2.23 คน สัมพันธภาพส่วนใหญ่ เป็นบุตร/ธิดา (ร้อยละ 40.95) แหล่งสนับสนุนด้านการเงินของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่คือ บุตร/ธิดา (ร้อยละ 75.86) การประกันสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ คือ บัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 67.90) ผู้สูงอายุสามารถจ่ายและจัดการค่ารักษาพยาบาลของตนเองได้ (ร้อยละ 84.35) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการวางแผนเรื่องการเงินสำหรับการดูแลตนเองในระยะยาว (ร้อยละ 92.57) และมีความวิตกกังวลเรื่องการเงิน (ร้อยละ 76.39) แหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแล เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย ผู้ดูแลหลักในครอบครัว คือ บุตร/ธิดา (ร้อยละ 59.42) โดยผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่มีงานทำ(ร้อยละ 100.00) เป็นการทำงานที่บ้าน(ร้อยละ 72.15) ผู้ช่วยเหลือในการทำงานบ้านส่วนใหญ่เป็นการช่วยกันทำระหว่างผู้สูงอายุเองและสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 42.97) แหล่งสนับสนุนด้านจิตใจ ผู้สูงอายุมีบุคคลที่ไว้วางใจได้ (ร้อยละ 95.23) มีบุคคลที่ช่วยเหลือเกื้อหนุนด้านจิตใจเมื่อต้องการ (ร้อยละ 53.58) มีบุคคลที่สามารถพูดคุยด้วยเมื่อเกิดความกังวลใจ (ร้อยละ 56.50) เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยมีผู้มาเยี่ยมเยียน (ร้อยละ 85.15) โดยมีความถี่ของการมาเยี่ยมเฉลี่ย 2.32 ± 0.66 ครั้งต่อสัปดาห์ มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา (ร้อยละ 74.01) ความถี่เฉลี่ย 1.20 ± 0.14 ครั้งต่อสัปดาห์ กิจกรรมทางศาสนาที่เข้าร่วม

2. Health problems of the elderly in the community were chronic illness in musculo-skeleton systems such as arthritis, gout, Rheumatism and joint pain (94.96%), and heart and vascular diseases such as hypertension (75.66%) including digestion system such as peptic ulcer or abdominal pain (61.80%).

In one year, the elderly usually had problems in visual (76.339%), loss memory (70.03%) and fecal constipation or urine constituents (69.7%)

3. Self assessment of elderly care were in medium level (\bar{X} = 5.09/10.00)

4. Social support for elderly care showed that spouses of the elderly still alive (81.96%), mean age 68.98 ± 5.03 years, were trading (33.95%) Children of the elderly, and lived (94.16%), number of children average 3.39 ± 0.8 , mostly female (66.69 %) live together (64.46%), have household members currently average 8.12 ± 2.23 , most of the relationship were son / daughter (40.95 %), the financial support of the most elderly people are sons / daughters (75.86 %). Health insurance for most elder was national health insurance (67.90%). Most of the elder can afford and manage the care of their own (84.35%). Most of them have never received advice on planning of financing long-term plan (92.57%) and felt anxiety about their finance (76.39%). The care giver of the elderly were sons / daughters (59.42%), the primary caregivers are employed (100.00 %) by working at home (72.15 %). Daily housekeeper were the elderly and family members done together (42.97%). Psychological resources for help the elderly, They had some persons they trust (95.23%), some persons who can support their mind (53.58%), some persons can talk to when they felt anxiety (56.50%). on the elderly had sick they have visitors (85.15%), with the frequency of visits, average 2.32 ± 0.66 times per week. Participating in religious activities (74.01%), the average frequency of 1.20 ± 0.14 times per week. Religious activities in the most important traditional merit (20.13 %), followed by meditation (19.81%) and prayer / sermon (18.52%).

Suggestions: should develop the capacity and ability to care for their health and community leaders using a participatory process and systematic approach. As well, the continually evolving.

Keywords: family health leaders, community health leaders, elders, care for the elderly.

“การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม” (ปีที่ 1) :
การประเมินภาวะสุขภาพและศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ใน
ชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี

ผศ.นพ.พิสิษฐ์ ปริยาพรรณ¹

ดร.เวรกา กลิ่นวิจิต² พญ.ผกาพรรณ ดินฐูไท³ นพ.สุริยา โปร่งน้ำใจ⁴

พญ.เพ็ชรงาม ไชยวานิช⁵

¹ รองอธิการบดี มหาวิทยาลัยบูรพา และคณบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² พยาบาลชำนาญการพิเศษ หัวหน้าสำนักงานจัดการศึกษา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

^{3,4,5} อายุรแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นโครงการย่อยที่ 4 เรื่อง “การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม” ในชุดแผนงานวิจัยเรื่อง “การพัฒนาเมืองผู้สูงอายุแสนสุข” ซึ่งในปีที่ 1 มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินภาวะสุขภาพและศักยภาพในการดูแลตนเองเกี่ยวกับความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่อาศัยในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี จำนวน 90,181 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อยู่อาศัยในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างโดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางเครจซี่และมอร์แกน (Robert V. Krejcie and Earyle W. Morgan, 1970) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 368 คน ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ คุณลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความเที่ยงตรงจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และมีค่าความเชื่อมั่น 0.97 และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัย พบว่า

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิงมากที่สุด (ร้อยละ 65.76) มีอายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 48.1) มีสถานภาพ คู่ (ร้อยละ 42.12) ประกอบอาชีพค้าขาย (ร้อยละ 26.90) มีระดับการศึกษา ระดับ

ประถมศึกษา (ร้อยละ 63.59) รายได้ต่อเดือน ส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 10,000 –19,999 บาท (ร้อยละ 26.63) ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน มาเป็น 1-5 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 33.97)

2. ความรู้ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน พบว่า ส่วนใหญ่ยังไม่มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เนื่องจากไม่มีข้อคำถามใดเลยที่มีผู้ตอบถูกต้องถึงร้อยละ 50

3. พฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า ในภาพรวม อยู่ในระดับ ปานกลาง โดยมีพฤติกรรมการจัดการความเครียด อยู่ในระดับ ต่ำ นอกจากนี้ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย โดยมีรายละเอียดของพฤติกรรมการมีระดับการดูแลตนเองต่ำที่สุดในประเด็นต่าง เรื่องการปรับลดปริมาณยา รับประทานด้วยตัวเอง และ 2) การพักผ่อน นอนหลับที่ไม่เพียงพอ

4. การสนับสนุนทางสังคมของการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี พบว่า คู่สมรสของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังมีชีวิตอยู่ (ร้อยละ 82.61) มีอายุเฉลี่ย 69.18 ± 6.14 ปี ประกอบอาชีพ ค้าขาย (ร้อยละ 34.24) บุตรของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ มีบุตรและยังมีชีวิตอยู่ (ร้อยละ 93.75) จำนวนบุตรเฉลี่ย 6.39 ± 1.8 คน อายุเฉลี่ย 36.42 ± 6.23 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.75) พักอาศัยอยู่บ้านเดียวกัน (ร้อยละ 63.59) มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนปัจจุบันเฉลี่ย 10.12 ± 4.15 คน สัมพันธภาพส่วนใหญ่ เป็นบุตร/ธิดา (ร้อยละ 40.63) แหล่งสนับสนุนด้านการเงินของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่คือ บุตร/ธิดา (ร้อยละ 35.75) การประกันสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ คือ บัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 41.16) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถจ่ายและจัดการค่ารักษาพยาบาลของตนเองได้ (ร้อยละ 85.33) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการวางแผนเรื่องการเงินสำหรับการดูแลตนเองในระยะยาว (ร้อยละ 92.57) และมีความวิตกกังวลเรื่องการเงิน (ร้อยละ 76.90) แหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแล เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย ผู้ดูแลหลักในครอบครัว คือ บุตร/ธิดา (ร้อยละ 59.42) โดยผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่มีงานทำ (ร้อยละ 100.00) ซึ่งเป็นการทำงานที่บ้าน (ร้อยละ 66.03) ผู้ช่วยเหลือในการทำงาน บ้านให้ผู้สูงอายุ เช่น ทำความสะอาด ทำอาหาร ส่วนใหญ่เป็นการช่วยกันทำระหว่างผู้สูงอายุเองและสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 41.57) แหล่งสนับสนุนด้านจิตใจ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีบุคคลที่ไว้ใจ (ร้อยละ 95.11) มีบุคคลที่ช่วยเหลือเกื้อหนุนด้านจิตใจเมื่อต้องการ (ร้อยละ 53.53) มีบุคคลที่สามารถพูดคุยด้วยเมื่อเกิดความกังวลใจ (ร้อยละ 55.98) เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยมีผู้มาเยี่ยมเยียน (ร้อยละ 84.78)

