



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์  
แผนงาน การพัฒนาเมืองผู้สูงอายุแสนสุข (ปีที่ 3)

เวธกา กลิ่นวิจิต และคณะ

โครงการวิจัยประเภทงบประมาณเงินรายได้  
จากเงินอุดหนุนรัฐบาล (งบประมาณแผ่นดิน)  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558  
มหาวิทยาลัยบูรพา

รหัสโครงการ NRMS 103249

สัญญาเลขที่ 7/2558

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์  
แผนงาน การพัฒนาเมืองผู้สูงอายุแสนสุข (ปีที่ 3)

เวธกา กลิ่นวิจิต และคณะ  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

มีนาคม พ.ศ. 2560

## กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากงบประมาณเงินรายได้จากเงินอุดหนุนรัฐบาล (งบประมาณแผ่นดิน) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 มหาวิทยาลัยบูรพา ผ่านสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ เลขที่สัญญา 7/2558 แผนงานวิจัย เรื่อง “การพัฒนาเมืองผู้สูงอายุแสนสุข” ปีที่ 3 ซึ่ง สำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ ได้เล็งเห็นความสำคัญของประเด็นเร่งด่วนด้านการวิจัยในผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการพัฒนาผู้สูงอายุให้มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม มีคุณภาพ มีคุณค่าสามารถปรับตัวเท่าทันการเปลี่ยนแปลง เป็นพลังในการพัฒนาสังคม โดยมุ่งสร้างแนวทางการพัฒนาคุณภาพคนไทยทุกช่วงวัย มีภูมิคุ้มกันต่อการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนาประเทศในอนาคต แผนงานวิจัยนี้มีระยะเวลาการดำเนินงานต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 ปี (พ.ศ. 2556-2558) ประกอบด้วยโครงการย่อยทั้งสิ้น 6 โครงการ โดยในระยะที่ 3 หรือปีที่ 3 ได้ดำเนินโครงการวิจัยตามแผนงานที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ ซึ่งเป็นโครงการความร่วมมือทางวิชาการเพื่อผลิตผลงานวิจัยในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยมีคณะแพทยศาสตร์ เป็นแกนนำในการดำเนินการ และมีคณะวิชาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่ดำเนินงานร่วมกัน ได้แก่ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ คณะแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งได้รับความร่วมมือจากเทศบาลเมืองแสนสุข โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี และผู้สูงอายุ ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นกลุ่มตัวอย่าง คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ มา ณ โอกาสนี้ นอกจากนี้ ขอขอบคุณ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.นายแพทย์ศาสตร์ เสาวคนธ์ ที่ปรึกษาคณบดีคณะแพทยศาสตร์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พิสิษฐ์ พิริยาพรณ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ และนายแพทย์สุรียา โปร่งน้ำใจ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ที่เป็นทั้งที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณ คุณณรงค์ชัย คุณปลื้ม นายกเทศมนตรี เทศบาลเมืองแสนสุข ที่เป็นทั้งที่ปรึกษาอำนวยความสะดวกและอนุญาตการใช้พื้นที่ในการศึกษาวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้คำแนะนำวิธีการ และข้อเสนอแนะการดำเนินงานศึกษาวิจัยเพื่อให้ตระหนักถึงสิทธิและเคารพสิทธิความเป็นบุคคล และประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่าง

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ขอกราบระลึกถึงพระคุณของคุณครูบาอาจารย์ ที่ได้อบรมสั่งสอน และประสาทวิชาความรู้แก่คณะผู้วิจัย ซึ่งคณะผู้วิจัยจะได้แสวงหาความรู้เพื่อเป็นตัวอย่างแก่ลูกศิษย์ บุตร ธิดาและคนรุ่นหลังต่อไป ความสำเร็จอันเกิดจากการศึกษาวิจัยนี้ ขอมอบเป็นสิ่งทดแทนคุณ และ ขอกราบขอบพระคุณ มา ณ ที่นี้เป็นอย่างสูง

คณะผู้วิจัย

มีนาคม 2560

## Acknowledgement

This work was financially supported by the Research Grant of Burapha University through National Research Council of Thailand (Grant No7/2558). The research program title of Development Saensuk Happiness Elderly Community Model (Phase III). There was the third phase of this program. According to urgent issue of the ageing society for development their economy and social security, enhancing their quality of life and self-perception in fasten environment changes, the National Research Council of Thailand has granted this research program to develop guideline for developing their quality of life. These research program has 6 projects, this study was supported from the corporate of health science faculties of Burapha university such as The faculty of Medicine, faculty of Nursing, Public Health, Thai Traditional Medicine, Sport Science and the local government and the organization in ministry of Public Health especially the elderly in Saensuk Municipality and the Burapha University hospital to be the sample of this study. We would like to say thank you to Professor Dr.Sastree Saowakon, M.D., Assistant Professor Dr.Pisit Piriyaapun, Dean the faculty of Medicine, and Dr.Suriya Prongnamchai, Director of the Burapha University hospital for advisement and suggestion. Moreover, we felt thankfully Mr.Narongchai Khunpluem, the mayor of Saensuk Municipalty to facilitate and allowed us to use this area to study.

Thank you Burapha university's Ethics Committee to provide guidance and feedback to the research in order to realize their rights and to respect the rights of individuals and the benefits of the sample.

Especially respectfully commemorate of the Philistines to lecture and give knowledges to the researchers. We will seek out as a role model to our children and future generations. The success of this research study was offering a replacement, and, Thank you very much.

The researchers  
March, 2017

## “การพัฒนาเมืองผู้สูงอายุแสนสุข” (ปีที่ 3)

ดร.เวธกา กลิ่นวิชิต, ผศ.นพ.พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ, ผศ.ดร.รัชนีภรณ์ ทรัพย์กรานนท์, นายสรร กลิ่นวิชิต,  
ดร.พวงทอง อินใจ, ดร.วนัสรา เชาว์นิยม, ผศ.ดร.ทงศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข

### บทคัดย่อ

แผนงานวิจัย ปีที่ 3 ระยะที่ 3 นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเมืองผู้สูงอายุ มีโครงการวิจัยย่อย ภายใต้แผนงานวิจัยจำนวน 5 โครงการวิจัยย่อย ซึ่งมีวัตถุประสงค์ย่อย ดังนี้ 1) เพื่อพัฒนาชุมชนต้นแบบเป็นเมืองผู้สูงอายุแสนสุข ในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี 2) เพื่อพัฒนาแกนนำสุขภาพนิสิตมหาวิทยาลัยบูรพาเพื่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี 3) เพื่อพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี 4) เพื่อศึกษาผลการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคเสริมสร้างพลังแห่งตนตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อการพัฒนาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ 5) เพื่อศึกษาแบบแผนการบริโภคอาหาร ภาวะโภชนาการ และปัจจัยขับเคลื่อนชุมชนผู้สูงอายุสุขภาพดี 6) คุณลักษณะผู้สูงอายุจิตอาสาต้นแบบกระบวนการดำเนินกิจกรรมจิตอาสา และแนวทางการพัฒนาผู้สูงอายุจิตอาสาเมืองแสนสุข 7) เพื่อศึกษาและพัฒนาระบบการเรียนรู้เพื่อการประกอบอาชีพ ของผู้สูงอายุชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ใช้วิจัย วิจัยกึ่งทดลอง วิจัยเชิงพัฒนา วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เชิงปรากฏการณ์วิทยา และ การวิจัยแบบผสมผสาน ระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่ ตุลาคม 2557-กันยายน 2558 ซึ่งสามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาด้านสุขภาพผู้สูงอายุของแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน ก่อนได้รับการพัฒนามีการรับรู้ อยู่ในระดับ ปานกลาง ( $\bar{X} = 3.16, SD = 0.68$ ) และหลังได้รับการพัฒนา มีการรับรู้ อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.55, SD = 0.89$ ) การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน ก่อนได้รับการพัฒนามีการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับ ปานกลาง ( $\bar{X} = 5.09$ ) และหลังได้รับการพัฒนา อยู่ในระดับค่อนข้างทำได้แน่นอน ( $\bar{X} = 8.35$ )

2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุของแกนนำ ในภาพรวม ก่อนและหลังได้รับการพัฒนา พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $t = -3.872, p < .001$ ) และเมื่อเปรียบเทียบเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบัน ( $t = -3.487, p < .001$ ) ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต ( $t = -4.640, p < .001$ ) ด้านความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุ ( $t = 4.787, p < .001$ ) ด้านการรับรู้ความต้านทานหรือความอ่อนแอของผู้สูงอายุ ( $t = -2.969, p < .01$ ) ด้านการรับรู้แนวโน้มสุขภาพของผู้สูงอายุ ( $t = -2.178, p < .05$ ) ด้านการยอมรับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ( $t = -2.143, p < .05$ ) และด้านทัศนคติบวกต่อการไปรับการรักษาจากแพทย์ ( $t = -2.207, p < .05$ ) โดยมีด้านการปฏิเสธความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ที่ไม่มีความแตกต่างกัน ( $t = 0.109, p = 0.46$ )

3. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำ ก่อนและหลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ในภาพรวม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $t = -9.565, p < .001$ ) โดยพบว่า ทุกด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 ได้แก่ ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการผ่อนคลาย ( $t = -3.707, p < .001$ ) ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตอบสนองต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุ ( $t = -7.735, p < .001$ ) และด้านความสามารถในการควบคุมความคิดที่ไม่พอใจในการเป็นผู้ดูแล ( $t = -9.618, p < .001$ )

สรุป การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้รูปแบบการพัฒนา ศักยภาพเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ มีความสำคัญและช่วยให้แกนนำมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุได้ดีขึ้น

4. ผลการให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังโดยใช้เทคนิคครีมีพลังแห่งตนตามทฤษฎี โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับ ระยะเวลาของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังและมีภาวะซึมเศร้า กลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคครีมีพลังแห่งตนมีระดับภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการ ทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่าผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้คำปรึกษาด้วยวิธีปกติ อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีระดับภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองและ ระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. ผู้สูงอายุจิตอาสา มีประสบการณ์การทำงานจิตอาสา ระยะเวลาสั้นที่สุด มากกว่า 10 ปี ทุกคนปฏิบัติงานจิตอาสาอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง มีคุณลักษณะสำคัญ 5 ประการ ได้แก่ มีใจรัก (Integrity) มีเวลา (Flexibility) มีความพร้อมส่วนตน (Energy) มีวินัย (Reliability) และมีความรับผิดชอบ (Responsibility) กระบวนการดำเนินกิจกรรมจิตอาสาระหว่างผู้สูงอายุจิตอาสา กับหน่วยงานแบบยั่งยืน แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) หน่วยงาน/ องค์กรที่ต้องการให้มีจิตอาสา มาปฏิบัติ ดำเนินการโดย 5 ขั้นตอน คือ ให้การยอมรับ กำหนดขอบเขตภารกิจที่ต้องการให้ช่วยปฏิบัติ ระบุพื้นที่ที่ต้องปฏิบัติ กำหนด บุคคลประสานงานหลัก คัดเลือก และปฐมนิเทศ และ 2) ผู้สูงอายุที่สนใจปฏิบัติงานจิตอาสา ให้ศึกษา ขอบเขตงานที่จะปฏิบัติ เลือกพื้นที่ปฏิบัติ เตรียมความพร้อมส่วนตน จัดการตนเองให้พร้อมในการปฏิบัติ และเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมและประเมินผล โดยมีประเด็นการเชื่อม 2 ส่วนนี้โดยการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อ ต่าง ๆ การติดต่อกับบุคคลโดยตรง และการประชุมอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนแนวทางการพัฒนาผู้สูงอายุจิต อาสาเมืองแสนสุขในประเด็นด้านความรู้ที่จำเป็นสำหรับการดำเนินกิจกรรม ทักษะความสามารถพิเศษ เช่น สิ่งประดิษฐ์ งานฝีมือ การทำขนม การทำอาหาร เป็นต้น การบริหารเวลา ความพร้อมส่วนตนด้านสุขภาพ และใจรักงานจิตอาสา เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการปฏิบัติงาน อันนำไปสู่ประโยชน์สูงสุดทั้งแก่องค์กร และ ผู้สูงอายุ จิตอาสา ทั้งนี้ต้องอยู่ภายใต้บริบทของผู้สูงอายุและกติกากองหน่วยงานนั้น ๆ

6. กลุ่มตัวอย่างมากกว่าหนึ่งในสามมีภาวะเสี่ยงต่อโรคอ้วน คือมีดัชนีมวล กาย เส้นรอบเอว และ สัดส่วนเอวกับสะโพกเกินเกณฑ์ ปริมาณไขมันในเลือดอยู่ในระดับสูง และชุมชนนี้อยู่ในแหล่งอาหารทะเล กลุ่มเสี่ยงทั้งหมดเข้าร่วม กำหนดรูปแบบการดูแลโดยมีแกนนำสุขภาพและสมุดบันที่กรายการอาหารและ ร่วมกิจกรรมต่อเนื่อง 3 เดือนเมื่อเปรียบเทียบผลค่าความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย ค่าระดับน้ำตาลในเลือด และค่าไขมันในเลือดโดยรวม ก่อนและหลังการทดสอบรูปแบบด้วยสถิติ Wilcoxon Sign Rank test พบว่า ผู้สูงอายุ มีค่าบ่งชี้สุขภาพดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) สำหรับค่า Mean arterial pressure ค่าดัชนี มวลกาย และค่า Triglyceride มีการเปลี่ยนแปลงอย่าง ไม่มีนัยสำคัญ

7. ผลการทดสอบรูปแบบการเรียนรู้ของผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมภาวะพหุพลัง โดยการนำไป ทดลองใช้ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะพหุพลัง หลังการเรียนรู้เป็นระยะเวลา 1 และ 4 สัปดาห์ สูงกว่า ก่อนการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และผลการประเมินรับรองรูปแบบโดยใช้ผู้เชี่ยวชาญ พบระดับความเหมาะสมของรูปแบบอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.38$ , S.D. = 0.76) และผู้ประเมินได้รับรอง ความเหมาะสมของการนำรูปแบบการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมภาวะพหุพลังไปใช้อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.00$  S.D. = 0.0) โดยมีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงรูปแบบโดยกำหนดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของการเรียนรู้ไว้ด้วย เพื่อให้เกิด ความต่อเนื่องในการพัฒนาภาวะพหุพลัง ส่วนการนำรูปแบบไปใช้มีข้อเสนอแนะดังนี้คือ 1) ควรคัดสรรชุมชนที่มีผู้นำชุมชนที่มีศักยภาพสูง 2) ควรคัดสรรชุมชนที่มีแกนนำ ผู้สูงอายุ 3) ควรมีบุคลากร

ที่ ดำเนินงานเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดกิจกรรม เช่น นักวิชาการสาธารณสุข นักสังคมสงเคราะห์ และ  
4) ควรมีการจัดสรรงบประมาณเป็นค่าดำเนินการจัดกิจกรรม

**คำสำคัญ :** ผู้สูงอายุ สุขภาพผู้สูงอายุ ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จิตอาสา ภูมิปัญญาท้องถิ่น รูปแบบการดูแล  
ภาวะโภชนาการและสุขภาพ ภาวะพหุติพลง

## Development Saensuk Happiness Elderly Community Model (Phase II)

*Wethaka Klinwichit, Ph.D., Asst.Prof.Dr.Pisit Piriyaun,MD. ,  
Asst.Prof. Rachaneeporn Supkaranon, Ph.D., Ph.D., San Klinwichit.Ph.D. ,  
Puengthong Inchai, Ph.D., Wanassara Chaoniyom,Ph.D.,  
Thanongsak Yingrattanasuk,Ph.D.,*

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

### Abstract

The purpose of this research program was to develop Saensuk happiness elderly community model. There were 6 projects under the programs. Sub-objectives were 1) to evaluate potential of student health leaders 2) to knowledge management and evaluate potential of family and community health leaders after learning followed by the guideline of Saensuk Happiness Family Health Leader Model.3) to determine the effects of Neuro-Linguistic Programming counseling on depression of the elderly with chronic illness at Saensuk municipality, Chon Buri, Thailand. 4) explored the characteristics of senior volunteers living in Saensuk Municipality, Chonburi, Thailand. 5) to develop nutritional care and health model for elderly. 6) to validate the learning model to enhance active ageing level among the elderly in Saensuk Municipality, Chon Buri province.

Research methodologies were quasi-experimental, research and development , participatory action research, and phenomenological research, Study time since October 2014 to September 2015. It was found that;

After receiving the knowledge and activities from the guideline of Saensuk Happiness Family Health Leader Model the samples;

1. Increased the perception of well-being and health problems of the elderly in the high level ( $\bar{X}$  =3.55, SD = 0.89) from the medium level ( $\bar{X}$  = 3.16,SD = 0.68) before receiving the knowledge and activities, and increased the perception of their ability in elderly health care in the quite certainly do level ( $\bar{X}$  = 8.35) from the medium level ( $\bar{X}$  = 5.09) before receiving the knowledge and activities.

2. Comparison of elderly care potential in family and community health leaders perceive between before and after learning by this model were found that the overall mean score of their health perception and health problem of the elderly after learning were statistically significant at .001 level. There were statistically significant at .001 level in 3 aspects namely; Perceived health status of the elderly (t = -3.487, p <.001) Perceived health status in the past (t = -4.640, p <.001) and Concerns about elderly health (t = 4.787, p <.001). There was statistically significant at .01 level in 1 aspect; Perceived resistance or susceptibility of the elderly (t = -2.969, p <.01) and statistically significant at .05 level in 3



aspect; Perceived health trend of the elderly ( $t = -2.178$ ,  $p < .05$ ), Acceptance of illness of the elderly ( $t = -2.143$ ,  $p < .05$ ) and Positive attitude towards treatment received from physicians ( $t = -2.207$ ,  $p < .05$ ). There was only one aspect of Rejection of illness of the elderly that was not statistically significant ( $t = 0.109$ ,  $p = 0.46$ ).

3. Comparison of the perception of their ability in elderly health care between before and after learning by this model were found that the overall mean score were statistically significant at .001 level. There were statistically significant at .001 level in all aspects such as Self-efficacy in relieving ( $t = -3.707$ ,  $p < .001$ ), Self-efficacy in responding to inappropriate behaviors of the elderly ( $t = -7.735$ ,  $p < .001$ ), and their ability to control thought dissatisfied with caregiving ( $t = -9.618$ ,  $p < .001$ ).

In conclusion, the development of health, family and community leaders for elderly care by using the potential development model to care for the elderly is important to help them to improve their ability to care for the elderly.

4. The results of the effects of Neuro-Linguistic Programming counseling on depression of the elderly with chronic illness found that the interactive between the method and the duration of the experiment was statistically significant at the .05 level. The elderly in the experimental group had lower depression scale than those in the group in the post-test and the follow up phases with the statistical significance at .05 level. The depression scale of the elderly in the experimental group was found to be lower during the post-test and the follow up phases than during the pre-test with the statistical significance at .05 level.

5. The result revealed that, most of senior volunteers who gave information and practice at least once a week were experienced for over 10 years. Their missions were acted as information provider, demonstrator, coordinators, and donator. Their important characteristics were integrity, flexibility, energy, reliability, and responsibility. As volunteers, they had a feeling of happiness, self-value, healthy, increasing friendships and self-empowerment. The key principle to be probably led to success in sustainable voluntary activities including firstly, an organization should have sense of appreciation clearly identify the work unit assign a key coordinator incrusted determine to be a volunteer qualification and demonstration before the beginning of voluntary activities. Secondly, voluntary elderly should learned scope of work, selected an area, and subsequence, preparing to be ready themselves, working and evaluation. Mutual benefit should be derived from both parties. A principles of senior volunteer leader development should be composed of suitable voluntary elderly, support of local organization and effective communication

6. The findings showed at the first test that more than one third of the sample was risk to obese and metabolic status because some health parameters were higher than normal such as blood glucose, cholesterol, BMI and WHR. Most of the sample participated with THL on changing dietary behavior program and food record 3 months continuously.

After that period of time, second survey was done for evaluation. There were found blood glucose and cholesterol significantly better ( $p < 0.05$ ). However, due to very short period intervention the results should be longer observed.

7. The results revealed that mean active ageing level increased significantly ( $p < 0.001$ ) 1 week, and 4 weeks after participation of the learning activities. Experts had a consensus that the model was appropriate at a high level ( $\bar{X} = 4.38$ , S.D. = 0.76), and that the model was suitable for implementation at a high level ( $\bar{X} = 4.00$  S.D. = 0.0), with recommendation to improve the model constructs by setting up the behavioral objectives of learning to achieve the continuity of active ageing status. Recommendations for model application includes: community selection in which the community leaders are active, availability of key persons and responsible authorities such as public health professionals and social workers, and budget allocation to implement the activities.

