



## รายงานการวิจัย

### รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแล ผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

Model of Community Development and Family to Care for the  
Elderly master integrated

รศ.ดร.ยิวดี รอดจากภัย

Assoc. Prof. Dr.Yuvadee Rodjarkpai

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

รศ.ดร.กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ

Assoc. Prof. Dr.Kunwadee Rojpaisarnkit

มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ ฉะเชิงเทรา

ดร.ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์

Dr.Paiboon Pongsaengpan

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

การวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

งบประมาณแผ่นดิน ปี พ.ศ.2557

## รายงานการวิจัย

### เรื่อง

รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

Model of Community Development and Family to Care for  
the Elderly master integrated

ยวดี รอดจากภัย (Yuvadee Rodjarkpai)

กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ (Kunwadee Rojpaisarnkit)

ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์ (Paiboon Pongsaengpan)

การวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

งบประมาณแผ่นดิน ปี พ.ศ.2557

## กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัยฉบับนี้เป็นงานวิจัยที่อยู่ภายใต้โครงการการพัฒนา รูปแบบการดูแล ผู้สูงอายุครบวงจรแบบบูรณาการ (Development of integrative Ageing Care Model) ซึ่งเป็นโครงการที่ได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ งบประมาณแผ่นดิน ปี พ.ศ. 2557 การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความกรุณาจาก Prof.Tsutomu Kitajima ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ และเอกสารข้อมูล ที่เป็นประโยชน์กับงานวิจัย ที่มงานวิจัย ที่มงานภาคสนามในจังหวัดชลบุรี จังหวัดสมุทรปราการ จังหวัดฉะเชิงเทรา จังหวัดปราจีนบุรี และจังหวัดสระแก้ว ที่ได้เข้าร่วมในโครงการนี้ ตลอดจนกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จึงขอขอบพระคุณทุกท่านไว้ ณ ที่นี้

รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี รอดจากภัย

หัวหน้าโครงการวิจัย

ชื่อเรื่อง : รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุ

ผู้วิจัย : ยุวดี รอดจากภัย กุลวดี โจรณีไพศาลกิจ ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์

ปีที่ทำวิจัย : 2557

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุจำนวน 30 คน และผู้ดูแลจำนวน 30 คน ในจังหวัดปราจีนบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพด้วยแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยทำให้ได้รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล จังหวัดปราจีนบุรี ที่เป็นระบบและมีประสิทธิผล ประกอบด้วย การศึกษาสถานการณ์ ความต้องการ การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ การกำหนดแนวในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การเปรียบเทียบ Benchmarking Community based service และเศรษฐกิจพอเพียง การดำเนินงานตามแผนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล จังหวัดปราจีนบุรี และประเมินผลการดำเนินงาน

เมื่อวัดผลผู้สูงอายุในด้านการรับรู้คุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองพบว่าดีขึ้นและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และเมื่อประเมินผลการดำเนินงานในผู้ดูแลในด้านการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ดูแล และพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ดูแลพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ดูแล และพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ดูแล ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองพบว่า ดีขึ้นและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ข้อเสนอแนะจากการวิจัยควรนำการเปรียบเทียบ

Benchmarking Community based service และเศรษฐกิจพอเพียง มาประยุกต์ในการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบ ภายใต้ความตระหนักและการสนับสนุนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

Title : Model of Community Development and Family to Care for the Elderly master integrated

Researchers : Yuvadee Rodjarkpai, Kunwadee Rojpaisarnkit,

Paiboon Pongsaengpan 2014

### **Abstract**

This research aims to develop a model for community development and family care for the elderly master integrated. The sample consisted of 30 elderly and 30 caregivers in Prachin Buri province. The quantitative data was done by using the percentage, mean, standard deviation and paired t-test . The qualitative data was analyze by content analysis.

The research results showed that the study derived an effective and systematic model of quality improvement in Tambol Health Promoting Hospital in Prachin Buri province. The model consisted of sequentially integrated tools and activities including situation analysis, elderly need, self-efficacy, benchmarking process, community based service, sufficient economy , implementation of action plan and evaluation of the programs based on such plan. After applying the model, changes in self-esteem, and health behavior of elderly were measured and results indicated that the average score of self- esteem and health behavior of elderly before and after the experimented had increased, with statistical significance ( $p < 0.05$ ). Changes were also found in caregivers in self-esteem and caring behavior before and after the experimented had increased, with statistical significance ( $p < 0.05$ ). It was also suggested that benchmarking processes, community based service and sufficient economy could be used as important tools in community development and family care with the comments and supports of the related organization.

## สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	ก
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ค
สารบัญ.....	ง
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญแผนภูมิ .....	ช
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความสำคัญ และที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย .....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	3
ขอบเขตของการวิจัย .....	3
นิยามตัวแปร .....	3
ประโยชน์ที่ได้รับ.....	4
กรอบแนวคิดการวิจัย .....	5
2 แนวคิด ทฤษฎี และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	6
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	6
สถานการณ์ปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุ.....	6
รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ.....	8
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	21
รูปแบบการวิจัย.....	21
ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	22
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	24
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	25
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	26

## สารบัญ(ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย.....	27
รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุ	
แบบบูรณาการ.....	27
ประสิทธิผลของโครงการเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีการพัฒนาคุณภาพ.....	30
5 สรุปและอภิปรายผล.....	39
อภิปรายผลการวิจัย .....	39
ข้อเสนอแนะการวิจัย .....	43
บรรณานุกรม.....	45
ภาคผนวก.....	49
ภาคผนวก 1 แบบฟอร์มใบยินยอมให้ทำการวิจัย .....	50
ภาคผนวก 2 แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา.....	51
ภาคผนวก 3 ตัวอย่างเครื่องมือ.....	52
ภาคผนวก 4 ภาพกิจกรรม .....	66
ภาคผนวก 5 ประวัตินักวิจัย .....	68

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ .....	31
2	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการรับรู้คุณค่าในตนเองและ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง.....	34
3	เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเอง และพฤติกรรม สุขภาพของผู้สูงอายุระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง .....	35
4	จำนวนและร้อยละลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ .....	36
5	จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการรับรู้คุณค่าในตนเอง ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง.....	37
6	เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ดูแล และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง.....	38



## สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย .....	5
2 รูปแบบการวิจัย .....	21
3 แผนภูมิการทดลอง .....	22
4 ขั้นตอนการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ...	27

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย

ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศกำลังพัฒนาและประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศ มีการเปลี่ยนแปลงทั้งภาวะทางด้านเศรษฐกิจ และสังคมอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศไทยมีการเจริญเติบโตทางด้านเศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงแรงงานภาคการผลิตจากเกษตรกรรมเป็นอุตสาหกรรมเพิ่มขึ้น (การทำเรือแห่งประเทศไทย, 2548) ส่งผลต่อรายได้เฉลี่ยต่อหัวของประชากรเพิ่มขึ้นจาก 9,848 บาท/เดือน ในปี 2543 เป็น 12,297 บาท ในปี 2548 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2549) นอกจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมดังกล่าว ยังส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งสาเหตุการตายของประชากรไทย การเปลี่ยนผ่านของปัญหาสาธารณสุขจากการเกิดโรคติดต่อ มาเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากพฤติกรรมเป็นส่วนใหญ่ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และการตายจากอุบัติเหตุต่าง ๆ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2541; Piroomchai, J. 1999)

เนื่องจากโครงสร้างประชากรที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงเวลาเพียง 30 ปี โดยเฉพาะในทวีปเอเชียและแถบแปซิฟิก เมื่อปี 1990 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 4.6 เพิ่มขึ้นร้อยละ 7.36 ในปี 1999 และประมาณการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2020 จะมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 15.28 ของประชากรทั้งหมด อายุคาดเฉลี่ยของชายไทยคือ 67.36 ปี และผู้หญิง 71.74 ปี (Human Resources Planning Division, 1994) การบรรลุความสำเร็จ คือการเพิ่มคุณภาพชีวิตพร้อมกับการมีชีวิตยืนยาว ผู้สูงอายุจะยังคงแข็งแรงและรับรู้ว่าคุณค่า ซึ่งการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจึงอยู่ที่การช่วยให้มีความสามารถสูงสุดเต็มตามศักยภาพในการทำกิจวัตรประจำวันมากกว่าการมุ่งรักษาเฉพาะโรค การบริการสุขภาพจะต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันสุขภาพ พิ้นสภาพ ควบคู่กับการดูแลรักษา และการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรผู้สูงอายุและบริการสุขภาพที่เป็นอยู่มีผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจมากกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว (Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations, 2002) ประชากรสูงอายุจึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพในลักษณะเฉพาะ ได้แก่ กระบวนการชราที่ทำให้กำลังสำรองลดลง มีโอกาสเกิดโรคหรือภาวะทุพพลภาพสูง มักมีโรคหรือปัญหาทางสุขภาพหลาย ๆ อย่างในขณะเดียวกัน เกิดผลแทรกซ้อนจากการดูแลรักษาได้ง่าย เกิดปัญหาสังคมได้ง่าย ปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมหรือการเปลี่ยนแปลงได้ไม่ดี และทัศนคติที่ไม่ดี

ต่อความชราและผู้สูงอายุและผู้ดูแล และต่อระบบบริการทรัพยากรของประเทศ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ, 2546)

การก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญทั้งในเรื่องการดูแลสุขภาพอนามัยที่เหมาะสมอันจะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุนั้นจึงมุ่งเน้นการให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่แข็งแรงเพียงพอ และมีความสามารถในการดูแลตนเอง รวมทั้งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองโดยไม่เป็นภาระของบุคคลในครอบครัวหรือญาติพี่น้อง (Keleher & Murphy, 2004) ไม่เพียงแต่จะมุ่งเพื่อการให้บริการรักษาและดูแลผู้สูงอายุในยามเจ็บป่วยเท่านั้น แม้กระนั้นก็ตามมีผู้สูงอายุจำนวนมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุในประเทศกำลังพัฒนาโดยเฉพาะประเทศไทยกำลังประสบปัญหาภาวะสุขภาพที่ไม่ดี และขาดการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบการดูแลและการบริการสุขภาพต่อไปด้วย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2544)

ด้วยเหตุที่ปัญหาของผู้สูงอายุมีความซับซ้อนทั้งในด้านสุขภาพและสังคมและมีลักษณะเรื้อรังทำให้การบริการที่มีความเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุจึงต้องเป็นการบริการที่สามารถดูแลจัดการให้ได้ครบถ้วน และจะต้องสามารถเข้าถึงชุมชนอย่างทั่วถึงโดยมีลักษณะในเชิงรุกและมีการประสานงานการบริการทั้งทางด้านสุขภาพและสังคมไปพร้อมกัน นอกจากนี้ยังต้องครอบคลุมถึงการบริการทั้งในระดับการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟู โดยมีการดำเนินการที่เป็นระบบและสนับสนุนต่อเนื่องตั้งแต่ระดับ การสาธารณสุขมูลฐาน การบริการระดับปฐมภูมิ การบริการระดับทุติยภูมิ ไปจนถึงการบริการระดับตติยภูมิ ในการพัฒนาระบบบริการและหน่วยการบริการจำเป็นต้องคำนึงถึงทั้งความต้องการและความพร้อมของการให้บริการควบคู่กันไป (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2537) และจุดมุ่งหมายที่สำคัญของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจึงควรมุ่งเพื่อการช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุให้มีศักยภาพในการปฏิบัติกิจกรรมและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอันจะนำไปสู่การมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีโดยไม่คำนึงถึงว่าผู้สูงอายุจะมีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังแต่อย่างใด (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2542)

โดยภาพรวมของการดูแลผู้สูงอายุจะมีเครือข่ายทางสังคมที่สำคัญ 2 ระดับคือระดับครอบครัว และระดับชุมชน ครอบครัวเป็นสถาบันสำคัญที่สุดที่มีบทบาทในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุทุกรูปแบบเนื่องจากระบบสวัสดิการสังคมหลายด้านของประเทศไทยยังไม่ครอบคลุมถึงประชากรสูงอายุ ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุจากครอบครัวจึงทำให้การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุหรือการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ เป็นไปได้ดี (สุมาลี ว่องเจริณกุล, 2540) และแนวคิดการใช้ชุมชนเป็นฐานหลักการเพิ่มบทบาทให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุมีบทบาทมากขึ้น ทั้งนี้เพราะชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะเป็นพลังสนับสนุนและเป็นฐานรองรับการพึ่งตนเองของประชาชน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2550) รวมทั้งแนวคิด

เศรษฐกิจพอเพียงซึ่งจะทำให้เกิดชุมชนเข้มแข็งและครอบครัวเข้มแข็ง ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งในการหารูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวที่มีประสิทธิภาพ เพราะปัญหาและจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มสูงขึ้น เพื่อให้เกิดกระบวนการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการบริการและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอันเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป นอกจากนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะนำกระบวนการเทียบเคียง ( Benchmarking) ซึ่งเป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ความต้องการ การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้แนวคิด Community based service
2. เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่นด้วยวิธี Benchmarking
3. เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

## ขอบเขตของการวิจัย

ในปีที่ 3 เป็นการพัฒนาารูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

## นิยามตัวแปร

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศหญิงและเพศชายที่อยู่ในภาคตะวันออก

ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุ เป็นสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลที่ใกล้ชิดและมีเวลาในการดูแลผู้สูงอายุให้ความช่วยเหลือและจัดเตรียมให้การดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

สถานการณ์ หมายถึง สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ความต้องการของผู้สูงอายุ หมายถึง การแสดงออกถึงความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุ ในเรื่องข้อมูลเกี่ยวกับโรคของผู้สูงอายุ คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพร่างกาย จิตใจ เงิน และสถานบริการ

ภาวะสุขภาพ หมายถึง การประเมินอาการแสดงออกที่เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพกาย การมองเห็น การได้ยิน ปัญหาการกินจุ หิวบ่อย และการนอนไม่หลับของผู้สูงอายุ

สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง ความสัมพันธ์ของสมาชิกครอบครัวในการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ช่วยกันแก้ปัญหาในครอบครัว การสร้างความรัก ความอบอุ่นในครอบครัว

การรับรู้คุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกของตน ว่าตนเองเป็นคนที่มีความสามารถ มีความสำคัญ ประสบผลสำเร็จ ตลอดจนการมีเจตคติที่ดีต่อตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเองในการดูแลสุขภาพ

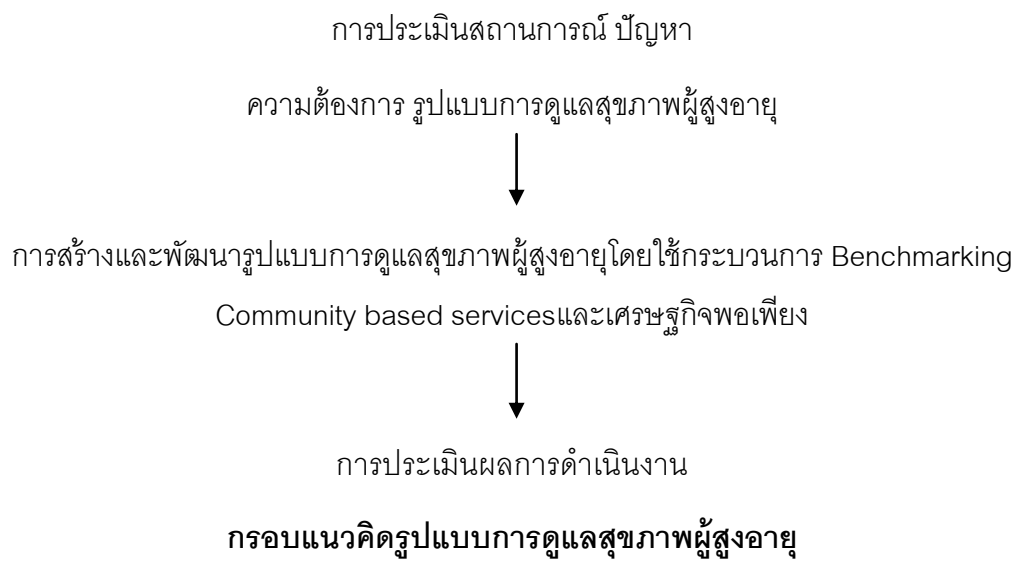
พฤติกรรมกรรมการดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง การปฏิบัติของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่เป็นการช่วยเหลือหรือสนับสนุนผู้สูงอายุในการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้แก่การบริโภคอาหาร ออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ หมายถึง การปฏิบัติที่ส่งผลต่อสุขภาพ ประกอบไปด้วย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ที่ส่งผลต่อสุขภาพผู้สูงอายุ

## ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ได้รู้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
2. ข้อกำหนด บทบาท และการเชื่อมโยงประสานงานของเครือข่าย
3. ข้อเสนอแนะนโยบายการดำเนินงานจัดบริการ
4. บทเรียนรู้เกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
5. การเผยแพร่ในวารสาร จดสิทธิบัตร ฯลฯ และหน่วยงานต่างๆที่นำผลการวิจัย

ไปใช้ประโยชน์



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## บทที่ 2

### แนวคิด ทฤษฎีและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยรูปแบบการพัฒนาชุมชน และครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุ เป็นการพัฒนารูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ในการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการวิจัย สามารถสรุปได้ดังนี้

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

สถานการณ์ปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุ

รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

องค์การสหประชาชาติ กำหนดให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลกว่า ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (Nations, 2007)

องค์การอนามัยโลก (WHO) กำหนดให้ผู้สูงอายุคือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีหรือมากกว่า ในประเทศพัฒนาแล้วส่วนใหญ่จะใช้เกณฑ์ที่อายุ 65 ปี (World Health Organization, 2010)

ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2552) ได้แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุไว้ 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 60-69 ปี เป็นผู้สูงอายุที่ยังมีกำลังช่วยเหลือตนเองได้
2. ผู้สูงอายุตอนกลาง อายุ 70-79 ปี เป็นผู้สูงอายุที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วย ร่างกายเริ่มอ่อนแอ มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง
3. ผู้สูงอายุตอนปลาย อายุ 80 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยบ่อยขึ้น อวัยวะเสื่อมสภาพ และอาจมีภาวะทุพพลภาพ

นอกจากนั้น ยังมีการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม ตามการประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุได้ดังนี้ (กลุ่มพัฒนา อสม. ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 2554)

**กลุ่มที่ 1 ดิตสังคัม** ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นและสังคม ชุมชนได้ สามารถเดินขึ้นบันไดเองโดยไม่ต้องช่วยเหลือ เดินออกนอกบ้านได้ เดินตามลำพังบนทางเรียบได้ รับประทานอาหารด้วยตนเองได้ดี ใช้สื่งขาด้วยตนเองได้อย่างเรียบร้อย

**กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน** ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ไม่สามารถเดินตามลำพัง บนทางเรียบได้ ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ ต้องการความช่วยเหลือขณะรับประทานอาหาร ต้องการความช่วยเหลือพาไปห้องน้ำ

**กลุ่มที่ 3 ติดเตียง** ผู้สูงอายุที่ป่วยและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการ/ทุพพลภาพ ไม่สามารถย้ายตนเองขณะนั่งได้ ไม่สามารถขยับได้ในท่านอน การรับประทานอาหารกลืนลำบาก แม้ว่าผู้ดูแลจะป้อนอาหารให้ ต้องขยับถ่ายในท่านอนหรืออยู่บนเตียง สวมใส่ผ้าอ้อมตลอดเวลา ต้องเปลี่ยนผ้าอ้อมเป็นประจำ

### สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุ

สถานการณ์แนวโน้มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทั้งในเอเชียและยุโรป ยุโรปเป็นภูมิภาคที่มีโครงสร้างประชากรเข้าสู่วัยผู้สูงอายุมากที่สุดและประเทศที่มีผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก คือ อิตาลี ญี่ปุ่น กรีซ เยอรมนี และสวีเดน (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2551) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ผู้สูงอายุในอนาคตจะมีบุตรจำนวนน้อยลงที่จะมาให้การเกื้อหนุน การอยู่คนเดียวหรืออยู่กับคู่สมรสเท่านั้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สถานะสุขภาพอายุมากขึ้น โอกาสเกิดโรคเรื้อรังสูงขึ้น และพบหลายโรคร่วมกัน รวมทั้งพบอุบัติเหตุสูงขึ้น (Institute for population and social research Mahidol University, 2010) ในปี พ.ศ.2563 มีการคาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้จำนวน 10,034,234 คน และผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงจำนวน 741,766 คน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ, 2552)

### ความต้องการของผู้สูงอายุ

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2550) ศึกษาเรื่อง "รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550" ผลการศึกษาดังกล่าว พบว่า รัฐบาลและเอกชนได้จัดบริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น สถานสงเคราะห์คนชรา บัตรสุขภาพ บัตรประจำตัว ผู้สูงอายุ บริการเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุที่ยากจน การลดหย่อนค่าโดยสารรถไฟ เป็นต้น เมื่อพิจารณาความต้องการการช่วยเหลือจากรัฐบาล พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่หรือร้อยละ 82.9 ต้องการมีบัตรประจำตัวผู้สูงอายุเพื่อใช้ในการรักษาพยาบาลฟรี ร้อยละ 74.1 ต้องการเข้าร่วมโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ร้อยละ 70.4 ต้องการมีบัตรสุขภาพเพื่อลดหย่อนค่ารักษาพยาบาล ยังมีผู้สูงอายุอีกร้อยละ 24.4 ที่ต้องการพักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราของรัฐ และร้อยละ 18.4 ต้องการพักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราของเอกชน ผู้สูงอายุที่อยู่นอกเขตเทศบาล



ต้องการให้รัฐบาลช่วยเหลือในทุกๆ ด้านมากกว่าผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบสัดส่วนความต้องการช่วยเหลือจากรัฐบาลของผู้สูงอายุในภาคต่างๆ พบว่า ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือต้องการให้รัฐบาลช่วยเหลือแทบทุกด้านมากที่สุด โดยเฉพาะในเรื่องการขอมีบัตรประจำตัวผู้สูงอายุ

การใช้บริการสวัสดิการต่างๆ ที่รัฐจัดให้กับผู้สูงอายุนั้น พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 74.1 ได้รับเบี้ยยังชีพจากทางราชการ โดยสัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชนบทได้รับเบี้ยยังชีพจากทางราชการมากกว่าในเขตเทศบาล (ร้อยละ 79.0 และ 63.0 ตามลำดับ) ผู้สูงอายুর้อยละ 52.8 มีการใช้บริการจากบัตรประจำตัวผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชนบทมีสัดส่วนการใช้บริการจากบัตรประจำตัวผู้สูงอายุมากกว่าในเขตเทศบาล (ร้อยละ 61.3 และ 33.9 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาเป็นรายภาค พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพจากทางราชการมากที่สุด ร้อยละ 81.0 สำหรับกรุงเทพมหานคร มีผู้สูงอายุที่ใช้บริการสวัสดิการต่างๆ ที่รัฐจัดให้สำหรับผู้สูงอายุน้อยกว่าภาคอื่นๆ คือ ร้อยละ 14.1 มีการใช้บริการบัตรประจำตัวผู้สูงอายุน้อยกว่าร้อยละ 17.1 ใช้บริการโครงการบัตร 30 บาทรักษาทุกโรค และร้อยละ 54.4 ได้รับเบี้ยยังชีพจากทางราชการ

ความต้องการที่จะให้รัฐจัดสวัสดิการต่างๆ เพิ่มจากที่มีอยู่ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 92 ต้องการให้รัฐบาลจัดสวัสดิการเพิ่มในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ โดยจัดศูนย์ดูแลกลางวันสำหรับผู้สูงอายุ จัดบ้านพักสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง และต้องการให้รัฐบาลจัดงานหรือกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัย เพื่อจะได้มีงานทำมีรายได้ ผู้สูงอายุน้อยกว่าร้อยละ 89.1 ต้องการให้มีการลดหย่อนภาษีให้กับบุคคลที่เลี้ยงดูผู้สูงอายุ เพื่อแบ่งเบาภาระของบุตรหลานที่ดูแลผู้สูงอายุ เมื่อเปรียบเทียบความต้องการช่วยเหลือจากรัฐบาล การใช้บริการสวัสดิการ และความต้องการให้รัฐบาลจัดสวัสดิการเพิ่มของผู้สูงอายุชายและหญิงนั้นไม่แตกต่างกัน

## รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากยุทธศาสตร์ของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) มียุทธศาสตร์ที่สำคัญ 5 ยุทธศาสตร์ และมีมาตรการหลัก 19 มาตรการซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชาชนเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย 3 มาตรการหลัก

1.1 มาตรการหลักประกันด้านรายได้เพื่อวัยสูงอายุ

1.2 มาตรการการให้การศึกษและการเรียนรู้ตลอดชีวิต

1.3 มาตรการการปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรี  
ของผู้สูงอายุ

2. ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 มาตรการหลัก

2.1 มาตรการการส่งเสริมความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ดูแลตนเอง  
เบื้องต้น

2.2 มาตรการส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและสร้างความเข้มแข็งองค์กรผู้สูงอายุ

2.3 มาตรการการส่งเสริมด้านการทำงานหารายได้ของผู้สูงอายุ

2.4 มาตรการสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

2.5 มาตรการส่งเสริม สนับสนุนสื่อทุกประเภทที่มีรายการเพื่อผู้สูงอายุ และ  
สนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้และสามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อ

2.6 มาตรการการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม  
ที่เหมาะสมและปลอดภัย

3. ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

4 มาตรการหลัก

3.1 มาตรการคุ้มครองด้านรายได้

3.2 มาตรการหลักประกันด้านคุณภาพ

3.3 มาตรการด้านครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง

3.4 มาตรการระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน

4. ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติและ  
การพัฒนาบุคคลากรด้านผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 มาตรการหลัก

4.1 มาตรการการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติ

4.2 มาตรการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคคลากรด้านผู้สูงอายุ

5. ยุทธศาสตร์ด้านการประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุและการติดตาม  
ประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ประกอบด้วย 4 มาตรการหลัก

5.1 มาตรการสนับสนุน และส่งเสริมให้หน่วยงานวิจัยดำเนินการประมวล และ  
พัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุที่จำเป็นสำหรับการกำหนดนโยบาย และพัฒนาการบริการหรือ  
การดำเนินการที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ

5.2 มาตรการสนับสนุนและส่งเสริมการศึกษาวิจัยด้านผู้สูงอายุโดยเฉพาะที่เป็น  
ประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบาย การพัฒนาการบริการและการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถ  
ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเหมาะสม

5.3 มาตรการดำเนินการให้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติที่มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

5.4 มาตรการพัฒนาระบบข้อมูลด้านผู้สูงอายุให้เป็นระบบและทันสมัย ในยุทธศาสตร์และมาตรการหลัก มีหลายมาตรการหลักที่สามารถนำมาดำเนินการเพื่อหารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (2552) เสนอกรอบแนวคิดของการจัดระบบดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

### กรอบแนวคิดของการจัดระบบดูแลผู้สูงอายุ

หลักการ การดูแล ต้องผสมผสาน (Integrated care)

- การดูแลแบบองค์รวม โดยดูแลทั้ง

ด้านร่างกาย ปัญหาสุขภาพทั่วไป โรคเรื้อรังที่พบบ่อย เบาหวาน ความดัน  
จิตใจ ภาวะเครียด/ซึมเศร้า

เศรษฐกิจ/สังคม/ความยากจน/ถูกทอดทิ้ง/ด้อยโอกาส

จิตวิญญาณ การขาดสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ การขาดความสุขในชีวิต

- การดูแลในมิติการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคและการฟื้นฟูสภาพ

- การดูแลที่ครอบคลุมทั้งกับผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และครอบครัวชุมชน

- การดูแลที่ครอบคลุมลักษณะบริการ Home care, day care, chronic care, terminal care

- การประสานการดูแลร่วมกับหน่วยงาน องค์การที่เกี่ยวข้อง (Co-ordination)

เพื่อสนับสนุนการดูแลอย่างต่อเนื่องและ ระบบสนับสนุน ได้แก่ กิจกรรม คู่มือแนวทางดูแล ระบบส่งต่อ ระบบให้คำปรึกษาแก่เจ้าหน้าที่ การเชื่อมระบบข้อมูลผู้ป่วย

Social welfare จัดบริการทางด้านสวัสดิการสังคม จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ส่งเสริมอาชีพ การหารายได้ เพื่อสร้างความภาคภูมิใจและลดการพึ่งพิง

- บทบาทชุมชน (รวมถึงผู้ดูแลและครอบครัว)

การเตรียมชุมชนให้มีความเข้าใจสภาพผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และสังคม อาทิ การเตรียมความพร้อมต่อการลดภาวะโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง

การสร้างการมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของปัญหาผู้สูงอายุในชุมชน โดยผ่านชมรมผู้สูงอายุ แกนนำผู้สูงอายุ อาสาสมัครผู้สูงอายุ มีเวทีในการแลกเปลี่ยนความรู้จากการทำงาน กิจกรรมต่อเนื่องที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและศาสนา

การระดมความช่วยเหลือจากชุมชน การจัดตั้งกองทุนสนับสนุนผู้สูงอายุในด้านต่างๆ เช่น กองทุนกายอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ การทอดผ้าป่าช่วยเหลือผู้สูงอายุ/ผู้ด้อยโอกาสในชุมชน ระหว่างหน่วยบริการ การมีทะเบียนคนไข้ และมีทีมสุขภาพที่ดูแลตลอดการรักษา ประสานความช่วยเหลือกับชุมชน วัด ท้องถิ่นหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

- บทบาทเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

Care Provider ให้บริการด้านสุขภาพ ด้านการรักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพโดยตรง ให้ข้อมูลทางวิชาการ ระบุปัจจัยกระทบต่อสุขภาพ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลป้องกัน สร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มที่ป่วยและไม่ป่วย

Care manager สนับสนุน ต่อยอดสิ่งที่ทำดีอยู่แล้ว ประสานเชื่อมโยงกับแหล่งบริการ หรือแหล่งทรัพยากรอื่น เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพ คุณภาพอย่างต่อเนื่อง

Advocate and empowerment กระตุ้น สนับสนุน และเสริมศักยภาพ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน และผู้เกี่ยวข้อง ให้มีบทบาท เข้ามามีส่วนร่วมหลักในการดูแลและจัดการปัญหา

- บทบาท อปท.