ข้อเสนอแนะ : ควรพัฒนารูปแบบและวิธีการเพิ่มศักยภาพและความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองแก่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ครอบครัวและชุมชน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม และมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุ โรคเบาหวาน ชุมชนมีส่วนร่วม

Family and Community Participatory Health Care in Elderly with Diabetic Mellitus (Phase I)

: Assessment Potential self care in Elderly with Diabetic Mellitus

of Saensuk Municipality ,Chon Buri, Thailand.

Asst.Prof.Dr.Pisit Piriyaapun M.D.,

, Dr.Wethaka Klinwichit, Ph.D., Dr.Pakaphan Dinchuthai,M.D ,Dr.Suriya Prongnamjai,M.D.,

Dr.Pechngam Chaivanich,M.D.

Faculty of Medicine, Burapha University

Abstract

The purpose of this research were to asses potential of self care in elderly of Saensuk Municipality ,Chon Buri, Thailand. The samples which were selected from the total elderly population of 90,180 persons in Saensuk Municipality ,Chon Buri, Thailand were 368 person. The study variables were potential of elderly self care consisted of 1) Perceived of Elderly health status 2) Self health care behaviors and 3) Social support for elderly care. Questionnaire were validity and reliability($r = 0.97$) and accredited from Burapha university Ethics Committee. Statistics including frequency, percentage, mean and standard deviation were used for data analysis.

The study revealed that;

5. The most of samples were female(65.76%), age range between 60-69 years (48.10%) ,couples (42.12%), the most of occupation was merchant (26.90%) and education in primary school (63.59%), average of income per month was 10,000-19,999 baht(26.63%)during of illness in DM. 1-5 years(33.97%).
6. Perceived of self health care in DM were not appropriate (less than 50% in each items)
7. Self health care behaviors were in medium level ($\bar{X} = 2.54$, $SD = 0.73$), especially low in stress management. Drug compliance ($\bar{X} = 2.60$, $SD = 0.69$),, nutrition ($\bar{X} = 2.51$, $SD = 0.73$), and exercise behaviors ($\bar{X} = 2.82$, $SD = 0.54$), were in medium level.

4. Social support for elderly care showed that spouses of the elderly still alive (82.61%), mean age 69.18 ± 6.14 years, were merchant (34.24%) Children of the elderly, and lived (93.75%), number of children average 6.39 ± 1.8 , mostly female (71.75 %) live together (63.59%), have household members currently average 10.12 ± 4.15 , most of the relationship were son / daughter (40.63 %), the financial support of the most elderly people are sons / daughters (35.75 %). Health insurance for most elder was national health insurance (41.16%). Most of the elder can afford and manage the care of their own (85.33%). Most of them have never received advice on planning of financing long-term plan (92.57%) and felt anxiety about their finance (76.90%). The care giver of the elderly were sons / daughters (59.42%), the primary caregivers are employed (100.00 %) by working at home (66.03 %). Daily housekeeper were the elderly and family members done together (41.57%). Psychological resources for help the elderly, They had some persons they trust (95.11%), some persons who can support their mind (53.53%), some persons can talk to when they felt anxiety (55.98%). on the elderly had sick they have visitors (84.78%)

Suggestions: should develop model or guideline to enhance ability of elderly self health care by using family and community based with participatory process for sustainably improvement.

Keywords: Elderly, Elderly care , Diabetes Mellitus , Community based service

การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังตามแนวทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ปีที่ 1:

ผลการประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน

เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี

นายสรร กลิ่นวิจิต

ดร.เวธกา กลิ่นวิจิต นางสาวพวงทอง อินใจ นางสาวพลอยพันธุ์ กลิ่นวิจิต

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง โดยการวัดระดับความเครียด และภาวะซึมเศร้า ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นโรคเรื้อรังและอยู่อาศัยในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี จำนวน 5,756 คน กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มตัวอย่างโดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 361 คน โดยใช้แบบวัดความเครียดของสวนปรุง(Suanprung Stress Test-20, SPST-20) และ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS) ทั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เรียบร้อยแล้ว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าที่ One way ANOVA และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลวิจัยพบว่า

1. ปัญหาสุขภาพเรื้อรังโรคและการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ส่วนใหญ่ มีปัญหาสุขภาพและภาวะเจ็บป่วย เกี่ยวกับโรคข้อเสื่อม/ เก๊าท์/รูมาตอยด์/ปวดข้อ ร้อยละ 94.96 รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 75.66
2. ผู้สูงอายุ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ มีระดับความเครียด อยู่ในระดับ ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 56.75 (ค่าคะแนน 24-41 คะแนน) รองลงมา มีระดับความเครียด สูง คิดเป็นร้อยละ 21.62 (ค่าคะแนน 42-61) มีความเครียด น้อย คิดเป็นร้อยละ 16.22 และ มีความเครียดรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 5.41 (ค่าคะแนน 62 ขึ้นไป)
3. ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ส่วนใหญ่ ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 70.27 และมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 29.73 โดยมีส่วนใหญ่มีความซึมเศร้าเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 18.92 รองลงมา มีความซึมเศร้า ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 8.11 และมีความซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 2.7
4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังกับความเครียด พบว่า ปัจจัยด้านระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับภาวะความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ อาชีพ มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

5. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า
6. ความเครียดมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข เป็นชุมชนในเขตเมือง ซึ่งพบปัญหาภาวะสุขภาพจิตด้านความเครียดและภาวะซึมเศร้า ควรเร่งดำเนินการดูแลรักษาและให้เอาใจใส่เพื่อพัฒนาผู้สูงอายุในชุมชนให้สามารถปรับตัว มีความสุขและพัฒนาคุณภาพชีวิตตนเองให้ดีขึ้น

คำสำคัญ : โปรแกรมภาษาประสาทสัมพันธ์ ผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุ สุขภาพจิต

Neuro-Linguistic Programming on Mental Health care of Elderly with Chronic Illness; Saensuk Municipality, Chon Buri, Thailand

Phase 1 : Mental Health Evaluation of the elderly in community

Mr.San Klinwichit,

Dr.Wethaka Klinwichit, Ph.D., Miss Puangtong Inchai and Miss Ploypun Klinwichit

Faculty of Medicine, Burapha University

Abstract

The purpose of this research was evaluating mental health of the elderly with chronic illness in community. Three hundred and sixty-one samples were simple random sampling from 5,756 older people in Saensuk municipality, Chon Buri, Thailand. The mental health evaluation tools were Suanprung Stress Test-20 and Thai Geriatric Depression Scale: TGDS. Statistics employed were frequency, percentage, mean, standard deviation t-test One way ANOVA and Pearson product moment correlation coefficient It was found that;

1. The most health problems of the elderly were arthritis and knee pain (94.96%) and the second was hypertension (75.66%)
2. Stress level of the elderly with chronic illness were in moderate level (56.75% ; Score 24-41) mostly, and the second was in high level (21.62%; Score 42-61) , the mild level was 16.22% and the severe level was 5.341%
3. The most of elderly have not depression (70.27%) , on the other hand, the elderly have depression were 29.73% (mild 18.92%, moderate 8.11% and severe 2.7%)
4. Education and occupation correlated with stress in 0.05, 0.01 significantly.
5. The correlation between characteristics of the elderly and depression were not significant.
6. Stress and depression in elderly with chronic illness were correlation with 0.05 level of significant.