**Keywords:** Elderly, Elderly health, Depression in elderly, Volunteer, Local wisdom, Health and Nutritional care model, Active ageing

# สารบัญเรื่อง

หน้า

กิตติกรรมประกาศ.....	ก
Acknowledgement.....	ข
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฅ
สารบัญเรื่อง.....	ฅ

## บทที่

1	บทนำ.....	1
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
	วัตถุประสงค์หลักของแผนงานวิจัย.....	2
	เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของแผนงานวิจัย.....	2
	เป้าหมายของผลผลิตและตัวชี้วัด.....	3
	ขอบเขตของโครงการวิจัย.....	4
	วิธีดำเนินการวิจัยของแผนงาน.....	5
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย.....	6
	การเผยแพร่.....	6
	ผู้ใช้ประโยชน์จากการวิจัย.....	6
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
	แนวคิดการพัฒนาแกนนำครอบครัวและชุมชน.....	7
	แนวคิดการเสริมพลังอำนาจ.....	10
	แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน.....	11
	แนวคิดการใช้กระบวนการ Self help group.....	12
	ทฤษฎีโปรแกรมประสาทสัมผัสในการดูแลสุขภาพจิต.....	16
	แนวคิดทฤษฎีเศรษฐกิจพอเพียง.....	17

## สารบัญเรื่อง (ต่อ)

บทที่	หน้า
	แนวคิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต.....18
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....22
3	วิธีดำเนินการวิจัย.....34
	แผนการบริหารแผนงานวิจัย.....37
	กลยุทธ์ของแผนงานวิจัย.....38
	ระยะเวลา.....39
	สถานที่ทำการวิจัย.....39
	วิธีดำเนินการวิจัย.....40
4	ผลการศึกษาวิจัย.....48
	การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี (ปีที่ 3) : การจัดการความรู้และศึกษา ศักยภาพในการดูแลสุขภาพของแกนนำครอบครัวและชุมชนหลังได้รับ การพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ..... 48
	การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังตามแนวทฤษฎีโปรแกรม ภาษาประสาทสัมผัส (ปีที่ 3): ผลการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรม ภาษาประสาทสัมผัสต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ.....52
	พัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นแสนสุขและจิตอาสาผู้สูงอายุ.....54
	แบบแผนการบริโภคอาหาร ภาวะโภชนาการ และปัจจัยขับเคลื่อน ชุมชนผู้สูงอายุสุขภาพดี.....56
	โครงการ การพัฒนาการเรียนรู้และอาชีพของผู้สูงอายุ : การทดสอบรูปแบบ การเรียนรู้ของผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมภาวะพลัดพลัง.....58

## สารบัญเรื่อง (ต่อ)

บทที่	หน้า
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	60
สรุปผลการวิจัย.....	60
อภิปรายผลการวิจัย.....	63
ข้อเสนอแนะ.....	71
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	71
บรรณานุกรม.....	73
ประวัติคณะผู้วิจัย.....	78

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โครงสร้างประชากรผู้สูงอายุในปัจจุบัน เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงเวลาเพียง 30 ปี โดยเฉพาะในทวีปเอเชียและแถบแปซิฟิก เมื่อปี 1990 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 4.6 เพิ่มขึ้นร้อยละ 7.36 ในปี 1999 และประมาณการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2020 จะมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 15.28 ของประชากรทั้งหมด อายุเฉลี่ยของชายไทยคือ 67.36 ปี และผู้หญิง 71.74 ปี (Human Resources Planning Division, 1994) จากการเปลี่ยนแปลงสถานะด้านสังคมอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรไทยที่มีสัดส่วนประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นนี้ ถือได้ว่าในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 ประเทศไทยได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุแล้วและจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี 2568 การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ มากมาย สังคมไทยที่กำลังก้าวไปสู่สังคมผู้สูงอายุจำเป็นต้องเร่งพัฒนา ศึกษา และวิเคราะห์สถานการณ์ต่าง ๆ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาองค์ความรู้ และนำองค์ความรู้ที่ได้จากศึกษาวิจัย มาสู่การทดลองใช้รูปแบบต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุความสำเร็จคือการเพิ่มคุณภาพชีวิตพร้อมกับการการมีชีวิตยืนยาวขึ้น โดยคาดหวังว่าผู้สูงอายุจะยังคงแข็งแรงและรับรู้ชีวิตที่มีคุณค่า ซึ่งการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจึงอยู่ที่การช่วยให้มีความสามารถสูงสุดเต็มตามศักยภาพในการทำกิจวัตรประจำวัน มากกว่าการมุ่งรักษาเฉพาะโรค การบริการสุขภาพจะต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ ปกป้องสุขภาพ ฟื้นฟูสภาพ ควบคู่กับการดูแลรักษา (Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations, 2002) ดังนั้นเพื่อเป็นการรองรับนโยบายดังกล่าว และเกิดความสอดคล้องในการดำเนินการ มหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งเป็นสถาบันอุดมศึกษาชั้นนำในภาคตะวันออก ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์มหาวิทยาลัย โดยระบุให้ศาสตร์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นศาสตร์ที่มหาวิทยาลัยต้องเร่งสร้างความ เป็นเลิศและระดมทรัพยากรเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ และความเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ (มหาวิทยาลัยบูรพา, 2553) ทำให้เกิดความร่วมมือทางวิชาการและการพัฒนาเพื่อผลิตผลงานวิจัยในศาสตร์ดังกล่าวจากการรวมกลุ่มของคณะผู้วิจัยในกลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ อันประกอบด้วย คณะแพทยศาสตร์ ซึ่งมีศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ เป็นหน่วยงานหลักในการประสานความร่วมมือดังกล่าว ร่วมกับคณะสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร และหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดชลบุรี และเทศบาลเมืองแสนสุข ได้ร่วมกันศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาชุมชนต้นแบบเมืองผู้สูงอายุแสนสุขขึ้น โดยเริ่มตั้งแต่การสำรวจ วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลเมืองแสนสุข เพื่อประเมิน

และร่วมวินิจฉัยชุมชนร่วมกัน ในการพัฒนาแกนนำทั้งในส่วนที่เป็นกำลังสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น นิสิต นักศึกษา ซึ่งถือได้ว่าเป็นเยาวชนคนรุ่นใหม่ ที่จะต้องปลูกฝังค่านิยม และความรู้ ความเข้าใจในการใช้ชีวิตอยู่ในสังคมสูงอายุ รวมถึงการค้นหาและพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งในส่วนที่เป็นผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ที่พบบ่อยในชุมชนพื้นที่นี้ อันได้แก่ โรคเบาหวาน นอกจากนี้ยังเน้นไปที่การดูแลสุขภาพจิตและการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพอย่างครบวงจร

### วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาชุมชนต้นแบบเป็นเมืองผู้สูงอายุแสนสุข ในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อพัฒนาแกนนำสุขภาพนิสิตมหาวิทยาลัยบูรพาเพื่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
3. เพื่อพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
4. เพื่อศึกษาผลการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคเสริมสร้างพลังแห่งตนตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อการพัฒนาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ
5. เพื่อศึกษาแบบแผนการบริโภคอาหาร ภาวะโภชนาการ และปัจจัยขับเคลื่อนชุมชนผู้สูงอายุ สุขภาพดี
6. เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบ การดูแลภาวะโภชนาการและสุขภาพของผู้สูงอายุแบบบูรณาการ โดยใช้รูปแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
7. เพื่อศึกษาและพัฒนาระบบการเรียนรู้เพื่อการประกอบอาชีพ ของผู้สูงอายุชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

### เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของแผนงานวิจัย

เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของแผนงานวิจัยนี้ จะเป็นการตอบสนองยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11(พ.ศ. 2555-2559) อันได้แก่

1. ยุทธศาสตร์การสร้างความเป็นธรรมในสังคม

มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีสารสนเทศในการพัฒนาคุณภาพชีวิตแก่ผู้สูงอายุ และเป็นการจัดบริการทางสังคมสร้างโอกาสให้กลุ่มผู้สูงอายุ สามารถเข้าถึงบริการทางสังคมได้อย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม เสริมสร้างพลังให้กลุ่มผู้สูงอายุมีทางเลือกการใช้ชีวิตในสังคม สร้างความมีส่วนร่วม

ร่วมทางสังคมอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรีแก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งการเสริมสร้างความสัมพันธ์อันดีภายในครอบครัว ชุมชน

## 2. ยุทธศาสตร์การพัฒนาคนสูงวัยสังคมแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิตอย่างยั่งยืน

มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุให้มีความมั่นคงทางสังคมมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีคุณค่า สามารถปรับตัวเท่าทันการเปลี่ยนแปลง และเป็นพลังในการพัฒนาสังคม

- สร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ตลอดชีวิตเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและสามารถ ดำรงชีวิตอย่างรู้เท่าทัน
- สร้างปัจจัยสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต และพัฒนาแหล่งเรียนรู้ในชุมชน
- สร้างความเข้มแข็งให้แก่สถาบันครอบครัวในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและ คุณภาพชีวิตในชุมชนที่สอดคล้องกับศักยภาพของพื้นที่ภาคตะวันออก

## 3. ยุทธศาสตร์การสร้างเชื่อมโยงกับเศรษฐกิจในภูมิภาค

มีเป้าหมายเพื่อเตรียมความพร้อมและปรับตัวเข้าสู่บริบทโลกและภูมิภาคที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

- สร้างความพร้อมในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน โดยการยกระดับการให้บริการด้าน สุขภาพและบริการสาธารณสุข ในการดูแลผู้สูงอายุ
- เสริมสร้างศักยภาพชุมชนและท้องถิ่นในการรับรู้และเตรียมพร้อมรับกระแสการ เปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ
- สร้างเครือข่ายของสถาบันการศึกษาเพื่อสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมในชุมชนและ ภูมิภาค

## เป้าหมายของผลผลิต (Output) และตัวชี้วัด

เป้าหมายของผลผลิตที่เป็นรูปธรรมซึ่งได้จากการวิจัยครั้งนี้ คือ

1. มีชุมชนต้นแบบผู้สูงอายุสุขภาพดี จากการพัฒนาเมืองผู้สูงอายุแสนสุข ในเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
2. กลุ่มชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
3. มีฐานข้อมูลด้านสุขภาพผู้สูงอายุและแกนนำสุขภาพครอบครัว เทศบาลเมืองแสนสุข ที่จะพัฒนา ไปสู่การสร้างเมืองผู้สูงอายุแสนสุข
4. ได้รูปแบบและวิธีการในการพัฒนาเยาวชนในการเป็นแกนนำเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ
5. ได้รูปแบบและวิธีการในการพัฒนาครอบครัวและชุมชนในการเป็นแกนนำเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ
6. ได้รูปแบบในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน
7. มีฐานข้อมูลภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข

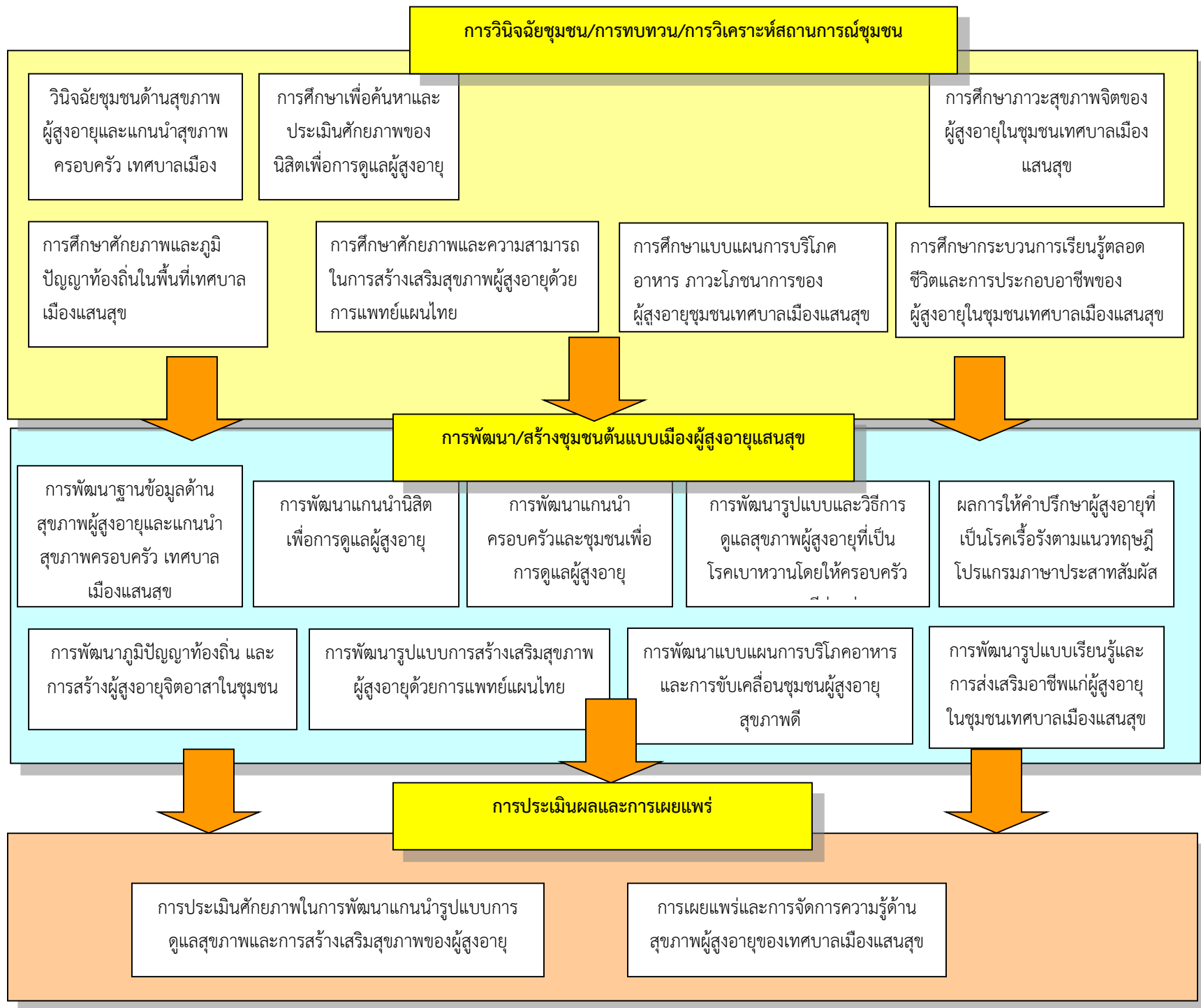


8. ได้รูปแบบและวิธีการพัฒนาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง
9. มีฐานข้อมูลภูมิปัญญาท้องถิ่นของชุมชนเมืองแสนสุข
10. มีแกนนำจิตอาสาผู้สูงอายุในการพัฒนาชุมชน
11. ได้รูปแบบและวิธีการในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย
12. ทราบแบบแผนการบริโภคอาหาร ภาวะโภชนาการ และปัจจัยที่เอื้อต่อการขับเคลื่อนชุมชนผู้สูงอายุสุขภาพดี
13. ได้รูปแบบและการพัฒนาการเรียนรู้และการประกอบอาชีพของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองแสนสุข

### ขอบเขตของโครงการวิจัย

ทฤษฎี แนวคิดและหลักการที่ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัยของแผนงานวิจัยนี้ ได้แก่

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



แผนภูมิ 1 แสดงวิธีดำเนินการวิจัยของแผนงาน

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

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

## การเผยแพร่

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

## ผู้ใช้ประโยชน์จากผลการวิจัย

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

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยสาระสำคัญ ดังต่อไปนี้

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

#### 1. แนวคิดการพัฒนาแกนนำครอบครัวและชุมชน

##### 1.1 แนวคิดเรื่องการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ

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

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

##### 1.2 แนวคิดเรื่องประชาคม

ประชาคมเป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ทุกฝ่าย ทั้งภาครัฐ ภาคธุรกิจ องค์กรสาธารณสุข หน่วยงานและประชาชน เข้าร่วมงานพัฒนาชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน มีการติดต่อสื่อสารกัน หรือการรวมกลุ่มกัน มีความเอื้ออาทรกัน มาเรียนรู้ร่วมกันในการกระทำบางสิ่งบางอย่าง ประชาคมจึงเป็นยุทธศาสตร์สุขภาพที่สำคัญอย่างหนึ่งเพราะรวมกลุ่มกันทำให้เกิดพลังงานทางสังคมอย่างมหาศาลที่ส่งผลต่อองค์การรวมของสุขภาพ คือ ทั้งทางด้านจิตใจ การช่วยเหลือด้านวัตถุ การเกื้อหนุนทางสังคม และการสร้างปัญญาให้แก่คนในชุมชน (ประเวศ วะสี, 2541: 31-36 ก)

##### 1.3 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง

### ความหมายของการดูแลตนเอง

โอเร็ม (Orem, 1995) ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่าเป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ของบุคคล เป็นการริเริ่มและการกระทำด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ทั้งในภาวะปกติและขณะเจ็บป่วย เป็นการกระทำอย่างตั้งใจ มีเป้าหมาย มีระบบระเบียบ เป็นขั้นตอนและเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการการดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล

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

เพนเดอร์ (Pender, 1982) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติที่บุคคลริเริ่ม และกระทำให้วิถีทางของตนเองเพื่อรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน

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

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้นำแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเร็มมาใช้ในการศึกษาวิจัย ซึ่งโอเร็มมีจุดมุ่งหมายในการดูแลตนเองดังนี้

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

ตามแนวคิดของโอเร็ม ความสามารถในการดูแลตนเองประกอบด้วยโครงสร้าง 3 ระดับ คือ(Orem, 1991)

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

1. ความสามารถ และ ทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาและใช้เหตุผล
2. หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึกทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส
3. การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง
4. การเห็นคุณค่าในตนเอง
5. นิสัยประจำตัว
6. ความตั้งใจ
7. ความเข้าใจในตนเอง

8. ความหวังใยในตนเอง
9. การยอมรับตนเอง
10. ระบบการจัดลำดับความสำคัญ การรู้จักแบ่งเวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ
11. ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

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

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

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

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

## 2. แนวคิดการเสริมพลังอำนาจ

### แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมพลังอำนาจ

การเสริมพลังอำนาจ เดิมเป็นคำมาใช้ในด้านการบริหาร โดยเน้นการให้อำนาจบุคคลเพื่อให้บุคคลเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน อันนำไปสู่เป้าหมายองค์กรเพื่อเพิ่มผลผลิตและประสิทธิภาพของงาน ต่อมาได้มีความพยายามให้ความหมายของคำว่า การเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) อย่างกว้างขวางมากขึ้น ตลอดจนมีการนำการเสริมพลังอำนาจมาใช้ในสถานการณ์ต่าง ๆ เช่น ใช้ในผู้ป่วย ใช้ในการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมบุคคลให้ดีขึ้น โดยกระบวนการของการเสริมพลังอำนาจช่วยให้บุคคลเกิดความมั่นใจ มุ่งมั่นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยความเพียรพยายามมั่นใจ และเชื่อมั่นว่าตนมีอำนาจที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ให้ประสบความสำเร็จได้ดี (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย 2541: 234 อ้างถึงใน สุภาพรรณ สุขคล้าย 2553)

### ความหมายของการเสริมพลังอำนาจ

มีนักวิชาการได้ให้ความหมายไว้หลายทัศนะดังนี้

Gibson (1991) ได้กล่าวถึงการเสริมพลังอำนาจว่า เป็นแนวคิดที่อธิบายกระบวนการทางสังคม การแสดงถึงการยอมรับและชื่นชม การส่งเสริม การพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการตอบสนองความต้องการของตนเองและแก้ปัญหาด้วยตนเอง รวมถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองและรู้สึกว่าตนเองมีอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือวิถีชีวิตของตนเองได้

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

Conger and Kanugo (1988) เป็นถึงการเสริมพลังอำนาจด้านจิตใจ โดยการขจัดความรู้สึกไร้อำนาจของบุคคล ให้มีความรู้สึกมั่นใจในการทำงาน

Funnell (2004) กล่าวว่า การเสริมพลังอำนาจผู้ป่วยเป็นการช่วยให้บุคคลค้นพบและใช้ความสามารถที่ตนมีอยู่ในการควบคุมโรคที่ตนเองป่วยอยู่

Miller (1992) กล่าวว่า การเสริมพลังอำนาจเป็นกระบวนการเพิ่มแหล่งของพลังอำนาจสำหรับบุคคล

Rappaport (1984) ให้ความหมายของการเสริมพลังอำนาจว่าเป็นกระบวนการที่บุคคล องค์กร และชุมชนเพิ่มความสามารถในการควบคุมชีวิตของตน

Wellerstein and Bernstein (1988) อธิบายว่าการเสริมพลังอำนาจเป็นกระบวนการกระทำทางสังคม (Social Action Process) หรือมีความสามารถในการเลือกและกำหนดอนาคตของตน ชุมชนและสังคมได้

จินตนา ยูนิพันธ์ (2539: 45) กล่าวถึง ความเชื่อพื้นฐานของการเสริมพลังอำนาจว่าเป็นการมุ่งเน้นที่การดำเนินกิจกรรมทางปัญญา และพลังในตัวบุคคลมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตนเองและผู้อื่นเป็นแนวคิดที่มีความเกี่ยวเนื่องอย่างชัดเจนกับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องครบวงจรเป็นการสร้างสถานการณ์และการเริ่มต้นใหม่ที่มีมากกว่าการมีส่วนร่วมของบุคคล

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

สรุปได้ว่า การเสริมพลังอำนาจเป็นกระบวนการในการพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและการดำเนินชีวิตของตนเองเพื่อให้บุคคลมีอำนาจในการตัดสินใจ เสริมสร้าง พฤติกรรมที่เหมาะสม มีความรู้ที่มั่นใจ เป็นตัวของตัวเอง มีความเป็นอิสระ และรู้สึกว่าคุณค่า สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้บุคคลเกิดความสามารถในการทำงานและแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้บรรลุผลสำเร็จของตนเองและองค์กร

### 3. แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน

กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR)

ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การพัฒนาสังคมและชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Participation) ของประชาชน เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นที่ต้องใช้การทำงานในรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งเป็นการวิจัยที่จัดทำเป็นกลุ่มเป็นหมู่คณะและการวิจัยโดยปฏิบัติงานเอง จนภายหลังมีการเรียกรวมกันว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (กมล สุดประเสริฐ, 2540, หน้า 6)

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

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

สำนักมาตรฐานการศึกษา (2545, หน้า 232) ระบุว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นเทคนิคการศึกษา และ วิเคราะห์ปัญหาชุมชนที่เน้นคนในชุมชนสามารถรวมตัวกันในรูปแบบขององค์กรประชาชน



ที่มีประสิทธิภาพโดยเพิ่มศักยภาพของชุมชนด้วยระบบข้อมูลให้ประชาชนเห็นความสำคัญของข้อมูล เพราะข้อมูลจะช่วยให้คนในชุมชนสามารถวิเคราะห์ปัญหาของชุมชน และดำเนินการพัฒนาชุมชนต่อไป

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

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

สรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการวิจัยที่มีผู้มีส่วนร่วมหลายฝ่าย เข้ามาร่วมกันแก้ปัญหาที่เกิดโดยมีการร่วมทุกกระบวนการวิจัย ตามบทบาทหน้าที่ของผู้ร่วมวิจัยแต่ละคน ตั้งแต่เริ่มการเลือกประเด็นปัญหาจนเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัยถือว่าทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีความสำคัญเท่า ๆ กัน ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของการมีส่วนร่วมที่ได้ร่วมลงมือกระทำ โดยยึดหลักประชาธิปไตย

#### 4. แนวคิดการใช้กระบวนการ Self help group

##### แนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

###### ความหมาย

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-Help Group) เป็นกลุ่มหนึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมหรือเครือข่ายทางสังคม (ธิตารัตน์ กำลังดี, 2543 อ้างถึงใน บุศกร กลิ่นอวล, 2549) มีชื่อเรียกแตกต่างกัน เช่น กลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน กลุ่มช่วยเหลือตนเอง กลุ่มสนับสนุนซึ่งกันและกัน ในภาษาอังกฤษมี คำที่ใช้อยู่หลายคำ เช่น Mutual-Help Group, Self-Help Group, Peer Self-Help, Mutual Aid, Mutual Support Group, Social Work Group (Steiger & Lipson, 1985; Paskert & Madara. 1985; Resnick, 1986, ดรุณี ชูณหะวัต, 2542 อ้างถึงใน บุศกร กลิ่นอวล, 2549) กลุ่มลักษณะนี้พัฒนามาจากแนวคิดที่ว่ามนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่ต้องการสังคม มีความสัมพันธ์กันพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน โดยมีวัตถุประสงค์หลักคือช่วยให้สมาชิก โดยมีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่าน ดังนี้

Maram (1978) ให้ความหมายว่า เป็นกลุ่มที่ก่อตั้งและดำเนินกิจกรรมกลุ่มโดยสมาชิกภายในกลุ่ม และให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการแก้ปัญหาของสมาชิกกลุ่มโดยสมาชิกกลุ่มเท่านั้น ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาลเป็นผู้แสวงหาความรู้หรือแหล่งความรู้ให้กลุ่ม

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

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

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

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

### วัตถุประสงค์ของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

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

1. ลดปัญหาทางอารมณ์จากภาวะวิตกกังวล ความเครียด ภาวะซึมเศร้าต่อปัญหาที่มี โดยในการจัดทำกลุ่มได้มีการให้คำแนะนำแลกเปลี่ยนกลวิธีในการเผชิญปัญหา อันเนื่องมาจากปัญหาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น
2. เกิดการเรียนรู้ต่าง ๆ ทำให้มีพฤติกรรมหรือแนวทางในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมช่วยให้สามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมใหม่ ๆ ได้
3. ได้รับการยอมรับในความเป็นบุคคล สร้างความรู้สึกถึงคุณค่าของตนเองในสังคมด้วย การมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของสมาชิกในกลุ่ม เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้อื่นด้วย มิใช่แต่ผู้รับฝ่ายเดียว

4. มีกำลังใจในการยอมรับความจริง และพร้อมที่จะเผชิญหรือจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม โดยรู้สึกว่าคุณเองไม่ได้มีปัญหาหรือต่อสู้กับปัญหาตามลำพัง
5. ควบคุมพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ โดยการกระตุ้นหรือจูงใจให้สมาชิกรู้จักควบคุมอารมณ์ของตนเอง ให้มีการแสดงออกที่เหมาะสม

### กลไกการทำงานของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

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

1. สมาชิกของกลุ่มต่างก็มาจากบุคคลที่มีปัญหาอย่างเดียวกัน ทำให้เกิดความรู้สึกเหมือนลงเรือลำเดียวกัน (Being in the same Boat) จึงแน่ใจว่าผู้ที่ให้ความช่วยเหลือเข้าใจปัญหาอย่างแท้จริงมิใช่เป็นความรู้เฉพาะในทฤษฎีเท่านั้น จึงเกิดความต้องการที่จะกระทำกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหานั้นจริง ๆ
2. ความช่วยเหลือที่สมาชิกแต่ละคนให้คนอื่นจะมีผลมาถึงตนเองเสมอ เพราะทำให้ผู้ที่แนะนำคนอื่นกระทำกิจกรรมนั้น ๆ อย่างสม่ำเสมอ จนเกิดความชำนาญ
3. คำแนะนำที่ได้จากสมาชิกภายในกลุ่มจะเป็นคำแนะนำในระดับที่ปฏิบัติได้โดยง่ายซึ่งจะหาไม่ได้จากคำแนะนำของนักวิชาการ ครอบครัวหรือเพื่อน ยกเว้นเสียแต่ว่าบุคคลดังกล่าวจะประสบปัญหาอย่างเดียวกันมาก่อน
4. มิตรภาพที่เกิดขึ้นจากความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน ทำให้สมาชิกยอมรับซึ่งกันและกันบนพื้นฐานของความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจ ซึ่งจะนำไปสู่การยอมรับคำแนะนำในการเปลี่ยนพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหที่เกิดขึ้น
5. การที่สมาชิกกลุ่มได้พบเห็นบุคคลที่มีปัญหาและได้แก้ไขปัญหาลักษณะต่าง ๆ จนเป็นผลดีจะทำให้ได้มองเห็นเป็นแบบอย่าง (Role Model) ของผู้ที่รู้จริง (Expertist) ซึ่งสมควรจะปฏิบัติตามและแน่ใจว่าตนเองจะสามารถผ่านพ้นปัญหาและภาวะวิกฤติเหล่านั้นได้เช่นกัน
6. การได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างเป็นกันเองกับบุคคลที่เป็นพวกเดียวกันทำให้ได้ระบายความรู้สึกทุกข์ คับข้องใจ ความกลัว ความวิตกกังวล ความสิ้นหวังและปัญหาอื่น ๆ ได้โดยไม่ต้องกังวลว่าเขาเหล่านั้นจะไม่เข้าใจ แต่กลับได้รับการยอมรับในเรื่องดังกล่าวอย่างจริงจัง และให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนและให้กำลังใจอย่างเต็มที่
7. การที่สมาชิกกลุ่มได้มีโอกาสในการช่วยเหลือบุคคลอื่น ทั้งในการให้ข้อมูล ความรู้กำลังใจหรือสิ่งของอื่น ๆ ทำให้สมาชิกกลุ่มรู้สึกมีคุณค่าต่อสังคม อุตมโนทัศน์ดีขึ้น ยอมรับสภาพปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ดีขึ้น

8. การเข้ากลุ่มอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้สมาชิกรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ถ้าที่จะเปิดเผยตนเองมากขึ้น มีความรู้สึกผูกพันกันกับเพื่อนสมาชิก (Cohesiveness) เกิดเป็นความช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง (Yalom, 1975)
9. สมาชิกที่เคยมีความรู้สึกเลวร้ายหรือมีตราบาป (Stigma) ที่เกิดปัญหาในชีวิต การได้พบปะคนอื่น ๆ ที่มีปัญหาเช่นเดียวกัน ทำให้รู้สึกไม่แตกต่างจากคนอื่น ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว หรือสิ้นหวัง ทำให้ลดการแยกตัวจากสังคม

### การตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-Help Organization)

การจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองทางด้านสุขภาพ อาจเกิดจากความต้องการของผู้ป่วยหรือบุคคลที่มีปัญหาอย่างเดียวกันที่ต้องการรวมกลุ่ม เพื่อเป็นศูนย์กลางในการปรึกษาหรือระหว่างสมาชิกด้วยกัน หรือเกิดจากความต้องการของพยาบาล แพทย์ นักศึกษา โภชนาการ ที่จะสร้างเครือข่ายทางสังคมของกลุ่มผู้ที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน เพื่อให้สมาชิกได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลที่มีประสบการณ์เดียวกันมาก่อน และสามารถเอาชนะปัญหาต่าง ๆ มาได้ มาร่วมกันอภิปรายเพื่อให้สมาชิกที่มีปัญหาได้เลือกวิธีการที่เหมาะสมกับตนเองไปใช้ ซึ่งเป็นการช่วยเหลือสมาชิกซึ่งยอมรับได้ง่ายกว่าคำแนะนำที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ ( Resnick, 1986 ; ดร.ณิ ชุณหะวัณ, 2542 อ้างถึงใน บุศกร กลิ่นอวล, 2549) นั่นคือเชื่อว่า “เราเป็นผู้รู้ดีที่สุด”

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

1. กลุ่มที่จัดขึ้นแบบเป็นทางการ จะมีโครงสร้างของกลุ่มชัดเจน มีเจ้าหน้าที่ประจำ มีกรรมการบริหาร กลุ่มมีนโยบายและวิธีการดำเนินงานอย่างแน่ชัด มีการตั้งชื่อกลุ่มที่มีลักษณะที่คนอื่นทั่วไปอ่านแล้วเข้าใจถึงชนิดของกลุ่มได้ มีการตีพิมพ์ข่าวสารของสมาชิก ซึ่งจะมีข้อมูลเรื่องแนวทางการรักษาใหม่ ๆ การฟื้นฟูสภาพ กฎหมายเกี่ยวกับกลุ่ม ถ้าเป็นกลุ่มใหญ่ระดับชาติ จะมีจดหมายข่าวระดับนานาชาติ มีการฝึกอบรมผู้นำกลุ่ม มีรูปแบบในการประชุม ตัวอย่างกลุ่มที่ตั้งในลักษณะ ได้แก่ กลุ่มผู้พักฟื้น (Recovery Inc.) กลุ่มผู้ติดยานอนหลับ (Narcotics Anonymous) กลุ่มผู้ติดสุรา (Anonymous) เป็นต้น

2. กลุ่มที่จัดตั้งขึ้นอย่างไม่เป็นทางการ จะมีลักษณะและโครงสร้างที่ไม่ชัดเจนเท่ากับกลุ่มที่เป็นทางการ ทำหน้าที่เหมือนกับกลุ่มที่มารวมตัวกันทางสังคม หรือกลุ่มเล็ก ๆ ที่มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ส่วนบุคคล บางกลุ่มมีโทรศัพท์สายด่วนสำหรับปัญหาวิกฤติ (Crisis Hotline) ติดต่อกันทางจดหมาย เทปบันทึกเสียง วิद्यุ ซึ่งสมาชิกอาจจะไม่ได้มาพบกันโดยตรง บางกลุ่มจัดโปรแกรมต่าง ๆ ขึ้น เช่นการเยี่ยมผู้ป่วยที่ยังไม่ได้เป็นสมาชิกและอยู่ในระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อช่วยให้บุคคลเหล่านั้นสามารถเผชิญความเจ็บปวด ขจัดภาวะเครียดหรือความกลัวต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่มีต่อความเจ็บปวด ความก้าวหน้าของโรคและผลดีที่จะตามมา ตัวอย่างของกลุ่มที่ตั้งขึ้นไม่เป็นทางการ ได้แก่กลุ่มหลังผ่าตัดเต้านมที่จัดขึ้นเป็นครั้งคราว

## 5. ทฤษฎีโปรแกรมประสาทสัมผัสในการดูแลสุขภาพจิต

### ทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส

#### ความเป็นมาของทฤษฎี

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

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

#### ความหมายของทฤษฎีโปรแกรมประสาทสัมผัส

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

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

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

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

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

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

ระบบประสาท (Neuro) โดยความคิดพื้นฐานแล้วยอมรับว่าทุกพฤติกรรมเกิดจากกระบวนการทางระบบประสาทอันได้แก่ การเห็น การได้ยิน การดมกลิ่น การชิมรส การสัมผัส และความรู้สึก บุคคลรับรู้โลกโดยผ่านประสาทสัมผัสทั้งห้า เมื่อรับรู้แล้วจึงแสดงพฤติกรรมออกไป ระบบประสาทของมนุษย์นั้นครอบคลุม

ไม่ใช่แค่เพียงกระบวนการคิดที่มองไม่เห็นเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการแสดงออกปฏิกิริยาของร่างกายที่มีต่อความคิดและเหตุการณ์ด้วย ในความเป็นมนุษย์นั้น กายและจิตเป็นสิ่งเดียวกันไม่อาจแบ่งแยกได้

ภาษา (Linguistic) เป็นสิ่งที่มนุษย์ใช้เพื่อที่จะสื่อสารความคิดและพฤติกรรมของตนเองกับบุคคลอื่น

โปรแกรม (Programming) เป็นวิถีทางที่มนุษย์เลือกในการสร้างความคิดและพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามที่ต้องการ

โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส จึงเกี่ยวกับโครงสร้างของประสบการณ์ของมนุษย์ ว่า พวกเขาสร้างในสิ่งที่เห็น ได้ยิน และรู้สึกได้ อย่างไร และเขาแก้ไขและกลั่นกรองการรับรู้ต่อโลกภายนอกให้ผ่านเข้ามาสู่ระบบสัมผัสภายในได้อย่างไร

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

สรุป โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส หมายถึง โครงสร้างประสบการณ์เฉพาะที่เกิดขึ้นผ่านระบบประสาทสัมผัสทั้ง 5 เข้าสู่กระบวนการใส่รหัส และให้ความหมาย เพื่อแสดงออกมาเป็นวจนภาษาและอวจนภาษาโดยจิตสำนึกและจิตใต้สำนึกของแต่ละบุคคล

## 6. แนวคิดทฤษฎีเศรษฐกิจพอเพียง

ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงกับสุขภาพ

“เศรษฐกิจพอเพียง” เป็นปรัชญาที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงมีพระราชดำรัสชี้แนะแนวทางการดำเนินชีวิตแก่พสกนิกรชาวไทย ซึ่งเป็นปรัชญานำทางในการพัฒนาประเทศให้เข้าไปในทางสายกลาง โดยสาระหลักปรัชญานำทาง “เศรษฐกิจพอเพียง” มีหลักการสำคัญ 5 ประการที่จะเป็นแนวทางของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 คือ

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

ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงเป็นปรัชญาที่มองการพัฒนาอย่างเป็นองค์รวมเชื่อมโยงมิติทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและคุณธรรม ระบบสุขภาพภายใต้ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงจึงเป็น “ระบบสุขภาพพอเพียง” ซึ่งมีคุณลักษณะดังนี้

- (1) มีรากฐานที่เข้มแข็งจากการมีความพอเพียงทางสุขภาพในระดับครอบครัวและชุมชน
- (2) มีความรอบคอบและรู้จักความพอประมาณอย่างมีเหตุผลในด้านการเงินการคลังเพื่อสุขภาพในทุกระดับ
- (3) มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม และใช้อย่างรู้เท่าทัน โดยเน้นภูมิปัญญาไทยและการพึ่งตนเอง
- (4) มีการบูรณาการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพและคุ้มครองผู้บริโภค
- (5) มีระบบภูมิคุ้มกันที่ให้หลักประกันและคุ้มครองสุขภาพของประชาชน
- (6) มีคุณธรรม จริยธรรม คือ ความซื่อตรง ไม่วิกลจริต และรู้จักพอ

## 7. แนวคิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต

### ความหมาย

Unesco (1968: 20) ให้ความหมายว่า เป็นการจัดการศึกษาที่จะสนองความต้องการทางการศึกษาของแต่ละบุคคลและของกลุ่ม จะครอบคลุมตั้งแต่การศึกษาสำหรับเด็กไปจนถึงการศึกษาสำหรับผู้ใหญ่อย่างเป็นกระบวนการอย่างต่อเนื่อง

Dave (อ้างถึงใน สนอง โลหิตวิเศษ, 2544:2 อ้างถึงใน อัมพร พงษ์กัสนานันท์, 2550) ให้ความหมายว่า การศึกษาตลอดชีวิตเป็นแนวคิดที่พยายามมองการศึกษาในภาพรวม ซึ่งได้รวมเอาการศึกษาในระบบ (Formal Education) การศึกษานอกระบบโรงเรียน (Nonformal Education) และการศึกษาตามอัธยาศัย (Informal Education) ให้มีการประสานสัมพันธ์ทั้งในด้านของความต่อเนื่องของเวลา (ชั่วชีวิตคน) และเนื้อหาและเทคนิคการเรียนการสอน ซึ่งมีลักษณะคล้ายการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self Learning) การแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน และมีใจกว้างยอมรับว่าการเรียนรู้มีหลายรูปแบบและหลายวิธีการ

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

พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545; สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ (2545: 2) ให้นิยามของการศึกษาตลอดชีวิตว่า เป็นการศึกษาที่เกิดจากการผสมผสานระหว่างการศึกษาระบบ การศึกษานอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัย เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตได้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต

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

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

### หลักการการศึกษาตลอดชีวิต

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

1. การศึกษาเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นสำหรับมนุษย์ทุกคนทุกวัย เพื่อพัฒนาให้บุคคลทุกช่วงวัยปรับตัวเข้ากับสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป
2. บุคคลสามารถเรียนรู้ได้ตลอดชีวิต โดยการบูรณาการการเรียนรู้จากการเรียนระบบ นอกระบบ และตามอัธยาศัยตั้งแต่เกิดจนตาย
3. การศึกษาตลอดชีวิตเกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย ทุกหน่วยงานในสังคม
4. มีรูปแบบที่ยืดหยุ่น ใช้สื่อการเรียนการสอนประเภทต่าง ๆ ด้วยการผสมผสานและบูรณาการ อาทิ การเรียนการสอน จากสื่อวิทยุ โทรทัศน์ สิ่งพิมพ์ อินเทอร์เน็ต วีดีโอ การประชุม การอบรม ที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้เรียนทุกสภาพการณ์
5. การจัดการศึกษาตลอดชีวิตยึดหลักความเสมอภาคและเท่าเทียมกัน

### เป้าหมายของการศึกษาตลอดชีวิต

จากความหมาย แนวทางและหลักการของการศึกษาตลอดชีวิต จะเห็นว่าการจัดการศึกษาตลอดชีวิต มีเป้าหมายในการให้บริการทางการศึกษารอบคลุมประชาชนทุกคน ทุกเพศ ทุกวัย ทุกอาชีพ ให้ได้พัฒนาตนเองอย่างเท่าเทียมกัน ตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งตาย ต่อเนื่องไปทุกช่วงของชีวิต



(มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2544 อ้างถึงใน อัมพร พงษ์กังสนานันท์, 2550) ประกอบด้วย บุคคลแต่ละช่วงวัย ดังนี้

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

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

### องค์ประกอบของการศึกษาตลอดชีวิต

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

1. การศึกษาในระบบโรงเรียน (Formal Education)

#### ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาในระบบโรงเรียน

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ (2545) ให้ความหมายของการศึกษาในระบบ ว่า เป็นการศึกษาที่กำหนดจุดมุ่งหมาย วิธีการศึกษาหลักสูตร ระยะเวลาของการศึกษา การวัดและประเมินผล ซึ่งเป็นเงื่อนไขของการสำเร็จการศึกษาที่แน่นอน แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ระดับการศึกษาขั้นพื้นฐานและระดับอุดมศึกษา

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

1.1. เป็นการจัดการเรียนการสอนอยู่ภายในโรงเรียนหรือสถานศึกษาเป็นหลัก มีการจัดบรรยากาศการเรียนรู้และวิธีการปฏิบัติต่าง ๆ ที่เป็นโลกเฉพาะของสถานศึกษาระหว่างครู ผู้บริหาร บุคลากรทางการศึกษา และผู้เรียน นักเรียนมีการแต่งกายที่มีเครื่องแบบ มีการจัดระดับเหมือนกันทั่วประเทศ และแยกเป็นโรงเรียนรัฐบาล เอกชน และโรงเรียนสังกัดสถาบันอุดมศึกษาอย่างชัดเจน

1.2. กลุ่มเป้าหมายเป็นเด็กและเยาวชน มีการกำหนดวัยของผู้เรียนไว้ชัดเจน มีเกณฑ์อายุในแต่ละระดับชั้น ตั้งแต่อายุ 6 ปี ถึงประมาณ 24 ปี

1.3. มีโครงสร้างของระบบที่แน่นอน เป็นไปตามลำดับพัฒนาของเด็กและเยาวชนที่แผนการศึกษาแห่งชาติทุกฉบับจะระบุประเภทของการศึกษา ระดับการศึกษาจำนวนชั้นปี และเกณฑ์อายุผู้เรียนทั้งจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุดของการศึกษา บังคับตามกฎหมายที่มีความสำคัญสำหรับผู้เรียนและสถานศึกษามาก เพราะจะเป็นเครื่องกำกับตัวผู้เรียนให้เข้าสู่ระบบด้วยอายุที่เท่ากันและทำให้เกิดความสะดวกในการจัดการเรียนการสอน

## 2. การศึกษานอกระบบโรงเรียน (Non-formal Education)

ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับการศึกษานอกระบบ

กรมการศึกษานอกโรงเรียน (2538) ได้ให้ความหมายของการศึกษานอกโรงเรียนว่า เป็นการจัดการกิจกรรมการศึกษาที่จัดขึ้นนอกโรงเรียนปกติ โดยมีกลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการเป็นประชาชนที่อยู่นอกโรงเรียน มีวัตถุประสงค์ในการเรียนที่ชัดเจนโดยมีกระบวนการจัดการเรียนการสอนที่ยืดหยุ่น และสอดคล้องกับสภาพความต้องการของกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย มีลักษณะสำคัญคือ มีหลักสูตร เวลาเรียน มีการลงทะเบียน มีการประเมินผลเพื่อรับประกาศนียบัตรไม่จำกัดอายุ เป็นการเรียนนอกระบบโรงเรียน เป็นการเรียนเรื่องที่ป็นสภาพปัจจุบัน เพื่อแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน มีเวลาเรียนที่ไม่แน่นอน

## 3. การศึกษาตามอัธยาศัย (Informal Education)

ความหมายและแนวคิดการศึกษาตามอัธยาศัย

กรมการศึกษานอกโรงเรียน (2538) ได้ให้ความหมายของการศึกษาตามอัธยาศัยว่าการศึกษาที่เกิดขึ้นตามวิถีชีวิตที่เป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ จากการทำงาน จากบุคคล จากครอบครัว จากสื่อ จากชุมชน จากแหล่งความรู้ต่าง ๆ เพื่อเพิ่มความรู้ ทักษะ ความบันเทิง และการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีลักษณะที่สำคัญคือ ไม่มีหลักสูตร ไม่มีเวลาที่แน่นอน ไม่จำกัดอายุ ไม่มีการลงทะเบียน และไม่มีการสอบ ไม่มีการรับประกาศนียบัตร มีหรือไม่มีสถานที่แน่นอน เรียนที่ไหนก็ได้ ลักษณะการเรียนส่วนใหญ่ เป็นการเรียนเพื่อความรู้และนันทนาการ อีกทั้งไม่จำกัดเวลาเรียน สามารถเรียนตลอดเวลาและเกิดขึ้นในทุกช่วงวัยตลอดชีวิต

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ (2545) กล่าวถึง การศึกษาตามอัธยาศัย ว่า เป็นการการศึกษาที่ให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ด้วยตนเองตามความสนใจ ศักยภาพ ความพร้อมและโอกาส โดยศึกษาจากบุคคล ประสบการณ์ สังคม สภาพแวดล้อม สื่อหรือแหล่งความรู้อื่น ๆ

จากภาพรวมของการจัดการศึกษาตลอดชีวิต ทั้งความหมาย แนวคิด หลักการ และ

องค์ประกอบ จึงเห็นได้ว่าการศึกษาทุกรูปแบบทั้งการศึกษาในระบบ การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย ต่างมีความสัมพันธ์และความเชื่อมโยงกันที่จะส่งเสริมให้บุคคลได้เกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต โดยมีรูปแบบและวิธีการจัดที่แตกต่างกันไป เพื่อให้เหมาะกับกลุ่มเป้าหมายได้รับบริการทางการศึกษาอย่างทั่วถึงเสมอภาคและเป็นธรรม อันเป็นจุดมุ่งหมายในการพัฒนาของทุกประเทศ ซึ่งแนวคิดดังกล่าว นักการศึกษาตลอดชีวิต Dave (กรมการศึกษานอกโรงเรียน, 2547 อ้างถึงใน อัมพร พงษ์กังสนานันท์, 2550) อธิบายว่าการศึกษตลอดชีวิตเป็นแนวคิดที่พยายามมองการศึกษาในภาพรวม ซึ่งรวมเอาการศึกษาในระบบ การศึกษานอกโรงเรียน และการศึกษาตามอัธยาศัย ให้มีการประสานสัมพันธ์ทั้งในด้านของความต้องการของเวลา (ชั่วชีวิตคน) และเนื้อหา (สาระความรู้ที่คนสามารถนำไปใช้) ซึ่งการศึกษตลอดชีวิตจะต้องมีลักษณะที่ยืดหยุ่นในด้านเวลา สถานที่ เนื้อหา และเทคนิคการเรียนการสอน ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับเรียนรู้ด้วยตัวเอง การแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน และมีใจกว้างยอมรับการเรียนรู้หลายรูปแบบ

## 9.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังต่อไปนี้

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

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

วรพรรณ รุ่งศิริวงศ์ (2540) ศึกษาโรคของผู้สูงอายุและการดูแลรักษา พบว่า ผู้สูงอายุประกอบอาหารเองร้อยละ 65.0 และการดูแลตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พิทักษ์ ศิริวัฒน์เมธานนท์และคณะ(2540) พบว่า ร้อยละ 69.5 ผู้สูงอายุเปลี่ยนเสื้อผ้าที่สวมใส่และทำความสะอาดเอง ตลอดจนการทำมาสะอาดบ้านเรือน พร้อมทั้งจัดทำอาหารรับประทานเอง และพบว่า ร้อยละ 26 เจ็บป่วยด้วยโรคข้อ กล้ามเนื้อ การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ส่วนใหญ่เลือกใช้บริการสาธารณสุขของรัฐ

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

दनัย ธีวันดา และมลลณี แสนใจ (2544) ทำการศึกษาบทบาท ความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแล และความต้องการการดูแลรักษาสุขภาพ ของผู้สูงอายุในเขต 7 ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี ยโสธร ศรีสะเกษ มุกดาหาร อำนาจเจริญ ร้อยเอ็ด และนครพนม เก็บรวบรวมข้อมูล โดยวิธีการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคประจำตัว (ร้อยละ 51.0) โดยเป็นโรคปวดข้อมากที่สุด(ร้อยละ 36.5) รองลงมาคือ โรคกระเพาะอาหาร และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 10.0 และ 2.3 ตามลำดับ) ผู้สูงอายุส่วนมาก สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องมีคนช่วยเหลือ (มากกว่าร้อยละ 90) อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุทุกคนอยากให้มิผู้ดูแลตลอดไป (ร้อยละ 100.0) และบุตรเป็นผู้ที่ผู้สูงอายุ อยากให้เป็นผู้ดูแลมากที่สุด (ร้อยละ 78.8) บทบาทหลักของผู้ดูแลคือ การพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ (ร้อยละ 40.0) และการช่วยเหลือด้านการหุงหาอาหาร (ร้อยละ 96.5) ปัญหาส่วนใหญ่ของผู้ดูแล คือ ต้องดูแลผู้อื่นอีก นอกเหนือจากที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ และปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 61.6 และ 52.3 ตามลำดับ) ในด้านความต้องการของผู้ดูแล พบว่า ส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ (ร้อยละ 51.3) ต้องการทราบแหล่งสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ 47.4) และต้องการความรู้ที่ถูกต้อง เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ 45.5) การดูแลผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้มีสุขภาพอนามัยที่ดีนั้น ควรเน้นให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ ในการดูแลผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคเรื้อรัง ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคปวดข้อ ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุ ดังนั้น การปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง เช่น การควบคุมน้ำหนักตัว เพื่อป้องกันไม่ให้ข้อรับน้ำหนัก ตัวมากเกินไป การบริหารกล้ามเนื้อที่พยุงข้อให้แข็งแรง การไม่ซื้อยามารับประทานเอง เมื่อมีอาการปวด จะช่วยบรรเทาปัญหาสุขภาพดังกล่าวของผู้สูงอายุลงได้ นอกจากนี้ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน โดยมีหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และองค์กรส่วนท้องถิ่น เข้ามาสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และสื่อมวลชนควรมีบทบาท ในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารประชาชน ในวงกว้าง เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพ ที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ควรเผยแพร่แก่หน่วยงาน หรือองค์กรที่ให้ความช่วยเหลือ และสนับสนุน เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ให้แพร่หลายยิ่งขึ้น

ไกรสิทธิ์ ตันติศิริรินทร์(2544) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง โภชนาการ กับ สุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจุบัน แนวโน้มประชากรผู้สูงอายุมีเพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงการทำงาน ของระบบอวัยวะต่างๆ เป็นผลจากความเสื่อมตามอายุ และสิ่งแวดล้อม อาหาร และโภชนาการ มีความสำคัญต่อการชะลอความเสื่อม โดยคงไว้ซึ่ง ความสมดุลของเมตาบอลิซึมของร่างกาย โดยทั่วไปผู้สูงอายุมีความต้องการพลังงานจากอาหารลดลง เนื่องจากอัตราเมตาบอลิซึมพื้นฐาน และกิจกรรมการใช้พลังงานต่างๆ ลดลง ผู้สูงอายุควรได้รับโปรตีนโดยเฉลี่ย 0.8-1 กรัมต่อน้ำหนักตัว กิโลกรัมต่อวัน และควรเป็นโปรตีนคุณภาพดี เช่น จากเนื้อสัตว์ต่างๆ หรือปลา ควรได้รับคาร์โบไฮเดรตร้อยละ 55-60 และจำกัดไขมันไม่เกินร้อยละ 30 โดยเน้นไขมันจากพืช การเลือก