Law enforcement พินัยสิทธิ์ของผู้สูงอายุที่เป็นผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส ผู้ถูกทอดทิ้ง ดำเนินการช่วยเหลือให้เป็นไปตามกฎหมาย

Resource support สนับสนุนงบประมาณ กองทุน ให้กับผู้สูงอายุในชุมชน หรือหน่วยงานอื่นในการจัดการปัญหาผู้สูงอายุ

การนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี

จากพระราชดำรัส "เศรษฐกิจแบบพอเพียง" พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช พระราชทานเมื่อวันที่ ๔ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๐



เศรษฐกิจพอเพียง หมายถึง วิธีการดำเนินชีวิตของคนโดยการพึ่งตนเอง มีความประหยัด พัฒนาตนเองให้มีการเรียนรู้ ภูมิปัญญา สอดคล้องกับสภาพท้องถิ่น รู้จักใช้ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมอย่างมีคุณค่าอย่างยั่งยืน มีจิตสำนึกที่ดีต่อตนเองและสังคมช่วยเหลือเพื่อดูแลกัน ถือเป็นแนวทางที่คนไทยจะต้องรู้ เพื่อนำไปปฏิบัติในการดำเนินชีวิต เพื่อให้เกิดความก้าวหน้าพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและกว้างขวางทั้งด้านวัตถุ ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านวัฒนธรรม ถ้าใช้เศรษฐกิจพอเพียงเป็นหลักคิดและปฏิบัติในการดำเนินชีวิตก็สามารถอยู่ได้อย่างรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ปรับตัวและพร้อมรับการเปลี่ยนแปลง

การดำเนินชีวิตภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

สำหรับการดำเนินชีวิตภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามแนวทางพระราชดำริ เป็นความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างไม่เดือดร้อน มีความเป็นอยู่อย่างพอประมาณตามฐานะตามอัตภาพและที่สำคัญไม่หลงใหลตามกระแสวัตถุนิยม มีอิสรภาพในการประกอบอาชีพเดินทางสายกลาง ทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง และสามารถพึ่งพาตนเองได้

เศรษฐกิจพอเพียงเป็นการดำเนินชีวิตทางสายกลาง ยึดหลักการพึ่งพาตนเอง ดังนี้

#### 1. ด้านจิตใจ

1. ทำตนให้เป็นที่พึ่งตนเอง
2. มีจิตสำนึกที่ดี
3. สร้างสรรค์ให้ตนเองและชาติ
4. คำนึงประโยชน์ส่วนรวมเป็นที่ตั้ง

## 2. ด้านสังคมและชุมชน

1. ช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน

2. สร้างเครือข่ายชุมชนที่เข้มแข็ง

## 3. ด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

1. มีการจัดการอย่างชาญฉลาด

2. รู้คุณค่าของทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

3. ตั้งอยู่บนพื้นฐานการอนุรักษ์และใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืน

## 4. ด้านเทคโนโลยี

1. ใช้เทคโนโลยีที่บ้านและเทคโนโลยีสมัยใหม่ที่เหมาะสม สอดคล้องกับ

ความต้องการและสภาพแวดล้อม

2. ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น

3. พัฒนาเทคโนโลยีจากภูมิปัญญาของเราเอง

## 5. ด้านเศรษฐกิจ

1. เพิ่มรายได้

2. ลดรายจ่าย

เศรษฐกิจพอเพียงเป็นการดำเนินชีวิตทางสายกลาง ยึดหลักการพึ่งพาตนเอง การที่มีสุขภาพที่ดีนั้น การดูแลสุขภาพตนเองเป็นสิ่งที่ทุกคนสามารถกระทำได้ โดยการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ป้องกันและสร้างภูมิคุ้มกันก่อนที่จะเจ็บป่วย

การดูแลสุขภาพตนเองสามารถทำได้โดยใช้หลัก 8 อ ดังนี้

1. อาหาร รับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ รับประทานอาหารแบบพอดีไม่มากและไม่น้อยเกินไป

2. ออกกำลังกาย โดยการแกว่งแขนวันละ 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน

3. อารมณ์ การปฏิบัติธรรม การหัวเราะ

4. อนามัยสิ่งแวดล้อมที่ดี มีพื้นที่สีเขียวในชุมชน ในบ้าน สถานที่ทำงาน

5. อุปนิสัย มีความรอบคอบ รู้จักประมาณอย่างมีเหตุผลในด้านการเงิน แสวงหาความรู้อยู่เสมอ

6. อโรคยา มีการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค เพื่อสุขภาพที่ดี

7. อาชีพ ที่สุจริต ทำงานด้วยความขยันอดทน เพิ่มรายได้ ลดรายจ่าย

8. อาสาสมัคร การสร้างชุมชนให้น่าอยู่ คนที่อยู่ในชุมชนมีความสำคัญมาก ถ้าคนในชุมชนมีความเข้มแข็งร่วมมือ ในการพัฒนาชุมชน ร่วมกันสร้าง ร่วมกันทำ และร่วมใจพัฒนาจะมีผลทำให้ชุมชนนั้นน่าอยู่และในที่สุดจะทำให้ประเทศชาติมีความแข็งแกร่งและแข็งแรง

สรุปได้ว่าการนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี จะรวมถึงการมีสุขภาพะทางกาย ทางจิต และทางสังคมครอบคลุมสุขภาพของปัจเจกบุคคล และสุขภาพทางสังคมในการอยู่ร่วมกัน ซึ่งสามารถเริ่มต้นได้จากตนเอง ครอบครัวและชุมชน

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549) ได้ทำการวิจัยเรื่องระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัว สำหรับผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน การนำเสนอระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต โดยใช้วิธีการสังเคราะห์งานวิจัย 4 เรื่อง และข้อมูลจากงานวิจัยภาคสนาม กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยทั้ง 4 เรื่องมาจากผู้สูงอายุ จำนวน 316 ราย สมาชิกในชุมชน 516 ราย สมาชิกในครอบครัว ซึ่งแบ่งเป็นผู้ดูแลหลัก 1,581 ราย สมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว 1,600 รายและผู้นำชุมชนจำนวน 640 ราย จาก 16 จังหวัด 32 หมู่บ้าน ครอบคลุมทุกภาคของประเทศ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมาน ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษามีดังนี้

แต่ละครอบครัวมีผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุโดยเป็นผู้ดูแลหลัก เครือข่ายที่ให้การช่วยเหลือในการดูแลมากที่สุดคือ ญาติ ครอบครัวทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตทุกอย่าง ปัญหาที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวคือ ปัญหาด้านรายได้ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในครอบครัว ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ บทบาทของผู้ดูแล และภาวะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ส่วนการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนนั้น ผู้นำชุมชนมีทัศนะว่าครอบครัวควรมีบทบาทสำคัญในการดูแล แต่ชุมชนควรมีหน้าที่จัดบริการให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ โดยเพิ่มบริการให้ทั่วถึงและเป็นรูปแบบที่เน้นการสังเคราะห์แบบให้เปล่า นอกจากนี้การวิจัยได้พบกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาในการอยู่อาศัยในครอบครัว 3 กลุ่มคือ กลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในครอบครัวที่ยากจน กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และกลุ่มที่เป็นผู้ดูแลที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งทุกกลุ่มที่มีปัญหาด้านการเงินมากที่สุด ดังนั้นการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ ควรประกอบด้วย การกำหนดบทบาทความรับผิดชอบของสถาบันและองค์กรระดับต่างๆ ให้ชัดเจน มีระบบการสร้างความมั่นคงทางรายได้ ระบบบริการที่เพิ่มศักยภาพของผู้สูงอายุและครอบครัว ระบบบริการในสถาบัน

ที่ขยายครอบคลุมปัญหาผู้สูงอายุ การมีผู้นำชุมชนที่มีจิตสำนึกด้านสวัสดิการ และการมีระบบอาสาสมัครที่เข้มแข็ง

ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย ควรจัดแบ่งนโยบายสวัสดิการตามช่วงวัยและตามความเสี่ยงต่อปัญหา เน้นการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นหลัก โดยมีบริการทางสุขภาพและสังคมเข้าสู่ครอบครัว และมีนโยบายด้านการเสริมสร้างความเข้มแข็งแก่หน่วยงานระดับท้องถิ่นทุกระดับ ส่วนข้อเสนอแนะระดับปฏิบัติการ ควรมีบริการดูแลในครอบครัวมีการจัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังระดับสำหรับผู้สูงอายุ จัดบริการด้านอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่ยากไร้ บริการดูแลที่บ้าน บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน การจัดให้มีครอบครัวอุปถัมภ์ มีระบบการส่งต่อไปยังสถานพยาบาล จัดให้มีอุปกรณ์ช่วยเหลือในการดูแล และควรมีวิจัยที่ศึกษาทดลองการจัดบริการสู่ครอบครัวและชุมชน ในลักษณะบูรณาการด้านสุขภาพและสังคม

พรรณิ สมเทศน์ (2550) ได้ทำการวิจัยเรื่อง การดูแลผู้สูงอายุในระดับครอบครัว กรณีศึกษาบ้านศรีคงเค็ง ตำบลสะอาด อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสภาพการดูแลผู้สูงอายุในระดับครอบครัว กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ หัวหน้าครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุกับกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 160 คน เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามและการจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมด้วยกระบวนการระดมพลังสร้างสรรค์ (AIC) ผลการวิจัยพบว่า การดูแลผู้สูงอายุด้านร่างกาย ตามการปฏิบัติของหัวหน้าครัวเรือนละตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับมาก แสดงว่าผู้นำครอบครัวได้ดูแลผู้สูงอายุ เช่นในเรื่องการจัดทำอาหาร เครื่องดื่ม ผลไม้และนำพาผู้สูงอายุออกไปรับประทานอาหารนอกบ้าน การดูแลด้านจิตสังคม พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก แสดงว่าผู้สูงอายุได้รับการดูแลด้านจิตใจ เช่น ในเรื่องการให้ความสำคัญ เคารพยกย่องให้เกียรติผู้สูงอายุโดยถือว่าเป็นบุคคลที่มีคุณค่าต่อครอบครัวมากและการดูแลด้านเศรษฐกิจโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากเช่นกัน เช่นในเรื่องการมอบเงินให้ผู้สูงอายุไว้ใช้จ่ายส่วนตัวเมื่อผู้สูงอายุต้องการ

ปัญหาและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุในระดับครอบครัวได้สรุปผลดังนี้

1. สภาพการดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันของหัวหน้าครัวเรือนกับผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าการดูแลด้านร่างกายนั้นผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากบุตรหลานตามสภาพความเป็นอยู่ของแต่ละครัวเรือน ซึ่งส่วนใหญ่ออกไปทำงานจะดูแลจัดหาอาหารไว้ให้รับประทาน ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ก็จะทำอาหารเอง ซักเสื้อผ้าเอง เมื่อเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยก็สามารถไปรับบริการที่สถานเฝ้าระวังใกล้บ้านได้



2. ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุด้านร่างกายที่พิการหรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ นั่น เช่น พุดไม่ได้ หรือมีโรคประจำตัวที่รับประทานอาหารร่วมกับบุตรหลานไม่ได้จึงต้องแยกออกมา รับประทานอาหารเพียงลำพัง หรือมีความขัดแย้งกับบุตรหลาน เนื่องจากไม่เชื่อฟังผู้สูงอายุและ การรับเบียร์ยังชีพไม่ทั่วถึงทุกคน

3. ความต้องการกับการดูแลผู้สูงอายุในอนาคต ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมความต้องการของผู้สูงอายุในอนาคต คือ ความต้องการให้ลูกหลานพาไปหาหมอเมื่อยามเจ็บป่วย ให้มีวันพบญาติเยี่ยมเยียนสร้างความอบอุ่นในครอบครัวอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ให้ผู้สูงอายุมีการพบปะกันเดือนละ 1 ครั้ง ได้รับสวัสดิการผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง ได้รับการดูแลสุขภาพโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เช่น การตรวจสุขภาพ ได้รับความรู้ ร่วมกิจกรรมต่างๆ รับการอบรมทุก 3 เดือน

4. แนวทางที่นำไปปฏิบัติ จากการรวบรวมข้อมูลการจัดประชุม AIC กิจกรรมที่นำไปปฏิบัติ คือ ให้มีวันรวมญาติ โดยกำหนดเป็นวันอาทิตย์ ให้หัวหน้าครัวเรือนนำไปปฏิบัติส่วนผู้นำชุมชน นำไปประชาสัมพันธ์ในหมู่บ้านให้เห็นความสำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุส่งเสริมการรวมกลุ่มเพื่อจัดกิจกรรมผู้สูงอายุ คือ ออกกำลังกายอาทิตย์ละ 3 วัน วันอังคาร วันพุธ และวันศุกร์ ตอนเย็นเวลา 17.00-18.00 น. จัดให้มีการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุโดยหัวหน้าครอบครัวพาไปตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ การเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีปัญหา อาทิตย์ละ 1 ครั้ง เช่น ครอบครัวที่มีผู้สูงอายุขาดการดูแล ครอบครัวมีผู้พิการอาศัยอยู่ โดยกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ

อังคนาพร สอนงายและคณะ (2551) ได้ทำการวิจัยเรื่องการใช้ชุมชนเป็นฐานในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดพิษณุโลกเป็นการศึกษาในระยะที่ 1: วิเคราะห์สถานการณ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ วิธีการดำเนินการวิจัยใช้วิธีการศึกษาทั้งเชิงคุณภาพ (การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกต) และเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2551 วิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ อาศัยอยู่กับคู่สามีภรรยา หรือครอบครัวที่มีลูกหลานอยู่ด้วย รายได้ได้รับจากลูกหลาน ลูกสาวหรือผู้สูงอายุหญิงจะมีบทบาทในการปรุงอาหาร กิจวัตรประจำวันคือการทำงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ เลี้ยงหลาน ช่วยงานในไร่นา หรือนอนเล่นกับบ้าน ปัญหาสุขภาพที่พบมีทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ปัญหาสุขภาพกายที่พบส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ต้อกระจก ไชมันในเลือดสูง โรคกระเพาะอาหาร และโรคเก๊าท์ เป็นต้น และใช้บริการด้านสุขภาพจากศูนย์บริการสุขภาพหรือซื้อยารับประทานเอง ปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียด สาเหตุเนื่องจากเศรษฐกิจและปัญหาครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมชมรม พบว่า ผู้สูงอายุหญิงเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมมากกว่าผู้สูงอายุชาย เหตุผลที่เข้าร่วมเพราะ ต้องการตรวจสุขภาพ ซอบออก

กำลังกาย มีความสุขที่ได้พบหมอ ถ้าวจะถูกตัดเงิน 500 บาท จากอบต. สำหรับผู้สูงอายุชาย ส่วนใหญ่ชอบออกกำลังกายอยู่กับบ้านตนเอง ทำงานบ้านหรืองานในไร่ นา ดูทีวี หรือพูดคุยกับกลุ่มเพื่อนตามความสนใจมากกว่า พบว่าในชุมชนมีกิจกรรมต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุอยู่แล้ว ได้แก่ กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุที่จัดขึ้นทุกเดือนๆ ละครั้ง ได้รับบสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบล และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ละ 400 บาทต่อครั้ง กิจกรรมดูแลสุขภาพของกลุ่มแกนนำเยาวชนของตำบลที่ได้รับบสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นเวลา 1 ปี กิจกรรมที่จัดได้แก่ การตรวจวัดความดันโลหิต สันทนาการ และการนวดแผนไทย เป็นต้น

อุทัย สุขสุขและคณะ (2551) ได้ทำการศึกษาสถานการณ์ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความต้องการและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษา ลักษณะและขอบเขตความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความต้องการ และคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุในชุมชน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแตกต่างกัน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ Multi stage sampling จากจังหวัดแม่ฮ่องสอน สุพรรณบุรี สกลนคร สุราษฎร์ธานี และกรุงเทพมหานคร จังหวัดละ 2 ชุมชน รวมเป็น 10 ชุมชน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากผู้สูงอายุตัวอย่างจำนวน 1,000 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพตามประเด็นคำถามที่กำหนดไว้เกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุโดยสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุ กลุ่มที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแตกต่างกัน ชุมชนละ 10 คน และสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลผู้สูงอายุ ชุมชนละ 10 คน รวมทั้งสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารหน่วยงานส่วนกลางที่เกี่ยวข้อง

ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.1) อยู่ในระดับปานกลางและร้อยละ 2.3 คุณภาพชีวิตระดับต่ำ ร้อยละ 57.1 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้และร้อยละ 2.4 เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา พบว่ามีความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผู้สูงอายุกรุงเทพมหานครมีคุณภาพชีวิตระดับสูงร้อยละ 40.5 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าภูมิภาคอื่นๆ ผู้สูงอายุสุราษฎร์ธานีรับรู้ว่ามีปัญหามาก ร้อยละ 37.5 และต้องการการสนับสนุนในระดับสูงร้อยละ 43.5 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าพื้นที่อื่น ปัญหาที่ผู้สูงอายุต้องการการช่วยเหลือแก้ไขมากที่สุดคือ เรื่องสุขภาพ (ร้อยละ 68.1) โดยโรคที่พบในผู้สูงอายุ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ข้อเสื่อม เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคกระเพาะอาหาร (ร้อยละ 56.4, 26.2,

23.8, 23.3 และ 15.3 ตามลำดับ) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้และพฤติกรรมสุขภาพระดับปานกลางและระดับต่ำ (ร้อยละ 84.3, 65.9 และ 13.1, 15.6 ตามลำดับ) มีปัญหาด้านการเงิน ร้อยละ 40.4 โดยไม่ได้ทำงานร้อยละ 56.8 ค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอและเป็นหนี้ร้อยละ 24.7 จึงต้องการให้เพิ่มเบี้ยยังชีพเป็น 1,000 บาท/เดือน และจัดสวัสดิการเพิ่มสำหรับผู้ที่มีความพิการร่วมด้วย