Suggestion : The elderly with chronic illness in Saensuk municipality, Chon Buri,Thailand were the urban community reveled that stress and depression were the mental health problems in this community. Should be concern in this problems for improving quality of their life.

Keywords: Neuro Linguistic Programming , Elderly, Elderly care, Mental Health

การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย (Health promotion with Thai Traditional Medicine in Elderly)

รศ.ดร.สุนันทา โอศิริ

พัชชาพลอย ศรีประเสริฐ, แพทย์หญิงมยุรี พิทักษ์ศิลป์, สถาพร บัวธรา และ คณิงนิช อุสิมาศ

บทคัดย่อ

การสำรวจสถานะสุขภาพผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี จำนวน 200 คน พบว่า เป็นเพศหญิง (71%) อายุเฉลี่ย 67.1 ปี ระดับการศึกษาชั้น ประถมศึกษา (67.5%) และไม่ได้เรียนหนังสือ (22.5%) สถานภาพสมรส โสด/หม้าย/ หย่าแยกกันอยู่ (35.5%) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (96.5%) มีภูมิลำเนาอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ/ภาคกลาง (92.5%) ไม่ได้ ประกอบอาชีพ (58.5%) ส่วนที่ยังทำงาน มีอาชีพรับจ้าง/ธุรกิจ/ค้าขาย (40.5%) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รายได้ ไม่เพียงพอค่าใช้จ่าย (61%) ผู้สูงอายุอยู่กับคู่สมรสและ/หรือบุตรหลาน (79%) ส่วนหนึ่งอยู่บ้านคนเดียว/ไม่มีผู้ดูแล (19.5%) สมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 3.9 คน ส่วนใหญ่มีผู้ดูแล (87.5%) ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่คือบุตร (55%) ส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพร่างกาย (81.5%) คือมีปัญหาด้านสายตา การได้ยิน หูตึง และมีปัญหาเรื่องฟัน การเคี้ยว กลืนอาหารไม่ปกติ ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว (48%) ที่พบมากที่สุดคือ โรค ความดันโลหิตสูง (34.55%) เบาหวาน (14%) ไขมันในเลือดสูง (13%) เมื่อเจ็บป่วยส่วนใหญ่ไปรับ การรักษา ที่โรงพยาบาล (61.5%) รองลงมาคือการซื้อยารักษาตนเอง (18%) ผู้สูงอายุมีธาตุเจ้าเรือนเกิดอยู่ใน ทั้ง 4 ธาตุใกล้เคียงกัน รสอาหารที่ชอบส่วนใหญ่มีรสจืด และชอบรสอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ มีผู้ออกกำลังกาย (51.5%) นอนหลับและพักผ่อนไม่เพียงพอ (19.6%) ส่วนใหญ่ปฏิบัติตามหลัก ศาสนา เช่น การรักษาศีล ไปทำบุญที่วัด สวดมนต์ ฝึกปฏิบัติสมาธิ เป็นบางครั้ง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รู้จัก หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (88.3%) และได้นำมาปรับใช้ในการดำเนินชีวิต ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งอยู่ใน สภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม (20.6%) ผู้สูงอายุเคยใช้วิธีการดูแลรักษาสุขภาพแบบแพทย์แผนไทย (53%) เคยใช้ยาสมุนไพร (21.1%) นวดทั้งตัวแก้ปวดเมื่อย (17.3%) นวดเฉพาะบริเวณที่มีอาการ (19.5%) ประคบสมุนไพร (10.8%) โดยรับบริการสุขภาพที่แผนกแพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาล (26.5%) หมอนวดในชุมชน (22.9%) ได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้ในการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผน ไทยจาก สื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ (55.2%) รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล (26%) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เห็นว่าควรให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์ แผนไทย (73.7%) ปัจจัยด้าน อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ การมีผู้ดูแล สภาวะ

สุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการเข้าถึงบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการดูแลรักษาสุขภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยเพื่อนำไปใช้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ สาขาวิทยาศาสตร์การแพทย์ แพทย์แผนไทย

การพัฒนาการเรียนรู้และอาชีพของผู้สูงอายุ การวิเคราะห์สถานการณ์(Development of Saensuk happiness elderly community model)

ทรงศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข สุวิชัย โกศัลยะวัฒน์ ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ อนุภรณ์ เทศกะทีก

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ความต้องการและปัญหาการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่จดทะเบียนรับเบี้ยยังชีพกับเทศบาลเมืองแสนสุขที่ยังประกอบอาชีพอยู่ จำนวนทั้งหมด 385 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ โดยใช้แบบสอบถามซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปด้านประชากรและอาชีพของผู้สูงอายุ ความสามารถในการทำงาน ความต้องการและปัญหาการเรียนรู้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดต่ำสุด และใช้สถิติอ้างอิงในรูปของการทดสอบเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความแปรปรวน (ANOVA) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และมีอายุระหว่าง 60 – 84 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรสและมีระดับการศึกษา ในระดับประถมศึกษา งานในปัจจุบันที่ทาส่วนมากค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว รองลงมาคือ รับจ้างทั่วไป การทำงานในแต่ละวัน ส่วนใหญ่ทำงานวันละ 4 – 8 ชั่วโมง โดยส่วนใหญ่ทำงานเดือนละมากกว่า 20 วัน รายได้ต่อคนส่วนใหญ่อยู่ระหว่างเดือนละ 5,001 – 10,000 บาท ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับแหล่งการเรียนรู้ (56.57%) และไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อพัฒนาตนเอง (49.85%) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการพัฒนาความรู้หรือทักษะในการทำงาน ต้องการพัฒนาความรู้และทักษะในการทำงานในด้าน ภาษาต่างประเทศ เช่น ภาษาอังกฤษ ภาษาอาเซียน คณิตศาสตร์ การพัฒนาธุรกิจ การพัฒนาอาชีพด้านต่าง ๆ ทักษะการทำงานให้มีประสิทธิภาพ และมีรายได้เพิ่มขึ้น

จากการเปรียบเทียบปัญหาการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ พบว่าปัญหาด้านการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อการพัฒนาตนเองและด้านการได้รับการส่งเสริมสนับสนุนการเรียนรู้จากหน่วยงานต่าง ๆ ในแต่ละกลุ่มอายุมีความแตกต่างกัน โดยพบว่า ในกลุ่มอายุ 60-64 ปี มีปัญหาสูงกว่า ในกลุ่มอายุ 65-69 ปี และ 70-74 ปี ตามลำดับ กลุ่มอาชีพประมง และกลุ่มอาชีพรับจ้างทั่วไป มีปัญหาด้านการได้รับการพัฒนาทักษะในการเรียนรู้ในการประกอบอาชีพสูงกว่ากลุ่มอาชีพอื่น

การเปรียบเทียบความต้องการด้านการฝึกนิสัยการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องและด้านการได้รับการส่งเสริมสนับสนุนการเรียนรู้จากหน่วยงานต่าง ๆ พบว่า กลุ่มรายได้ 5,001-10,000 บาท มีความต้องการสูงกว่าในกลุ่มรายได้อื่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสนับสนุนการเรียนรู้ให้กับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 60-64 ปี ที่มีรายได้น้อยและไม่มีความรู้เพิ่มเติมซึ่งเป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการเรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการประกอบอาชีพเพื่อเพิ่มรายได้

Development of learning and occupation for the elderly: Situation analysis

Tanongsak Yingratanasuk, Suwichai Kosaiyawat, Paiboon Pongsaengpan, Anamai Thetkathuek

ABSTRACT

This cross-sectional survey research aims to determining learning needs and problems situations among the elderly in Saensuk Municipal area, Chon Buri province. The study subjects comprised 385 elderly people still working and registered to receive pension at Saen Suk Municipal area. Data were collected by interview which included questions on population and occupation characteristics, work ability, and learning needs and problems. Percentages, means, standard deviations, minimum and maximum values were used to describe the data, and analysis of variance was employed to compare the differences between groups. The results revealed that the subjects were more female than male, between the ages of 60-84 years old, mostly married, and attained primary education. The subjects mostly worked in commercial and private businesses for 4-8 hours a day, and more than 20 days a month. Monthly income was 5,001 - 10,000 baht, and did not know learning sources (56.57%) nor participate in self-improvement activities (49.85%). However, those who wanted to improve knowledge or work skills reported that languages such as English and other ASEAN languages, mathematics, business and professional development, and work skill to increase income were areas that they wanted to improve. Different age group had differences in regards to the need for learning participation and support in which the ages of 60-64 years old had the highest demand. Fishermen and general laborers had less access to work skill improvement services than other occupations. Different income had differences in regards to the need for continuous learning skill and support from the service providers. Those who earned 5,001-10,000 baht a month had higher demand than others. Thus, the relevant authorities should foster learning activities, especially among the age group of 60-64 years old, and those who had low and no supplementary income.