บริโภคสารอาหารหลัก และแร่ธาตุปริมาณน้อย ในปริมาณพอเหมาะ ให้ผลในการบรรเทา และป้องกันโรคเรื้อรัง ที่ไม่ติดต่อกัน ในผู้สูงอายุ เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคกระดูกพรุน ฯลฯ ผู้สูงอายุควรได้รับน้ำเพียงพอด้วย มีความจำเป็นที่ต้องสนับสนุน ให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายสม่ำเสมอ ทั้งนี้เพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อ และข้อต่างๆ มีความแข็งแรง และทนทาน และยังเป็นการช่วยลดการสูญเสียมวลกระดูก และลดอัตราเสี่ยง ของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้อีกด้วย

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

ยุวดี รอดจากภัยและคณะ (2555) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ความต้องการ การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้แนวคิด (Community based service) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุจำนวน 400 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพด้วยแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า 1) สถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุเรียงลำดับ 5 ลำดับ ดังนี้ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขข้อ โรคกระดูกเสื่อม และโรคกระเพาะอาหาร 2) ความต้องการของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีความต้องการความรกรักจากบุคคลใกล้ชิด ต้องการกำลังใจจากญาติ พี่น้อง และบุคคลใกล้ชิด และต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีดูแลผู้สูงอายุ 3) การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีเป็นส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การลดความเครียด การรับประทานยา และการพักผ่อนให้เพียงพอ รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีดังนี้ 1) การดูแลเมื่อเจ็บป่วยจะไปพบแพทย์เพื่อรักษา 2) การให้คำปรึกษา ญาติใกล้ชิด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล และแพทย์ เป็นที่ปรึกษาและที่พึ่งของผู้สูงอายุ 3) การแสวงหาความรู้ ผู้สูงอายุต้องการความรู้ด้านการดูแลตนเอง วิธีการดูแลสุขภาพ สำหรับความช่วยเหลือต้องการความช่วยเหลือด้านการเงิน 4) การสนับสนุนให้กำลังใจ และสัมพันธภาพกับคนในครอบครัวดีและมีกำลังใจ 5) การเผชิญความเครียด และช่วยผ่อนคลายความเครียด ผู้สูงอายุจะเครียดในเรื่องการเจ็บป่วย ลูก สามี และ

การเงิน และ 6) การปฏิบัติการดูแลรักษาสุขภาพ มีวิธีการดังนี้ ฟังธรรม สวดมนต์ ปรับชีวิตความเป็นอยู่อย่างพอเพียง

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

เพ็ชรงาม ไชยวานิช และคณะ (2555) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ พบว่า จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่เข้าร่วมโครงการ มีจำนวนทั้งสิ้น 314 คน แยกเป็นเพศหญิง 239 ราย เพศชาย 75 ราย โดยมีอายุเฉลี่ย อยู่ที่  $67.06 \pm 5.54$  ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสหรืออาศัยอยู่กับคู่ชีวิตมากถึงร้อยละ 44.90 รองลงมามีสถานภาพ แยก/หย่า/หม้าย ร้อยละ 36.18 และ สถานภาพโสดร้อยละ 95.36 การศึกษาส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 15.93 อยู่ในช่วงประถมถึงมัธยมศึกษาตอนปลายถึงร้อยละ 63.46 การประกอบอาชีพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองแสนสุขนั้นส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ถึงร้อยละ 63.46 รองลงมามีอาชีพ รับจ้างร้อยละ 50 รองลงมามีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 45.22 โดยที่มีรายได้เฉลี่ยของผู้สูงอายุทั้งหมดอยู่ที่ 8007.6865 บาทต่อเดือน ในด้านพฤติกรรมพบว่า ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 97.63) ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 91.22) กลุ่มผู้สูงอายุทั้งหมดออกกำลังกายโดยเฉลี่ย 3วัน/สัปดาห์ โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ออกกำลังกายอยู่ที่ 1-4 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 65.53 และออกกำลังกาย 5-7 วัน/สัปดาห์ร้อยละ 34.47 โรคประจำตัวพบว่า ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 63.19 รองลงมาคือโรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 34.30 โรคเบาหวานร้อยละ 26.77 และโรคหัวใจ ร้อยละ 4.18 คุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.27 คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย  $91.82 + 10.42$  มีองค์ประกอบทางด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนน  $25.33 + 3.29$  มี

องค์ประกอบทางด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นคะแนน 21.80+3.12 องค์ประกอบทางด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นคะแนน 8.94+1.96 มีองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นคะแนน 28.60+4.05 ภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดพบว่าผู้ที่มีภาวะโภชนาการปกติร้อยละ 64.44 มีคะแนน 26.55 มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการร้อยละ 35.15 ระดับคะแนนเฉลี่ย 21.55 และมีภาวะทุพโภชนาการเพียง 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.41 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจากการตั้งสมมติฐานเพื่อทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงของปัจจัยที่ทำการศึกษาโดยกำหนดให้มีนัยสำคัญที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้และทัศนคติระดับดีมากในเรื่องการออกกำลังกาย การออกกำลังกายมากกว่า 4 ครั้งต่อสัปดาห์มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ และการให้ความรู้ในด้านการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและใจดีขึ้น ภาวะโภชนาการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทุกๆมิติอย่างมีนัยสำคัญ

พรทิพย์ มาลาธรรมและคณะ (2553) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ จะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต โดยการวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถของตัวแปรคัดสรร (อายุ ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ดัชนีมวลกาย กิจกรรมทางกาย การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนของครอบครัว) ในการร่วมกันทำนายระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเข้ารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคเบาหวานที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลควนขนุน และศูนย์สุขภาพชุมชนควนขนุน จังหวัดพัทลุง ระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2548 จำนวน 120 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล การทำกิจกรรมทางกาย การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนของครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบอันดับของสเปียร์แมน และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบ Enter ผลการศึกษาพบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น เป็นเพศหญิงร้อยละ 73.3 และมีระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน 2 เดือน ถึง 30 ปี ซึ่งเมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์พบว่า กิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ตัวแปรอื่นๆ ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อนำตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาทั้งหมด มาวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุโดยวิธี Enter พบว่าตัวแปรดังกล่าวสามารถร่วมอธิบายความแปรปรวนของระดับน้ำตาลในเลือดได้ร้อยละ 16.3 โดยพบว่า กิจกรรมทางกาย/การออกกำลังกาย สามารถอธิบายความแปรปรวนของระดับน้ำตาลในเลือดได้มากที่สุด รองลงมาคือ ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า ควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างไรก็ตาม ชนิดของการออกกำลังกาย ความหนัก ระยะเวลา และความถี่ ของการทำกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย ยังคงต้องการการศึกษาอีกต่อไป

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

ศิริรัตน์ กาญจนวชิรกุล และคณะ (2554) ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับ บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 ชลบุรี การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพ การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 ชลบุรีกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยเบาหวาน ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 ชลบุรีจำนวน 60 คน สุ่มผู้ป่วยเบาหวานเพื่อเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ซึ่งกลุ่มทดลองได้เข้าโปรแกรมสุขภาพ การดูแลสุขภาพตนเอง โดยมีกิจกรรมการเรียนรู้ 5 ครั้ง คือเรื่องโรคเบาหวานและการออกกำลังกายเมนูทองของผู้ป่วยเบาหวานทำอย่างไรไม่ให้เกิดผลที่ให้อันตรายจากการใช้ยาเบาหวาน และปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเองระหว่างเดือนกันยายน 2552 ถึง เดือนตุลาคม 2553 รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยตรวจเลือดวัดระดับน้ำตาลในกระแสเลือด (FBS) และค่าน้ำตาลรวมสะสมในเลือด (HbA1c) ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง แล้วนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่า t-test ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองโดยใช้โปรแกรมสุขภาพการดูแลสุขภาพตนเอง มีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การดูแลสุขภาพตนเอง และพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน ไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม และระดับน้ำตาลในกระแสเลือด (FBS) และค่าน้ำตาลรวมสะสมในเลือด (HbA1c) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน จากผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การจัดโปรแกรมสุขภาพการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 3 ชลบุรียังไม่มีผลต่อความรู้พฤติกรรม และระดับน้ำตาล



ในกระแสเลือดของผู้ป่วยเบาหวานอาจเนื่องมาจากรูปแบบการให้ความรู้ยังไม่น่าสนใจ ดังนั้นควรมีการพัฒนาโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพน่าสนใจและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

ศิริมา วงศ์แหลมทอง. (2542) ทำการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 200 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ และสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำมาก ( $r_{pb} = .18$  และ  $p < .05$ ) ส่วนการศึกษาและรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับ ปานกลาง ( $r_{pb} = .53$  และ  $p < .001$ ) และผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ด้าน อายุ และรายได้ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้ร้อยละ 38.17 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

ชนะ ธนะสาร อัมพร ศรีประเสริฐสุข พิรุณรัตน์ เต็มสุขสวัสดิ์ ปทุมพร โพธิ์กาศ ศุภมิตร บัวเสนา ญาณินี ภูพัฒน์ และณัฐธิดา สุพรรณภพ (2553) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกรณีศึกษาผู้สูงอายุในค่ายบุรฉัตร ราชบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เพศชายและเพศหญิงที่อยู่ในค่ายบุรฉัตร ราชบุรีจำนวน 50 คน สุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงโดยใช้หลักทฤษฎีความน่าจะเป็น กลุ่มตัวอย่างการเลือกแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) เครื่องมือใช้แบบวัดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS) และแบบสอบถามข้อมูลเบื้องต้นของผู้วิจัย เก็บข้อมูลเป็นระยะ 1 เดือน คือ เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2553 ผลการศึกษากาการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาเดิมที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ในค่ายบุรฉัตร ราชบุรีมีภาวะสุขภาพจิตแตกต่างจากผู้สูงอายุที่อยู่ ในเขตอื่นของราชบุรี และต่างจังหวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ต่อเดือนมีภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนตั้งแต่ 15,001 บาท ขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้สูงอายุที่มีที่มาของรายได้ที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีการเยี่ยมเยียนของบุตรหลานที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกันผู้สูงอายุที่มีการปฏิบัติศาสนกิจตามความเชื่อของศาสนาแตกต่างกัน มีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีการเข้ากลุ่มพบปะสมาคมกับเพื่อนบ้านที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิต ไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติของสายตาที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีการสูบบุหรี่ที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีการดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิต ไม่แตกต่างกัน

วิชาญ ชูรัตน์ โยธิน แสงวงดี และสุภาพร อรุณรักษ์สมบัติ (2554) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตามลักษณะ ทางประชากรและสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ และเพื่อศึกษาอิทธิพลของ

ปัจจัยด้านประชากรและสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจ ที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหา สุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย โดยใช้ข้อมูลโครงการสำรวจสุขภาพจิตคนไทย พ.ศ. 2553 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยคัดเลือกเฉพาะผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมาใช้ในการศึกษา ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต ส่วนใหญ่ อยู่ในภาคกลาง และอยู่นอกเขตเทศบาลมากกว่าในเขตเทศบาล เป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย เมื่อผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มขึ้นจะทำให้มีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น และ ที่สำคัญส่วนใหญ่เป็นหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษา สูงขึ้นจะมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตลดลงอย่างเห็นได้ชัด เมื่อพิจารณาปัจจัย ด้านสุขภาพ พบว่า ผู้ที่มีความพิการแต่กำเนิด และหลังกำเนิดเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพ จิตมากกว่าผู้ที่ไม่พิการ สำหรับปัจจัยด้านเศรษฐกิจ พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานจะมี ภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่ทำงานเล็กน้อย และเมื่อค่าใช้จ่าย ทั้งสิ้นของครัวเรือนเพิ่มขึ้นผู้สูงอายุจะมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตลดลง ผู้สูงอายุ ที่อยู่ในครัวเรือนที่มีฐานะยากจนมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าผู้ที่อยู่ใน ครัวเรือนที่ไม่จนเกือบ 2 เท่า จากการวิเคราะห์ อิทธิพลของปัจจัยทางประชากรและสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย พบว่า ภาค เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา ความเป็นผู้นำในครัวเรือน ความพิการ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความสามารถในการเดินทางไปนอกพื้นที่ ค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น ของครัวเรือน และฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนมีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหา สุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อรสา ไยยองและ พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2554) ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจาก การสูญเสียของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหาความชุกของ ภาวะซึมเศร้า อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี ผู้วิจัยทำการศึกษาในผู้สูงอายุ จำนวน 400 ราย ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม - พฤศจิกายน พ.ศ. 2553 โดยการตอบแบบสอบถาม 4 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ 3) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย และ 4) แบบประเมินความสัมพันธ์ และหน้าที่ของครอบครัว ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุ จำนวน 400 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.5) มีอายุเฉลี่ย 68.8 ปี พบว่า มีภาวะซึมเศร้า 53 ราย (ร้อยละ 13.2) แบ่งเป็นภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 31 ราย (ร้อยละ 7.8) ภาวะซึมเศร้าปานกลาง 21 ราย (ร้อยละ 5.2) และภาวะซึมเศร้ารุนแรง 1 ราย (ร้อยละ 0.2) พบอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ 65 ราย (ร้อยละ 16.2) และพบว่า ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 69.0) ปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป ( $p < 0.01$ ) สถานภาพ โสด/หม้าย/หย่าร้าง/หรือแยกกันอยู่ ( $p < 0.01$ ) ไม่ได้รับ การศึกษา ( $p < 0.05$ ) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ( $p < 0.01$ ) ไม่มีรายได้/หรือมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ( $p < 0.01$ ) ไม่ได้รับรายได้จากการประกอบอาชีพ ( $p < 0.01$ ) ฐานะการเงินครอบครัวที่ไม่เพียงพอ ( $p < 0.01$ ) ที่พักอาศัยที่ไม่ใช่ของตนเอง ( $p < 0.01$ ) การไม่ได้ พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส ( $p < 0.05$ ) การพักอยู่คนเดียว ( $p < 0.05$ ) มีโรคประจำตัวทางกาย ( $p < 0.05$ ) ประวัติ โรคทางจิตเวช ( $p < 0.01$ ) การใช้สารเสพติด ( $p < 0.01$ ) การสูญเสียบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด ( $p < 0.05$ ) การสูญเสียบุคคลใกล้ชิดที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด

( $p < 0.05$ ) ความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดี ( $p < 0.01$ ) ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป ( $p < 0.05$ ) ฐานะการเงิน ครอบครัวที่ไม่เพียงพอ ( $p < 0.01$ ) การใช้สารเสพติด ( $p < 0.05$ ) การสูญเสียบุคคลใกล้ชิดที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด ( $p < 0.05$ ) และความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดี ( $p < 0.01$ ) และสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ พบได้สูงในช่วงอายุที่มากกว่า 75 ปี ผู้ที่ประสบ ปัญหาการเงิน เหตุการณ์การสูญเสีย รวมถึงผู้ที่ขาดการสนับสนุนที่ดีจากครอบครัว การช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุ ได้รับการสนับสนุนทางจิตสังคมที่ดี และผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย น่าจะช่วยลดความเสี่ยง ของการเกิดภาวะซึมเศร้าลงได้

จุฑารัตน์ สติธิปัญญา และพรชัย สติธิปัญญา (2548) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราชุกของภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลประสาทสงขลา ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2544-มกราคม พ.ศ. 2545 กลุ่มตัวอย่างได้รับการเลือกแบบเจาะจง จำนวน 378 ราย ทำการเก็บข้อมูลหลังจากป่วยได้ 2-4 สัปดาห์ โดยวิธีการสัมภาษณ์และสังเกตผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร, แบบประเมินสมรรถภาพทางสมองของไทย (TMSE), แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) และแบบวัดการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) .91 และ .79 และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของบาร์เธล (Barthel's index) ผลการศึกษาวิจัย พบว่า อัตราชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 92 โดยพบในระดับเล็กน้อย และปานกลางใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 43 และพบภาวะซึมเศร้าในระดับสูง ร้อยละ 6 ปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถอธิบายการผันแปรของภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม อาชีพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และเพศโดยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำจะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง ผู้ป่วยที่มีอาชีพรับราชการหรือธุรกิจส่วนตัวจะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอาชีพเกษตรกร/งานบ้าน ผู้ป่วยที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองได้น้อย จะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้มาก และเพศชายจะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศหญิงโดยปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถอธิบายการผันแปรของภาวะซึมเศร้าได้มากที่สุด ( $\beta = .44$ ) รองลงมาคือ อาชีพ ( $\beta = .30$ ) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ( $\beta = .25$ ) และเพศ ( $\beta = .05$ ) ค่าความสามารถในการร่วมทำนายภาวะซึมเศร้าของทุกตัวแปรอยู่ในระดับปานกลาง คือ ร้อยละ 48 (multiple  $R^2 = .48$ ) สำหรับตำแหน่งของพยาธิสภาพในสมองไม่สามารถอธิบายการผันแปรของภาวะซึมเศร้าได้

วรวรรณ จันทวีเมือง และเจตินภา แสงสว่าง (ม.ป.ป.) ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ : กรณีศึกษา ต.ชะแล้ อ.สิงหนคร จ.สงขลา โดยศึกษาในผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมคัดกรองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในตำบลชะแล้ อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา จำนวน 72 คน การสุ่มกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากตารางของ Krejcie and Morgan เครื่องมือที่ใช้คือ แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric

Depression Scale: TGDS) ซึ่งพัฒนาโดย นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ (2534) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความเศร้าอยู่ในเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 83.33 รองลงมา คือ เศร้าระดับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 15.18 และน้อยที่สุด คือเศร้าระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 1.39 ไม่พบผู้สูงอายุที่มีระดับความซึมเศร้ารุนแรง

ช่อผกา สุทธิพงศ์ และ ศิริอร สิทธิ (2555 , หน้า 29) ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองในเขตชุมชนเมือง โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลศิริราช หรือเคยรับการรักษาที่โรงพยาบาล ศิริราช และไปอยู่บ้านในเขตชุมชน จำนวน 3 เขต คือ เขตบางกอกน้อย เขตธนบุรี และเขตภาษีเจริญ เลือกร้อยละ 10 โดยวิธีสุ่มแบบไม่แทนที่ ได้ตัวอย่างจำนวน 168 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลแบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบประเมินสภาพผิวหนัง แบบวัดความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองและแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัย พบว่า ผลกดทับ ( $r = .427, p < .05$ ) และความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ( $r = .293, p < .05$ ) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการสนับสนุนทางสังคม ( $r = -.385, p < .05$ ) มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณพบว่า ผลกดทับ ( $\beta = .324, p < .001$ ) ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ( $\beta = .212, p < .01$ ) และการสนับสนุนทางสังคม ( $\beta = -.276, p < .001$ ) สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่เพศและอายุไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ ตัวแปรทุกตัวสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 30.8 และมีข้อเสนอแนะให้ บุคลากรในทีมสุขภาพควรมีการจัดกระทำปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองในเขตชุมชนเมืองด้วยการจัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันผลกดทับ การลดความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และการให้การสนับสนุนที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

อรสา ไยยง และ พิรพนธ์ ลือบุญวัชชัย (2554 , หน้า 117) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจาก การสูญเสียของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี เพื่อหาความชุกของภาวะซึมเศร้า อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ของผู้สูงอายุ จำนวน 400 ราย มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม - พฤศจิกายน พ.ศ. 2553 แบบสอบถาม 4 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ 3) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย และ 4) แบบประเมินความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัว ผลการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.5) มีอายุเฉลี่ย 68.8 ปี พบว่า มีภาวะซึมเศร้า 53 ราย (ร้อยละ 13.2) แบ่งเป็นภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 31 ราย (ร้อยละ 7.8) ภาวะซึมเศร้าปานกลาง 21 ราย (ร้อยละ 5.2) และภาวะซึมเศร้ารุนแรง 1 ราย (ร้อยละ 0.2) พบอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ 65 ราย (ร้อยละ 16.2) และพบว่า ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 69.0) ปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป ( $p < 0.01$ ) สถานภาพ โสด/หม้าย/หย่าร้าง/หรือแยกกันอยู่ ( $p < 0.01$ ) ไม่ได้รับการศึกษา ( $p < 0.05$ ) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ( $p < 0.01$ ) ไม่มีรายได้/

หรือมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ( $p < 0.01$ ) ไม่ได้รับรายได้จากการประกอบอาชีพ ( $p < 0.01$ ) ฐานะการเงินครอบครัวที่ไม่เพียงพอ ( $p < 0.01$ ) ที่พักอาศัยที่ไม่ใช่ของตนเอง ( $p < 0.01$ ) การไม่ได้ พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส ( $p < 0.05$ ) การพักอยู่คนเดียว ( $p < 0.05$ ) มีโรคประจำตัวทางกาย ( $p < 0.05$ ) ประวัติโรคทางจิตเวช ( $p < 0.01$ ) การใช้สารเสพติด ( $p < 0.01$ ) การสูญเสียบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด ( $p < 0.05$ ) การสูญเสียบุคคลใกล้ชิดที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด ( $p < 0.05$ ) ความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดี ( $p < 0.01$ ) ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป ( $p < 0.05$ ) ฐานะการเงินครอบครัวที่ไม่เพียงพอ ( $p < 0.01$ ) การใช้สารเสพติด ( $p < 0.05$ ) การสูญเสียบุคคลใกล้ชิดที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด ( $p < 0.05$ ) และความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดี ( $p < 0.01$ ) สรุปว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ พบได้สูงในช่วงอายุที่มากกว่า 75 ปี ผู้ที่ประสบ ปัญหาการเงิน เหตุการณ์การสูญเสีย รวมถึงผู้ที่ขาดการสนับสนุนที่ดีจากครอบครัว การช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุ ได้รับการสนับสนุนทางจิตสังคมที่ดี และผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย น่าจะช่วยลดความเสี่ยง ของการเกิด ภาวะซึมเศร้าวลงได้

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

แดเนียล รัสเซล และ แคโรลีน คัทโทรนา (Daniel Russell ; Carolyn Cutrona, 1991) ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุ: การทดสอบรูปแบบกระบวนการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคม ประสบการณ์ลบในชีวิต และ ความยุ่งยากในชีวิตประจำวัน ต่อภาวะซึมเศร้า โดยการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 301 คน เป็นรายบุคคล จำนวน 3 ครั้ง ในช่วงระยะเวลา 6 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม อิเล็กทรอนิกส์ เป็นประจำทุกเดือน จำนวน 12 เดือน ซึ่งจะทำการศึกษาประเมินผลการสนับสนุนทางสังคมของ ผู้สูงอายุว่าสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงของผู้สูงอายุได้หรือไม่ ในช่วง 12 เดือน ซึ่งพบว่า การ

สนับสนุนทางสังคม และระดับภาวะซึมเศร้า สามารถบ่งบอกความยุ่งยากประจำวันของผู้สูงอายุได้ แต่ไม่สามารถบ่งบอกเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นในชีวิตของผู้สูงอายุได้ ผลกระทบของการสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า และเหตุการณ์สำคัญในชีวิตที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ยังคงอยู่อย่างมีนัยสำคัญ โดยไม่รวมถึงผลสะท้อนของอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากความยุ่งยากในชีวิต หรือปัญหาของความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับบุคคลอื่นหรือคนที่ติดต่อเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในเหตุการณ์ที่สำคัญของชีวิต ความยุ่งยากในชีวิตของผู้สูงอายุสะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบจากเหตุการณ์สำคัญในชีวิต ซึ่งมีผลต่อเนื่องมาสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ไม่พบความแตกต่างระหว่างผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง ส่งผลต่อรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ

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

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

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

แผนงานวิจัย “การพัฒนาเมืองผู้สูงอายุแสนสุข Development Saensuk Happiness Elderly Community Model” เป็นแผนงานต่อเนื่อง โดยมีระยะเวลาการศึกษาวิจัยต่อเนื่อง 3 ปี (พ.ศ.2556 - 2558) โดยแผนงานวิจัย “การพัฒนาเมืองผู้สูงอายุแสนสุข Development Saensuk Happiness Elderly Community Model” เป็นแผนงานวิจัยที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 จากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ โดยมีโครงการวิจัยย่อย ภายใต้แผนงานวิจัยจำนวน 6 โครงการย่อย ดังนี้

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

ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย : ผศ.ดร.รัชนิภรณ์ ทรัพย์กรานนท์ สัตว์ส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 30

ผู้ร่วมโครงการวิจัย : ผศ.ดร.วารีย์ กังใจ สัตว์ส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 30

ผศ.ดร.สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ สัตว์ส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 20

ดร.ชมนาด สุ่มเงิน สัตว์ส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 20

หน่วยงานหลัก : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

หน่วยงานสนับสนุน : เทศบาลเมืองแสนสุข

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

ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย : ดร.เวธกา กลิ่นวิชิต สัตว์ส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 50

ผู้ร่วมโครงการวิจัย : ดร.กาญจนา พิบูลย์ สัตว์ส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 10

ผศ.นพ.พิสิษฐ์ พิริยาพรธณ สัตว์ส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 10

ดร.พวงทอง อินใจ สัตว์ส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 10

ดร.สรรร กลิ่นวิจิต สัตว์ส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 10

นางสาวคณิงนิจ อุลิมาศ สัตว์ส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 10

หน่วยงานหลัก : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

หน่วยงานสนับสนุน : เทศบาลเมืองแสนสุข

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

ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย : ดร.สรรร กลิ่นวิจิต สัตว์ส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 50

ผู้ร่วมโครงการวิจัย : ดร.พวงทอง อินใจ สัตว์ส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 20

ดร.เวธกา กลิ่นวิจิต สัตว์ส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 20

นางสาวพลอยพันธุ์ กลิ่นวิจิต สัตว์ส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 10

หน่วยงานหลัก : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

หน่วยงานสนับสนุน : คณะศึกษาศาสตร์ และเทศบาลเมืองแสนสุข

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

ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย : นางสาวพวงทอง อินใจ สัตว์ส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 50

ผู้ร่วมโครงการวิจัย : รศ.ดร.สมหมาย แจ่มกระจ่าง สัตว์ส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 20

รศ.ดร.ศรীরรณ ยอดนิล สัตว์ส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 20

นางสาวน้ำทิพย์ คำแร่ สัตว์ส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 10

หน่วยงานหลัก : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

หน่วยงานสนับสนุน : คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และเทศบาลเมืองแสนสุข



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

ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัย

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

หน่วยงานหลัก : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

หน่วยงานสนับสนุน : เทศบาลเมืองแสนสุข

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

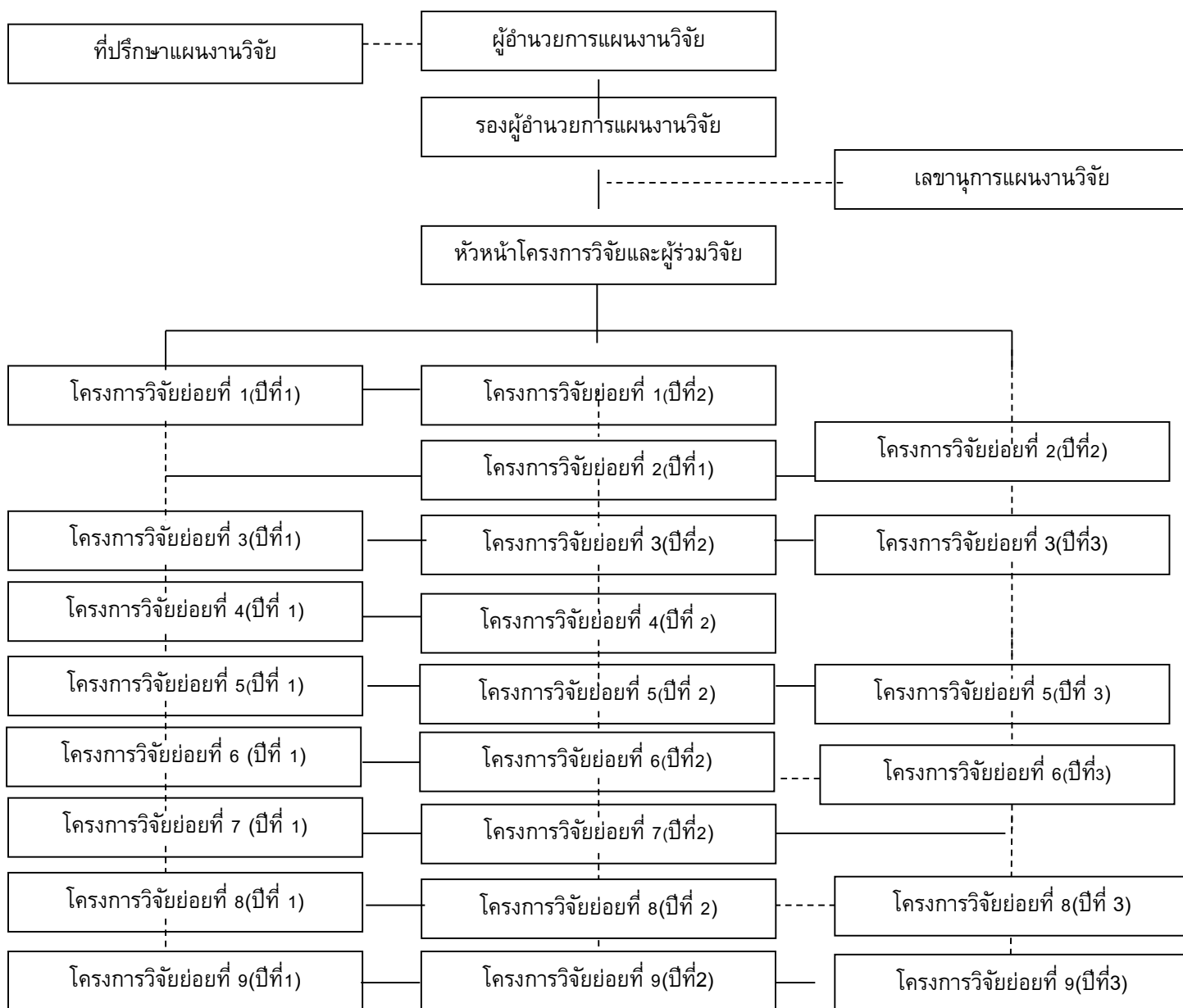
ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัย

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

หน่วยงานหลัก : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

## แผนการบริหารแผนงานวิจัย

### โครงสร้างแผนงานวิจัย



ในการดำเนินการของแผนงานวิจัยนี้ มีการควบคุม กำกับโครงการวิจัยในแต่ละโครงการวิจัยย่อย โดย คณะผู้บริหารแผนงานวิจัย ซึ่งประกอบด้วย

ที่ปรึกษาแผนงานวิจัย ได้แก่

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

หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบแผนงาน: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ผู้อำนวยการแผนงานวิจัย: ดร. เวธกา กลิ่นวิจิต  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

รองผู้อำนวยการแผนงานวิจัย: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ  
คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เลขานุการแผนงานวิจัย: นางสาวคณินิจ อูสีมาศ  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

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

#### หน่วยงานสนับสนุน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
คณะแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร มหาวิทยาลัยบูรพา

#### กลยุทธ์ของแผนงานวิจัย

เพื่อให้สามารถพัฒนาชุมชนต้นแบบผู้สูงอายุสุขภาพดี และได้รูปแบบและการบริหารจัดการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสม ต่อทั้งสภาพชุมชน สภาพเศรษฐกิจและสังคม หน่วยงานที่รับผิดชอบ คือ คณะแพทยศาสตร์และกลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพจึงได้ประสานความร่วมมือในลักษณะของสหสาขาวิชาชีพ ในการบูรณาการการดูแลดังกล่าว รวมทั้งการประสานความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โดยการสนับสนุนของฝ่ายวิชาการและวิจัย ของศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพคณะแพทยศาสตร์ ในการจัดทำข้อเสนอแผนงานวิจัยการพัฒนาเมืองผู้สูงอายุแสนสุขขึ้นโดยมีกลยุทธ์ที่สำคัญดังนี้

1. โครงสร้างประชากรผู้สูงอายุในภาคตะวันออกและจังหวัดชลบุรี เพิ่มมากขึ้นตามลักษณะของโครงการประชากรผู้สูงอายุไทย

2. สถานการณ์ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและจังหวัดชลบุรี มีภาวะเจ็บป่วยและโรคเรื้อรังเป็นจำนวนมาก
3. มีการถ่ายโอนความรับผิดชอบด้านสวัสดิการ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นช่วยเหลือดูแล ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการประสานความร่วมมือในการสร้างความมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ
4. มหาวิทยาลัยบูรพา มีการกำหนดนโยบายในแผนยุทธศาสตร์มหาวิทยาลัยสู่ความเป็นเลิศในศาสตร์ผู้สูงอายุ โดยสามารถประสานความร่วมมือในการผลิตผลงานทางวิชาการและวิจัยในศาสตร์ดังกล่าว ในกลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพได้โดยง่าย
5. ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ เป็นหน่วยงานที่สังกัดมหาวิทยาลัยบูรพา ที่มีโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เป็นหน่วยงานในสังกัด มีความพร้อมทั้งทางด้านบุคลากร แพทย์พยาบาล และนักวิชาการทางด้านสุขภาพ สถานที่ ทรัพยากรพื้นฐาน ในการที่จะบริหารจัดการ เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุได้
6. การวิจัยเพื่อพัฒนาเมืองผู้สูงอายุแสนสุขนี้ มีความสอดคล้องและตอบสนองต่อนโยบายการบริการสุขภาพอนามัยตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ต้องการการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการซ่อมแซม สามารถให้การดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด เป็นการเน้นการให้บริการเชิงรุกและส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคหรือภาวะแทรกซ้อน มากกว่าการรักษาโรค ซึ่งเป็นการลงทุนที่น้อยกว่า และมีความคุ้มค่ามากกว่า
7. การพัฒนาเมืองผู้สูงอายุแสนสุข จะมีความครอบคลุมตั้งแต่การวินิจฉัยและวิเคราะห์สถานการณ์ชุมชน ค้นหาและประเมินศักยภาพเดิมของชุมชน และพัฒนาร่วมกันกับชุมชนในการสร้างและพัฒนาชุมชนหรือเมืองต้นแบบในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อน การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุ
8. มีการดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัย ถึงขั้นตอนของการถ่ายทอดและเผยแพร่การวิจัยสู่ผู้รับผลงานผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของการจัดการความรู้เพื่อให้เกิดการต่อยอดผลการศึกษาวิจัยต่อไป

#### ระยะเวลา

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

#### สถานที่ทำการวิจัย

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และเขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

## วิธีการดำเนินการวิจัย

ในปีที่ 3 ระยะที่ 3 โครงการวิจัยย่อย แต่ละโครงการวิจัย ดำเนินการศึกษาวิจัยตามวิธีการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

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

#### 1. รูปแบบการวิจัย (Research Design)

ในระยะที่ 3 เป็นการวิจัยประเมินและติดตามผลการใช้รูปแบบการพัฒนาแกนนำสุขภาพนิสิต

ขั้นตอนในการวิจัย (วิธีการในการเก็บข้อมูล ประชากร กลุ่มตัวอย่าง ฯลฯ)

**ปีที่ 2** การประเมินศักยภาพของแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เกี่ยวกับ การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ปัญหาด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ความสามารถในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

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

ตาราง 1 แสดงจำนวนประชากรนิสิตมหาวิทยาลัยบูรพา ปีการศึกษา 2554

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

ข้อมูลจาก : สำนักบริการการศึกษา งานทะเบียน ณ เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2554  
กลุ่มตัวอย่าง คือ แกนนำนิสิตมหาวิทยาลัยบูรพาที่กำลังศึกษาอยู่ในมหาวิทยาลัยบูรพา

อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างโดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางเครจซี่และมอร์แกน(Robert V. Krejcie and Earyle W. Morgan. 1970 ) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 380 คน (Robert V. Krejcie and Earyle W. Morgan. 1970 อ้างใน ธีรวิทย์ เอกะกุล, 2543)

ตัวแปรที่ศึกษา คือ

ตัวแปรต้น คือ

1. ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ศาสนา รายได้ของครอบครัว
2. ปัจจัยเอื้ออำนวย ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ
3. ปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ การได้รับการฝึกอบรม หรือการนิเทศจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ตัวแปรตาม คือ

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. ปัญหาด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
3. ความสามารถในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

2. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการฝึกอบรมนิสิต นักศึกษา และผู้ช่วยนักวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยในปีที่ 2 ใช้แบบสอบถามเดียวกับในปีที่ 1 เพื่อประเมินศักยภาพของแกนนำนิสิตหลังได้รับการพัฒนาศักยภาพตามรูปแบบในปีที่ 1

3. สถานที่ในการศึกษาวิจัย

มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี

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

1. รูปแบบการวิจัย (Research Design)

ในระยะที่ 3 ปีที่ 3 เป็นการวิจัยประเมินและติดตามผลการใช้รูปแบบการพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน

2. ขั้นตอนในการวิจัย (วิธีการในการเก็บข้อมูล ประชากร กลุ่มตัวอย่าง ฯลฯ)

**ประชากร** ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ บุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 คน ของครัวเรือนที่อยู่ในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 23,925 ครัวเรือน

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนประชากรในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จำแนกตามเพศ และตำบลที่อยู่ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข

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

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

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ บุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุของครัวเรือนที่อยู่ในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างโดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางเครจซี่และมอร์แกน (Robert V. Krejcie and Earyle W. Morgan, 1970) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 377 คน

### ขั้นตอนการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเพื่อติดตามและประเมินผลศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำครอบครัวและชุมชนหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาแกนนำครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำครอบครัวและชุมชน เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี โดยมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้

**ขั้นตอนที่ 1** การจัดการความรู้ โดยการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของชุมชนนักปฏิบัติในแต่ละชุมชน ตามกระบวนการวิจัยในระยะที่ 2 จำนวน 5 ชุมชนนักปฏิบัติ เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่อยู่ในความรับผิดชอบของตนเอง บันทึกเป็นคลังความรู้

**ขั้นตอนที่ 2** การประเมินศักยภาพการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

โดยแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ

1. ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. ด้านการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล

**ขั้นตอนที่ 3** การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบผลการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ ก่อนและหลัง ได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ (Pre-Post test)

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยมีความครอบคลุมเนื้อหา และตัวแปรที่ศึกษา แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
- ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ
- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานงานกับพื้นที่
2. อบรมผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล
3. นัดหมายการประชุมแกนนำครอบครัวและชุมชนเพื่อการจัดการความรู้และประเมินผล การใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล
4. คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

## การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป นำมาแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย
2. ข้อมูลจากแบบสอบถามนำมาคำนวณ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

และเปรียบเทียบค่าที่

## สถานที่ในการศึกษาวิจัย

เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

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

1. รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การวิจัยปีที่ 3 นี้เป็นการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Quasi Experimental research) เพื่อศึกษาผลการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง เป็นการวิจัยเชิงทดลองประเภทสองตัวประกอบแบบวัดซ้ำหนึ่งตัวประกอบ (Two-factors Experiment with Repeated Measure on One factor)

ขั้นตอนในการวิจัย (วิธีการในการเก็บข้อมูล ประชากร กลุ่มตัวอย่าง ฯลฯ)



## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นโรคเรื้อรังและอยู่อาศัยในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ช่วงเดือน ตุลาคม 2557- มีนาคม 2558 จำนวน 2,425 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นโรคเรื้อรัง ที่อยู่อาศัยในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา และได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าแล้วมีคะแนนภาวะซึมเศร้าในระดับเศร้าปานกลาง-รุนแรงขึ้นไป จำนวน 39 คน และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่าง 32 คน แล้วนำมาสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 16 คน

## ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรต้น ได้แก่ วิธีการให้คำปรึกษาและระยะเวลาในการทดลอง

1.1 วิธีการให้คำปรึกษา จำแนกเป็น 2 วิธี คือ

1.1.1 วิธีการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส

โดยใช้เทคนิคครีมีพลังแห่งตน

1.1.2 วิธีปกติ การให้คำปรึกษาตามที่หน่วยงานจัด

1.2 ระยะเวลาในการทดลอง จำแนกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า

## ขั้นตอนในการวิจัย

วิธีดำเนินการทดลอง มีขั้นตอนในการดำเนินการ ดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 การประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ทำหนังสือขออนุญาต และขอความร่วมมือในการศึกษาวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อเข้าพื้นที่ศึกษาวิจัย

1.2 คณะผู้วิจัยพบผู้สูงอายุและผู้ดูแลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย

2. ขั้นตอนการ แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ

2.1 ระยะก่อนการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดและความสมัครใจโดยให้ผู้สูงอายุ ทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย แล้วคัดเลือกผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางขึ้นไป ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ได้จำนวน 32 คน ทำการสุ่ม อีกครั้ง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่า ๆ กันกลุ่มละ 16 คน บันทึกค่าคะแนนที่ได้ไว้เป็นคะแนนระยะก่อนการทดลอง

2.2 ระยะเวลาทดลอง เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2558 ถึง 30 กันยายน 2558 เป็นระยะเวลา 6 เดือน ผู้วิจัยดำเนินการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคสัมพัทธ์กับกลุ่มทดลอง (ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางและรุนแรง) ตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสกับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยสนทนาเป็นรายบุคคลกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อสัมภาษณ์ ทำความเข้าใจในการเข้าร่วมวิจัย ชี้แจงขั้นตอน แก่ผู้สูงอายุที่เป็นผู้รับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้ให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคนี้แต่ได้รับการให้คำปรึกษาด้วยวิธีปกติตามที่ทางหน่วยงานจัดให้ การทดลองครั้งนี้ เป็นการทดลองเป็นรายบุคคล วันละ 1 คน แบ่งเป็นช่วงเวลา 2 ครั้งต่อวัน ครั้งละ 45 นาที โดยเริ่มจากการผู้เข้าร่วมการทดลองคนที่ 1 , 2 , 3 , 4 ,และ..... ลำดับ ตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ โดยนัดหมาย วันละ 2-4 คน

2.3 ระยะเวลาหลังการทดลอง ผู้วิจัยสัมภาษณ์ความรู้สึกของผู้รับการให้คำปรึกษาถึงความรู้สึก ที่เกิดขึ้น ขณะและหลังได้รับการทดลองตามแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นหลังการทดลอง เป็นรายบุคคล จากนั้นทำการประเมินภาวะซึมเศร้า (post-test) ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบประเมินซึ่งเป็นฉบับเดียวกับที่ใช้ในระยะก่อนการทดลอง

2.4 ระยะเวลาติดตามผล โดยห่างจากระยะหลังการทดลองเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการประเมินภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดย แบบวัดฉบับเดิม เช่นเดียวกับระยะก่อนการทดลอง หลังจากเสร็จสิ้นระยะติดตามผล กลุ่มควบคุมได้รับการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคสัมพัทธ์กับตนเองเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

3. นำข้อมูลทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้องให้ครบถ้วน เพื่อเตรียมการวิเคราะห์ข้อมูล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำประเภทหนึ่งตัวแปร ระหว่างกลุ่ม และหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม (Repeated –measures analysis of variance : one between-subjects variable and one within-subject variable) (Howell , 1997 , p. 458, 1999 , p.357) และเมื่อพบความแตกต่างทำการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดจากการวัดทั้ง 3 ครั้งด้วยวิธีทดสอบรายคู่แบบ Least Significant Difference (LSD)

### สถานที่ทำการวิจัย/เก็บข้อมูล

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา เขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

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

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาคูณลักษณะผู้สูงอายุจิตอาสาต้นแบบ กระบวนการดำเนินกิจกรรมจิตอาสา และแนวทางการพัฒนาผู้สูงอายุจิตอาสาเมืองแสนสุข โดยรูปแบบการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological research)

2. กลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) แบบลูกโซ่ (snow ball) ในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีประสบการณ์การทำงานเป็นจิตอาสา ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข อย่าง ต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 3 เดือน สามารถสื่อสารและช่วยเหลือตนเองได้ และสมัครใจให้ข้อมูล จำนวน 17 ราย

3. การเก็บข้อมูล

ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) และสนทนากลุ่มย่อย (Focus group)

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้วิธีการวิเคราะห์ห?ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

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

วิธีการดำเนินการวิจัย ปีที่ 3 เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบ การดูแลภาวะโภชนาการและสุขภาพของผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

1. รูปแบบการวิจัย (Research Design)

รูปแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การประเมินสถานะสุขภาพกายและแบบแผนการบริโภค เลือกรวัดความดันโลหิตน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย ไขมันในเลือด (การเจาะเลือดจากปลายนิ้ว) และโรคประจำตัว กับผู้สูงอายุในชุมชนบางพระจำนวน 48 คน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการและสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีแกนนำสุขภาพ เป็นกลไกหลักในการให้โภชนศึกษาแบบวงน้ำชา ให้มีการปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคโดยเริ่มต้นจากสิ่งง่าย ไปจนถึงการสร้างกิจกรรมที่สนใจร่วมกันกับผู้สูงอายุ

ระยะที่ 3 การประเมินรูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้พัฒนาขึ้น โดย

1. ประเมินสถานะสุขภาพกายและแบบแผน การบริโภค และชีวเคมีในเลือดซ้ำ วิเคราะห์เปรียบเทียบชุดข้อมูลทั้ง 2 โดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย Standard Deviation, Wilcoxon Sign Rank Test
2. ถอดบทเรียนการเรียนรู้จากผู้เกี่ยวข้อง

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

ปีที่ 3 ระยะที่ 3 เป็นการทดสอบรูปแบบการเรียนรู้ของผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมภาวะพหุพลัง

1. รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การวิจัยแบบผสมผสาน มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบรูปแบบการเรียนรู้ของผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมภาวะพหุพลัง โดยคัดสรรชุมชนวัดตาลล้อม ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี เป็นพื้นที่ในการศึกษา

2. ขั้นตอนในการวิจัย (วิธีการในการเก็บข้อมูล ประชากร กลุ่มตัวอย่าง ฯลฯ)

กลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้จำนวน 35 คน

การเก็บข้อมูล

โดยการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามเพื่อประเมินภาวะพหุพลังก่อนการเรียนรู้ และ หลังจากการเรียนรู้เป็นเวลา 1 และ 4 สัปดาห์ ตามลำดับ ทำการประเมินรับรองรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านพหุพลังและด้านการศึกษา จำนวน 5 ท่าน

3. สถานที่ในการศึกษาวิจัย

เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

## บทที่ 4

### ผลการศึกษาวิจัย

การเสนอผลการศึกษาวิจัยของแผนงาน “การพัฒนาเมืองผู้สูงอายุแสนสุข ปีที่ 3 Development Saensuk Happiness Elderly Community Model” Phase III คณะผู้วิจัยขอเสนอ สรุปผลการศึกษาวิจัย ในแต่ละโครงการวิจัยย่อย ดังรายละเอียดดังนี้

#### “การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัว และชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี” (ปีที่ 3)

การจัดการความรู้และศึกษาศักยภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของแกนนำครอบครัวและชุมชนหลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ

เวธกา กลิ่นวิชิต, พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ, สรร กลิ่นวิชิต, พวงทอง อินใจ, คณิงนิจ อุลิมาส, พลอยพันธุ์ กลิ่นวิชิต

#### บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อจัดการความรู้และศึกษาศักยภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของ แกนนำครอบครัวและชุมชนหลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง เป็นบุคคลใน ครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุของครัวเรือนในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี สุ่ม ตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ได้จำนวน 377 คน ศักยภาพด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาด้าน สุขภาพของผู้สูงอายุ และด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เครื่องมือ คือ แบบสอบถาม มีค่าความเชื่อมั่น 0.87 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ การทดสอบค่าที ผลการวิจัย พบว่า

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาด้านสุขภาพผู้สูงอายุของแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน ก่อนได้รับการพัฒนามีการรับรู้ อยู่ในระดับ ปานกลาง ( $\bar{X} = 3.16, SD = 0.68$ ) และหลังได้รับการพัฒนา มีการรับรู้ อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.55, SD = 0.89$ ) การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของแกนนำ สุขภาพครอบครัวและชุมชน ก่อนได้รับการพัฒนามีการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับ ปานกลาง ( $\bar{X} = 5.09$ ) และหลังได้รับการพัฒนา อยู่ในระดับค่อนข้างทำได้แน่นอน ( $\bar{X} = 8.35$ )

2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุของแกนนำ ในภาพรวม ก่อนและหลังได้รับการพัฒนา พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $t = -3.872, p < .001$ ) และเมื่อเปรียบเทียบเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบัน ( $t = -3.487, p < .001$ ) ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต ( $t = -4.640, p < .001$ ) ด้านความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุ ( $t = 4.787, p < .001$ ) ด้านการรับรู้ ความต้านทานหรือความอ่อนแอของผู้สูงอายุ ( $t = -2.969, p < .01$ ) ด้านการรับรู้แนวโน้มสุขภาพของผู้สูงอายุ ( $t = -2.178, p < .05$ ) ด้านการยอมรับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ( $t = -2.143, p < .05$ ) และด้านทัศนคติบวก ต่อการไปรับการรักษาจากแพทย์ ( $t = -2.207, p < .05$ ) โดยมีด้านการปฏิเสธความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ที่ไม่มี ความแตกต่างกัน ( $t = 0.109, p = 0.46$ )

3. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำ ก่อนและหลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ในภาพรวม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $t = -9.565, p < .001$ ) โดยพบว่า ทุกด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 ได้แก่ ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการผ่อนปรน ( $t = -3.707, p < .001$ ) ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตอบสนองต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุ ( $t = -7.735, p < .001$ ) และด้านความสามารถในการควบคุมความคิดที่ไม่พอใจในการเป็นผู้ดูแล ( $t = -9.618, p < .001$ )

สรุป การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ มีความสำคัญและช่วยให้แกนนำมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุได้ดีขึ้น

**คำสำคัญ :** การดูแลผู้สูงอายุ แกนนำครอบครัวและชุมชน ศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุ

## Development Family and Community Health Leader for Elderly in Community; Saensuk Happiness Family Health Leader Model (Phase II)

Knowledge Management and Evaluate Potential of Family and Community Health Leaders after Learning followed by the guideline of Saensuk Happiness Family Health Leader Model

*Wethaka Klinwichit, Ph.D., Pisit Piriyaun, MD., San Klinwichit Ph.D., Puengthong Inchai, Ph.D.,  
Knuangnij U-simart, Ploypun Klinwichit*

### Abstract

The purpose of this research were to knowledge management and evaluate potential of family and community health leaders after learning followed by the guideline of Saensuk Happiness Family Health Leader Model. 377 Samples were selected from family members and health care leaders in Saensuk municipality, Muang Chonburi with purposive sampling,. Variables of this study were well-being and health problem perception and perception of elderly health care's ability of family and community health leaders. Tools of this study was questionnaire with 0.87 cronbach's reliability. Statistics were frequency, percentage, mean, standard deviation and t-test.