จากการวิเคราะห์ทางสถิติโดย Multivariate regression analysis ด้วยวิธี Backward พบว่าการสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และภาวะสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวม ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 52.3 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้คือ ภาวะสุขภาพจิต จำนวนอาการผิดปกติที่พบ การสนับสนุนทางสังคม การใช้บริการ การรับรู้ปัญหาและพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนคือ การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพจิต ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พฤติกรรมสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพ ในขณะที่ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ได้แก่ การรับรู้ปัญหา และความรู้ด้านสุขภาพ

ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้สนับสนุนในการกำหนดนโยบาย และบทบาทหน่วยงานที่รับผิดชอบการดำเนินงานผู้สูงอายุโดยตรงและที่เกี่ยวข้อง การวางแผนการจัดการทรัพยากรทางสาธารณสุขและทางสังคม ตลอดจนพัฒนารูปแบบการบริการให้เหมาะสมกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิต และความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาและกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน อย่างเป็นรูปธรรมและครบวงจร โดยอาศัยการบูรณาการงานตามนโยบาย แผนงาน และโครงการผู้สูงอายุทุกภาคส่วนงานของภาครัฐ และความร่วมมือของภาคเอกชน โดยมุ่งเน้นที่การเพิ่มพลังความเข้มแข็งของผู้สูงอายุและชุมชนการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาและกลุ่มเสี่ยงจะมีความสำคัญและจำเป็นในการส่งเสริมป้องกันและแก้ไขปัญหาในผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคมอย่างยั่งยืนต่อไป

วิฑูรย์ เหลียวรุ่งเรืองและคณะ (2552) ได้ทำการวิจัยเรื่องการสำรวจข้อมูลเทศบาลตำบลหนองตอกพัฒนา เพื่อเตรียมการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม สิ่งอำนวยความสะดวกปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุพื้นที่เทศบาลตำบลหนองตอกพัฒนา อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นตัวแทนพื้นที่ชนบทจังหวัดเชียงใหม่ พื้นที่ส่วนใหญ่ยังเป็นเกษตรกรรมประชากรผู้สูงอายุ

มาจากพื้นฐานเกษตรกร กลุ่มตัวอย่างมาจากหมู่ที่ 2, 7, 8, 9, 10, 11 และ 14 ซึ่งมีองค์ประกอบชุมชนที่ครบถ้วนและเป็นสังคมผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและข้อมูลเชิงประจักษ์ รวมทั้งวิธีการระดมความคิดเห็นของผู้สูงอายุในชุมชน การสำรวจพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องสุขภาพแต่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในยามปกติแม้จะมีปัญหาเกิดในร่างกายน ผู้สูงอายุเหล่านี้อาศัยอยู่ในบ้านตนเองถึงร้อยละ 98.1 มีการดำรงชีวิตแบบพอดีด้วยการมัธยัสถ์ บ้านผู้สูงอายุมีลักษณะเป็นบ้านไม้ยกพื้นมีอายุการใช้งานมานาน จำเป็นต้องได้รับการปรับปรุงเนื่องจากอุบัติเหตุส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในที่อยู่อาศัยในบ้านของตนเอง โดยเฉพาะบริเวณห้องน้ำ/ห้องอาบน้ำ ชานบ้าน/ระเบียงบ้าน อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นนอกที่อยู่อาศัยเกิดขึ้นบริเวณทางเดินเข้าบ้านและถนนทางสัญจรในพื้นที่สาธารณะและชุมชน เพราะกิจกรรมทั่วไปจะอยู่ในที่อาศัยของตนและวัดใกล้บ้าน แต่พบว่ายังมีความต้องการการดูแลด้านสภาพแวดล้อมต่างๆ ให้เหมาะสม สะดวก ปลอดภัยอีกจำนวนมาก ดังนั้นจึงควรจัดแนวทางการส่งเสริมให้มีการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม สิ่งอำนวยความสะดวกปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุของเทศบาลตำบลหนองตอกพัฒนา ด้านการออกแบบชุมชนเมือง การออกแบบภูมิสถาปัตยกรรม การออกแบบสถาปัตยกรรม การออกแบบสถาปัตยกรรมภายใน และการออกแบบผลิตภัณฑ์และสิ่งอำนวยความสะดวก ซึ่งเป็นระดับการดูแลผู้สูงอายุปัจเจกชน โดยผู้ที่มีบทบาทสำคัญได้แก่ สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุ คนในชุมชน องค์กรในชุมชน และจะเป็นผลการให้ดำเนินงานของโครงการเพื่อปรับปรุงด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ลุล่วงต่อไป

สมพล นະวะกะ (2554) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ความต้องการได้รับสวัสดิการของผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลอ่าวลึกใต้ อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไป และสถานภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลอ่าวลึกใต้ อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ และเพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่กำหนดความต้องการได้รับสวัสดิการของผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลอ่าวลึกใต้ โดยมีตัวแปรอิสระที่สำคัญ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการ ณ ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลอ่าวลึกใต้ รายได้ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพการสมรส และอาชีพ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่มีสิทธิ์รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลอ่าวลึกใต้ อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ ใช้การทดสอบแบบจำลองโลจิสต์

ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการได้รับสวัสดิการของผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลอ่าวลึกใต้ อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ ในแต่ละด้านในภาพรวมมีความต้องการอยู่ในระดับมากและค่าใช้จ่ายในการใช้บริการ ณ ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลอ่าวลึกใต้จะมีผลต่อความต้องการรับสวัสดิการของผู้สูงอายุ กล่าวคือหากมีค่าใช้จ่ายในการใช้บริการ ณ ที่ทำการ

องค์การบริหารส่วนตำบลอ่าวลึกได้น้อย จะมีผลทำให้มีความต้องการรับสวัสดิการเพิ่มขึ้น และหากรายได้ผู้สูงอายุจะน้อยจะทำให้มีความต้องการรับสวัสดิการเพิ่มขึ้น

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า การจัดสวัสดิการของผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลอ่าวลึกได้ ผู้เกี่ยวข้องในการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ ควรพิจารณาสถานภาพของผู้สูงอายุ ด้านค่าใช้จ่ายในการใช้บริการ ณ ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลอ่าวลึกได้ พิจารณาถึงรายได้ อายุ เพื่อให้การจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลอ่าวลึกได้เหมาะสมตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง ซึ่งจะส่งผลให้การจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุมีสวัสดิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

นิภาพรรณ อธิคมานนท์ (2554) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอำเภอบางปะหันจังหวัดพระนครศรีอยุธยาประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ของ กิบสัน (Gibson, 1993) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไปผลการวิจัยโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุพบว่าระดับการรับรู้พลังอำนาจของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีการรับรู้พลังอำนาจที่สูงขึ้นและมีพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ มีผลทำให้พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุดีขึ้นดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจในการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุในกลุ่มอื่นๆต่อไป

### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Operational Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ และประเมินผลการดำเนินงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในบทนี้ผู้วิจัยได้กล่าวถึงรายละเอียดในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

รูปแบบการวิจัย

ลักษณะประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

#### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ และประเมินผลการดำเนินงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง

ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2



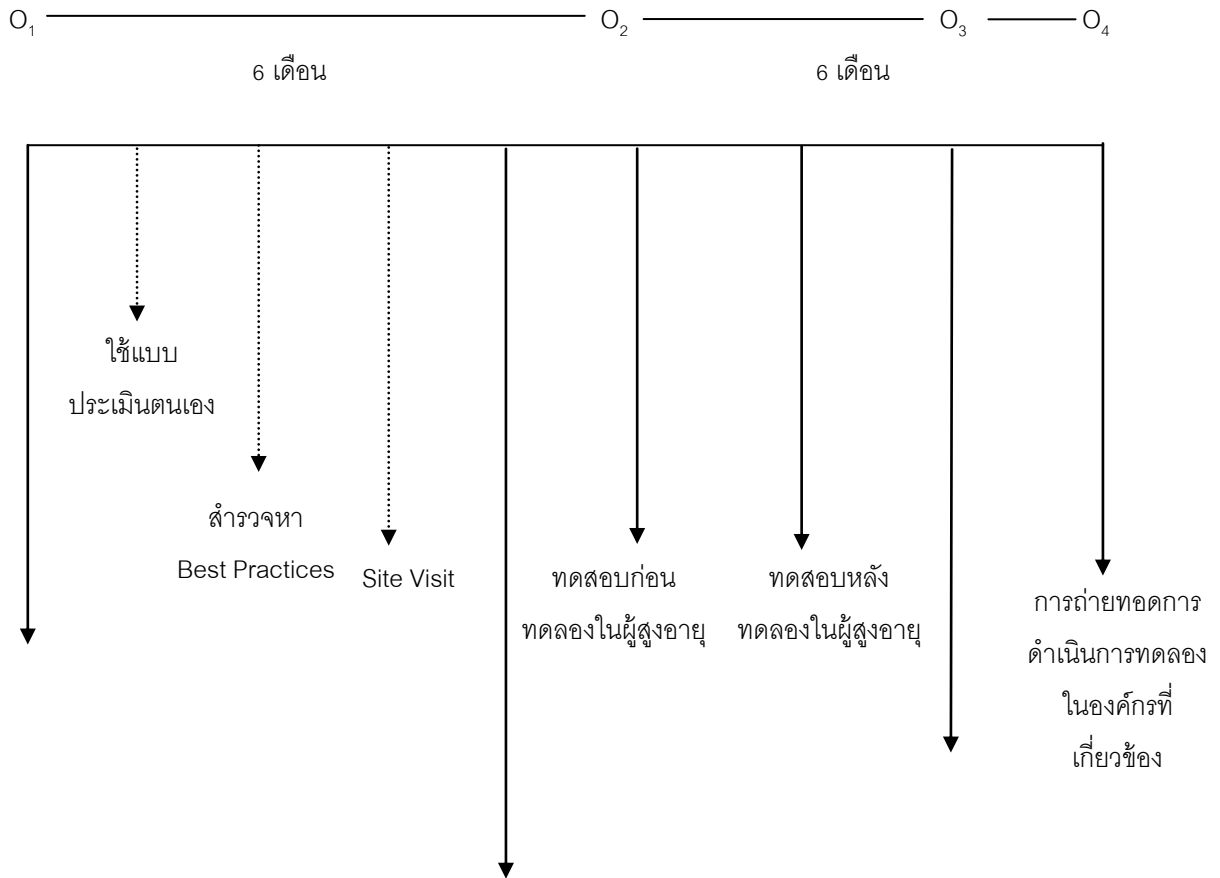
#### แผนภูมิที่ 2 รูปแบบการวิจัย

กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ได้รับโครงการเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีการพัฒนาคุณภาพ

O<sub>1</sub> = การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง

O<sub>2</sub> = การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง

X = โปรแกรมการดำเนินงานเป็นเวลา 1 ปี



**แผนภูมิที่ 3 แผนภูมิการทดลอง**

$O_1 - O_2$  = ระยะ 6 เดือนแรก การพัฒนารูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการโดยใช้กระบวนการ Benchmarking Community based service และเศรษฐกิจพอเพียง

$O_2 - O_3$  = ระยะ 6 เดือนหลัง การดำเนินการโครงการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

$O_3 - O_4$  = ระยะการถ่ายทอด การดำเนินการทดลองในองค์กรที่เกี่ยวข้อง

**ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ

1. ผู้อำนวยการโรงเรียน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกอบต. ประธานอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 9 คน
2. กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน

## ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยมีขั้นตอนดังนี้

### ระยะที่ 1 การเตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย

การเตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย ได้แบ่งเป็น 4 ระยะดังนี้

- 1.1 ศึกษาผลงานวิจัย และเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง
- 1.2 คัดเลือกจังหวัด และโรงพยาบาลที่มีความพร้อมและยินดีให้ความร่วมมือ

ในการทำวิจัย

1.3 การสร้างความเข้าใจกับผู้บริหารของหน่วยงาน ให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัยและ บทบาทต่างๆ ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้หน่วยงานต่างๆ ให้ความร่วมมือ และการประสานงานที่ดี

### ระยะที่ 2 การดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยได้แบ่งเป็น 5 ระยะ ดังนี้

2.1 Problem analysis การดำเนินการในระยะนี้เป็นการวิเคราะห์สภาพของการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยการทำการสนทนากลุ่ม (Focus group) การสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงาน

#### 2.2 กำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหา (Selection of alternative approach)

ในการกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหา เพื่อให้การดำเนินงานแก้ไขปัญหา มีความเป็นไปได้ เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้บริการโดยผู้วิจัยคัดเลือกตัวแทนผู้ให้บริการที่ต้องรับผิดชอบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อเป็นทีมงานและเพื่อร่วมประชุมกันพิจารณาว่าจะดำเนินการในการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการโดยจะพัฒนาด้านใดบ้าง โดยมาประชุมที่ห้องประชุมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการประชุมพิจารณาหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่คิดว่าเหมาะสมสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และได้มีการคิดว่าจะดำเนินการต่ออย่างไร เพื่อให้ทำงานได้ตามเป้าหมาย ที่ประชุมคิดว่า ควรมีการพัฒนาคุณภาพงานการดูแลผู้สูงอายุ และเลือกที่จะดำเนินการพัฒนาคุณภาพงานโดยใช้กระบวนการ Benchmarking ,Community based service และเศรษฐกิจพอเพียงผู้วิจัยจึงได้ให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่อง Benchmarking, Community based service และเศรษฐกิจพอเพียงแก่ทีมงาน



### 2.3 Development of program for improvement in hospital

ได้มีการร่วมประชุมกันระหว่างผู้วิจัยและทีมงาน วางแผนในการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุ

Development an education plan for elderly ผู้วิจัย ทีมงาน และผู้รับผิดชอบงาน การดูแลผู้สูงอายุ และผู้บริหาร ได้มีการตกลงกันว่า จะมีการดำเนินงานอย่างไรอะไรที่คิดว่า ต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อให้การดำเนินงานตามแผนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และสรุปได้ว่า ควรจะมีการจัดโครงการอย่างไร ในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ การเขียนโครงการ การประเมินผลโครงการ ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

โครงการเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีการพัฒนาคุณภาพ ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ

1. การอบรมการดูแลผู้สูงอายุในเรื่องการบริโภคอาหาร
2. สาธิตการปลูกผักปลอดสารพิษ
3. การออกกำลังกายด้วยการแกว่งแขน
4. การทำหัวเราะบำบัด
5. หลักเศรษฐกิจพอเพียง
6. การจัดทำคู่มือสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ
7. การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ
8. การยกย่องครอบครัวต้นแบบ

2.4 Implementation of action plan ได้มีการดำเนินงานโครงการในการดูแลผู้สูงอายุ ใช้เวลาในการดำเนินการเป็นระยะเวลาประมาณ 6 เดือน เมื่อดำเนินการเสร็จสิ้น ได้มีการประเมินผลกับผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ

2.5 Evaluation of the program as planned การประเมินผล ผู้วิจัยร่วมกับทีมงาน ใช้แบบสัมภาษณ์เก็บข้อมูลผู้สูงอายุ ผู้ดูแล เพื่อประเมินผล และเพื่อศึกษาเปรียบเทียบก่อนและหลังปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบการสนทนากลุ่ม เป็นข้อคำถามที่ใช้ในการสอบถามผู้อำนวยการโรงเรียน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกอบต. ประธานอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล นักวิชาการสาธารณสุข เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินงาน การดูแลผู้สูงอายุ (ดูภาคผนวก 3)

## 2. แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ

แบบสัมภาษณ์นี้ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์จำนวน 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 สำหรับผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน

- แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป

แบบสัมภาษณ์การรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพ และ

รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

- แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ชุดที่ 2 สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน

- แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป

- แบบสัมภาษณ์การรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

- แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

(ดูภาคผนวก3)

## การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำ ข้อคำถามการ สันทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความถูกต้อง และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไป ทดลองใช้

2. นำแบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ไปทดลองใช้ (Try out) โดยผู้วิจัย นำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง แต่เป็นกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ใช้วิธี Cronbach's alpha coefficient โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ค่าความเชื่อถือ ได้ควรจะ > 0.6 หรืออย่างน้อย 0.6 (Streiner & Norman,1995:44) ผลการวิเคราะห์

