



## การพัฒนาเมืองผู้สูงอายุแสนสุข (ปีที่ 2)

Development Saensuk Happiness Elderly Community Model

(Phase II)

เวธกา กลิ่นวิชิต และคณะ

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี

## การพัฒนาเมืองผู้สูงอายุแสนสุข (ปีที่ 2)

Development Saensuk Happiness Elderly Community Model

(Phase II)

เวธกา กลิ่นวิจิต และคณะ

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี

## กิตติกรรมประกาศ

### Acknowledgement

แผนงานวิจัย “การพัฒนาเมืองผู้สูงอายุแสนสุข Development Saensuk Happiness Elderly Community Model” ปีที่ 2 เป็นแผนงานวิจัยที่ได้รับการสนับสนุนวิจัย จาก สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ซึ่งได้เล็งเห็นความสำคัญของประเด็นเร่งด่วนด้านการวิจัยในผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการเพิ่มประสิทธิภาพด้านการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยมุ่งพัฒนาผู้สูงอายุให้มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม มีคุณภาพ มีคุณค่า สามารถปรับตัวเท่าทันการเปลี่ยนแปลง เป็นพลังในการพัฒนาสังคม แผนงานวิจัยนี้มีระยะเวลาการดำเนินงานต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 ปี (พ.ศ. 2556-2558) ประกอบด้วยโครงการย่อย ทั้งสิ้น 10 โครงการ โดยในระยะที่ 2 หรือปีที่ 2 ได้ดำเนินโครงการวิจัยตามแผนงานที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ ซึ่งเป็นโครงการความร่วมมือทางวิชาการเพื่อผลิตผลงานวิจัยในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยมีคณะแพทยศาสตร์ เป็นแกนนำในการดำเนินการ และมีคณะวิชาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่ดำเนินงานร่วมกันได้แก่ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ คณะแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข และได้รับความร่วมมือจากเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี โดยขอขอบพระคุณคุณณรงค์ชัย คุณปลื้ม นายกเทศมนตรี และขอขอบคุณ ผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัวและชุมชนที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นกลุ่มตัวอย่าง คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ มา ณ โอกาสนี้ นอกจากนี้ ขอกราบขอบพระคุณ ในความกรุณาของ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.นายแพทย์ศาสตราจารย์ เสาวคนธ์ ที่เป็นพี่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ แผนงานวิจัยนี้ ตลอดจนคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้คำแนะนำวิธีการ และข้อเสนอแนะการดำเนินงานศึกษาวิจัยเพื่อให้ตระหนักถึงสิทธิและเคารพความเป็นบุคคล และประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่าง

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ขอกราบระลึกถึงพระคุณของคุณครูบาอาจารย์ ที่ได้อบรมสั่งสอน และประสาทวิชาความรู้แก่คณะผู้วิจัย ซึ่งคณะผู้วิจัยจะได้แสวงหาความรู้เพื่อเป็นตัวอย่างแก่ลูกศิษย์ บุตรธิดาและคนรุ่นหลังต่อไป ความสำเร็จอันเกิดจากการศึกษาวิจัยนี้ ขอมอบเป็นสิ่งทดแทนคุณ และขอกราบขอบพระคุณมา ณ ที่นี้เป็นอย่างสูง

คณะผู้วิจัย

กันยายน 2558

## “การพัฒนาเมืองผู้สูงอายุแสนสุข” (ปีที่ 2)

ดร.เวธกา กลิ่นวิชิต, ผศ. นพ. พิธิษฐ์ พิริยาพรรณ, พญ. มยุรี พิทักษ์ศิลป์,  
 ผศ. ดร. รัชนีภรณ์ ทรัพย์กรานนท์, นายสรร กลิ่นวิชิต, ดร. พวงทอง อินใจ, รศ. ดร. สุนันทา โอศิริ,  
 ดร. วณัศรา เขาวินิยม, ผศ. ดร. ทนงศักดิ์ ยิ่งรัตน์สุข, ผศ. ดร. ดนัย บวรเกียรติกุล, ดร. กาญจนา พิบูลย์  
 คณะแพทยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร  
 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