It was found that after receiving the knowledge and activities from the guideline of Saensuk Happiness Family Health Leader Model the samples;

1. Increased the perception of well-being and health problems of the elderly in the high level ( $\bar{X}$  =3.55, SD = 0.89) from the medium level ( $\bar{X}$  =3.16,SD = 0.68) before receiving the knowledge and activities, and increased the perception of their ability in elderly health care in the quite certainly do level ( $\bar{X}$  = 8.35) from the medium level ( $\bar{X}$  = 5.09) before receiving the knowledge and activities.

2. Comparison of elderly care potential in family and community health leaders perceive between before and after learning by this model were found that the overall mean score of their health perception and health problem of the elderly after learning were statistically significant at .001 level. There were statistically significant at .001 level in 3 aspects namely; Perceived health status of the elderly (t = -3.487, p <.001) Perceived health status in the past (t = -4.640, p <.001) and Concerns about elderly health (t = 4.787, p <.001). There was statistically significant at .01 level in 1 aspect; Perceived resistance or susceptibility of the elderly (t = -2.969, p <.01) and statistically significant at .05 level in 3 aspect; Perceived health trend of the elderly (t = -2.178, p <.05), Acceptance of illness of the elderly (t = -2.143, p <.05) and Positive attitude towards treatment received from physicians (t = -2.207, p <.05). There was only one aspect of Rejection of illness of the elderly that was not statistically significant (t = 0.109, p = 0.46).

3. Comparison of the perception of their ability in elderly health care between before and after learning by this model were found that the overall mean score were statistically significant at .001 level. There were statistically significant at .001 level in all aspects such as Self-efficacy in relieving ( $t = -3.707, p < .001$ ), Self-efficacy in responding to inappropriate behaviors of the elderly ( $t = -7.735, p < .001$ ), and their ability to control thought dissatisfied with caregiving ( $t = -9.618, p < .001$ ).

In conclusion, the development of health, family and community leaders for elderly care by using the potential development model to care for the elderly is important to help them to improve their ability to care for the elderly.

**Keywords:** Elderly health care, Family and Community Health Leader, Potential of elderly health care



## การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังตามแนวทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส

### ปีที่ 3: ผลการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคเรื้อรัง

สรรร กลิ่นวิชิต เวธกา กลิ่นวิชิต พวงทอง อินใจ พลอยพันธุ์ กลิ่นวิชิต  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

#### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Quasi Experimental research) เพื่อศึกษาผลการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง เป็นการวิจัยเชิงทดลองประเภทสองตัวประกอบแบบวัดซ้ำหนึ่งตัวประกอบ (Two-factors Experiment with Repeated Measure on One factor) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นโรคเรื้อรัง ที่อยู่อาศัยในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา และได้รับการประเมินระดับภาวะซึมเศร้าแล้วมีคะแนนซึมเศร้าในระดับปานกลางขึ้นไป - รุนแรง จำนวน 39 คน และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่าง 32 คน แล้วนำมาสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 16 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS) และโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสด้วยเทคนิคคีมีพลังแห่งตนกลุ่มตัวอย่างได้รับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล จำนวน 1 ครั้ง 45 นาที และตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ซึ่งห่างจากระยะหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการวัดซ้ำประเภทหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม และทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มโดยวิธีการทดสอบรายคู่แบบ LSD ผลการวิจัย พบว่า ผลการให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังโดยใช้เทคนิคคีมีพลังแห่งตนตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังและมีภาวะซึมเศร้ากลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคคีมีพลังแห่งตนมีระดับภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่าผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้คำปรึกษาด้วยวิธีปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีระดับภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**คำสำคัญ :** โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุ ภาวะซึมเศร้า

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

Phase 3: The Effects of Neuro-Linguistic Programming Counseling on Depression of the Elderly with Chronic illness

San Klinwichit, Ph.D. Wethaka Klinwichit, Ph.D.,  
Puangtong Inchai, Ph.D. and Ploypun Klinwichit  
Faculty of Medicine, Burapha University

### Abstract

The purpose of this research was to determine the effects of Neuro-Linguistic Programming counseling on depression of the elderly with chronic illness at Saensuk municipality, Chon Buri, Thailand. The study was two-factors experiment with repeated measure on one factor. The sample consisted of the elderly who had depression scale in the high and severe test and volunteered to join the program. There were 32 samples and were simple random sampling for divided into two groups with 16 members in each. The instruments were Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) and Neuro-Linguistic Programming techniques: Personal Power Radiator. The study followed in three phases; pre-test, post-test and follow up phase. The data were analyzed with repeated-measures analysis of variance: one between-subjects variable and one within subject's variable method and compared through the LSD test.

The results of the effects of Neuro-Linguistic Programming counseling on depression of the elderly with chronic illness found that the interactive between the method and the duration of the experiment was statistically significant at the .05 level. The elderly in the experimental group had lower depression scale than those in the group in the post-test and the follow up phases with the statistical significance at .05 level. The depression scale of the elderly in the experimental group was found to be lower during the post-test and the follow up phases than during the pre-test with the statistical significance at .05 level.

**Keywords:** Neuro Linguistic Programming, Elderly, Elderly care, Depression

## พัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นแสนสุขและจิตอาสาผู้สูงอายุ

พวงทอง อินใจ สมหมาย แจ่มกระจ่าง ศรีวรรณ ยอดนิล น้ำทิพย์ คำแร่

### บทคัดย่อ

ประเทศไทยจะก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ อย่างสมบูรณ์แบบในช่วงประมาณ 2573 การก้าวสู่วัยสูงอายุเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่การใช้ชีวิตในวัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพคือสิ่งที่สำคัญกว่า โดยเฉพาะเมื่อได้ใช้ชีวิตแบบจิตสาธารณะ ที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคม การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาคุณลักษณะผู้สูงอายุจิตอาสาต้นแบบ กระบวนการดำเนินกิจกรรมจิตอาสา และแนวทางการพัฒนาผู้สูงอายุจิตอาสาเมืองแสนสุข โดยรูปแบบการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological research) ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) แบบลูกโซ่ (snow ball) ในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีประสบการณ์การทำงานเป็นจิตอาสา ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข อย่าง ต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 3 เดือน สามารถสื่อสารและช่วยเหลือตนเองได้ และสมัครใจให้ข้อมูล จำนวน 17 ราย การเก็บข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) และสนทนากลุ่มย่อย (Focus group) แล้ววิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุจิตอาสา มีประสบการณ์การทำงานจิตอาสา ระยะเวลาที่สูงสุด มากกว่า 10 ปี ทุกคนปฏิบัติงานจิตอาสาอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง มีคุณลักษณะสำคัญ 5 ประการ ได้แก่ มีใจรัก (Integrity) มีเวลา (Flexibility) มีความพร้อมส่วนตน (Energy) มีวินัย (Reliability) และมีความรับผิดชอบ (Responsibility) กระบวนการดำเนินกิจกรรมจิตอาสาระหว่างผู้สูงอายุจิตอาสา กับหน่วยงานแบบยั่งยืน แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) หน่วยงาน/ องค์กรที่ต้องการให้มีจิตอาสา มาปฏิบัติ ดำเนินการโดย 5 ขั้นตอน คือ ให้การยอมรับ กำหนดขอบเขตภารกิจที่ต้องการให้ช่วยปฏิบัติ ระบุพื้นที่ที่ต้องปฏิบัติ กำหนดบุคคลประสานงานหลัก คัดเลือก และปฐมนิเทศ และ 2) ผู้สูงอายุที่สนใจปฏิบัติงานจิตอาสา ให้ศึกษาขอบเขตงานที่จะปฏิบัติ เลือกพื้นที่ปฏิบัติ เตรียมความพร้อมส่วนตน จัดการตนเองให้พร้อมในการปฏิบัติ และเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมและประเมินผล โดยมีประเด็นการเชื่อม 2 ส่วนนี้โดยการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่าง ๆ การติดต่อกับบุคคลโดยตรง และการประชุมอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนแนวทางการพัฒนาผู้สูงอายุจิตอาสาเมืองแสนสุขในประเด็นด้านความรู้ที่จำเป็นสำหรับการดำเนินกิจกรรม ทักษะความสามารถพิเศษ เช่น สิ่งประดิษฐ์ งานฝีมือ การทำขนม การทำอาหาร เป็นต้น การบริหารเวลา ความพร้อมส่วนตนด้านสุขภาพ และใจรักงานจิตอาสา เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการปฏิบัติงาน อันนำไปสู่ประโยชน์สูงสุดทั้งแก่องค์กร และผู้สูงอายุ จิตอาสา ทั้งนี้ ต้องอยู่ภายใต้บริบทของผู้สูงอายุและกติกาของหน่วยงานนั้น ๆ

**คำสำคัญ:** จิตอาสา ภูมิปัญญาท้องถิ่น ผู้สูงอายุ

## Developing of local wisdom and volunteer spirit among the elderly at Saensuk Municipality

Poungtong Inchai , Sommai Jamkrajang, Sriwan Yodnil, Namthip Kumrae

### Abstract

Thailand is moving towards an aging society and needs to encourage the elderly to show their potentialities to help society and prides through voluntary activities. This study explored the characteristics of senior volunteers living in Saensuk Municipality, Chonburi, Thailand. A probable sustainable principle of senior volunteer mainstay development was proposed. 17 elderly who have had experienced in voluntary work at least three months were included. A phenomenological research, in-depth interview and focus group discussions were used. Then, data were analyzed by content analysis.

The result revealed that, most of senior volunteers who gave information and practice at least once a week were experienced for over 10 years. Their missions were acted as information provider, demonstrator, coordinators, and donator. Their important characteristics were integrity, flexibility, energy, reliability, and responsibility. As volunteers, they had a feeling of happiness, self-value, healthy, increasing friendships and self-empowerment. The key principle to be probably led to success in sustainable voluntary activities including firstly, an organization should have sense of appreciation clearly identify the work unit assign a key coordinator incrusted determine to be a volunteer qualification and demonstration before the beginning of voluntary activities. Secondly, voluntary elderly should learned scope of work, selected an area, and subsequence, preparing to be ready themselves, working and evaluation. Mutual benefit should be derived from both parties. A principles of senior volunteer leader development should be composed of suitable voluntary elderly, support of local organization and effective communication

**Keywords:** Volunteer, Local wisdom, Elderly

## แบบแผนการบริโภคอาหาร ภาวะโภชนาการ และปัจจัยขับเคลื่อน ชุมชนผู้สูงอายุสุขภาพดี

วันสรุา เชาว์นิยม ศิริพร จันทรฉาย สุนิศา แสงจันทร์ พัทธนา ใจดี

### บทคัดย่อ

ในสถานการณ์ที่ประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยที่ยังเตรียมตัวไม่พร้อม การจัดการเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตแต่ละด้าน โดยเฉพาะด้านโภชนาการที่มีผลต่อผู้สูงอายุโดยตรงนั้นยังขาดความชัดเจน ฉะนั้นการพัฒนาการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการและภาวะสุขภาพดีอย่างยั่งยืนจึงมีความสำคัญมาก ดังนั้นการวิจัยแบบแผนการบริโภคอาหาร ภาวะโภชนาการ และปัจจัยขับเคลื่อนชุมชนผู้สูงอายุสุขภาพดีจึงมีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบ การดูแลภาวะโภชนาการและสุขภาพของผู้สูงอายุแบบบูรณาการ โดยใช้รูปแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้ ระยะที่ 1 การประเมินสถานะสุขภาพกายและแบบแผนการบริโภค เลือกรวบรวมความดันโลหิต น้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย ไขมันในเลือด (การเจาะเลือดจากปลายนิ้ว) และโรคประจำตัว กับผู้สูงอายุในชุมชนบางพระ จำนวน 48 คน ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการและสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีแกนนำสุขภาพ เป็นกลไกหลักในการให้โภชนาการแบบวงน้ำชา ให้มีการปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคโดยเริ่มต้นจากสิ่งง่าย ไปจนถึงการสร้างกิจกรรมที่สนใจร่วมกันกับผู้สูงอายุ และระยะที่ 3 การประเมินรูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้พัฒนาขึ้น โดย (1) ประเมินสถานะสุขภาพกายและแบบแผน การบริโภค และชีวเคมีในเลือดซ้ำ วิเคราะห์เปรียบเทียบชุดข้อมูลทั้ง 2 โดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย Standard Deviation, Wilcoxon Sign Rank Test และ (2) ถอดบทเรียนการเรียนรู้จากผู้เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าหนึ่งในสามมีภาวะเสี่ยงต่อโรคอ้วน คือมีดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และสัดส่วนเอวกับสะโพกเกินเกณฑ์ ปริมาณไขมันในเลือดอยู่ในระดับสูง และชุมชนนี้อยู่ในแหล่งอาหารทะเล กลุ่มเสี่ยงทั้งหมดเข้าร่วม กำหนดรูปแบบการดูแลโดยมีแกนนำสุขภาพและสมุดบันที่กรายการอาหารและร่วมกิจกรรมต่อเนื่อง 3 เดือนเมื่อเปรียบเทียบผลค่าความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย ค่าระดับน้ำตาลในเลือด และค่าไขมันในเลือดโดยรวม ก่อนและหลังการทดสอบรูปแบบด้วยสถิติ Wilcoxon Sign Rank test พบว่า ผู้สูงอายุ มีค่าบ่งชี้สุขภาพดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) สำหรับค่า Mean arterial pressure ค่าดัชนีมวลกาย และค่า Triglyceride มีการเปลี่ยนแปลงอย่าง ไม่มีนัยสำคัญ

**คำสำคัญ :** ผู้สูงอายุ รูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการและสุขภาพ

## Dietary pattern, nutritional status and driven factors for community of healthy elderly

Wanassara Chaoniyom, Siriporn Chunchai, Sunisa Sangjun, Pachana Jaidee

### Abstract

Thailand is being ageing society without well prepare and unclear management for elderly quality of life improvement, especially on dietary and nutrition. This participatory action research (PAR) was aimed to develop nutritional care and health model for elderly. There were three phases of study process conducted at Bang Pra community and 48 elders participated along project. Phase 1, physical health and dietary pattern survey by concerning blood pressure, fasting blood glucose, cholesterol, (via test kit) body mass index (BMI), waist to hip ratio (WHR) and chronic illness as well. Phase 2, the model was setup through commitment among the elders and researchers. The 8 trained health leaders (THL) were assigned to accompany with 5-8 elders who was nearby their home for 3 months. The THLs give information related to nutrition and health and join with ageing activities. Phase 3, focus on model evaluation by repeating survey and comparing the results with Wilcoxon Sign Rank Test. The findings showed at the first test that more than one third of the sample was risk to obese and metabolic status because some health parameters were higher than normal such as blood glucose, cholesterol, BMI and WHR. Most of the sample participated with THL on changing dietary behavior program and food record 3 months continuously. After that period of time, second survey was done for evaluation. There were found blood glucose and cholesterol significantly better ( $p < 0.05$ ). However, due to very short period intervention the results should be longer observed.

**Keywords:** Elderly, Dietary pattern, Nutritional status

## โครงการ การพัฒนาการเรียนรู้และอาชีพของผู้สูงอายุ: การทดสอบรูปแบบการเรียนรู้ของผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมภาวะพหุพลัง

ทองคำดี ยิ่งรัตนสุข ภาณุวัฒน์ เชิดเกียรติกุล ปณิตา วรรณพิรุณ

### บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสาน มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบรูปแบบการเรียนรู้ของผู้สูงอายุเพื่อ ส่งเสริมภาวะพหุพลัง โดยคัดสรรชุมชนวัดตาลล้อม ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี เป็นพื้นที่ในการศึกษา เลือกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้จำนวน 35 คน เก็บข้อมูล โดยการสนทนากลุ่ม และ สัมภาษณ์ตามแบบสอบถามเพื่อประเมินภาวะพหุพลังก่อนการเรียนรู้ และ หลังจากการเรียนรู้เป็นเวลา 1 และ 4 สัปดาห์ ตามลำดับ ทำการประเมินรับรองรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านพหุพลังและด้านการศึกษา จำนวน 5 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติอ้างอิงในรูปของการวิเคราะห์การแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measures ANOVA) ผลการทดสอบรูปแบบโดยการนำไปทดลองใช้ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะพหุพลัง หลังการเรียนรู้เป็นระยะเวลา 1 และ 4 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และผลการประเมินรับรองรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญระดับความเหมาะสมของรูปแบบอยู่ในระดับมาก ( $X = 4.38$ ,  $S.D. = 0.76$ ) และผู้ประเมินได้รับรองความเหมาะสมของการนำรูปแบบการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมภาวะพหุพลังไปใช้อยู่ในระดับมาก ( $X = 4.00$   $S.D. = 0.0$ ) โดยมีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงรูปแบบโดยกำหนดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของการเรียนรู้ไว้ด้วยเพื่อให้เกิด ความต่อเนื่องในการพัฒนาภาวะพหุพลัง ส่วนการนำรูปแบบไปใช้มีข้อเสนอแนะดังนี้คือ 1) ควรคัดสรรชุมชนที่มีผู้นำชุมชนที่มีศักยภาพสูง 2) ควรคัดสรรชุมชนที่มีแกนนำผู้สูงอายุ 3) ควรมีบุคลากรที่ ดำเนินงานเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดกิจกรรม เช่น นักวิชาการสาธารณสุข นักสังคมสงเคราะห์ และ 4) ควรมีการจัดสรรงบประมาณเป็นค่าดำเนินการจัดกิจกรรม

**คำสำคัญ:** ผู้สูงอายุ รูปแบบการเรียนรู้ ภาวะพหุพลัง

## The development of learning and occupation for the elderly: Validation of the learning model to enhance active ageing

Thanongsak Yingrattanasuk, Panuwat Choedkieattikool, Panita Wannapiroon

### Abstract

A mixed method research design aimed to validate the learning model to enhance active ageing level among the elderly in Saensuk Municipality, Chon Buri province. The model was constructed based on lifelong learning concept and educational gerontology. The study's subjects were comprised of 35 elderly people in Wat Tanlom community. Data were collected by focus group discussion, interviews, and questionnaires. The active ageing levels were assessed prior to, one week, and one month after the learning activities. Model validation was implemented by using expert opinion. Descriptive statistics and repeated measures ANOVA were used for data analyses. The results revealed that mean active ageing level increased significantly ( $p < 0.001$ ) 1 week, and 4 weeks after participation of the learning activities. Experts had a consensus that the model was appropriate at a high level ( $X = 4.38$ , S.D. = 0.76), and that the model was suitable for implementation at a high level ( $X = 4.00$  S.D. = 0.0), with recommendation to improve the model constructs by setting up the behavioral objectives of learning to achieve the continuity of active aging status. Recommendations for model application includes: community selection in which the community leaders are active, availability of key persons and responsible authorities such as public health professionals and social workers, and budget allocation to implement the activities.