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

แผนงานวิจัย “การพัฒนาเมืองผู้สูงอายุแสนสุข Development Saensuk Happiness Elderly Community Model” เป็นแผนงานวิจัยต่อเนื่องโดยมีระยะเวลาการศึกษาวิจัยต่อเนื่อง 3 ปี (พ.ศ.2556-2558) โดยแผนงานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2556 จากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ วัตถุประสงค์หลักของแผนงานวิจัยนี้ เพื่อพัฒนาเมืองผู้สูงอายุ มีโครงการวิจัยย่อย ภายใต้แผนงานวิจัยจำนวน 11 โครงการวิจัยย่อย ซึ่งมีวัตถุประสงค์ย่อย ดังนี้ 1) เพื่อพัฒนาชุมชนต้นแบบเป็นเมืองผู้สูงอายุแสนสุข 2) เพื่อวินิจฉัยชุมชนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและประเมินศักยภาพของแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน 3) เพื่อพัฒนาแกนนำสุขภาพนิสิตมหาวิทยาลัยบูรพาเพื่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 4) เพื่อพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ 5) เพื่อพัฒนารูปแบบและกระบวนการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน โดยให้ครอบครัวละชุมชนมีส่วนร่วม 6) เพื่อศึกษาผลการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคเสริมสร้างพลังแห่งตนตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อการพัฒนาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ 7) เพื่อค้นหาและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่น สร้างทีมผู้สูงอายุจิตอาสา 8) เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย 9) เพื่อศึกษาแบบแผนการบริโภคอาหาร ภาวะโภชนาการ และปัจจัยขับเคลื่อนชุมชนผู้สูงอายุสุขภาพดี 10) เพื่อศึกษาและพัฒนาระบบการเรียนรู้เพื่อการประกอบอาชีพ ของผู้สูงอายุชุมชน ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว และผู้นำชุมชน วิธีการดำเนินการวิจัย ใช้วิจัยเชิงสำรวจ และวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่ ตุลาคม 2556-กันยายน 2557 ซึ่งสามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัว/ชุมชน เพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข (Development Family and Community Health Leader for Elderly in Community; Saensuk Happiness Family Health Leader Model)

ผลการศึกษางานวิจัย พบว่า

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

แกนนำสุขภาพครอบครัว และชุมชน เพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัด

ชลบุรี ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.33) อายุเฉลี่ย 34.86 ± 6.07 ปี อาชีพ รับจ้าง (ร้อยละ 43.50) สถานภาพสมรส คู่ (ร้อยละ 40.32) ระดับการศึกษา มัธยมศึกษา/ปวช. (ร้อยละ 40.32) ศาสนา พุทธ (ร้อยละ 89.39) ลักษณะของครอบครัว เป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 59.68) รายได้ที่ได้รับต่อเดือน เฉลี่ย $14,413.33 \pm 7,699.79$ บาท รายได้โดยรวมของครอบครัวต่อเดือน เฉลี่ย $26,721.67 \pm 6,669.51$ บาท ความเพียงพอของรายได้ ส่วนใหญ่ เพียงพอ (ร้อยละ 52.52) สิทธิการรักษาพยาบาล บัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 62.60) ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว/ชุมชนเฉลี่ย 5.77 ± 1.29 ปี ไม่เคย ผูกอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ (ร้อยละ 90.45) เคยได้รับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุจากเจ้าหน้าที่พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 68.70)

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุตามความคิดเห็นของแกนนำที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลในปัจจุบัน อยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}=2.98$, $SD= 0.78$) ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในอดีต อยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}=2.92$, $SD= 0.64$) ความต้านทาน/ความอ่อนแอของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}=2.97$, $SD= 0.74$) แนวโน้มสุขภาพผู้สูงอายุ อยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}=2.87$, $SD= 0.59$) ความตระหนัก/ความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับ มาก ($\bar{X}=4.01$, $SD= 0.55$) การยอมรับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.76$, $SD= 0.58$) การปฏิเสธความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ในระดับ น้อย ($\bar{X}=1.98$, $SD= 0.84$) และมีทัศนคติบวกต่อการพาผู้สูงอายุไปรับการรักษาจากแพทย์ อยู่ในระดับ มาก ($\bar{X}=3.73$, $SD= 0.76$)

3. ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุตามความคิดเห็นของแกนนำที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

ปัญหาสุขภาพเรื่องโรคและการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่แกนนำครอบครัวและชุมชนให้ความดูแลผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี พบว่า ส่วนใหญ่ มีปัญหาสุขภาพและภาวะเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคข้อเสื่อม/เก๊าท์/รูมาตอยด์/ปวดข้อ ร้อยละ 94.96 รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 75.66 และ โรคกระเพาะอาหาร/กระเพาะอาหารอักเสบ ร้อยละ 61.80 และพบว่า มีปัญหาเรื่องโรคและภาวะเจ็บป่วยที่ผู้ดูแลไม่ทราบ เรียงลำดับ ดังนี้ คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 31.30 รองลงมา คือ หูตึง ร้อยละ 27.59 และ โรคต่อหิน ร้อยละ 23.34

4. ปัญหาสำคัญในระยะเวลา 1 ปีของผู้สูงอายุ ที่แกนนำครอบครัวและชุมชนให้ความดูแล พบว่า เป็นปัญหาเรื่อง การมองเห็น (สายตายาว มองเห็นไม่ชัดเจน) ร้อยละ 76.39 รองลงมา คือ การสูญเสีย

ความจำ (ซีลีม ทบทวนความจำได้ยาก) ร้อยละ 70.03 และ ท้องผูก/อุจจาระราด (ไม่สามารถกลั้นอุจจาระได้ ร้อยละ 69.7

5. ข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุตามความคิดเห็นของแกนนำที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า การรับรู้ของแกนนำผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของตนเอง อยู่ในระดับ ปานกลาง (ค่าคะแนนเฉลี่ย 5.09/10.00) โดยมีความสามารถในการตอบสนองต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุ (ค่าคะแนนเฉลี่ย 5.69/10.00) ความสามารถของตนเองในการผ่อนปรน (ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.99/10.00) และ ความสามารถในการควบคุมความคิดที่ไม่พอใจในการเป็นผู้ดูแล (ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.61/10.00) ทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับ ปานกลาง