แบบสัมภาษณ์การรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ =0.79

แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ =0.72

แบบสัมภาษณ์การรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุ =0.96

แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ =0.90

## การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง นำมาลงรหัส และวิเคราะห์ด้วยเครื่องจักร  
สมองกล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และในการวิเคราะห์ข้อมูลมีรายละเอียดดังนี้

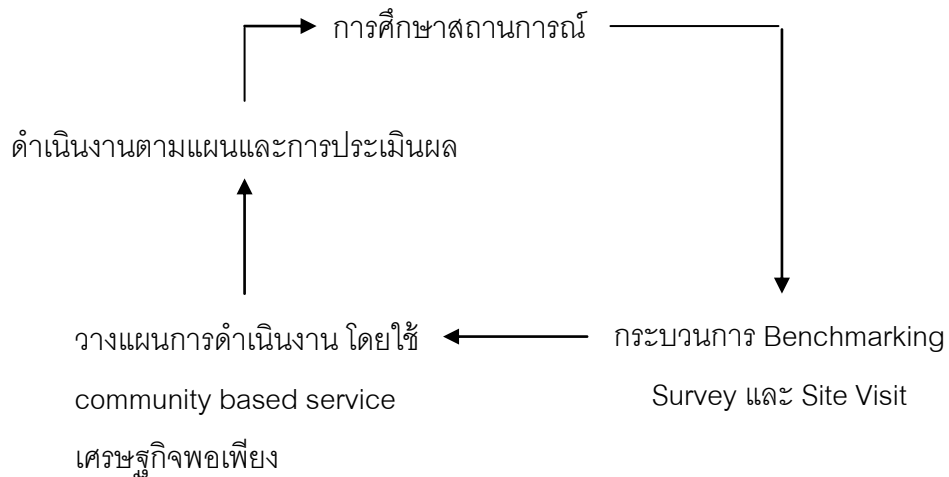
กลุ่มเป้าหมาย	ตัวแปร	เครื่องมือ	เกณฑ์ และสถิติ
ผู้สูงอายุ	พฤติกรรมสุขภาพ	แบบสัมภาษณ์	พฤติกรรมที่ปฏิบัติ
	ผู้สูงอายุ		
	ระดับ	คะแนน	ปฏิบัติประจำ = 4 คะแนน
	ต่ำ	0 - 41	ปฏิบัติบ่อยครั้ง = 3 คะแนน
			ปฏิบัติเป็นบางครั้ง = 2 คะแนน
	ปานกลาง	42 - 83	นานๆครั้ง = 1 คะแนน
	ดี	84 - 125	ไม่เคยปฏิบัติ = 0 คะแนน
	การรับรู้คุณค่าในตนเอง	แบบสัมภาษณ์	ระดับ การรับรู้คุณค่าในตนเอง
	ระดับ		
	ไม่ดี	คะแนน	5 ระดับมากที่สุด
ปานกลาง	0 - 13	4 ระดับมาก	
ดี	14 - 27	3 ระดับปานกลาง	
	28 - 40	2 ระดับน้อย	
		1 ระดับน้อยที่สุด	
		ใช้สถิติ Paired Samples t-test	
ผู้ดูแล	การรับรู้คุณค่าในตนเอง	แบบสัมภาษณ์	ระดับ การรับรู้คุณค่าในตนเอง
	ระดับ		
	ไม่ดี	คะแนน	5 ระดับมากที่สุด
	ปานกลาง	0 - 16	4 ระดับมาก
	ดี	17 - 33	3 ระดับปานกลาง
		34 - 50	2 ระดับน้อย
			1 ระดับน้อยที่สุด
	พฤติกรรมการดูแล		
	ผู้สูงอายุ		
	ระดับ	คะแนน	5 ตรงกับการปฏิบัติมากที่สุด
ไม่ดี	0 - 26	4 ตรงกับการปฏิบัติมาก	
ปานกลาง	27 - 53	3 ตรงกับการปฏิบัติปานกลาง	
ดี	54 - 80	2 ตรงกับการปฏิบัติน้อย	
		1 ตรงกับการปฏิบัติน้อยที่สุด	
		ใช้สถิติ Paired Samples t-test	

## บทที่ 4 ผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Operational Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ และประเมินผลการดำเนินงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 แห่ง จังหวัดปราจีนบุรี ซึ่งมีขั้นตอนการทำวิจัยและผลการวิจัยตามขั้นตอนต่างๆ นำเสนอ ดังนี้

### 1. รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

ในการทำงานพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ จะใช้วงจรคุณภาพของ ดร. เดมมิ่ง Plan do check act และใช้การศึกษาดูงาน การวัดความต้องการ การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ การเปรียบเทียบ Benchmarking Community based service และเศรษฐกิจพอเพียงและประเมินผลการดำเนินงาน ดังนั้น ขั้นตอนการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ จึงสามารถเขียนเป็นวงจรได้ดังนี้



แผนภูมิที่ 4 ขั้นตอนการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

จากการศึกษาสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุเรียงลำดับ 5 ลำดับ ดังนี้ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขข้อ โรคกระดูกเสื่อม และโรคกระเพาะอาหาร

ความต้องการของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีความต้องการความรักจากบุคคลใกล้ชิด ต้องการกำลังใจจากญาติ พี่น้อง และบุคคลใกล้ชิด และต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีดูแลผู้สูงอายุ

การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีเป็นส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การลดความเครียด การรับประทานยา และการพักผ่อนให้เพียงพอ

รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดังนี้

1. การดูแลเมื่อเจ็บป่วยจะไปพบแพทย์เพื่อรักษา
2. การให้คำปรึกษา ญาติใกล้ชิด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล และแพทย์ เป็นที่ปรึกษาและที่พึ่งของผู้สูงอายุ
3. การแสวงหาความรู้ ผู้สูงอายุต้องการความรู้ด้านการดูแลตนเอง วิธีการดูแลสุขภาพ สำหรับความช่วยเหลือต้องการความช่วยเหลือด้านการเงิน
4. การสนับสนุนให้กำลังใจ และสัมพันธ์กับคนในครอบครัวดีและมีกำลังใจ
5. การเผชิญความเครียด และช่วยผ่อนคลายความเครียด ผู้สูงอายุจะเครียดในเรื่องการเจ็บป่วย ลูก สามี และการเงิน
6. การปฏิบัติการดูแลรักษาสุขภาพ มีวิธีการดังนี้ พังทรรวม สวดมนต์ ปรับชีวิตความเป็นอยู่อย่างพอเพียงในกระบวนการ Benchmarking จะมีการไปศึกษาดูงาน (Site visit) องค์กรต้นแบบ

ผลการวิเคราะห์องค์กรต้นแบบ

องค์กรต้นแบบทั้ง 2 แห่ง คือ Sozokai Medical Plaza และ N28ihon University ITABASHI Hospital ซึ่งมี Best Practices หรือ Better Practices ดังนี้

Sozokai Medical Plaza

1. มีนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ชัดเจน
2. มีพันธกิจ การดูแลผู้สูงอายุที่ชัดเจน
3. มีการบริหารจัดการ การจัดโซนอาคาร สิ่งแวดล้อมเพื่อดูแลผู้สูงอายุตามสภาพได้อย่างเหมาะสม เช่นการจัดห้องน้ำ ห้องนอน และพื้นที่ ทางลาดเรียบ
4. มีระบบการส่งต่อผู้สูงอายุที่ดี ส่งต่อผู้สูงอายุจากบ้านมาที่ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ

5. มีการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุตามเทศกาลต่างๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ผ่อนคลาย และมีสุขภาพจิตที่ดีเช่น งานวันฮาโลวีน งานเปิดบ้านดื่มชา (Tea House) เป็นต้น
6. มีบริการดูแลผู้สูงอายุทั้งที่นอนพักค้างคืน พักเป็นเวลาสั้นๆและแบบไปกลับดูแลเฉพาะกลางวัน
7. มีระบบสวัสดิการสำหรับผู้ให้บริการที่ดี เช่นมีสถานที่เลี้ยงเด็กเล็กให้กับพยาบาลที่มีบุตร
8. มีการจัดอาสาสมัครมาดูแลผู้สูงอายุ เป็นผู้มีจิตอาสา ไม่มีค่าตอบแทน
9. มีทีมสหสาขาวิชาชีพดูแลผู้สูงอายุ
10. ผู้สูงอายุที่อายุเกิน 100ปี รัฐบาลจะมีรางวัลให้

N29ihon University ITABASHI Hospital

1. มีนโยบาย และพันธกิจที่ชัดเจน
2. มีทีมงานประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพ และให้ความสำคัญกับการพัฒนาบุคลากร
3. มีงาน Home Health Care เยี่ยมบ้าน
4. มี Emergency unit ที่มีเครื่องมือที่ทันสมัย
5. มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่ดีสำหรับผู้รับบริการ

รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่น

รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่น

ญี่ปุ่นมีพระราชบัญญัติประกันสุขภาพ (Health Insurance Act) ตั้งแต่ พ.ศ. 2465 และมีพระราชบัญญัติสุขภาพ "แห่งชาติ" ให้ประชาชนทั่วประเทศมีหลักประกันถ้วนหน้าตั้งแต่ พ.ศ. 2504 ซึ่งตรงกับปีแรกของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติของประเทศไทย จากนั้นก็มีการ "พัฒนาระบบ" อย่างต่อเนื่องได้แก่การเริ่ม "ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ" (Elderly Health Care System) เมื่อ พ.ศ. 2526 โดยผูกระบบดูแลนี้กับระบบบริการสุขภาพ เมื่อพบว่าค่าใช้จ่ายการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุสูงมาก จึงเริ่มสร้าง "ความยั่งยืน" ให้แก่ระบบ โดยการตรากฎหมายให้มี "ระบบประกันการดูแลระยะยาว" (Long-term Care Insurance System) เมื่อปี 2543 และพบว่ากลุ่มคนสูงอายุที่อายุมากกว่า 75 ปี เป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลสุขภาพ และมีค่าใช้จ่ายสูงมาก จึงเริ่มมี "ระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้มีอายุเกิน 75 ปี" (Health Insurance System for the aged over 75) เมื่อพ.ศ. 2551 และญี่ปุ่นเพิ่งฉลองครบรอบ 50 ปีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปี 2554

รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่นมีความเหมือนกัน เป็นส่วนใหญ่เช่นมีนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยครอบครัวและชุมชน สวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ แนวปฏิบัติที่ดี /สถาปัตยกรรม / สิ่งประดิษฐ์ สำหรับผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยครอบครัวและชุมชนในประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่น มีการดำเนินการที่จะลดการพึ่งพิงของผู้สูงอายุและพยายามให้ผู้สูงอายุพึ่งตนเองได้ขณะเดียวกันจากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นและผู้สูงอายุที่มีอายุยืนนานขึ้น จึงจำเป็นต้องมีระบบการดูแลสุขภาพระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่ชัดเจนมากขึ้นดังนี้

1. ใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในการดูแล มีสังคมของผู้สูงอายุให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมร่วมกัน
2. มีการดูแลในวิถีชีวิตประจำวัน การดูแลอนามัยพื้นฐาน
3. มีการจัดการอบรม อาสาสมัครเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจ และแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
4. มีธุรกิจการรับจ้างดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
5. มีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

หลังจากการศึกษาสถานการณ์ ความต้องการ การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ การเปรียบเทียบ Benchmarking ได้มีการประชุมเพื่อวางแผนการดำเนินงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปราจีนบุรีโดยใช้หลักการ Community based service และเศรษฐกิจพอเพียง

### **ผลต่อการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ**

1. ทำให้เกิดโอกาสในการพัฒนางานจากการที่เกิดเครือข่ายในการทำงาน
2. ทำให้เกิดการเริ่มต้นการสร้างทีมงานขึ้นมา
3. ทำให้เกิดการสนับสนุนจากผู้บริหาร ผู้บริหารเห็นความสำคัญของงาน และให้มีการดำเนินการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

### **2. ประสิทธิผลของโครงการเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีการพัฒนาคุณภาพ**

2.1 ผลที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในด้านการรับรู้คุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยมีดังนี้

2.1.1 คุณลักษณะประชากรของผู้สูงอายุ

2.1.2 การรับรู้คุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยมีดังนี้

### 2.1.1 คุณลักษณะประชากรของผู้สูงอายุ

ข้อมูลในส่วนนี้พบว่าผู้สูงอายุเป็นหญิง ร้อยละ 56.7 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-70 ปี ร้อยละ 76.7 ผู้สูงอายุทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.0 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 73.3 การประกอบอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้ส่วนใหญ่ทำร้อยละ 63.3 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวอยู่ในช่วง 1,501-5,000 บาท ร้อยละ 50.0 ความเพียงพอของรายได้ส่วนใหญ่ไม่เพียงพอ ร้อยละ 53.3 ผู้สูงอายุไม่ได้อยู่อาศัยคนเดียว อยู่กับคู่ของตนเอง ร้อยละ 63.3 อยู่กับหลาน ร้อยละ 63.3 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	13	43.3
หญิง	17	56.7
อายุ		
60-70 ปี	23	76.7
71-81 ปี	6	19.9
82-92 ปี		3.4
Mean = 67.70 SD = 6.58 Min = 60 Max = 90		
ศาสนา		
พุทธ	30	100.0
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	9	30.00
ประถมศึกษา	21	70.00
สถานภาพสมรส		
โสด	2	6.7
คู่	22	73.3
หม้าย	5	16.7
หย่า/แยกกันอยู่	1	3.3



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ขณะนี้ประกอบอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้		
ทำ	19	63.3
ไม่ทำ	11	36.7
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว(บาท/เดือน)		
ต่ำกว่า 1,500	11	36.7
1,501-5,000	15	50.0
5,001-10,000	3	10.0
มากกว่า 10,000	1	3.3
Mean = 3330.0 SD = 3322.146 Min = 600 Max = 15000		
ความเพียงพอของรายได้		
พอเพียง	9	30.0
ไม่พอเพียง	16	53.3
มีหนี้สิน	5	16.7
การพักอาศัย		
อาศัยอยู่กับสามี/ภรรยา	19	63.3
อาศัยอยู่กับลูกชาย	6	20.0
อาศัยอยู่กับลูกสาว	14	46.7
อาศัยอยู่กับหลาน	19	63.3
อาศัยอยู่กับลูกสะใภ้	3	10.0

สถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ เมื่อจัดอันดับมีดังนี้

1. โรคกระเพาะอาหาร (ร้อยละ 16.7)
2. โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 13.3)
3. โรคหัวใจ (ร้อยละ 10.0)
4. โรคไขข้อ (ร้อยละ 10.0)
5. โรคกระดูกเสื่อม (ร้อยละ 3.3)
6. โรคหอบหืด (ร้อยละ 3.3)
7. โรคตับ (ร้อยละ 3.3)

การเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต เมื่อจัดอันดับมีรายละเอียดดังนี้ คือ

1. การเต้นของหัวใจ/เหนื่อยง่าย (ร้อยละ 50.0)
2. กล้ามเนื้อเมื่อยล้า (ร้อยละ 43.3)
3. ปัญหาการมองเห็น ตามัว ตาพร่า (ร้อยละ 40.0)
4. มีปัญหาเรื่องกระดูก/ปวดข้อ (ร้อยละ 40.0)
5. ปัญหาเรื่องการนอนไม่หลับ (ร้อยละ 33.3)
6. ปัญหาเรื่องการได้ยิน (ร้อยละ 30.0)
7. ปวดศีรษะบ่อยๆ/ปวดศีรษะข้างเดียว (ร้อยละ 26.7)
8. การขับถ่ายปัสสาวะ (ร้อยละ 23.3)
9. แขนหรือขาอ่อนแรง (ร้อยละ 23.3)
10. การพับ/ยึด/เหยียดกล้ามเนื้อ/เอ็น (ร้อยละ 20.0)

### 2.1.2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้คุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

1. ผลการวิเคราะห์ระดับการรับรู้คุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ มีผลการวิเคราะห์ดังนี้

ระดับการรับรู้คุณค่าในตนเอง ก่อนการทดลองพบว่ามี การรับรู้คุณค่าในตนเอง อยู่ในระดับดี ร้อยละ 66.7 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 33.3 หลังการทดลองพบว่าระดับการรับรู้คุณค่าในตนเอง อยู่ในระดับดีเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 100.00

ระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนการทดลองพบว่ามีพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 56.7 และอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.3 หลังการทดลองพบว่าพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับดีเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 86.7 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการรับรู้คุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ตัวแปร	จำนวน 30 คน	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการรับรู้คุณค่าในตนเอง					
ปานกลาง		10	33.3	0	0
ดี		20	66.7	30	100.00
ระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ					
ปานกลาง		13	43.3	4	13.3
ดี		17	56.7	26	86.7

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของผู้สูงอายุในด้านการรับรู้คุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง มีผลการวิเคราะห์ดังนี้

ด้านการรับรู้คุณค่าในตนเอง พบว่าก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 28.10 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.82 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 32.60 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.37 และมีคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างของการรับรู้คุณค่าในตนเอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 4.50 เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.001)

ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 82.90 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.01 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 92.63 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.74 และมีคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 9.73 เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.001) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเอง และ  
พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ตัวแปร	จำนวน 30 คน	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		$\bar{d}$	Sd	t-value	p-value
		$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	S.D.				
การรับรู้คุณค่าในตนเอง		28.10	2.82	32.60	2.37	4.50			
พฤติกรรมสุขภาพของ ผู้สูงอายุ		82.90	7.01	92.63	7.74	9.73	7.01	7.60	<0.001

2.2 ผลที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้สูงอายุในด้านการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผลการวิจัยมีดังนี้

2.2.1 คุณลักษณะประชากรของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

2.2.2 การรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการดูแล  
ผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผลการวิจัย มีดังนี้

### 2.2.1 คุณลักษณะประชากรของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ข้อมูลในส่วนนี้พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 96.7 ส่วนใหญ่มีอายุ  
อยู่ในช่วง 60-70 ปี ร้อยละ 76.70 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา  
ร้อยละ 78.0 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ รายละเอียด  
แสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	1	3.3
หญิง	29	96.7
<b>อายุ</b>		
16-36 ปี	4	13.5
37-56 ปี	15	50.0
57-77 ปี	11	36.5
Mean=51.8 SD = 8.0 Min = 18 Max = 71		
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้รับการศึกษา	4	13.3
ประถมศึกษา	23	76.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	6.7
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	1	3.3
<b>ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ</b>		
บิดา/มารดา	1	3.3
บุตร	3	10.0
หลาน	14	46.7
สามี/ภรรยา	12	40.0
<b>ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ</b>		
1-15 ปี	6	19.8
16-30 ปี	19	63.7
31-44 ปี	4	13.2
45-59 ปี	1	3.3
Mean = 23.87 SD = 8.0 Min = 1 Max = 50		

## 2.2.2 ผลที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้สูงอายุในด้านการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผลการวิจัยนำเสนอ ดังนี้

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

1. ผลการวิเคราะห์ระดับการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีผลการวิเคราะห์ดังนี้

ระดับการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อนการทดลองส่วนใหญ่พบว่ามี การรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 80.0 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 20.0 หลังการทดลองพบว่า การรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับดี เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 96.7

ระดับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อนการทดลองส่วนใหญ่พบว่ามีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 93.3 และอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 6.7 หลังการทดลองพบว่าพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับดีเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 100 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 5

### ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ตัวแปร	จำนวน	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ดูแล					
ปานกลาง		6	20.0	1	3.3
ดี	30 คน	24	80.0	29	96.7
ระดับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ					
ปานกลาง		2	6.7	0	0
ดี		28	93.3	30	100.0

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของผู้ดูแลผู้สูงอายุในด้านการรับรู้คุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง มีผลการวิเคราะห์ดังนี้

ด้านการรับรู้คุณค่าในตนเอง พบว่าก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 36.17 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.75 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 40.07 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.72 และมีคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างของการรับรู้คุณค่าในตนเอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 3.90 เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p- value < 0.001)

ด้านพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ พบว่าก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 60.70 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.00 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 77.90 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.21 และมีคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 17.20 เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(p- value < 0.001) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 6

**ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ดูแล และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง**

ตัวแปร	จำนวน 30 คน	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		$\bar{d}$	Sd	t-value	p-value
		$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	S.D.				
การรับรู้คุณค่าในตนเอง		36.17	4.75	40.07	3.72	3.90	3.82	5.60	<0.001
พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ		60.70	7.00	77.90	6.21	17.20	6.84	13.76	<0.001

## บทที่ 5

### อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ และประเมินผลการดำเนินงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดปราจีนบุรี สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังนี้

**วัตถุประสงค์การวิจัย** เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติครั้งนี้ทำให้พอสรุปได้ว่า รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ที่ทำการทดลองประกอบไปด้วยกิจกรรมหลักๆ คือ

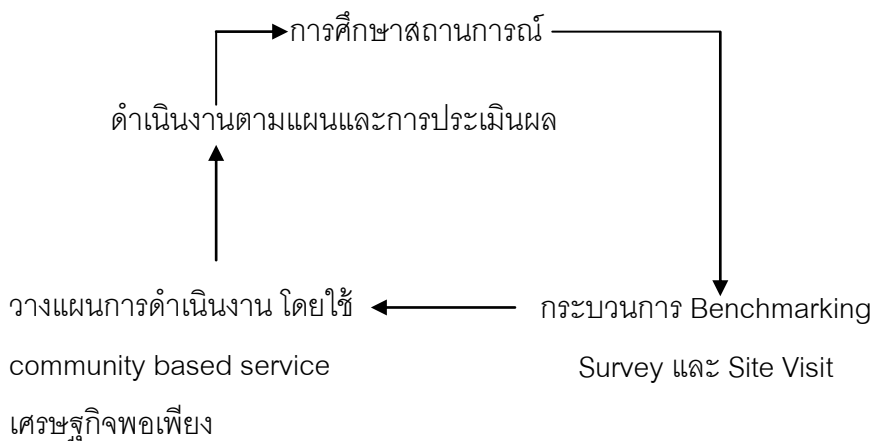
1. การศึกษาสถานการณ์ ความต้องการ การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น

2. การพัฒนา โดยใช้กระบวนการ Benchmarking community based service เศรษฐกิจพอเพียง

3. การทดลองทำโครงการเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีการพัฒนาคุณภาพ

4. การประเมินผลและวางแผนเพื่อการพัฒนาคุณภาพต่อไป

รูปแบบการพัฒนาคุณภาพที่พัฒนาขึ้นครั้งนี้ ถ้าพิจารณาให้ดีแล้วก็ไม่แตกต่างไปจากวงจรคุณภาพของ Demming Plan Do Check Act ยกเว้น แต่จะมีรายละเอียดมากขึ้น คือ มีขั้นตอนของการศึกษาสถานการณ์ ความต้องการ การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ กระบวนการ Benchmarking ซึ่งมีการสำรวจและเก็บข้อมูลองค์กรต้นแบบและการ ใช้community based service เศรษฐกิจพอเพียง ในการพัฒนาและการดำเนินงานตามโครงการ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งเขียนเป็นวงจรพัฒนาคุณภาพ ได้ดังภาพ





**ในขั้นที่ 1** ในการศึกษาสถานการณ์ ความต้องการ การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้ Focus group และแบบสัมภาษณ์ ผลพบว่าการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุ ยังไม่มีการกำหนดกิจกรรมการดำเนินงาน ไม่มีการประเมินผลการดำเนินงาน ไม่มีการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการดำเนินงาน ไม่มีการดำเนินงานด้านการนิเทศติดตามงานอย่างต่อเนื่อง ไม่มีกระบวนการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ทำให้มองเห็นจุดอ่อนและประเด็นที่ต้องพัฒนาและเกิดพลังใจที่จะพัฒนางาน

**ในขั้นที่ 2** การพัฒนาคุณภาพโดยใช้กระบวนการ Benchmarking ในกระบวนการ Benchmarking มีการสำรวจ และเก็บข้อมูลองค์กรต้นแบบและการไปศึกษาดูงาน (Site visit) การใช้กระบวนการ Benchmarking และกิจกรรมการไป Site visit ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผู้ให้บริการหลายด้าน ดังต่อไปนี้

### ในด้านการเรียนรู้

ในด้านการเรียนรู้สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม ของ Bandura (อ้างใน สมโภชน์ เขียมสุภาชิต, 2539 : 253-262) ที่อธิบายการเรียนรู้ของมนุษย์ว่าเกิดขึ้นจากการสังเกตจากตัวแบบ เกิดจากปัญญาของผู้สังเกต การเรียนรู้จากการสังเกตประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ ตัวแบบ ( Model ) ตัวแบบแสดงพฤติกรรม หรือการเสนอตัวแบบ (Modeling) และการกระทำตามตัวแบบหรือเลียนแบบ (imitation) ผู้สังเกตหรือตัวผู้เลียนแบบต้องเกิดกระบวนการทางปัญญา 4 กระบวนการคือ

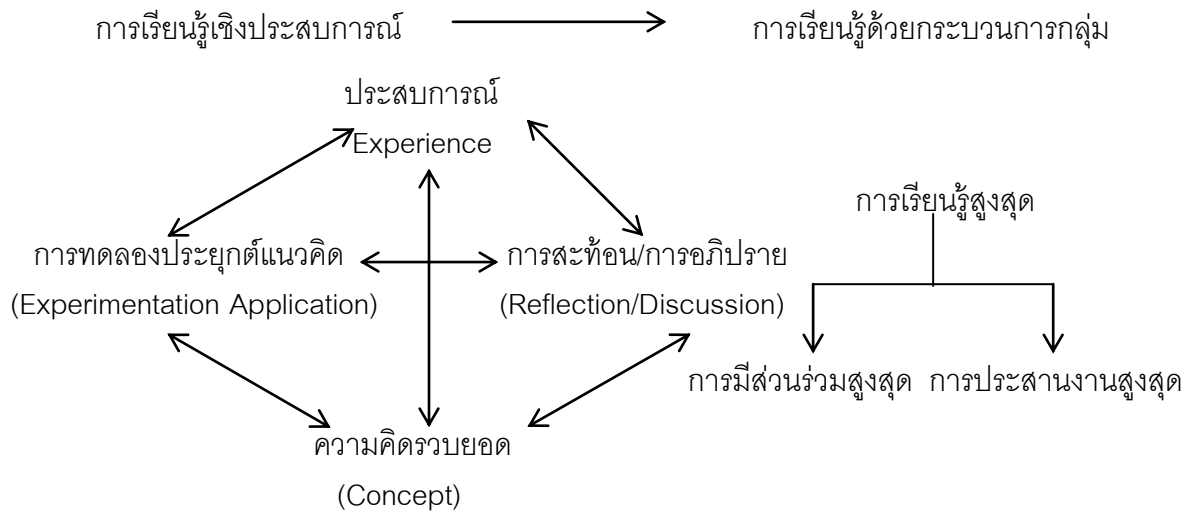
1. กระบวนการใส่ใจ (Attentional Process) หมายถึง กระบวนการที่มนุษย์ใส่ใจสนใจในการรับรู้ตัวแบบ
2. กระบวนการเก็บจำ (Retention Process ) หมายถึง กระบวนการที่มนุษย์เก็บจำพฤติกรรมที่ตัวแบบทำ
3. กระบวนการกระทำทางร่างกาย (Motor Reproduction process) เป็นกระบวนการที่มนุษย์ทำหรือไม่ทำพฤติกรรมหนึ่งๆ
4. กระบวนการจูงใจ (Motivational process) เป็นกระบวนการที่จูงใจให้มนุษย์ทำหรือไม่ทำพฤติกรรมหนึ่งๆ

ในการวิจัยครั้งนี้เกิดการเรียนรู้จากการสังเกตจากตัวแบบคือองค์กรต้นแบบ 2 แห่ง และมีการนำมาปฏิบัติ กระบวนการ Benchmarking ทำให้เกิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) เป็นการเรียนรู้ที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางประกอบด้วยหลักการเรียนรู้พื้นฐาน 2 อย่าง คือ

1. การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ( Experiential Learning)
2. กระบวนการกลุ่ม (Group Process

หลักการเรียนการสอนแบบมีส่วนร่วม

หลักการสำคัญของ PL-Participatory Learning



องค์ประกอบของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

- 1) ประสบการณ์ (Experience) เป็นขั้นตอนที่ผู้สอนพยายามกระตุ้นให้ผู้เรียนนำประสบการณ์เดิมของตนออกมาใช้ในการเรียน และแบ่งปันประสบการณ์ของตนกับเพื่อน ๆ ที่อาจมีประสบการณ์คล้ายหรือแตกต่างกัน
- 2) การสะท้อนความคิดและอภิปราย (Reflect and Discussion) เป็นขั้นตอนที่แสดงความคิดเห็นและความรู้สึกของตนเองแลกเปลี่ยนกับสมาชิกในกลุ่ม และเรียนรู้การทำงานเป็นทีม
- 3) ความเข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด (Understanding and Conceptualization) เป็นขั้นของการสร้างความเข้าใจและนำไปสู่การเกิดความคิดรวบยอด
- 4) การทดลอง และประยุกต์แนวคิด (Experiment and Application) ในขั้นตอนที่ให้ผู้เรียนนำเอาการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นใหม่ไปประยุกต์ใช้ในลักษณะหรือสถานการณ์ต่าง ๆ จนเกิดเป็นแนวทางของผู้เรียนเอง(กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข 2540)

ในการวิจัยครั้งนี้ จะใช้การเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม ในทุกขั้นตอน อันจะเห็นได้จากการ ทำการศึกษาสถานการณ์ ความต้องการ การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นการดึงประสบการณ์ของแต่ละคนมาใช้เป็นจุดตั้ง กระบวนการ Benchmarking ช่วยเสริมให้เกิดความคิดรวบยอดที่เป็นรูปธรรมที่สอดคล้องกับประสบการณ์ของผู้วิจัย ที่มงาน และทีมผู้ให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จนกระทั่งสามารถ ประยุกต์แนวคิดเป็น โครงการทดลองของโรงพยาบาล โดยไม่มีการคัดลอกจากองค์กรต้นแบบ ซึ่งแตกต่างไปจากการ เรียนรู้โดยการอบรมครู ก ครู ข หรือการดูงานโดยทั่วไป ซึ่งนับเป็นจุดเด่นของผลการวิจัยครั้งนี้

รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการที่การ วิจัยนี้พัฒนาขึ้น เป็นรูปแบบการพัฒนาคุณภาพ ที่เกิดจากขั้นตอนการทำวิจัยแบบ Operational research ทำให้เกิดการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม และเกิดการพัฒนากการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลขึ้น เกิดโครงการการดูแลผู้สูงอายุ

### ประสิทธิผลของโครงการเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีการพัฒนาคุณภาพ

#### 1. ผลที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ

ผลที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุจำนวน 30 คน เป็นผลที่ทำการประเมินผู้สูงอายุ หลังจากผ่าน กระบวนการพัฒนาเพื่อการดูแลผู้สูงอายุแล้ว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการรับรู้คุณค่าใน ตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

หลังจากการทดลอง การรับรู้คุณค่าในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ สูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.001)ในการวิจัยครั้งนี้มีการอบรมให้ ข้อมูลในเรื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ การอบรมให้ข้อมูลถือเป็นหนทางหนึ่งที่จะพัฒนา จัดการ กับปัญหาของตนเองได้ และในกระบวนการพัฒนาเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุได้ร่วมแสดง ความคิดเห็น ร่วมกระทำการปฏิบัติในเรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการ อารมณ์ จึงทำให้การรับรู้คุณค่าในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ สูงขึ้น ซึ่งสอดคล้อง กับการวิจัยของเพ็ญศรี พงษ์ประภาพันธ์ และคณะ (2553) ศึกษาการพัฒนากระบวนการส่งเสริม สุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยเบาหวาน ในชุมชนวัดปุณณวาส ผลการศึกษาพบว่า คะแนนรวม พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างหลังการทำกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มากกว่าก่อนการทำกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

## 2. ผลที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ผลที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 30 คน เป็นผลที่ทำการประเมินผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลังจากผ่านกระบวนการพัฒนาเพื่อการดูแลผู้สูงอายุแล้ว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