**Keywords:** Ageing, Elderly, Learning model, active ageing



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

แผนงานวิจัย “การพัฒนาเมืองผู้สูงอายุแสนสุข Development Saensuk Happiness Elderly Community Model” เป็นแผนงานวิจัยต่อเนื่องโดยมีระยะเวลาการศึกษาวิจัยต่อเนื่อง 3 ปี (พ.ศ.2556-2558) โดยแผนงานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2558 จากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ วัตถุประสงค์หลักของแผนงานวิจัยนี้ เพื่อพัฒนาเมืองผู้สูงอายุ มีโครงการวิจัยย่อยภายใต้แผนงานวิจัยจำนวน 6 โครงการวิจัยย่อย ซึ่งมีวัตถุประสงค์ย่อย ดังนี้ 1) เพื่อพัฒนาชุมชนต้นแบบเป็นเมืองผู้สูงอายุแสนสุข ในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี 2) เพื่อพัฒนาแกนนำสุขภาพนิสิตมหาวิทยาลัยบูรพาเพื่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี 3) เพื่อพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี 4) เพื่อศึกษาผลการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคเสริมสร้างพลังแห่งตนตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อการพัฒนาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ 5) เพื่อศึกษาแบบแผนการบริโภคอาหาร ภาวะโภชนาการ และปัจจัยขับเคลื่อนชุมชนผู้สูงอายุสุขภาพดี 6) คุณลักษณะผู้สูงอายุจิตอาสาต้นแบบ กระบวนการดำเนินกิจกรรมจิตอาสา และแนวทางการพัฒนาผู้สูงอายุจิตอาสาเมืองแสนสุข 7) เพื่อศึกษาและพัฒนาระบบการเรียนรู้เพื่อการประกอบอาชีพ ของผู้สูงอายุชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ใช้วิจัย วิจัยกึ่งทดลอง วิจัยเชิงพัฒนา วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เชิงปรากฏการณ์วิทยา และ การวิจัยแบบผสมผสาน ระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่ ตุลาคม 2557-กันยายน 2558 ซึ่งสามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

**การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี (ปีที่ 3) : การจัดการความรู้และศึกษาศักยภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของแกนนำครอบครัวและชุมชนหลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ**

ผลการศึกษางานวิจัย พบว่า

#### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

แกนนำสุขภาพครอบครัว และชุมชน เพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.62) อายุเฉลี่ย  $36.45 \pm 7.18$  ปี อาชีพ ค้าขาย (ร้อยละ 39.26) สถานภาพสมรส คู่ (ร้อยละ 43.24) ระดับการศึกษา มัธยมศึกษา/ปวช. (ร้อยละ 40.58) ศาสนา พุทธ (ร้อยละ 90.19) ลักษณะของครอบครัว เป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 61.01) รายได้ที่ได้รับต่อเดือน เฉลี่ย  $12,354.78 \pm 6,980.54$  บาท

รายได้โดยรวมของครอบครัวต่อเดือน เฉลี่ย  $22,854.32 \pm 8,216.25$  บาท ความเพียงพอของรายได้ ส่วนใหญ่ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 41.11) สิทธิการรักษาพยาบาล บัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 53.32) ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว/ชุมชนเฉลี่ย  $6.28 \pm 3.74$  ปี ไม่เคยฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ (ร้อยละ 83.29) ไม่เคยได้รับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุจากเจ้าหน้าที่พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 58.36)

2. เปรียบเทียบการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุตามความคิดเห็นของแกนนำที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ

ก่อนได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ แกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน มีการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับ ปานกลาง ( $\bar{X} = 3.16$ ,  $SD = 0.68$ ) และหลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ มีการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.55$ ,  $SD = 0.89$ )

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุตามความคิดเห็นของแกนนำที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยรวม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $t = -3.872$ ,  $p < .001$ ) โดยพบว่า ด้านที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 ได้แก่ ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบัน ( $t = -3.487$ ,  $p < .001$ ) ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต ( $t = -4.640$ ,  $p < .001$ ) และด้านความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุ ( $t = 4.787$ ,  $p < .001$ )

ด้านที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ได้แก่ ด้านการรับรู้ความต้านทานหรือความอ่อนแอของผู้สูงอายุ ( $t = -2.969$ ,  $p < .01$ )

ด้านที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ด้านการรับรู้แนวโน้มสุขภาพของผู้สูงอายุ ( $t = -2.178$ ,  $p < .05$ ) ด้านการยอมรับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ( $t = -2.143$ ,  $p < .05$ ) และด้านทัศนคติบวกต่อการไปรับการรักษาจากแพทย์ ( $t = -2.207$ ,  $p < .05$ )

ส่วนด้านที่ไม่มีความแตกต่าง คือ ด้านการปฏิเสธความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ( $t = 0.109$ ,  $p = 0.46$ )

3. เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุตามความคิดเห็นของแกนนำที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ

ก่อนได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ แกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับ ปานกลาง ( $\bar{X} = 5.09$ ) และหลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับค่อนข้างทำได้แน่นอน ( $\bar{X} = 8.35$ )

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุตามความคิดเห็นของแกนนำที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยรวม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $t = -9.565$ ,  $p < .001$ ) โดยพบว่า ทุกด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 ได้แก่ ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการผ่อนปรน ( $t = -3.707$ ,

$p < .001$ ) ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตอบสนองต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุ ( $t = -7.735, p < .001$ ) และด้านความสามารถในการควบคุมความคิดที่ไม่พอใจในการเป็นผู้ดูแล ( $t = -9.618, p < .001$ )

### การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังตามแนวทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ปีที่ 3: ผลการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง

ผลการวิจัย พบว่า ผลการให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังโดยใช้เทคนิคครีสมิพลังแห่งตนตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังและมีภาวะซึมเศร้ากลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคครีสมิพลังแห่งตนมีระดับภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่าผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้คำปรึกษาด้วยวิธีปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีระดับภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### พัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นแสนสุขและจิตอาสาผู้สูงอายุ

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุจิตอาสา มีประสบการณ์การทำงานจิตอาสา ระยะเวลาานที่สูงสุด มากกว่า 10 ปี ทุกคนปฏิบัติงานจิตอาสาอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง มีคุณลักษณะสำคัญ 5 ประการ ได้แก่ มีใจรัก (Integrity) มีเวลา (Flexibility) มีความพร้อมส่วนตน (Energy) มีวินัย (Reliability) และมีความรับผิดชอบ (Responsibility) กระบวนการดำเนินกิจกรรมจิตอาสาระหว่างผู้สูงอายุจิตอาสา กับหน่วยงานแบบยั่งยืน แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) หน่วยงาน/องค์กรที่ต้องการให้มีจิตอาสา มาปฏิบัติ ดำเนินการโดย 5 ขั้นตอน คือ ให้การยอมรับ กำหนดขอบเขตภารกิจที่ต้องการให้ช่วยปฏิบัติ ระบุพื้นที่ที่ต้องปฏิบัติ กำหนดบุคคลประสานงานหลัก คัดเลือก และปฐมนิเทศ และ 2) ผู้สูงอายุที่สนใจปฏิบัติงานจิตอาสา ให้ศึกษาขอบเขตงานที่จะปฏิบัติ เลือกพื้นที่ปฏิบัติ เตรียมความพร้อมส่วนตน จัดการตนเองให้พร้อมในการปฏิบัติ และเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมและประเมินผล โดยมีประเด็นการเชื่อมโยง 2 ส่วนนี้โดยการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่าง ๆ การติดต่อกับบุคคลโดยตรง และการประชุมอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนแนวทางการพัฒนาผู้สูงอายุจิตอาสาเมืองแสนสุขในประเด็นด้านความรู้ที่จำเป็นสำหรับการดำเนินกิจกรรม ทักษะความสามารถพิเศษ เช่น สิ่งประดิษฐ์ งานฝีมือ การทำขนม การทำอาหาร เป็นต้น การบริหารเวลา ความพร้อมส่วนตนด้านสุขภาพ และใจรักงานจิตอาสา เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการปฏิบัติงาน อันนำไปสู่ประโยชน์สูงสุดทั้งแก่องค์กร และผู้สูงอายุ จิตอาสา ทั้งนี้ต้องอยู่ภายใต้บริบทของผู้สูงอายุและกติกาของหน่วยงานนั้น ๆ

## แบบแผนการบริโภคอาหาร ภาวะโภชนาการ และปัจจัยขับเคลื่อน ชุมชนผู้สูงอายุสุขภาพดี

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าหนึ่งในสามมีภาวะเสี่ยงต่อโรคอ้วน คือมีดัชนีมวลกาย เกินรอบเอว และสัดส่วนเอวกับสะโพกเกินเกณฑ์ ปริมาณไขมันในเลือดอยู่ในระดับสูง และชุมชนนี้อยู่ในแหล่งอาหารทะเล กลุ่มเสี่ยงทั้งหมดเข้าร่วม กำหนดรูปแบบการดูแลโดยมีแกนนำสุขภาพและสมุคบันที่กรายการอาหารและร่วมกิจกรรมต่อเนื่อง 3 เดือนเมื่อเปรียบเทียบผลค่าความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย ค่าระดับน้ำตาลในเลือด และค่าไขมันในเลือดโดยรวม ก่อนและหลังการทดสอบรูปแบบด้วยสถิติ Wilcoxon Sign Rank test พบว่า ผู้สูงอายุ มีค่าบ่งชี้สุขภาพดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) สำหรับค่า Mean arterial pressure ค่าดัชนีมวลกาย และค่า Triglyceride มีการเปลี่ยนแปลงอย่าง ไม่มีนัยสำคัญ

## โครงการ การพัฒนาการเรียนรู้และอาชีพของผู้สูงอายุ: การทดสอบรูปแบบการเรียนรู้ของผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมภาวะพหุผลพลัง

ผลการทดสอบรูปแบบโดยการนำไปทดลองใช้ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะพหุผลพลัง หลังการเรียนรู้เป็นระยะเวลา 1 และ 4 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และผลการประเมินรับรองรูปแบบโดยให้ผู้เชี่ยวชาญพระดับความเหมาะสมของรูปแบบอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.38$ , S.D. = 0.76) และผู้ประเมินได้รับรองความเหมาะสมของการนำรูปแบบการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมภาวะพหุผลพลังไปใช้ออยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.00$  S.D. = 0.0) โดยมีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงรูปแบบโดยกำหนดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของการเรียนรู้ไว้ด้วยเพื่อให้เกิด ความต่อเนื่องในการพัฒนาภาวะพหุผลพลัง ส่วนการนำรูปแบบไปใช้มีข้อเสนอแนะดังนี้คือ 1) ควรคัดสรรชุมชนที่มีผู้นำชุมชนที่มีศักยภาพสูง 2) ควรคัดสรรชุมชนที่มีแกนนำผู้สูงอายุ 3) ควรมีบุคลากรที่ ดำเนินงานเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดกิจกรรม เช่น นักวิชาการสาธารณสุข นักสังคมสงเคราะห์ และ 4) ควรมีการจัดสรรงบประมาณเป็นค่าดำเนินการจัดกิจกรรม

## อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยในแต่ละโครงการวิจัยย่อย ในแผนงานการวิจัยเรื่อง “การพัฒนาเมืองผู้สูงอายุ แส่นสุข ปีที่ 3 ” พบว่า มีประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

1. การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชน เป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ จุฑาทิพย์ งอยจันทร์ศรี และ อรสา กงตาล (2555) ที่ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงได้รับการเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับการพัฒนาทักษะในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความพึงพอใจในบริการสุขภาพที่มีความต่อเนื่องมากขึ้น ทีมผู้ให้บริการมีแนวปฏิบัติในการ

ดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงที่ชัดเจน ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองและสามารถพึ่งตนเองได้ดีกว่าเดิม ดังนั้นการให้ความสำคัญกับศักยภาพของผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชน ในด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ย่อมมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อให้ผู้ดูแลที่เป็นแกนนำในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน มีความไวต่อการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบการเตรียมความพร้อมทั้งทางด้าน ความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดี จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความพร้อม และสามารถปรับตัวต่อการรู้สึกเป็นภาระหรือความรู้สึก ถูกพึ่งพิงจากผู้สูงอายุได้ดีขึ้น

จากผลการศึกษาวิจัย พบว่า แกนนำครอบครัวและชุมชน หลังได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพ และปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุมากกว่า ก่อนได้รับการพัฒนา ทั้งนี้ เนื่องจากรูปแบบการพัฒนาศักยภาพของแกนนำครอบครัวและชุมชน มีองค์ประกอบของการพัฒนา 4 องค์ประกอบ คือ 1) การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลและแกนนำ ทั้งด้าน ความรู้ มัธยมศึกษาและทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ 2) การประเมินศักยภาพในการดูแลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง 3) การพัฒนาปรับปรุงศักยภาพของตนเองโดยใช้ความมีส่วนร่วม และ 4) การสร้างชุมชนนักปฏิบัติเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นการนำกระบวนการจัดการความรู้มาใช้ในการพัฒนาต่อยอดภายในกลุ่มของแกนนำครอบครัวและชุมชน ซึ่งเป็นกระบวนการที่ผสมผสานแนวทางปฏิบัติ ที่มุ่งเน้นการใช้ชุมชนเป็นฐาน ให้กลุ่มผู้ดูแลในชุมชนและครอบครัว ได้ ดำเนินการประเมินตนเอง ค้นหาความสามารถและศักยภาพของตนเอง ในลักษณะของการดูแลตนเอง (Self-care) หาแนวทางในเชิงการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพ หรือป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหากผู้สูงอายุนั้นเกิดอาการเจ็บป่วยแล้ว (Prevention) การสร้างเครือข่ายฝึกกำลังสร้างสังคมที่มีความเอื้อเพื่อเอื้ออาทรต่อกัน ทั้งในแบบเพื่อช่วยเพื่อน จิตอาสา และแบบวิชาชีพ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ เสาวนีย์ ไกรอ่อน และสาริณี วอนแก่นน้อย (2558) ที่ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบเครือข่ายเพื่อดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โดยในกระบวนการวิจัย มีขั้นตอนการพัฒนาระบบเครือข่ายเพื่อดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การพัฒนาระบบบริการในคลินิก และการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ซึ่งมีระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนดังนี้ 1) อสม.เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่ตนเองรับผิดชอบทุก 1 เดือนทุกรายโดยใช้แบบติดตามเยี่ยมบ้านและส่งผลการเยี่ยมกลับมาที่คลินิกโรคเรื้อรัง 2) จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และ อสม.ได้เข้าร่วม ชมรมผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทุก 1 เดือน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพให้ความรู้ และมี อสม. เป็นแกนนำออกกำลังกาย หลังจากนั้นมีการประเมินระบบเครือข่ายเพื่อดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังให้ความรู้กลุ่มผู้สูงอายุ เรื่องโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับความรู้โรคความดันโลหิตสูงมากกว่าก่อนได้รับความรู้ การประเมินความคิดเห็นต่อการพัฒนาระบบเครือข่ายเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง พบว่าส่วนใหญ่ของกลุ่มผู้สูงอายุฯ กลุ่ม อสม. และทีมสหสาขาวิชาชีพ

เห็นด้วยมากที่สุด ที่คลินิกโรคเรื้อรังควรกำหนดให้มีการพัฒนาระบบเครือข่ายเพื่อดูแลผู้สูงอายุ การพัฒนาระบบเครือข่าย เพื่อเพิ่มศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ สามารถดูแลตนเองได้ และมีความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบเครือข่าย

2. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการผ่อนคลาย ความสามารถของตนเองในการตอบสนองต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุ และความสามารถในการควบคุมความคิดที่ไม่พอใจในการเป็นผู้ดูแลเป็นความสามารถทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ของผู้ดูแลที่จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความสามารถในการดูแลตนเองให้มีความพร้อมทั้งการด้านร่างกาย จิตใจและมีทัศนคติที่ดีต่อการเป็นผู้ดูแล ดังนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องให้ความช่วยเหลือสนับสนุนผู้ดูแลให้มีศักยภาพและความสามารถในการดูแลที่ดีขึ้น ซึ่งเห็นได้จากผลการศึกษาวิจัย ที่พบว่า แกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ หลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับค่อนข้างทำได้แน่นอน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุตามความคิดเห็นของแกนนำที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยรวม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทุกด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการผ่อนคลาย ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตอบสนองต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุ และด้านความสามารถในการควบคุมความคิดที่ไม่พอใจในการเป็นผู้ดูแล ทั้งนี้เนื่องจากครอบครัวและชุมชน เป็นสถาบันที่อยู่ใกล้ชิดผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังมากที่สุด มีอิทธิพลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยมาก เป็นสถาบันที่ให้ความรัก ความอบอุ่น ความปลอดภัย ความไว้วางใจแก่ผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งแต่ละครอบครัวจะมีรูปแบบในการจัดการกับโรคต่าง ๆ และการดูแลผู้สูงอายุที่แตกต่างกันไปตามวัฒนธรรม ความเชื่อ ขนบ และคุณสมบัติส่วนตัวของครอบครัว การดูแลรักษาสมาชิกในครอบครัวเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง การให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านนั้น แกนนำครอบครัวและชุมชนต้องมีความรู้ ความเข้าใจในตัวของผู้สูงอายุ และต้องแสดงบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังด้วย เพราะการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลานและครอบครัว ถือเป็นความต้องการขั้นสูงของผู้สูงอายุ ดังนั้นเพื่อเป็นการส่งเสริมครอบครัวให้แสดงบทบาทการดูแลผู้สูงอายุสูงอายุนั้น ซึ่งจะช่วยให้ครอบครัวสามารถให้การดูแลส่งเสริมภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ มีผลให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมความรุนแรงของโรคป้องกันภาวะแทรกซ้อน และมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวด้วย (กำทร ดานา, 2554, หน้า 3) ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาวิจัยของ นาริรัตน์ จิตรมนตรี วิไลวรรณ ทองเจริญ และ สาวิตรี ทยานศิลป์ (2552) ที่ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร ที่พบว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมให้ชุมชนเขตเมืองมีการดูแลผู้สูงอายุที่ดี คือการมีชุมชนที่เข้มแข็ง การมีระบบสนับสนุนที่ดี การมีทุนทางสังคม การตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ การบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ การบูรณาการบทบาทในชุมชน และการมีฐานข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน และผลการถอดบทเรียนปัจจัยที่มีผลใหม่มีการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัว 4 ครอบครัวในชุมชนเขตเมือง มีดังนี้ การคัดเลือกผู้ดูแลหลักที่เหมาะสม ผู้ดูแลหลักดูแลผู้สูงอายุ

แบบองค์รวม ผู้ดูแลหลักและผู้สูงอายุบนพื้นฐานของความรัก หรือความกตัญญู มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันมาในอดีต และความรู้สึกภาคภูมิใจในความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุ การรักษาและควบคุม โรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ การจัดการสิ่งแวดล้อมให้อึดต่อการดูแลการที่ผู้ดูแลหลักมอบความไว้วางใจดูแลผู้สูงอายุใหญ่ดูแลรับจ้าง การได้รับการสนับสนุนการดูแลทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

3. การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลที่เป็นแกนนำครอบครัวและชุมชนโดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ ผ่านการสร้างชุมชนนักปฏิบัติและมีกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน แบบเพื่อนช่วยเพื่อน แบบอาสาสมัคร และแบบวิชาชีพมาให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ทพให้ศักยภาพและความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลมีระดับความสามารถที่สูงขึ้นและแตกต่างจากก่อนได้รับการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ สุภาพร แนวบุตร (2558) ที่ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวรายด้านและโดยรวมหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยการเสริมพลังอำนาจ ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวมีความสามารถในการดูแลด้านร่างกาย สังคม จิตใจ จิตวิญญาณและความรับผิดชอบต่อสุขภาพมากขึ้น

4. จากการทดสอบปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง ด้วยวิธีการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคครีมีพลังแห่งตนตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส และระยะเวลาของการทดลองส่งผลร่วมกันต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง พบว่า มี ปฏิสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยพบว่า วิธีการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคครีมีพลังแห่งตนตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส และระยะเวลาของการทดลองส่งผลร่วมกันต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 กล่าวคือ ในระยะก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน แต่ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคครีมีพลังแห่งตนตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส มีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังกลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้คำปรึกษาด้วยวิธีปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังกลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้คำปรึกษาด้วยวิธีปกติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนตามช่วงระยะเวลาของการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเมื่อเปรียบเทียบเป็นรายคู่แล้ว พบว่า ในกลุ่มควบคุมในช่วงระยะเวลาหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ไม่แตกต่าง นั่นหมายความว่า การให้คำปรึกษาด้วยวิธีปกติ อาจไม่มีความคงทนที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังลดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งแตกต่างจากการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคครีมีพลังแห่งตนตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ที่มีความแตกต่างอย่างชัดเจน ในช่วงระยะเวลาแต่ละช่วง และมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าที่ลดลงได้

คงทนนานกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้เนื่องจากการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคครีมีพลังแห่งตนนี้ เป็นเทคนิคที่ทำให้ผู้สูงอายุค้นพบความสามารถพิเศษ ความเข้มแข็ง พลังบวกที่ซ่อนอยู่ในจิตใจได้สำนึกของตนเอง โดยดึงพลังเหล่านี้มาใช้ ซึ่งอาจเป็นด้านที่ผู้สูงอายุเองอาจไม่ตระหนักถึงความสามารถของตนเอง เมื่อค้นพบความสามารถใหม่นี้แล้วจะทำให้รู้สึกว่าคุณค่า มีศักยภาพ มีความท้าทายในการมองโลกด้วยสายตาแบบใหม่ มองว่าชีวิตนี้มีคุณค่า ช่วยให้ผู้สูงอายุได้พิจารณาถึงความเข้มแข็งหรือพลังที่ตนเองขาดความตระหนักถึงความสามารถของตนเองในสิ่งที่ได้ใช้ประโยชน์ ไม่ได้ใช้ประโยชน์ คาดว่าได้ประโยชน์ ทั้งหมดมาใช้ เพื่อเอื้อให้อัตมโนทัศน์และสร้างความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีพลังที่จะต่อสู้กับอุปสรรคต่าง ๆ ในชีวิตเพิ่มขึ้น (Villar, 1997b, pp.76-79)

5. ในระยะหลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคครีมีพลังแห่งตนและผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังกลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้คำปรึกษาดังวิธีปกติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 โดยผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้ เนื่องจากการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคครีมีพลังแห่งตนตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส มีหลักการที่สำคัญ คือ การช่วยให้ผู้รับการให้คำปรึกษาได้สำรวจ ตรวจสอบ หรือสร้างพลังและความเข้มแข็งขึ้นภายในตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุได้มองเห็นปัญหา เข้าใจตนเอง และกระตุ้นให้เกิดความเข้มแข็ง เกิดศักยภาพ เกิดกำลังใจ มีสติที่จะก้าวข้ามผ่านวิกฤติหรือปัญหาของชีวิตในจุดนี้ไปได้ด้วยตนเอง สามารถเปลี่ยนมุมมองอนาคตจากเดิมที่เคยสิ้นหวัง มีเดม ให้กลับกลายเป็นมองศักยภาพและความสามารถของตนเอง พลังบวกที่ตนเองมีทั้งในส่วนที่ได้ใช้ประโยชน์ ไม่ได้ใช้ประโยชน์ คาดว่าได้ประโยชน์ ทั้งหมดมาใช้ เพื่อเอื้อให้อัตมโนทัศน์และสร้างความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีพลังที่จะต่อสู้กับอุปสรรคต่าง ๆ ในชีวิตเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ บุชราคม จิตอารีย์ (2555) ที่ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม และพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน และสัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6. ในระยะติดตามผลค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 โดยผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากในขั้นตอนของการทดลองนั้น ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มทดลองจะเกิดการรับรู้ และตระหนักว่าตนเองมีความสามารถศักยภาพและพลัง ที่เกิดจากการพิจารณาด้วยตนเอง ดึงพลังบวกและพลังในส่วนต่าง ๆ มาใช้เพื่อสร้างอัตมโนทัศน์ใหม่ ช่วยให้ตนเองรู้สึกและเห็นในคุณค่าของบตนเอง ผ่านระบบประสาทสัมผัสทั้ง 5 เป็นการเรียนรู้ในระดับจิตใจได้สำนึก ซึ่งสอดคล้องกับ โอ คอนเนอร์ และเซเยอร์ (O'Conner & Seymour, 1993, pp.53-54) ที่กล่าวว่า บุคคลล้วนมีอดีตซึ่งมีสภาวะอารมณ์ที่แตกต่างกัน การย้อนกลับไปสู่ประสบการณ์เหล่านั้น จะต้อง



สิ่งกระตุ้น เชื่อมโยงความสัมพันธ์ให้สามารถรับรู้ รู้สึกได้ถึงศักยภาพ ความสามารถ พลังเพื่อนำมาเอื้อประโยชน์ให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และสร้างอัตลักษณ์ที่คนใหม่ ซึ่งหากเกิดการเรียนรู้แล้วในระดับจิตใต้สำนึกนั้น จะคงอยู่และสามารถคงอยู่ในระยะยาวได้ สอดคล้องกับการศึกษาของเจนจิรา ทองเล็ก (2554) ที่ทำการศึกษากการเปรียบเทียบผลของการปรับมโนภาพและการเสริมสร้างพลังแห่งตนตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการในสถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่งบ้านเมตตา จังหวัดนครราชสีมา ที่พบว่า ผู้รับบริการกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 4 ทั้งนี้เนื่องจากการใช้เทคนิคครีมีพลังแห่งตนเป็นเทคนิคที่มุ่งเน้นให้ผู้รับบริการได้พิจารณาศักยภาพ ความสามารถ และพลังของตนเอง สามารถขยายการรับรู้ และความตระหนักในสภาวะอารมณ์ตลอดจนสามารถรับรู้ประสบการณ์ และสามารถสร้างพลังในการต่อสู้กับปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ สามารถรับรู้คุณค่าในตนเอง และเรียนรู้ในการเพิ่มคุณค่าตนเองได้ ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นผ่านช่องทางการรับรู้ทั้งภายในและภายนอก ผ่านระบบประสาทสัมผัส ทั้ง 5 กับการตอบสนอง ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดึงพลังมาใช้ได้เมื่อจำเป็น สามารถนำมาใช้ในการเผชิญกับภาวะของโรคเรื้อรัง ความเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ สามารถใช้แก้ไขอาการและปัญหาต่าง ๆ รวมทั้งตรวจจัดการตอบสนองทางกายและอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมในสถานการณ์ปัจจุบัน สามารถเปลี่ยนมุมมองและขยายข้อจำกัด บิดเบือนโลกทัศน์ของตนเองได้ (อนงค์ วิเศษสุวรรณ , 2550, หน้า 43) ทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังสามารถลดภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

8. ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นกลุ่มทดลองในระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 5 สอดคล้องกับประสบการณ์ในการให้คำปรึกษาของ วิลเลียร์ (Villar, 1997) ที่ให้คำปรึกษาแก่นักจิตวิทยาที่มีความรู้สึกผิดเกี่ยวกับการตายของบิดา ผลการศึกษา พบว่า หลังให้คำปรึกษา 9 เดือน ผู้รับคำปรึกษายังคงมีความรู้สึกสงบและยังคงมีความรู้สึกดี ๆ อยู่ และสอดคล้องกับการศึกษาของ พวงทอง อินใจ (2544) ที่ทำการศึกษาโดยใช้ทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อคุณค่าแห่งตนเองของนักศึกษาพยาบาล พบว่า นิสิตพยาบาลกลุ่มทดลอง มีคะแนนคุณค่าแห่งตนเองในระยะติดตามผลสูงกว่า ระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

9. ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังกลุ่มควบคุมที่ได้รับการปรึกษาด้วยวิธีปกติ มีระดับภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ การให้คำปรึกษาด้วยวิธีการให้คำปรึกษาด้วยวิธีปกติ ส่งผลให้ภาวะซึมเศร่าลดลง

เช่นเดียวกัน แต่ในระยะติดตามผล อาจไม่ส่งผลกระทบนานในการลดภาวะซึมเศร้า เท่ากลุ่มทดลอง ทั้งนี้ เนื่องจาก การให้คำปรึกษาด้วยวิธีปกติ เน้นการให้คำปรึกษาในระดับจิตสำนึก และไม่สามารถปรับเปลี่ยนอัตโนมัติเพื่อสร้างการรับรู้ใหม่ได้ ทำให้ภาวะซึมเศร้าที่ลดลงไม่คงทนและอยู่ไม่นาน เมื่อผ่านไปสักระยะหนึ่ง จึงมีโอกาสกลับมาเกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้อีก

สรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคครีมีพลังแห่งตนตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส นั้น สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังลดภาวะซึมเศร้าได้ โดยมีระดับภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลต่ำกว่าในระยะก่อนการทดลอง ซึ่งกระบวนการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคครีมีพลังแห่งตน มีจุดเด่นเรื่องการใช้ระยะเวลาสั้น กระชับ และมีประสิทธิผลที่ดีมาก มีความรวดเร็วในการเห็นผลทำให้ผู้สูงอายุสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพในทันทีและมีความคงทนนานหลังจากที่ได้เกิดการเรียนรู้ในระดับจิตใต้สำนึกแล้ว ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้นได้

10. กระบวนการดำเนินกิจกรรมจิตอาสาระหว่างผู้สูงอายุจิตอาสากับหน่วยงานแบบยั่งยืน ควร ดำเนินการ 2 ส่วน คือ 1) หน่วยงาน/ องค์กรที่ต้องการให้มีจิตอาสา มาปฏิบัติ

ดำเนินการโดย 5 ขั้นตอน คือ ให้การยอมรับ กำหนดขอบเขตภารกิจที่ต้องการให้ช่วยปฏิบัติ ระบุ พื้นที่ที่ต้องปฏิบัติ กำหนดบุคคลประสานงานหลัก คัดเลือก และปฐมนิเทศ

2) ผู้สูงอายุที่สนใจปฏิบัติงานจิตอาสา ให้ศึกษาขอบเขตงานที่จะปฏิบัติ เลือกพื้นที่ปฏิบัติ เตรียมความพร้อมส่วนตน จัดการตนเองให้พร้อมในการปฏิบัติ และเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมและประเมินผล

การเชื่อม 2 ส่วนนี้กระทำการประสานสัมพันธ์ในสื่อต่าง ๆ การติดต่อกับบุคคลโดยตรง และการประชุมอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนแนวทางการพัฒนาผู้สูงอายุจิตอาสาเมืองแสนสุขในประเด็นด้านความรู้ที่จำเป็น สำหรับการดำเนินกิจกรรม ทักษะความสามารถพิเศษ เช่น สิ่งประดิษฐ์ งานฝีมือ การทำขนม การทำอาหาร เป็นต้น การบริหารเวลา ความพร้อมส่วนตนด้านสุขภาพ และใจรักงานจิตอาสา เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการ ปฏิบัติงาน อันนำไปสู่ประโยชน์สูงสุดทั้งแก่องค์กร และผู้สูงอายุ จิตอาสา ทั้งนี้ต้องอยู่ภายใต้บริบทของ ผู้สูงอายุและกติกของหน่วยงานนั้น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัย ของ สุมาลี เอี่ยมสมัย รัตนา เหมือน สิทธิ และจรรยาศรี ทองมาก (2555) ที่ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแล ผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลพุกกระทิง อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี ที่พบว่า อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ ไม่มีความมั่นใจในการดูแลหรือให้คำแนะนำผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับการแนะนำวิธีการให้ความรู้ เอกสารและแหล่งเรียนรู้ต่างๆ รวมทั้งพี่เลี้ยงเพื่อเป็นที่ปรึกษา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแล ผู้สูงอายุ คือ SINGTONG MODEL ประกอบด้วย Superintendent, Individual, Network, Government, Team Organization, Nice, Group Home การดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุแต่ละครั้ง มีการ ดำเนินการ 5 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นวางแผน 2) ขั้นปฏิบัติการ 3) ขั้นสังเกต 4) ขั้นสะท้อนผล 5) ขั้นปรับปรุง จะ เห็นได้ว่า ควรมีการดำเนินการในลักษณะของการร่วมมือทั้งตัวผู้สูงอายุที่เป็นจิตอาสา และหน่วยงาน/องค์กร

เพื่อให้จิตอาสามีความรู้ และได้รับการยอมรับ ทราบบทบาทหน้าที่ จะทำให้สามารถพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่น และจิตอาสาผู้สูงอายุ มีความยั่งยืน

11. รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนชนบทไทย โดยมีแกนนำสุขภาพเข้าไปหาและ สนทนาด้วย เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการ เพราะผู้สูงอายุมีความเสื่อมถอยทางด้านร่างกาย ขาดความ คล่องตัว ไปไหนมาไหนลำบาก การมีแกนนำสุขภาพมาคุยด้วย ช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า ได้อาศัยไหว้วาน ท างานเล็กน้อย ได้รับรู้เรื่องปัจจุบันของคนในชุมชน การสนทนาที่มีต่อเนื่องเป็นระยะๆ ประกอบกับการให้ ความรู้เรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุจากนักวิชาการสาธารณสุข ทำให้แกนนำสุขภาพเข้าใจผู้สูงอายุ และมีหลาย รายที่มีความผูกพันกันและให้ความช่วยเหลือเล็กน้อยๆ ซึ่งกันและกันต่างคนต่างภูมิใจที่ได้มีส่วนช่วยเหลือกัน กระบวนการนี้ช่วยลดช่องว่างระหว่างคนวันต่าง ๆ และผู้สูงอายุ

12. การยกระดับโภชนาการและสุขภาพกายผู้สูงอายุ หลังการทดสอบรูปแบบ ผลการประเมินสุขภาพ กายเปลี่ยนแปลงอาจมีผลจากการมีความเคลื่อนไหวตนเองเนื่องจากมีแกนนำสุขภาพชวน ทากิจกรรม ซึ่งไม่ ค่อยได้ทำมาก่อน หรือทำได้มาก ขึ้นเพราะมีแกนนำสุขภาพเป็นผู้ช่วย อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ กายอาจไม่ได้เกิดจาก ผลการวิจัยทั้งหมด แต่จากข้อสังเกตของนักวิชาการสาธารณสุขที่รับผิดชอบการดูแล ผู้สูงอายุ มีความเห็นว่ากิจกรรมโครงการนี้แกนนำสุขภาพทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตชีวา กระฉับกระเฉงขึ้น ซึ่งการ กระตุ้นจะเป็นเฉพาะช่วงที่แกนนำสุขภาพมาคุย/ทำกิจกรรม เมื่อหมดช่วงเวลานั้นๆ ผู้สูงอายุก็จะกลับสู่ภาวะ เหมือนเดิม จึงเกิดผลดีกับร่างกายและในขณะเดียวกันผู้สูงอายุก็ยอมรับว่าพอใจกับโครงการนี้มาก

13. การเพิ่มประสิทธิภาพของบุคลากรสาธารณสุข เนื่องจากงานวิจัยนี้ดำเนินการโดยให้บทบาท เจ้าหน้าทีสาธารณสุขและครูในโรงเรียนในการร่วมสร้างกิจกรรม เจ้าหน้าทีสาธารณสุขจะให้ความสนใจ มากกว่า อาจเพราะมีหน้าที่ต้องดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่แล้ว กลวิธีนี้น่าจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีขึ้นได้ โดย ไม่ต้องใช้งบประมาณมากนัก เจ้าหน้าทีสาธารณสุขจึงมองเห็นรายละเอียดในกระบวนการและมีส่วนร่วมใน การพัฒนารูปแบบอย่างมาก และมองการณ์ไกลไปถึงการรื้อฟื้นให้สังคมแบบดั้งเดิมกลับมา ความเอื้ออาทร ความห่วงใย จะทำให้เกิดความเข้มแข็งของชุมชนด้วย

14. รูปแบบการเรียนรู้ของผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมภาวะพหุพลัง ควรกำหนดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ของการเรียนรู้ไว้ด้วยเพื่อให้เกิด ความต่อเนื่องในการพัฒนาภาวะพหุพลัง ส่วนการนำรูปแบบไปใช้มีข้อเสนอแนะดังนี้คือ

- 1) ควรคัดสรรชุมชนที่มีผู้นำชุมชนที่มีศักยภาพสูง
- 2) ควรคัดสรรชุมชนที่มีแกนนำผู้สูงอายุ
- 3) ควรมีบุคลากรที่ ดำเนินงานเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดกิจกรรม เช่น นักวิชาการสาธารณสุข นักสังคมสงเคราะห์
- 4) ควรมีการจัดสรรงบประมาณเป็นค่าดำเนินการจัดกิจกรรม

15. การพัฒนาการเรียนรู้และอาชีพของผู้สูงอายุ ควรปรับปรุงรูปแบบการดำเนินการ โดยกำหนด พฤติกรรมที่พึงประสงค์ของการเรียนรู้ไว้ด้วยเพื่อให้เกิด ความต่อเนื่องในการพัฒนาภาวะพหุพลัง ส่วนการ นำรูปแบบไปใช้มีข้อเสนอแนะดังนี้คือ

- 1) ควรคัดสรรชุมชนที่มีผู้นำชุมชนที่มีศักยภาพสูง
- 2) ควรคัดสรรชุมชนที่มีแกนนำผู้สูงอายุ
- 3) ควรมีบุคลากรที่ ดำเนินงานเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดกิจกรรม เช่น นักวิชาการสาธารณสุข นักสังคมสงเคราะห์ และ
- 4) ควรมีการจัดสรรงบประมาณเป็นค่าดำเนินการจัดกิจกรรม

### ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดให้มีการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่มีความพร้อม และมีการจัดสรร งบประมาณบางส่วนให้กลุ่มผู้สูงอายุได้วางแผน จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ สร้างรายได้และพัฒนาศักยภาพ ในการดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณแบบองค์รวม
2. ควรจัดให้มีหลักสูตร หรือการฝึกอบรมแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จัดอาสาผู้สูงอายุเพื่อพัฒนา ความรู้ ทักษะ และทัศนคติเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน รวมทั้งจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การ ดูแลซึ่งกันและกัน เป็นเครือข่ายความรู้ที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอยู่เสมอ
3. ควรพัฒนาช่องทางการสื่อสารระหว่างผู้สูงอายุ กลุ่มแกนนำดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว และ ผู้นำชุมชนให้สามารถช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ได้อย่างสะดวก รวดเร็ว และสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและ ระบบบริการสุขภาพในชุมชนได้โดยง่าย
4. ควรจัดทำคู่มือการดูแลผู้สูงอายุร่วมกันโดยให้ผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม โดยเน้น การป้องกันโรคหรือโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่
5. ควรกำหนดเป็นนโยบายในการพัฒนาเป็นเมืองต้นแบบในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูง วย ทั้งด้านโครงการทางกายภาพ การพัฒนาระบบการบริหารจัดการ ระบบการส่งต่อ ระบบการดูแลผู้สูงอายุ อย่างต่อเนื่องในชุมชน และสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุอย่างแท้จริง

### ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุตั้งแต่ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุเพื่อเป็นการเตรียม ความพร้อม
2. การวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในทุกมิติ โดยใช้หลักปรัชญา เศรษฐกิจพอเพียง

3. ควรทำการศึกษาวิจัยเพื่อคัดกรองและเพิ่มความสามารถในการค้นหาผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาด้านสุขภาพจิตเพื่อให้สามารถให้การช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที และพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตหรือการยกระดับจิตวิญญาณในกลุ่มของผู้สูงวัยที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี

4. การพัฒนาภูมิสถาปัตย์เพื่อรองรับการเป็นสังคมผู้สูงวัยในอนาคตให้มีความเป็นมิตรกับผู้สูงอายุและลดภาระผู้ดูแล ด้วยการส่งเสริมให้สังคม และชุมชนช่วยเหลือกันในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกัน

## บรรณานุกรม

- กมล สุตประเสริฐ. (2540). *การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน*. กรุงเทพฯ : สำนักงานโครงการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ.
- เกริกศักดิ์ บุญญานุกพงศ์ ,สุรีย์ บุญญานุกพงศ์และสมศักดิ์ ฉันทะ. (2533) *ชีวิตคนชราในจังหวัดเชียงใหม่*. สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กำทร ดานา. (2554). *การพัฒนาบทบาทครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง : ฌ ศูนย์สุขภาพชุมชนโนนรัง ตำบลบ้านกู่ อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม*. วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม. มหาสารคาม.
- ไกรสิทธิ์ ตันติศิริพันธ์ และอรุวรรณ แยมบริสุทธิ์. (2544). *โภชนาการกับสุขภาพของผู้สูงอายุ*. สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล. นครปฐม.
- ชนิษฐา กาญจนรังสีนนท์. (2544). องค์การแห่งการเรียนรู้. *วารสารพัฒนาชุมชน*. 3. มีนาคม : 27-32.
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2539). *ภาวะผู้นำกับการเสริมสร้างพลังอำนาจวิชาชีพ*. ใน *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่อง ภาวะผู้นำกับการเสริมสร้างพลังอำนาจวิชาชีพ*. กรุงเทพมหานคร. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. โรงแรมตะวันนารามาตา.
- เจนจิรา ทองเล็ก. (2554). *การเปรียบเทียบผลของการปรับมโนภาพและการเสริมสร้างพลังแห่งตนตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการในสถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่งบ้านเมตตา จังหวัดนครราชสีมา*. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา.
- จุฑาทิพย์ งอยจันทร์ศรี และ อรสา กงตาล. (2555). *การพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์*. *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา* มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จุฑารัตน์ สติปัญญา และพรชัย สติปัญญา. (2548). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. *สงขลานครินทร์เวชสาร*. 23 ฉบับพิเศษ(2). ตุลาคม : 299-237.
- ชนะ ประสาร อัมพรอัมพร ศรีประเสริฐสุข พิรุณรัตน์ เต็มสุขสวัสดิ์ ปทุมพร โพธิ์กาศ ศุภมิตร บัวเสนาะ ญาณินี กุ์พัฒน์ และณัฐธิดา สุพรรณภพ. (2553). *การศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาผู้สูงอายุในค่ายบูรณัตร์ ราชบุรี*. สาขาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต.
- ช่อผกา สุทธิพงษ์ และศิริอร สิ้นธุ. (2555) *ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองในเขตชุมชนเมือง*. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*.30 (1):28-39.

- दन्य ธีวันดา และมลลีสแสนใจ (2544). *ศึกษาบทบาท ความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลและความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขต 7. ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 7: อุบลราชธานี. เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ จักรกฤษณ์ สุขยั้ง และอุมาพร อุดมทรัพย์ากุล.(2554). ความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุจังหวัดเชียงใหม่.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 56(2): 103-116.*
- นารินทร์ จิตรมนตรี, วิไลวรรณ ทองเจริญ และสาวิตรี ทยานศิลป์. (2554). *ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของชุมชนเขตเมือง. วารสารพยาบาลศาสตร์, 29(3) (Supplement 2), 67-74.*
- นิตยา เพ็ญศิริณา และกรองกาญจน์ ศิริภักดี. (2548). *หน่วยที่ 7 การเสริมสร้างความเข้มแข็งของบุคคลในการพึ่งพิงตนเองด้านสุขภาพ. ประมวลสาระชุดวิชาการระบบสุขภาพและการจัดการบัณฑิตศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.*
- บุศกร กลิ่นอวล. (2549). *ผลการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อระดับความเครียดและการปฏิบัติ การดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.*
- บุษราคัม จิตอารีย์. (2555). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน*
- พรทิพย์ มาลาธรรม, ปิยนันท์ พรหมคง, ประคอง อินทรสมบัติ. (2553). *ปัจจัยทำนายระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. ราชกิจจานุเบกษา. 16(2). พฤษภาคม-สิงหาคม: 218-237.*
- พวงทอง อินใจ.(2544). *ผลการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อคุณค่าแห่งตนของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา. วิทยาสตรมหาบัณฑิต. สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา. มหาวิทยาลัยบูรพา.*
- พิทักษ์ ศิริวัฒน์เมธานนท์. (2540). *การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดนครนายก. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 6(1): 115-21.*
- เพ็ชรงาม ไชยวานิช และคณะ. (2555.) . *การพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ . มหาวิทยาลัยบูรพา. ชลบุรี.*
- ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์. (2556) *การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน.สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ . มหาวิทยาลัยบูรพา. ชลบุรี.*
- ยุวดี รอดจจากภัยและคณะ. (2555). *รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ . มหาวิทยาลัยบูรพา. ชลบุรี.*
- รัชมนภรณ์ เจริญและคณะ. (2553). *ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. Rama Nurs J. May - August 2010.279-292.*

- ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, จันทนา รณฤทธิวิชัย, ปรารงค์ทิพย์ อุจะรัตน์, วัฒนา พันธุ์ศักดิ์, รัชณี ศุภจันทร์รัตน์, ณัฐสรุรงค์ บุญจันทร์, ปิยาณี คล้ายนิล และ วิราพรพรรณ วิโรจน์รัตน์. (2548). การ สังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ ในระหว่างปี พ.ศ. 2533-2544 โดยการ วิเคราะห์เมต้า. *วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. 6 (1),2-12.
- วรพรรณ รุ่งศิริวงศ์.(2540). “โรคของผู้สูงอายุและการดูแลรักษา”. *วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ*, 10 (9) : 33
- วรรณิ์ จันท์สว่าง.(2533). *แบบแผนสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วิชาญ ชูรัตน์ โยธิน แสงวงศ์ และสุภาพร อรุณรักษ์สมบัติ.(2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมี ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย. *วารสารประชากร*. 3(2): 87-109.
- ศิริมา วงศ์แหลมทอง. (2542). *ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,สาขาวิชาการ พยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- สุภางค์ จันทวานิช. (2549).*วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 14) กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาพร แนวบุตร. (2558). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลตนเองของ ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว.*วารสารการพยาบาลและการศึกษา*. 8(4). ตุลาคม-ธันวาคม.
- สุภาพรรณ สุขคล้าย. (2553). *ผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจกับภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด*. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- สุมาลี เอี่ยมสมัย รัตนา เหมือนสิทธิ์ และจรรยาศรี ทองมาก. (2555). รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัคร ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลพูกวาง อำเภอพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี.*วารสารพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข*. 21(1). มกราคม-มิถุนายน.
- สุรียา วีรวงศ์. (2538). *การศึกษาสังคมและเศรษฐกิจของชุมชนในพื้นที่แนวกันชนของเขตรักษาพันธุ์ สัตว์ป่า ห้วยขาแข้ง*. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยสังคมแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักมาตรฐานการศึกษา. (2545). สำนักงานสภาสถาบันราชภัฏ กระทรวงศึกษาธิการและสำนักงาน คณะกรรมการการอุดมศึกษา. *ชุดวิชาการวิจัยชุมชน*. กรุงเทพฯ: เอส อาร์ พรินติ้ง.
- เสาวนีย์ ไกรอ่อน และสาริณี วอนแก่น้อย. (2558). การพัฒนาระบบเครือข่ายเพื่อดูแลผู้สูงอายุโรคความดัน โลหิตสูงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*. 21(1). มกราคม-มิถุนายน, 41-53.
- องอาจ สิทธิเจริญชัย และคณะ. (2540). “คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย: กรณีศึกษาจังหวัดนครสวรรค์”. *วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ*,10(10): 6.



- อนงค์ วิเศษสุวรรณ. (2550). *NLP: Neuro Linguistic Programming ทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส*. ชลบุรี: ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อรสา ไยยองและพีรพันธ์ ลีบุญธวัชชัย (2554). ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนนทบุรี. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 56(2): 117-128.
- อติญาณ์ ศรีเกษตรริน ชุสิทธิ์ เอกรัตน์ ชไมพร จินตคณาพันธ์และ อรวรรณ สัมภวานะ. (2558). การพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารจิตพยาบาลสาร*. 21(1). มกราคม-เมษายน, 110-121.
- อัมพร พงษ์กังสนานนท์. (2550). *การพัฒนารูปแบบการจัดการศึกษานอกระบบในสถานศึกษาขั้นพื้นฐานเพื่อส่งเสริมการศึกษาตลอดชีวิต*.ปริญญาานิพนธ์การศึกษาดุสิตบัณฑิต. สาขาวิชาการศึกษาผู้ใหญ่. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- Allender , J.A. and B.W. Spradley. (1999). *Community Health Nursing Concepts and Practice*. Lippincott, Philadelphia
- Conger,J.A., and Kanungo, Rabindra,N. (1988). “The Empowerment Process: Integrating Theory and Practice.” *Academy Management Review*. 13 (3): 471-482.
- Cronbach, Lee J. (1970). *Essentials of Psychological Testing*. New York : Harper & Row.
- Funnell, M.M.(2004). “Patient Empowerment.” *Critical Care Nursing Quarterly*. 27(2): 231.
- Gibson,C.H. (1991). “A Concept Analysis of Empowerment.” *Journal of Advanced Nursing*. 16: 354-361.
- Greasley,K., and King, Stephen,N. (2005). “Employee Perceptions of Empowerment.” *Employee Relations*. 27(4): 45.
- Howell, D. C. (1997). *Fundamental statistics for behavioral sciences* (4th ed.). Pacific Grove,CA: Brooks Cole.
- Hildingh C, Segesten K, Fridlund B. (2000). Self-help Groups as a support Strategy in Nursing: A case study. *Rehab Nurs*. 25(3):100-4.
- Krejcie, R.V., & Morgan, D.W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30, 607-610.
- Levin, R.S. (1976). “Self Care” *American Journal of Nursing*, 79, 487-489.

- Merlevede, P. E. (1999). *Mastering mentoring and coaching with emotional intelligence*. Carmarthen: Crown House.
- Miller, J.F. (1992). *Coping with Chronic Illness: Overcoming Powerlessness*. 2<sup>nd</sup>. Ed. Philadelphia: F.A. Davis.
- Orem. (1995). *Nursing : Concepts of practices* (5<sup>th</sup> ed.). St. Louis : Mosby Year Book.
- O'Connor,J., & Seymour,J. (1993). *Introducing neuro-linguistic programming* (2<sup>nd</sup> ed.). Sanfrancisco: Aquarian Press.
- Pender, N. J. (1982). *Health Promotion in Nursing Practice* (2nd ed.). Connecticut: Appleton & Lange.
- Steiger, N. J., & Lipson, J. G. (1985).*Self Care Nursing Theory and Practice*. Maryland: Prentice Hall.
- Villar,I. V.G.(1997). *Hope through the NLP magic Makati city*. Philippines: Aligned. Transformations.
- Wallerstein, Bernstein E.(1994). "Powerlessness, Empowerment, and Health : Implication for Health Promotion Programs." *American Journal of Health Promotion*. 6(3): 197-205.
- World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. WHO/HPR/HEP/95.1. WHO, Geneva,
- World Health Organization. (2000). *Help for Caregivers*. Department of social Change and Mental Health, Geneva.
- Yalom, I. D. (1975). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy* (4<sup>nd</sup>ed.). New York: Basic Books.