6. ข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการดูแลผู้สูงอายุตามความคิดเห็นของแกนนำที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า คู่สมรสของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังมีชีวิตอยู่ (ร้อยละ 81.96) มีอายุเฉลี่ย 68.98 ± 5.03 ปี ประกอบอาชีพ ค้าขาย (ร้อยละ 33.95) บุตรของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ มีบุตรและยังมีชีวิตอยู่ (ร้อยละ 94.16) จำนวนบุตรเฉลี่ย 3.39 ± 0.8 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.69) พักอาศัยอยู่บ้านเดียวกัน (ร้อยละ 64.46) มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนปัจจุบันเฉลี่ย 8.12 ± 2.23 คน สัมพันธภาพส่วนใหญ่ เป็นบุตร/ธิดา (ร้อยละ 40.95) แหล่งสนับสนุนด้านการเงินของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่คือ บุตร/ธิดา (ร้อยละ 75.86) การประกันสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ คือ บัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 67.90) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถจ่ายและจัดการค่ารักษาพยาบาลของตนเองได้ (ร้อยละ 84.35) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการวางแผนเรื่องการเงินสำหรับการดูแลตนเองในระยะยาว (ร้อยละ 92.57) และมีความวิตกกังวลเรื่องการเงิน (ร้อยละ 76.39) แหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแล เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย ผู้ดูแลหลักในครอบครัว คือ บุตร/ธิดา (ร้อยละ 59.42) โดยผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่มีงานทำ (ร้อยละ 100.00) ซึ่งเป็นการทำงานที่บ้าน (ร้อยละ 72.15) ผู้ช่วยเหลือในการทำงานบ้านให้ผู้สูงอายุ เช่น ทำความสะอาด ทำอาหาร ส่วนใหญ่เป็นการช่วยกันทำระหว่างผู้สูงอายุเองและสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 42.97) แหล่งสนับสนุนด้านจิตใจ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีบุคคลที่ไว้วางใจ (ร้อยละ 95.23) มีบุคคลที่ช่วยเหลือเกื้อหนุนด้านจิตใจเมื่อต้องการ (ร้อยละ 53.58) มีบุคคลที่สามารถพูดคุยด้วยเมื่อเกิดความกังวลใจ (ร้อยละ 56.50) เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยมีผู้มาเยี่ยมเยียน (ร้อยละ 85.15) โดยมีความถี่ของการมาเยี่ยมเฉลี่ย 2.32 ± 0.66 ครั้งต่อสัปดาห์ มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา (ร้อยละ 74.01) มีความถี่ของการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาเฉลี่ย 1.20 ± 0.14 ครั้งต่อสัปดาห์ กิจกรรมทางศาสนาที่เข้าร่วม ส่วนใหญ่ เป็นการทำบุญตามประเพณีที่สำคัญ (ร้อยละ 20.13) รองลงมาคือ การนั่งสมาธิ (ร้อยละ 19.81) และการสวดมนต์/ฟังเทศน์ (ร้อยละ 18.52)

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดยให้ครอบครัวและชุมชนร่วม เทศบาลเมืองแสนสุข (Family and Community Participatory Health care in Elderly with Diabetes mellitus)

ผลการศึกษางานวิจัย พบว่า

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ที่เป็นโรคเบาหวาน เป็นเพศหญิงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65.76 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.10 มีสถานภาพ คู่ คิดเป็นร้อยละ 42.12 ประกอบอาชีพค้าขาย มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.90 รองลงมา คือ ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 22.28 มีระดับการศึกษา ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 63.59 รายได้ต่อเดือน ส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 10,000 –19,999 บาท คิดเป็นร้อยละ 26.63 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน พบว่า ส่วนใหญ่ เป็นโรคเบาหวาน มาเป็นระยะเวลา 1-5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.97

2. การประเมินภาวะสุขภาพและศักยภาพในการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน

2.1 ผลการทดสอบความรู้ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี พบว่า ส่วนใหญ่ยังไม่มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เนื่องจากไม่มีข้อคำถามใดเลยที่มีผู้ตอบถูกถึงร้อยละ 50

2.2 พฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี พบว่า ในภาพรวม อยู่ในระดับ ปานกลาง โดยมีพฤติกรรมการจัดการความเครียด อยู่ในระดับ ต่ำ นอกนั้น มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย โดยมีรายละเอียดของพฤติกรรมการมีระดับการดูแลตนเองต่ำที่สุด ในประเด็นต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ 1) เมื่อท่านรู้สึกไม่ค่อยดีท่านจะปรับลดปริมาณด้วยยาด้วยตัวของตนเอง 2) ท่านพักผ่อน นอนหลับอย่างเพียงพอ ทุกวัน

3. การสนับสนุนทางสังคมของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี พบว่า คู่สมรสของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังมีชีวิตอยู่ (ร้อยละ 82.61) มีอายุเฉลี่ย 69.18 ± 6.14 ปี ประกอบอาชีพ ค้าขาย (ร้อยละ 34.24) บุตรของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ มีบุตรและยังมีชีวิตอยู่ (ร้อยละ 93.75) จำนวนบุตรเฉลี่ย 6.39 ± 1.8 คน อายุเฉลี่ย 36.42 ± 6.23 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.75) พักอาศัยอยู่บ้านเดียวกัน (ร้อยละ 63.59) มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนปัจจุบันเฉลี่ย 10.12 ± 4.15 คน สัมพันธภาพส่วนใหญ่ เป็นบุตร/ธิดา (ร้อยละ 40.63) แหล่งสนับสนุนด้านการเงินของผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ บุตร/ธิดา (ร้อยละ 35.75) การประกันสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ คือ บัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 41.16) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถจ่ายและจัดการค่ารักษาพยาบาลของตนเองได้

(ร้อยละ 85.33) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการวางแผนเรื่องการเงินสำหรับการดูแลตนเองในระยะยาว (ร้อยละ 92.57) และมีความวิตกกังวลเรื่องการเงิน (ร้อยละ 76.90) แหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแล เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย ผู้ดูแลหลักในครอบครัว คือ บุตร/ธิดา (ร้อยละ 59.42) โดยผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่มีงานทำ (ร้อยละ 100.00) ซึ่งเป็นการทำงานที่บ้าน (ร้อยละ 66.03) ผู้ช่วยเหลือในการทำงานบ้านให้ผู้สูงอายุ เช่น ทำความสะอาด ทำอาหาร ส่วนใหญ่เป็นการช่วยกันทำระหว่างผู้สูงอายุเองและสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 41.57) แหล่งสนับสนุนด้านจิตใจ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีบุคคลที่ไว้วางใจ (ร้อยละ 95.11) มีบุคคลที่ช่วยเหลือเกื้อหนุนด้านจิตใจเมื่อต้องการ (ร้อยละ 53.53) มีบุคคลที่สามารถพูดคุยด้วยเมื่อเกิดความกังวลใจ (ร้อยละ 55.98) เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยมีผู้มาเยี่ยมเยียน (ร้อยละ 84.78)

**การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังตามแนวทางทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส
(Neuro-Linguistic Programming on Mental health care of Elderly with Chronic illness:
Saensuk Municipality, Chonburi Thailand)**

ผลการศึกษางานวิจัย พบว่า

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.08) อายุเฉลี่ย 74.82 ± 6.08 ปี อาชีพ รับจ้าง (ร้อยละ 31.02) ระดับการศึกษา ต่ำกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 54.05) ศาสนา พุทธ (ร้อยละ 97.30) สถานภาพสมรส คู่ (ร้อยละ 54.02) รายได้ เฉลี่ย /เดือน $8,075 \pm 2,548$ บาท ส่วนใหญ่ มีรายได้ ต่ำกว่า 10,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 48.48) ระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่ >5 ปี – 10 ปี (ร้อยละ 49.86)
2. ปัญหาสุขภาพเรื่องโรคและการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี พบว่า ส่วนใหญ่ มีปัญหาสุขภาพและภาวะเจ็บป่วย เกี่ยวกับโรคข้อเสื่อม/ เก๊าท์/รูมาตอยด์/ปวดข้อ ร้อยละ 94.96 รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 75.66 และ โรคกระเพาะอาหาร/กระเพาะอาหารอักเสบ ร้อยละ 61.80
3. ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ มีระดับความเครียด อยู่ในระดับ ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 56.75 (ค่าคะแนน 24-41 คะแนน) รองลงมา มีระดับความเครียด สูง คิดเป็นร้อยละ 21.62 (ค่าคะแนน 42-61) มีความเครียด น้อย คิดเป็นร้อยละ 16.22 และ มีความเครียดรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 5.41 (ค่าคะแนน 62 ขึ้นไป)
4. ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ส่วนใหญ่ ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิด

เป็นร้อยละ 70.27 และมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 29.73 โดยมีส่วนใหญ่มีความซึมเศร้าเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 18.92 รองลงมา มีความซึมเศร้า ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 8.11 และมีความซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 2.7

5. ระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี เมื่อเปรียบเทียบตามระดับการศึกษา พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน
6. ระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี เมื่อเปรียบเทียบตามสถานภาพ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน
7. ระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี เมื่อเปรียบเทียบตามอาชีพ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน
8. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังกับความเครียด พบว่า ปัจจัยด้านระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับภาวะความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ อาชีพ มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01
9. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า
10. ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย (Health promotion with Thai Traditional Medicine in Elderly)

ผลการศึกษางานวิจัย พบว่า

การสำรวจสถานะสุขภาพผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี จำนวน 200 คน พบว่า เป็นเพศหญิง (71%) อายุเฉลี่ย 67.1 ปี ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา (67.5%) และไม่ได้เรียนหนังสือ (22.5%) สถานภาพสมรส โสด/หม้าย/ หย่าแยกกันอยู่ (35.5%) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (96.5%) มีภูมิลำเนาอยู่ภาคตะวันออก/ภาคกลาง (92.5%) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (58.5%) ส่วนที่ยังทำงาน มีอาชีพรับจ้าง/ธุรกิจ/ค้าขาย (40.5%) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รายได้ไม่เพียงพอค่าใช้จ่าย (61%) ผู้สูงอายุอยู่กับคู่สมรสและ/หรือบุตรหลาน (79%) ส่วนหนึ่งอยู่บ้านคนเดียว/ไม่มีผู้ดูแล (19.5%) สมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 3.9 คน ส่วนใหญ่มีผู้ดูแล (87.5%) ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่คือบุตร (55%) ส่วนใหญ่มีปัญหาสภาพร่างกาย (81.5%) คือมีปัญหาด้านสายตา การได้ยิน หูตึง และมีปัญหาเรื่องฟัน การเคี้ยว กลืนอาหารไม่ปกติ ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว (48%) ที่พบมากที่สุดคือ โรค

ความดันโลหิตสูง (34.55%) เบาหวาน (14%) ไขมันในเลือดสูง (13%) เมื่อเจ็บป่วยส่วนใหญ่ไปรับการรักษา ที่โรงพยาบาล (61.5%) รองลงมาคือการซื้อยารักษาตนเอง (18%) ผู้สูงอายุมีธาตุเจ้าเรือนเกิดอยู่ในทั้ง 4 ธาตุใกล้เคียงกัน รสอาหารที่ชอบส่วนใหญ่มีรสจืด และชอบรสอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ มีผู้ออกกำลังกาย (51.5%) นอนหลับและพักผ่อนไม่เพียงพอ (19.6%) ส่วนใหญ่ปฏิบัติตามหลักศาสนา เช่น การรักษาศีล ไปทำบุญที่วัด สวดมนต์ ฝึกปฏิบัติสมาธิ เป็นบางครั้ง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รู้จักหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (88.3%) และได้นำมาปรับใช้ในการดำเนินชีวิต ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม (20.6%) ผู้สูงอายุเคยใช้วิธีการดูแลสุขภาพแบบแพทย์แผนไทย (53%) เคยใช้ยาสมุนไพร (21.1%) นวดทั้งตัวแก้ปวดเมื่อย (17.3%) นวดเฉพาะบริเวณที่มีอาการ (19.5%) ประคบสมุนไพร (10.8%) โดยรับบริการสุขภาพที่แผนกแพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาล (26.5%) หมอนวดในชุมชน (22.9%) ได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้ในการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยจาก สื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ (55.2%) รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล (26%) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เห็นว่าควรให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย (73.7%) ปัจจัยด้าน อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ การมีผู้ดูแล สภาวะสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการเข้าถึงบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยเพื่อนำไปใช้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป

การพัฒนาการเรียนรู้และอาชีพของผู้สูงอายุ (Development of Saensuk happiness elderly community model)

ผลการศึกษางานวิจัย พบว่า

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และมีอายุระหว่าง 60 – 84 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรสและมีระดับการศึกษา ในระดับประถมศึกษา งานในปัจจุบันที่ทาส่วนมากค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว รองลงมาคือ รับจ้างทั่วไป การทำงานในแต่ละวัน ส่วนใหญ่ทำงานวันละ 4 – 8 ชั่วโมง โดยส่วนใหญ่ทำงานเดือนละมากกว่า 20 วัน รายได้ต่อคนส่วนใหญ่อยู่ระหว่างเดือนละ 5,001 – 10,000 บาท ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับแหล่งการเรียนรู้ (56.57%) และไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อพัฒนาตนเอง (49.85%) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการพัฒนาความรู้หรือทักษะในการทำงาน ต้องการพัฒนาความรู้และทักษะในการทำงานในด้าน ภาษาต่างประเทศ เช่น ภาษาอังกฤษ ภาษาอาเซียน คณิตศาสตร์ การพัฒนาธุรกิจ การพัฒนาอาชีพด้านต่าง ๆ ทักษะการทำงานให้มีประสิทธิภาพและมีรายได้เพิ่มขึ้น

จากการเปรียบเทียบปัญหาการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ พบว่าปัญหาด้านการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อการพัฒนาตนเองและด้านการได้รับการส่งเสริมสนับสนุนการเรียนรู้จากหน่วยงานต่าง ๆ ในแต่ละกลุ่มอายุมีความแตกต่างกัน โดยพบว่า ในกลุ่มอายุ 60-64 ปี มีปัญหาสูงกว่า ในกลุ่มอายุ 65-69 ปี และ 70-74 ปี ตามลำดับ กลุ่มอาชีพประมง และกลุ่มอาชีพรับจ้างทั่วไป มีปัญหาด้านการได้รับการพัฒนาทักษะในการเรียนรู้ในการประกอบอาชีพสูงกว่ากลุ่มอาชีพอื่น

การเปรียบเทียบความต้องการด้านการฝึกนิสัยการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องและด้านการได้รับการส่งเสริมสนับสนุนการเรียนรู้จากหน่วยงานต่าง ๆ พบว่า กลุ่มรายได้ 5,001-10,000 บาท มีความต้องการสูงกว่าในกลุ่มรายได้อื่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสนับสนุนการเรียนรู้ให้กับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 60-64 ปี ที่มีรายได้น้อยและไม่มีการส่งเสริมซึ่งเป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการเรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการประกอบอาชีพเพื่อเพิ่มรายได้

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยในแต่ละโครงการวิจัยย่อย ในแผนงานการวิจัยเรื่อง “การพัฒนาเมืองผู้สูงอายุแสนสุข” พบว่า มีประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

1. ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ที่เป็นโรคเบาหวาน เป็นเพศหญิงมาก มีอายุระหว่าง 60-69 ปี สถานภาพ คู่ ประกอบอาชีพค้าขาย รองลงมา คือ ประกอบอาชีพ รับจ้าง มีระดับการศึกษา ระดับประถมศึกษา รายได้ต่อเดือน ส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 10,000 –19,999 บาท ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน พบว่า ส่วนใหญ่ เป็นโรคเบาหวาน มาเป็นระยะเวลา 1-5 ปี ส่วนใหญ่ยังไม่มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง ในภาพรวม อยู่ในระดับ ปานกลาง โดยมีพฤติกรรมการจัดการความเครียด อยู่ในระดับ ต่ำ ยังมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ผิด และมีปัญหาเรื่องการพักผ่อน นอนหลับอย่างเพียงพอทุกวัน มีความพร้อมด้านการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งถือว่าเป็นต้นทุนที่ดีทำให้เป็นโอกาสและจุดแข็งของชุมชนในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น การขาดความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่เป็นทำให้ทราบได้ว่าผู้สูงอายุยังต้องการโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลสุขภาพตนเองอีกมากและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรตระหนักและจัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังได้เข้ามามีส่วนร่วมให้มากยิ่งขึ้น