หลังจากการทดลอง การรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ดูแลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) ในการวิจัยครั้งนี้มีการพัฒนาเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ได้ให้ผู้ดูแลร่วมแสดงความคิดเห็น ร่วมกระทำปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ การที่ผู้ดูแลสามารถดูแลญาติตนเองได้ จึงทำให้ตนเองมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น เป็นความรู้สึกภายในต่อคุณค่าของตนซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ ยวดี รอดจากภัย รัชณี สรรเสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัง (2548) การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรังที่บ้าน โดยกิจกรรมที่จัดขึ้นมีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อให้ทราบถึงรายละเอียดเกี่ยวกับโรค และการฝึกทักษะในการให้การดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง ผลการวิจัยพบว่าหลังการดำเนินการญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรังมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น

หลังจากการทดลองพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) กระบวนการพัฒนาเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ มีการดำเนินการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแล มีความไว้วางใจ ยอมเปิดเผยข้อมูล และปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุได้มีการให้ความรู้ในส่วนที่ผู้ดูแลขาด มีการแจ่มใสมือการดูแลผู้สูงอายุ หลังจากนั้นให้ผู้ดูแลนำไปปฏิบัติ และร่วมกันประเมินผล และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้องและประเมินผลในทางบวกเพื่อให้ผู้ดูแลมีกำลังใจ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับยวดี รอดจากภัย รัชณี สรรเสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัง (2548) การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรังที่บ้าน โดยกิจกรรมที่จัดขึ้นมีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อให้ทราบถึงรายละเอียดเกี่ยวกับโรค และการฝึกทักษะในการให้การดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง ผลการวิจัยพบว่าหลังการดำเนินการญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง มีพฤติกรรมการดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรังเพิ่มขึ้น

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ตามรูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่พัฒนามาได้นี้ หน่วยงานต่างๆ ที่จะนำไปใช้ มีข้อพึงระวังดังต่อไปนี้

1. การดำเนินงาน Benchmarking ควรให้ผู้บริหารมีส่วนรับผิดชอบการดำเนินงานทุกขั้นตอน ควรมีหน่วยงานที่สนับสนุนด้านงบประมาณในการดำเนินงาน เช่น อบต. เป็นต้น
2. ในการดำเนินงาน Benchmarking ในช่วงการสร้างวิเคราะหขององค์กรต้นแบบประเด็นคำถามควรจะไม่มากนัก แต่สามารถเจาะลึกได้ถึงกาปฏิบัติที่ดี (Best Practices) ของเขาได้
3. ในช่วงของการนำ Best Practices มาวิเคราะห์ และจัดทำ Action Plan ไม่ควรใช้เวลานานเกิน 2 เดือน
4. Benchmarking ควรให้มีการนำไปใช้อย่างกว้างขวาง เพราะในการดำเนินงานจะเกิดบรรยากาศของการเรียนรู้ร่วมกัน เกิดทัศนคติที่ดีต่องาน เกิดการสร้างเครือข่าย เกิดทีมงาน เกิดการคิดอย่างเป็นระบบ เกิดการสื่อสารที่ดี จะเป็นสิ่งที่ทำให้การปฏิบัติงานเกิดประสิทธิภาพ และเกิดการปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง
5. ควรมีการแลกเปลี่ยนและเผยแพร่ Best Practices ของตนเอง และนำ Best Practices ที่ดีของผู้อื่นมาประยุกต์ จะทำให้หน่วยงานสามารถเพิ่มศักยภาพในการทำงานแต่การไปเอา Best Practices ของคนอื่นมาใช้ไป copy ของเขาทั้งหมด ควรนำมาประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบทขององค์กรตนเอง

### **ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป**

1. ควรมีการประเมินผลหลังจากที่ได้ดำเนินการในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง อาจเป็น 12 เดือนหลังการทดลอง
2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ นวัตกรรมในการดูแลผู้สูงอายุ การจัดการความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ

## บรรณานุกรม

การทำเรือแห่งประเทศไทย. 2548, *รู้จักการทำเรือ*, [22 กรกฎาคม 2548] URL:

<http://www.port.co.th/aboutPAT/thai/history.asp>

กลุ่มพัฒนาอสม. ความหมายของกลุ่มสุขภาพผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม ในแบบรายงานผลการปฏิบัติงานของอสม. (วันที่ค้น 21 กรกฎาคม 2556) เข้าถึงได้จาก

[http://www.esanphc.net/vhv/600/bath\\_MeanOf3GroupsAged.htm](http://www.esanphc.net/vhv/600/bath_MeanOf3GroupsAged.htm)

คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2553). รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัยระบบการดูแลระยะยาวเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงเพื่อวัยผู้สูงอายุ

นิภาพรรณ อธิคมานนท์ ยุวดี รอดจางภัย และกุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ(2554)ผลของโปรแกรม

ส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอำเภอบางปะหัน จังหวัด

พระนครศรีอยุธยา วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา

บุญดี บุญญาภิจ และกมลวรรณ ศิริพานิช. “Benchmarking เพื่อการเพิ่มผลผลิตและศักยภาพ

ในการแข่งขันของประเทศไทย” Productivity World ปีที่ 5 ฉบับที่ 25 มีนาคม-เมษายน 2543 หน้า 40-41

บุญญพัฒน์ ไชยเมล์ บุญเรือง ขาวนวล และพลภัทร ทองศิริ. (2554). คุณภาพชีวิตและ

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุตำบลแหลมโดนด

อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง วารสารสาธารณสุขศาสตร์ ปีที่ 42 ฉบับที่ 1 (54-63)

พิสมัย สิโรดมรัตน์ และทิพย์วัลย์ สรินยา. (2553). ความว่าเหว การรับรู้ความสามารถของตนเอง

การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัด

นนทบุรี วารสารสวนปรุงปีที่ 26 ฉบับที่ 2

พรรณี สมเทศน์. (2550). การดูแลผู้สูงอายุในระดับครอบครัว กรณีศึกษาบ้านนาศรีดงเค็ง

ตำบลสะอาด อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการ

พัฒนา คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย.

วิฑูรย์ เหลี้ยวรุ่งเรือง และคณะ. (2552). รายงานการศึกษาการสำรวจข้อมูลเทศบาลตำบลหนอง

ตองพัฒนา เพื่อเตรียมการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม สิ่งอำนวยความสะดวก

ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ

- ศูนย์ศตวรรษิกชน. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2556)  
(วันที่ค้น 17 พฤษภาคม 2556) เข้าถึงได้จาก  
<http://www.thaicentenarian.mahidol.ac.th/TECIC.index.php/for-elderly/policy/49--2-2545-...>
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2549). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ
- ยุวดี รอดจากภัย ,รัชนี้ สรรเสริญและ วรณรัตน์ ลาวัง.(2548)การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรังที่บ้าน. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2549). Thai elderly, Bangkok : Department of Statistical Data and Information
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2543) “ใครจะดูแลผู้สูงอายุในอนาคต.” วารสารพญาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 (เมษายน - มิถุนายน) หน้า 3 – 4.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ, วิพุด พูลเจริญ, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มุขนิธิสาธารณสุขแห่งชาติและสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2542.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. ปรัชญาและแผนกลยุทธ์ของการให้บริการแก่ผู้สูงอายุในประเทศไทย. วารสารจุฬาลงกรณ์เวชสาร 2537; 38: 493-7.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ.(2546) "การประมวล วิเคราะห์ และสังเคราะห์ผลการประชุม" เอกสารประกอบการประชุมทางวิชาการเรื่อง ระบบสวัสดิการแนวใหม่กับการยกระดับคุณภาพชีวิตคนไทย. ห้อง B 202 อาคารชั้นทาวเวอร์ B กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. วันที่ 29-30 สิงหาคม 2546.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2541, ประชากรสูงอายุไทยตอนที่ 1 : สถานการณ์และความสำคัญของผู้สูงอายุ. สถานการณ์สุขภาพและสิ่งแวดล้อม. 25 (ธันวาคม 2541) : หน้า 1 – 4.
- สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. 2542, การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. ใกล้เคียง. 21 (7) กรกฎาคม 2542.

สุมาลี ว่องเจริญกุล. 2540. เครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่งของกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์สาขาวิชามนุษยวิทยาประยุกต์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สถาบันวิจัย และการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. การดูแลผู้สูงวัยในชุมชนระบบ หลักการและแนวทางการปฏิบัติ (วันที่ค้นข้อมูล 17 สิงหาคม 2556) เข้าถึงได้จาก <http://www.thaicententatna.mahdol.ac.th/TECC/index.php/for-elderly/policy/49--2-2545-...>

สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจสุขภาพ ครั้งที่ 4 (พ.ศ.2551-พ.ศ.2552)

สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (2551). โครงสร้างประชากร

สมพล นະวะกะ. (2555). ความต้องการได้รับสวัสดิการของผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลอ่าวลึกใต้ อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่

เสน่ห์ แสงเงิน ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน ถาวร มาตัน ศิวีไลซ์ วรรณนวิจิตร. (2554) ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. ปีที่ 42 ฉบับที่ 2 (68-81)

อุทัย สูดสุขและคณะ. (2551). การศึกษาสถานการณ์ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความต้องการ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

อาชัญญา รัตนอุบล และคณะ . (2552). การศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการและรูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ด้านการเตรียมพร้อมเมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยแรงงาน

อังคณาพร สอนง่าย. (2551). การใช้ชุมชนเป็นฐานในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดพิษณุโลก

Institute for population and social research Mahidol University. 2010

Johnson, B., & Christensen, L. (2004). Educational research : quantitative, qualitative and mixed approaches(2 th ed.). Boston : Pearson Allyn and Bacon.

Keleher, H., & Murphy, B. (2004). Understanding health: a determinants approach. Melbourne: Oxford University Press.



Population Division, DESA, United Nations. 2002, '*World population ageing: 1950-2050*', viewed 14 May 2006,

<http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/index.htm>

Piromchai, J.1999. Thai health after the year 2000. *Journal of Khon Kaen Public Health*. 11(127),pp 4 – 7.

World Health Organization. 2010 Definition of an older or elderly person (วันที่ค้น

10 พฤษภาคม 2554). เข้าถึงได้จาก<http://www.who.int/healthinfo/survey/en/...>

ภาคผนวก

**ภาคผนวก 1**  
**ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form)**

**โครงการวิจัยเรื่อง** รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ  
 ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....  
**วันที่ให้คำยินยอม** วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง  
 วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้น  
 จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และเข้าร่วม  
 โครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนั้นไม่มีผลต่อการรักษาโรคที่  
 ข้าพเจ้า

จะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะ  
 ในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง  
 กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามใน  
 ใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย

(ผศ.ดร.ยุวดี รอดจากภัย)

## ภาคผนวก 2

## แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา



ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยของข้อเสนอการวิจัย  
เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยและใบยินยอม

หมายเลขข้อเสนอการวิจัย ๑๘๘/๒๕๕๕  
(งบประมาณแบบปกติ ปี ๒๕๕๗)

ข้อเสนอการวิจัยนี้และเอกสารประกอบของข้อเสนอการวิจัยตามรายการแสดงด้านล่าง ได้รับ  
การพิจารณาจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา แล้ว คณะกรรมการ  
มีความเห็นว่าข้อเสนอการวิจัยนี้จะดำเนินการมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมาย ข้อบังคับ

ชื่อข้อเสนอการวิจัย : เรื่อง รูปแบบการพัฒนาชุมชน และครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุ  
แบบบูรณาการ

รหัสของข้อเสนอการวิจัย (ถ้ามี) : -

สถาบันที่สังกัด : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ผู้วิจัยหลัก : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุตรี รอดจางภัย

## เอกสารที่พิจารณาพบ

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| ๑. ข้อเสนอการวิจัย  | ฉบับที่ ๑ วันที่ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๕ |
| ๒. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัย | ฉบับที่ ๒ วันที่ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๕ |
| ๓. แบบบันทึกข้อมูล  | ฉบับที่ ๓ วันที่ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๕ |
| ๔. งบประมาณการวิจัย                                       | ฉบับที่ ๔ วันที่ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๕ |
| ๕. ประวัติและผลงานผู้วิจัย                                | ฉบับที่ ๕ วันที่ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๕ |
| ๖. อื่น ๆ (ถ้ามี)   |                                    |

ลงนาม 

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมวิท จิตควร)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
มหาวิทยาลัยบูรพา

หมายเลขใบรับรอง : ๒๑/๒๕๕๕

วันที่ให้การรับรอง : วันที่ ๔ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๕

วันหมดอายุใบรับรอง : วันที่ ๓๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๖

หมายเหตุ : เมื่อท่านได้รับการสนับสนุนให้ดำเนินการวิจัยได้ ขอให้ท่านยื่นเอกสารคำร้องเสนอขอรับ  
การพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพาต่อไป

### ภาคผนวก 3

#### แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ

แบบสัมภาษณ์นี้ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์จำนวน 2 ชุด ดังนี้

#### ชุดที่ 1 สำหรับผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน

- แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป

แบบสัมภาษณ์การรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพ และรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

- แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

#### ชุดที่ 2 สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน

- แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป

- แบบสัมภาษณ์การรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

- แบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

- แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ



13. ท่านมีรอบเอว.....เซนติเมตร

14.. ความดันโลหิตปัจจุบันของท่าน...../.....มิลลิเมตรปรอท

15. ปัจจุบันท่านเป็นโรคต่อไปนี้หรือไม่

- 15.1 โรคหัวใจ ( ) เป็น.....ปี ( ) ไม่เป็น
- 15.2 โรคเบาหวาน ( ) เป็น.....ปี ( ) ไม่เป็น
- 15.3 โรคความดันโลหิตสูง ( ) เป็น.....ปี ( ) ไม่เป็น
- 15.4 โรคอัมพาต ( ) เป็น.....ปี ( ) ไม่เป็น
- 15.5 โรคอัมพฤกษ์ ( ) เป็น.....ปี ( ) ไม่เป็น
- 15.6 โรคไขข้อ ( ) เป็น.....ปี ( ) ไม่เป็น
- 15.7 โรคกระดูกเสื่อม ( ) เป็น.....ปี ( ) ไม่เป็น
- 15.8 โรคหอบหืด ( ) เป็น.....ปี ( ) ไม่เป็น
- 15.9 โรคกระเพาะอาหาร ( ) เป็น.....ปี ( ) ไม่เป็น
- 15.10 โรคไต ( ) เป็น.....ปี ( ) ไม่เป็น
- 15.11 โรคตับ ( ) เป็น.....ปี ( ) ไม่เป็น
- 15.12 วัณโรค ( ) เป็น.....ปี ( ) ไม่เป็น
- 15.13 โรคต่อมลูกหมากโต ( ) เป็น.....ปี ( ) ไม่เป็น
- 15.14 โรคมะเร็ง ระบุ..... ( ) เป็น.....ปี ( ) ไม่เป็น
- 15.15 อื่นๆ ระบุ..... ( ) เป็น.....ปี ( ) ไม่เป็น

16. ท่านมีการเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต/กิจกรรมหรือไม่

- 16.1 การเดินของหัวใจ/ เหนื่อยง่าย ( ) มี.....ปี ( ) ไม่มี
- 16.2 หายใจติดขัด/ หอบหืด ( ) มี.....ปี ( ) ไม่มี
- 16.3 กล้ามเนื้อเมื่อยล้า ( ) มี.....ปี ( ) ไม่มี
- 16.4 การพับ/ ยืด/ เหยียดกล้ามเนื้อ/ เอ็น ( ) มี.....ปี ( ) ไม่มี
- 16.5 ปัญหาเรื่องกระดูก/ ปวดข้อ ( ) มี.....ปี ( ) ไม่มี
- 16.6 ปัญหาการทรงตัว ( ) มี.....ปี ( ) ไม่มี
- 16.7 แขนหรือขาอ่อนแรง ( ) มี.....ปี ( ) ไม่มี
- 16.8 ทำบวม ( ) มี.....ปี ( ) ไม่มี

- 16.9 มีอาการสั้น ( ) มี.....ปี ( ) ไม่มี
- 16.10 ปวดศีรษะบ่อยๆ/ปวดหัวข้างเดียว ( ) มี.....ปี ( ) ไม่มี
- 16.11 การขับถ่ายอุจจาระ/ท้องผูก/ ท้องเสีย ( ) มี.....ปี ( ) ไม่มี
- 16.12 การขับถ่ายปัสสาวะ/ปัสสาวะบ่อย/ ปัสสาวะขัด( ) มี.....ปี ( ) ไม่มี
- 16.13 ปัญหาการมองเห็น ตามัว / ตาพร่า ( ) มี.....ปี ( ) ไม่มี
- 16.14 ปัญหาเรื่องการได้ยิน ( ) มี.....ปี ( ) ไม่มี
- 16.15 ปัญหาकिनจ ( ) มี.....ปี ( ) ไม่มี
- 16.16 ปัญหาเรื่องการนอนไม่หลับ ( ) มี.....ปี ( ) ไม่มี

## ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

คำชี้แจงแบบสัมภาษณ์ชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงระดับการรับรู้คุณค่าตนเองของผู้สูงอายุ

โปรดใส่เครื่องหมาย ( / ) ลงในช่องทางขวามือที่ตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุมากที่สุดเพียงช่องเดียว

ข้อ	ข้อความ	ระดับความรู้สึก				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1	ท่านรู้สึกว่ ไม่ภาคภูมิใจในตนเอง					
2	ท่านรู้สึกว่ ท่านไม่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น					
3	ท่านรู้สึก ว่ท่านไม่ประสบความสำเร็จในชีวิต					
4	ท่านรู้สึกว่ ตนเองเป็นที่ชื่นชมของคนในครอบครัว					
5	ท่านมีความรู้สึกว่ ตนเองไม่สามารถแก้ปัญหาและควบคุมสถานการณ์ได้					
6	ท่านรู้สึกว่ พึ่งพอใจในตนเอง					
7	ท่านรู้สึกว่ตนเองเป็นที่พึ่งพิงของลูกหลานได้					
8	ท่านรู้สึกว่ตนเองเป็นที่เคารพนับถือของคนในชุมชน					



ส่วนที่3 การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพ และรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

1. ท่านมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีเพียงใด

.....  
.....  
.....