2. ในกลุ่มของผู้นำชุมชน หรือแกนนำในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 34.86 ± 6.07 ปี อาชีพ รับจ้าง สถานภาพสมรส คู่ ระดับการศึกษา มัธยมศึกษา/ปวช. ศาสนา พุทธ ลักษณะของครอบครัว เป็นครอบครัวเดี่ยว รายได้ที่ได้รับต่อเดือน เฉลี่ย $14,413.33 \pm 7,699.79$ บาท รายได้โดยรวมของครอบครัวต่อเดือน เฉลี่ย $26,721.67 \pm 6,669.51$ บาท มีรายได้ความ

เพียงพอกับการใช้จ่าย สิทธิบัตรประกันสุขภาพ ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว/ชุมชนเฉลี่ย 5.77 ± 1.29 ปี ส่วนใหญ่ไม่เคยฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เคยได้รับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุจากเจ้าหน้าที่พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบ้างจากการให้คำแนะนำเมื่อพาผู้สูงอายุไปตรวจสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลในปัจจุบัน อยู่ในระดับ ปานกลาง ทั้งสุขภาพในอดีตและแนวโน้มในอนาคต มีจุดเด่นคือ แกนนำในครอบครัวมีความตระหนัก/ความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับ มาก และสามารถการยอมรับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ได้ในระดับมากที่สุด ไม่ปฏิเสธความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุและมีทัศนคติบวกต่อการพาผู้สูงอายุไปรับการรักษาจากแพทย์ ซึ่งนับได้ว่าเป็นปัจจัยส่งเสริมที่ดีของชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข ในการที่จะพัฒนาแกนนำให้เป็นผู้ที่มีสมรรถนะและศักยภาพที่สูงขึ้นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ยึดระยะการเป็นภาระพึ่งพิง และสามารถเป็นแกนนำในการพัฒนาศักยภาพของสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุต่อไปได้ จากผลการศึกษาพบว่า แม้ผู้ดูแลจะปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุมาเป็นระยะเวลาพอสมควรในช่วง 5-6 ปี แต่ยังไม่เคยได้รับการฝึกอบรมในการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง ซึ่งผู้ที่เกี่ยวข้องรวมทั้งผู้นำชุมชนควรมีการสร้างเครือข่ายเพื่อพัฒนากลุ่มผู้ดูแลหรือแกนนำในครอบครัวให้มีความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุต่อไป

3. ผลการประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ส่วนใหญ่มีภาวะเครียดปานกลาง ถึง สูง ซึ่งความเครียด ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตในระดับที่สูงขึ้น ถึงแม้ว่า ภาวะซึมเศร้า จะไม่สัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคลแต่ภาวะเครียดมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อาชีพ และการศึกษา ดังนั้น จึงยังคงเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่ต้องให้ความสำคัญและเฝ้าระวังไม่ให้เกิดความรุนแรงและเกิดความเสียหายและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลและสังคมได้ การคัดกรองภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ การสร้างความตระหนักให้เห็นถึงความสำคัญและการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อการจัดการความเครียดและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตเป็นสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์และทุกคนในชุมชนต้องพัฒนาศักยภาพ ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อยกระดับจิตใจและจิตวิญญาณให้อยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างมีความสุข

4. ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี มีภาพรวมใกล้เคียงกับภาพของประเทศที่พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะเป็นโรคเรื้อรัง มีอาการของการปวดเข่าและข้อเสื่อมตามวัยที่สูงวัยขึ้น และมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นภาวะที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งระบบประสาท

ต่าง ๆ ตามมาจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น ดังนั้น การเพิ่มพูนศักยภาพ และสมรรถนะในการดูแลตนเอง การเพิ่มช่องทางการสื่อสาร การสร้างเครือข่ายในชุมชนโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งให้เกิดผลเป็นรูปธรรมเพื่อเตรียมรับมือกับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

5. การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยเป็นทางเลือกที่น่าสนใจเป็นการส่งเสริมภูมิปัญญาไทยและส่งผลต่อสภาพจิตใจทำให้รู้สึกภาคภูมิใจและสร้างค่านิยมรักษารักษาวัฒนธรรมไทยอันจะเป็นมรดกส่งต่อไปชนรุ่นหลัง ได้

6. การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญและร่วมทำบุญอย่างสม่ำเสมอเป็นอีกช่องทางหนึ่งที่สามารถพัฒนาจิตวิญญาณให้แก่ผู้สูงอายุ และสร้างความรักความผูกพัน ความสมัครสมานสามัคคี มีกิจกรรมเชื่อมโยงสายใยในครอบครัวได้เป็นอย่างดี

7. พบว่า ในปัจจุบันผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ เพิ่มขึ้น เพื่อเป็นการพัฒนาตนเองแต่ยังพบปัญหาด้านการได้รับการพัฒนาทักษะในการเรียนรู้ในการประกอบอาชีพในกลุ่มของผู้สูงอายุที่ยังประกอบอาชีพดั่งนั้น ในชุมชนควรรหากลวิธีในการพัฒนาการเรียนรู้ของผู้สูงวัยให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการที่ผู้สูงอายุควรได้รับ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดให้มีการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่มีความพร้อม และมีการจัดสรรงบประมาณบางส่วนให้กลุ่มผู้สูงอายุได้วางแผน จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ สร้างรายได้และพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณแบบองค์รวม
2. ควรจัดให้มีหลักสูตร หรือการฝึกอบรมแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน รวมทั้งจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลซึ่งกันและกัน เป็นเครือข่ายความรู้ที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอยู่เสมอ
3. ควรพัฒนาช่องทางการสื่อสารระหว่างผู้สูงอายุ กลุ่มแกนนำดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว และผู้นำชุมชนให้สามารถช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ได้อย่างสะดวก รวดเร็ว และสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และระบบบริการสุขภาพในชุมชนได้โดยง่าย
4. ควรพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุร่วมกันโดยให้ผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม
5. ควรกำหนดเป็นนโยบายในการพัฒนาเป็นเมืองต้นแบบในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงวัยทั้งด้านโครงการทางกายภาพ การพัฒนาระบบการบริหารจัดการ และสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุตั้งแต่ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อม
2. การวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในทุกมิติ โดยใช้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง
3. ควรทำการศึกษาวิจัยเพื่อคัดกรองและเพิ่มความสามารถในการค้นหาผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาด้านสุขภาพจิตเพื่อให้สามารถให้การช่วยเหลือได้อย่างทัน่วงที่ และพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตหรือการยกระดับจิตวิญญาณในกลุ่มของผู้สูงวัยที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี

บรรณานุกรม

- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2552. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (2545 – 2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552. โรงพิมพ์เทพปัญญานิสย์
- เกริกศักดิ์ บุญญานุกพงศ์ , สุรีย์ บุญญานุกพงศ์และสมศักดิ์ ฉันทะ. (2533) *ชีวิตคนชราในจังหวัดเชียงใหม่*. สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ไกรสิทธิ์ ตันดิศิรินทร์ และอรุวรรณ แยมปริสุทธิ์. (2544). *โภชนาการกับสุขภาพของผู้สูงอายุ*. สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล. นครปฐม.
- ชลธร รักษาณรงค์. (2545). "การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน : กรณีศึกษาผู้สูงอายุในชุมชนสะพานพระรามหก เขตบางซื่อ กรุงเทพมหานคร." สารนิพนธ์ สส.ม. สาขาการจัดการโครงการสวัสดิการสังคม. สมุทรปราการ: มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- ชลลดา ภักดีประพทธิ. (2541). "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางครอบครัวตามความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุในเขตเมืองกรุงเทพมหานคร." วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาขารณสุขศาสตร์). นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คำรียา รัตนิมล. (2545). *ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา : กรณีศึกษาในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุโขทัย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทร์หา พรหมน้อยและคณะ.(2548). ปัจจัยทำนายนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล:กรณีศึกษาโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. ใน *สงขลานครินทร์เวชสาร*. (23) 6 . พฤศจิกายน-ธันวาคม. : 405-412.
- दनัย ชีวันดา และมลลีสแนใจ (2544). *ศึกษาบทบาท ความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลและความต้องการการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุในเขต 7. ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 7: อุบลราชธานี*.
- ดารุณี ถวิลพิพัฒน์กุล. (2545). กระบวนการเป็นเมืองกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในประเทศกำลังพัฒนา กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทรงธรรมส์วินัยะ.(2540) *สวัสดิการผู้สูงอายุ : การมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้ภาวะวิกฤต*. สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม.
- ทัศนาศูววรรณปกรณ์และคณะ. (2550). *การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาในสถานสงเคราะห์คนชรา*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- นพวรรณ หาญพล. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว ประสบการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิตกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยขอนแก่น .
- นภาพร ชโยวรรณ และคณะ. (2542). สรุปผลการวิจัยเรื่องผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภาพร ชโยวรรณ, จอห์น ชโนเดล.(2539). รายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย. (เอกสารสถาบันหมายเลข 246/39). กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2542). ผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานพิมพ์หมอบ้าน.
- ประสิทธิ์ สีระพันธ์. (2542). สถานการณ์และแนวทางการพัฒนารูปแบบชมรมผู้สูงอายุ, กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและกรรมการส่งเสริมประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ.
- ประสิทธิ์ สัจจงพงษ์. (2545). วารสารส่งเสริมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม. (ตุลาคม – ธันวาคม 2545). ศูนย์สุขภาพชุมชนกับการส่งเสริมสุขภาพ.
- พรทิพย์ มาลาธรรมและคณะ (2553). ปัจจัยทำนายระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *Rama Nurs J.* May - August 2010.218-237.
- พิทักษ์ ศิริวัฒนเมธานนท์. (2540). การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดนครนายก. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 6(1): 115-21.
- เพ็ญจันทร์ ชูประภาวรณ (บรรณาธิการ) (2540). "การสำรวจสุขภาพประชากรวัย 50 ปีขึ้นไป ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2538." นนทบุรี: โครงการสำนักพิมพ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- เพ็ชรงาม ไชยวานิช และคณะ. (2555). *การพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ . มหาวิทยาลัยบูรพา. ชลบุรี.*
- ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์. (2556) *การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน.สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ . มหาวิทยาลัยบูรพา. ชลบุรี.*
- มาลินี วงษ์สิทธิ์. (2545). ชุมชนและผู้สูงอายุ ในภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบันตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย. กรุงเทพฯ.
- ยุวดี รอดจากภัยและคณะ. (2555). *รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ . มหาวิทยาลัยบูรพา. ชลบุรี.*

- รัชมนภรณ์ เจริญและคณะ. (2553). ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. *Rama Nurs J. May - August 2010*.279-292.
- วรพรรณ รุ่งศิริวงศ์.(2540). "โรคของผู้สูงอายุและการดูแลรักษา". *วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ*, 10 (9) : 33
- วรรณิ์ จันทร์สว่าง.(2533). *แบบแผนสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วันเพ็ญ ปันราช. (2552). การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิชัย เสนชุ่ม และคณะ. (2554). ปัจจัยพยากรณ์บทบาทของสมาชิกในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลพะวอ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก. ใน *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*. (5) 2. พฤษภาคม-สิงหาคม : 23-33.
- วิฑูร เหลียวรุ่งเรือง และคณะ. (2552). การสำรวจข้อมูลพื้นที่ในชุมชนเพื่อเตรียมการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม สิ่งอำนวยความสะดวก ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ (เทศบาลตำบลแม่เหี้ยะ). คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2553). *บทสรุปผู้บริหาร สัมภาษณ์ความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุ พ.ศ. 2550*. เข้าถึงข้อมูล เมื่อวันที่ 28 กันยายน พ.ศ. 2553. จาก www.cps.chula.ac.th.
- ศรีจิตรา บุนนาค. (2549). เหลียวหน้า แลหลังการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุบริบทเชิงรุกกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554). ผู้สูงอายุในสังคมแห่งภูมิปัญญาและการเรียนรู้. *การประชุมทางวิชาการประจำปี พ.ศ. 2549 ระหว่างวันที่ 1-3 พฤศจิกายน 2549* จัดโดยสมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์และคณะ. (2553). การพัฒนารูปแบบการประกันคุณภาพผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ. ใน *วารสารสภาการพยาบาล* (25) 1 , มกราคม-มีนาคม : 38-52
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และ เตือนใจ ภักดีพรหม. (2551). รายงานการวิเคราะห์เอกสารเบื้องต้น เรื่อง ความต้องการการบริการผู้ดูแล. สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบบริการการพยาบาล สภาการพยาบาล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ. (2541). รายงานการวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย ในประเด็น เรื่องการเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุพื้นที่ศึกษาในเขตภาคเหนือ (เอกสารกองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2548). คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ. ชุมชน สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ.

สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (2553). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนา ผู้สูงอายุไทยและ กองทุนผู้สูงอายุ คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ที่คิวพีจำกัด.

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ.(2550). รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน. ใน วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. กรุงเทพฯ.

สิววรรณ อุนนาภิรักษ์และคณะ. (2548). การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพในผู้สูงอายุ ระหว่างปี พ.ศ. 2533 ถึง พ.ศ. 2544.

สุมาลี ว่องเจริญกุล. (2540). เครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนิน ชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่งของกรุงเทพมหานคร. ใน *รวมบทความวิจัยและ วิทยานิพนธ์เกี่ยวกับผู้สูงอายุไทย 2530-2540 เล่ม 2* (หน้า 484). กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (2539). *ประชาสังคมกับการพัฒนาสุขภาพ : บทวิเคราะห์ทางวิชาการ* นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข. (2543). *การศึกษาพลังชุมชนและ ประชาคมด้านสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

องอาจ สิทธิเจริญชัย และคณะ. (2540). "คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย: กรณีศึกษาจังหวัดนครสวรรค์". *วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ*,10(10): 6.

อำพล จินดาวัฒน์. (2546). "ส่งเสริม-สร้างเสริมสุขภาพ" ใน *วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัย สิ่งแวดล้อม*. (26) หน้า 11-17.

Chansirikarn, S. Health promotion in older adults. *Neardoc*. 21(7) Jul, 1999.

Chayowan N. & Nodel J.(1992), Survey report in elderly status in Thailand, Population Study Institute, Chulalongkorn University, Bangkok.

- Chaywan, N. 1989. Summary of the research on effect of socio-economic and aging population in Thailand. Bangkok: Chulalongkorn University.
- Cronbach, Lee J. (1970). *Essentials of Psychological Testing*. New York : Harper & Row.
- House, J.S. and Kahn, R.L. (1985). Measures and concepts of social support in Cohen, S. And Syme, S.L. *Social Support and health*.
- Jitapunkul, S. (2001). *Principles of Geriatric Medicine*. Bangkok: Chulalongkorn University Publication.
- Kaplan, R. M., Atkins, C. J., & Timms, R. (1984). Validity of quality of well-being scale as an outcome measure in COPD. *Journal of chronic Disease*, 37, 85-95
- Keleher, J., & Murphy, B. (2004). *Understanding health: a determinants approach*. Melbourne: Oxford University Press.
- Krejcie and Morgan.(1960). "Small sample Techniques". *The NEA Research Bulletin*. 38 : 99 ;
December
- Levin, R.S. (1976). "Self Care" *American Journal of Nursing*, 79, 487-489.
- Orem. (1995). *Nursing : Concepts of practices* (5th ed.). St. Louis : Mosby Year Book.
- Pender, N. J. (1982). *Health Promotion in Nursing Practice* (2nd ed.). Connecticut: Appleton & Lange.
- Population Division, DESA, United Nations. (2002). 'World Population ageing: 1950-2050', viewed 14 May, 2006.
<http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/index.html>
- Steiger, N. J., & Lipson, J. G. (1985). *Self Care Nursing Theory and Practice*. Maryland: Prentice Hall.
- World Health Organization. (1978). *Primary Health Care*. Geneva. Author. 8 – 9.
- World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. World Health Organization, Retrieved January 3, 2009, from:
<http://www.who.int/hpr/archive/does/ottawa.html>.