2. เมื่อท่านไม่สบายท่านได้ดูแลตนเองอย่างไร

.....  
.....  
.....

3. ท่านคิดว่าท่านมีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองมากน้อยเพียงใด

.....  
.....

4. ท่านเคยนำปัญหาการดูแลสุขภาพไปปรึกษาใครบ้าง ได้ผลอย่างไร

.....  
.....  
.....

5. สิ่งที่ท่านต้องการความช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุ มีอะไรบ้าง โปรดระบุ (การเงิน ความรู้ วิธีการดูแล อุปกรณ์ เงินทองฯลฯ)

.....  
.....  
.....

6. ขณะนี้ท่านได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม จากใครบ้าง อย่างไร (ข้อมูลข่าวสาร ความรัก ความเห็นอกเห็นใจและกำลังใจ อุปกรณ์ เงินทอง)

.....  
.....  
.....

7. สมาชิกในครอบครัวให้ความช่วยเหลือดูแลท่านมากน้อยเพียงใด

.....

.....

.....

8. ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพในครอบครัวอย่างไรบ้าง (สัมพันธภาพระหว่างสามี ลูก หลาน หรือคนอื่นๆ ในครอบครัว)

.....

.....

.....

9. ตอนนี้ท่านมีความสุขในชีวิตหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

10. ท่านมีความรู้สึกที่ตนเองมีจุดเด่นอะไรบ้าง

.....

.....

.....

11. พลัง หรือแรงจูงใจที่ทำให้ท่านดูแลตนเองได้

.....

.....

.....

12. ท่านเคยมีความรู้สึก กังวล เครียด ไม่สบาย (ระบุความรู้สึกที่มี)

.....

.....

.....

13. เมื่อท่านเกิดความเครียด ท่านใช้วิธีผ่อนคลายความเครียดอย่างไร

.....

.....

.....

14. ท่านปรับชีวิตของท่านให้สมดุล หรือมีความสุขในชีวิตอย่างไร

.....

.....

.....

#### ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

คำชี้แจงโปรดใส่เครื่องหมาย ( / ) ลงในช่องทางขวามือที่ตรงกับกรปฏิบัติของผู้สูงอายุมากที่สุดเพียงช่องเดียว โดยการเลือกตอบให้พิจารณา ดังนี้

ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนี้เลย

ปฏิบัตินานๆ ครั้ง หมายถึง ได้ปฏิบัติกิจกรรมนี้น้อยกว่าสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ได้ปฏิบัติกิจกรรมนี้ 3 – 4 ครั้งต่อสัปดาห์

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ได้ปฏิบัติกิจกรรมนี้ 5 – 6 ครั้งต่อสัปดาห์

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ได้ปฏิบัติกิจกรรมนี้บ่อยสม่ำเสมอทุกวัน

ข้อ	ข้อความ	ปฏิบัติ เป็น ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย
	ด้านการบริโภคอาหาร					
1	ท่านรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ติดมันที่ผ่านการทอด เช่น หมูสามชั้นทอด ไก่ทอด แคนหมู					
2	ท่านรับประทานอาหารที่ทำจากเนื้อปลาเป็นส่วนใหญ่					
3	ท่านรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด เช่น ปลาร้า ปรุงอง ไข่เค็ม กะปิ เป็นต้น					
4	ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยผงชูรส					
5	ท่านรับประทานอาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ เช่น แกงเขียวหวาน แกงเผ็ด ก๋วยบวชชี บัวลอย ลอดช่องและอื่นๆ					

6	ท่านรับประทานผลไม้สด ได้แก่ สับปะรด กล้วย ส้ม มะละกอ					
7	ท่านรับประทานผักที่หลากหลาย ในแต่ละวัน เช่น ผักกาด คะน้า ผักบุ้ง มะเขือ ตำลึง ถั่ว บวบ กะหล่ำปลี และอื่นๆ					
8	ท่านดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง หรือเครื่องดื่มประเภท ชา กาแฟ					
9	ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์					
	<b>ด้านการออกกำลังกาย</b>					
10	ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์					
11	ท่านมีความเบื่อหน่ายและพยายามหลีกเลี่ยงการออกกำลังกาย					
12	ท่านหาวิธีในการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับท่าน					
13	ท่านเคลื่อนไหวร่างกายหรือออกแรง จนรู้สึกเหนื่อย เช่น ทำงานบ้าน รดน้ำต้นไม้ ขุดดิน และอื่นๆ					
14	ท่านเลือกออกกำลังกายโดยการเดินแกว่งแขน					
15	ท่านเลือกการออกกำลังกายโดยการรำไม้พอง					
16	ท่านบริหารร่างกายด้วยท่านั่งหรือท่านยืน					
17	เมื่อรู้สึกเหนื่อยหอบ เวียนศีรษะ หรือใจสั่นขณะออกกำลังกาย ท่านจะหยุดออกกำลังกายและท่านั่งพัก					
	<b>ด้านการจัดการอารมณ์</b>					
18	เมื่อท่านมีเรื่องไม่สบายใจท่านพูดคุยกับคนในครอบครัวหรือเพื่อน					
19	ท่านทำกิจกรรมร่วมกับคนในครอบครัว					
20	ท่านมีงานอดิเรก โดยการ อ่านหนังสือ ดูทีวี ฟังเพลง ปลูกต้นไม้ เป็นต้น					
21	ท่านออกไปพบปะพูดคุยกับญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน					
22	เมื่อมีกิจกรรมภายในชุมชนท่านจะเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรม					
23	ท่านดื่มสุรา เมื่อท่านไม่สบายใจ					
24	เมื่อท่านมีเรื่องกังวลใจหรือไม่สบายใจท่านจะสูบบุหรี่ ยาเส้น					
25	ท่านหาวิธีในการผ่อนคลายความเครียดของตัวเองเช่น นั่งสมาธิ ไหว้พระ สวดมนต์					

## ชุดที่ 2 สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ

### ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ
  - ชาย       หญิง
  
2. อายุ.....ปี
  
3. ระดับการศึกษา
  - ไม่ได้ศึกษา       ระดับประถมศึกษา
  - ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น       ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช
  - อนุปริญญา/ปวส       ระดับปริญญาตรี
  - สูงกว่าระดับปริญญาตรี
  
4. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ
  - บิดา/มารดา       บุตร
  - หลาน       สามเณร/ภรรยา
  - พี่น้อง       อื่นๆ.....
  
5. ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุจนถึงปัจจุบัน.....ปี

## ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

คำชี้แจงแบบสัมภาษณ์ชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงระดับการรับรู้คุณค่าตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

โปรดใส่เครื่องหมาย ( / ) ลงในช่องทางขวามือที่ตรงกับความรู้สึกของผู้ดูแลผู้สูงอายุมากที่สุดเพียงช่องเดียว

ข้อ	ข้อความ	ระดับความรู้สึก				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1	ท่านรู้สึกว่า ท่านเป็นที่พึ่งพาของผู้สูงอายุ					
2	ท่านรู้สึกว่า ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าของท่าน					
3	ท่านรู้สึก ภาคภูมิใจในตนเอง					
4	ท่านรู้สึกว่า สามารถดูแลผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี					
5	ท่านมีความรู้สึกว่า ตนเองไม่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้สูงอายุ					
6	ท่านรู้สึกว่า ตนเองล้มเหลวในการดูแลผู้สูงอายุ					
7	ท่านรู้สึกว่า ท่านเป็นที่รักและไว้วางใจของผู้สูงอายุ					
8	ท่านรู้สึกว่าท่านสามารถจัดการแก้ไขปัญหา และควบคุมสถานการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุได้					
9	ท่านรู้สึกว่าตนเองเป็นที่ชื่นชมของบุคคลในครอบครัวในการดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุ					
10	ท่านรู้สึกว่า ไม่พึงพอใจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุ					

### ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังอำนาจของตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

คำชี้แจงแบบสัมภาษณ์ชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงระดับการรับรู้พลังอำนาจตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โปรดใส่เครื่องหมาย (/) ลงในช่องทางขวามือที่ตรงกับความรู้สึกของผู้ดูแลผู้สูงอายุสูงมากที่สุดเพียงช่องเดียว

ข้อ	ข้อความ	ระดับความรู้สึก				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1	ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดเตรียมอาหารสำหรับผู้สูงอายุโดยหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มจัด					
2	ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดเตรียมอาหารที่ไม่มีไขมันสูง เช่น หมูสามชั้น ขาหมูติดมัน เครื่องในสัตว์ ให้กับผู้สูงอายุ					
3	ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดเตรียมอาหารที่มีผักที่หลากหลายในแต่ละมื้อ เช่น คะน้า ตำลึง ผักบุ้ง มะเขือเทศ ให้กับผู้สูงอายุ					
4	ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดเตรียมอาหารสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มโดยหลีกเลี่ยงอาหารที่ใส่ผงชูรส					
5	ท่านมั่นใจว่าสามารถพาผู้สูงอายุ ไปออกกำลังกาย ในสถานที่ที่ต้องการและเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ					
6	ท่านมั่นใจว่าสามารถแนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่ท่านดูแลได้					
7	ท่านมั่นใจว่าสามารถให้กำลังใจผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุท้อแท้ใจและมีเรื่องไม่สบายใจ					
8	ท่านมั่นใจว่าสามารถรับฟังปัญหาหรือความในใจของผู้สูงอายุ					
9	ท่านมั่นใจว่าสามารถไปเป็นเพื่อนผู้สูงอายุ หรือพาผู้สูงอายุเข้าวัด ไหว้พระ ทำบุญ สวดมนต์					
10	ท่านมั่นใจว่าสามารถทำกิจกรรมยามว่างหรือกิจกรรมครอบครัวกับผู้สูงอายุ					

#### ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ

คำชี้แจงโปรดใส่เครื่องหมาย (/) ลงในช่องทางขวามือที่ตรงกับการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้สูงอายุมากที่สุดเพียงช่องเดียวและกรุณาตอบทุกข้อโดยการเลือกตอบให้พิจารณาดังนี้

ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนี้เลยในการดูแล

ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง หมายถึง ได้ปฏิบัติกิจกรรมนี้น้อยกว่าสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ได้ปฏิบัติกิจกรรมนี้ 3 – 4 ครั้งต่อสัปดาห์

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ได้ปฏิบัติกิจกรรมนี้ 5 – 6 ครั้งต่อสัปดาห์

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ได้ปฏิบัติกิจกรรมนี้บ่อยอย่างสม่ำเสมอทุกครั้งในการดูแล

ข้อ	ข้อความ	ปฏิบัติ เป็น ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติเลย
	ด้านการบริโภคอาหาร					
1	ท่านหลีกเลี่ยงในการนำ เครื่องในสัตว์ หมูสามชั้น เนื้อสัตว์ติดมัน มาประกอบอาหาร					
2	ท่านจัดเตรียมอาหารที่มีประโยชน์ไม่มีรสเค็มจัด เช่น ปลาไร้ ไข่เค็ม กะปิ เป็นต้น ไว้สำหรับผู้สูงอายุ					
3	ท่านประกอบอาหารโดยใช้ผงชูรสในแต่มี					
4	ท่านให้คำแนะนำและจัดเตรียมอาหารที่มีผักที่หลากหลาย เช่น ผักกาด คะน้า ผักบุ้ง มะเขือ ให้กับผู้สูงอายุ					
5	ท่านจัดเตรียมผลไม้ แทนการจัดเตรียมขนมหวานไว้สำหรับผู้สูงอายุ					
6	ท่านซื้อ จัดหาอาหารประเภทเครื่องดื่มชูกำลังหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชา กาแฟ สุรา เป็นต้น					



	ด้านการออกกำลังกาย					
7	ท่านคอยดูแลหรือเป็นไปเป็นเพื่อนผู้สูงอายุขณะออกกำลังกาย					
8	ท่านสนับสนุนและคอยเตือนผู้สูงอายุให้ออกกำลังกายหรือทำกายบริหาร					
9	ท่านหาวิธีในการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่ท่านดูแล					
10	ท่านประเมินสุขภาพร่างกายเบื้องต้นของผู้สูงอายุโดยการสอบถามก่อนออกกำลังกาย					
11	ท่านจัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับออกกำลังกายให้กับผู้สูงอายุ					
12	ท่านแนะนำให้ผู้สูงอายุหยุดออกกำลังกายทันทีเมื่อมีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ หรือใจสั่น					
13	เมื่อผู้สูงอายุอยากไปออกกำลังกายท่านจะเป็นผู้พาไป					

	ด้านการจัดการอารมณ์					
15	ท่านรับฟังปัญหาหรือความในใจของผู้สูงอายุ					
16	ท่านสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมร่วมกับคนในครอบครัว					
17	ท่านให้กำลังใจผู้สูงอายุเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ					
18	ท่านช่วยผู้สูงอายุแก้ไขปัญหาที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สบายใจ					
19	ท่านพาผู้สูงอายุไปวัด ทำบุญ ตักบาตร สวดมนต์ นั่งสมาธิ					
20	ท่านสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ออกมาพบปะพูดคุยกับเพื่อนบ้านและผู้สูงอายุด้วยกัน					
14	ท่านพาผู้สูงอายุออกกำลังกายด้วยวิธีการเดิน					

ขอขอบคุณเป็นอย่างสูง

**ภาคผนวก 3**  
**แนวคำถามการสนทนากลุ่ม**

- อยากทำอะไรให้ผู้สูงอายุมีความสุข
- มีการวางแผนการดำเนินงานอย่างไร
- งบประมาณได้รับเพียงพอ หรือไม่ได้รับงบประมาณจากแหล่งใด ดำเนินวิธีการอย่างไร
- มีปัญหาเกี่ยวกับระบบข้อมูลหรือไม่อย่างไร
- มีปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสารหรือไม่อย่างไร
- มีความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาชุมชนเพื่อดูแลผู้สูงอายุอย่างไร

ภาคผนวก 4  
ภาพกิจกรรม



ประชุมเตรียมการดำเนินงาน



อบรมผู้สูงอายุและผู้ดูแล



พูดคุยเรื่องเศรษฐกิจพอเพียง



ทดลองปลูกต้นอ่อนทานตะวัน



กิจกรรมกลุ่มในผู้สูงอายุและผู้ดูแล



ถ่ายภาพหมู่ผู้สูงอายุ



เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ



เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ



เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ



ต้นอ่อนทานตะวันที่เพาะไว้



ต้นไม้ที่บ้านผู้สูงอายุ



ต้นไม้ที่บ้านผู้สูงอายุ