### บทคัดย่อ

แผนงานวิจัย ปีที่ 2 ระยะที่ 2 นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเมืองผู้สูงอายุ มีโครงการวิจัยย่อย ภายใต้แผนงานวิจัยจำนวน 10 โครงการวิจัยย่อย ซึ่งมีวัตถุประสงค์ย่อย ดังนี้ 1) เพื่อจัดทำและพัฒนาฐานข้อมูลของผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลเมืองแสนสุข และศึกษาพัฒนาวิถีสุขภาพของผู้สูงอายุและแกนนำสุขภาพครอบครัวในพื้นที่เทศบาลเมืองแสนสุข 2) เพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของแกนนำนิสิต และพัฒนารูปแบบการพัฒนาแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ตามบริบทของพื้นที่ในชุมชนต้นแบบ พื้นที่เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี 3) เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ 4) เพื่อประเมินและติดตามผลการนำรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานตามรูปแบบที่ครอบครัวและชุมชนร่วมกันกำหนดขึ้น 5) เพื่อศึกษาผลการใช้เทคนิคสัญญาณพลังแบบองค์รวมและ ตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ต่อความเครียดของ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง 6) เพื่อศึกษาผู้สูงอายุจิตอาสาต้นแบบและนำ คุณลักษณะ มาพัฒนารูปแบบสร้างแกนนำผู้สูงอายุจิตอาสา โดยจัดกิจกรรมพัฒนาความรู้ทักษะ ผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันปัญหาสุขภาพ และเสริมสร้างความสุขทางใจสำหรับผู้สูงอายุที่มีจิตอาสา 7) เพื่อสังเคราะห์และพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุแบบบูรณาการ 8) เพื่อศึกษาภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย และพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย โดยใช้วิธีการจัดการความรู้ (KM) 9) เพื่อสร้างรูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา วิธีการดำเนินการวิจัย ใช้วิจัยเชิงสำรวจ วิจัยกึ่งทดลอง วิจัยเชิงพัฒนาและวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่ ตุลาคม 2557-กันยายน 2558 ผลการวิจัย พบว่า

1. ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะเป็นโรคเรื้อรัง มีอาการของการปวดเข่าและข้อเสื่อมตามวัยที่สูงวัยขึ้น และมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง
2. รูปแบบการพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก คือ 1) ผู้ดูแลที่เป็นแกนนำสุขภาพครอบครัว/ชุมชน ซึ่งมีองค์ประกอบย่อย คือ ศักยภาพหรือความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ 3 ด้าน คือ การเตรียมความ

พร้อมทางด้านจิตใจ การเตรียมความพร้อมทางด้านความรู้ และการเตรียมความพร้อมทางด้าน การปฏิบัติ การดูแล 2) การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีองค์ประกอบย่อย คือ การสนับสนุนด้านจิตใจ การสนับสนุนทางด้านอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้และทรัพยากรต่าง ๆ การสนับสนุนข้อมูลข่าวสารความรู้ และการสนับสนุนเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ 3) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชน ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในชุมชน แพทย์ พยาบาล เป็นต้น 4) ผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ของรูปแบบ ที่มุ่งพัฒนา ยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านร่างกาย จิตใจ/จิตวิญญาณ สังคม และสิ่งแวดล้อม

3. ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ที่เป็นโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่ยังไม่มี ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง ในภาพรวม อยู่ในระดับ ปานกลาง โดยมีพฤติกรรมการจัดการความเครียด อยู่ในระดับ ต่ำ ยังมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ ผิด และมีปัญหาเรื่องการพักผ่อน นอนหลับอย่างเพียงพอทุกวัน มีความพร้อมด้านการสนับสนุนทาง สังคม ซึ่งถือว่าเป็นต้นทุนที่ดีทำให้เป็นโอกาสและจุดแข็งของชุมชนในการพัฒนาระบบการดูแล ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น

4. ผลการให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่ โดยใช้เทคนิคสัญญาณพลังแบบองค์ รวมตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อความเครียดของผู้สูงอายุ พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่าง วิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้สูงอายุที่เป็นโรค เรื้อรังและมีความเครียดกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษามีระดับความเครียดในระยะหลังการ ทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่าผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้คำปรึกษาด้วยวิธีปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีระดับความเครียดในระยะหลังการ ทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. หลักสูตรการฝึกอบรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย โดยใช้วิธีการ จัดการความรู้ (KM) กิจกรรมที่ผู้เข้ารับการอบรมส่วนใหญ่ ฟังพอใจในระดับมากที่สุด เป็นการ ทำอาหารเพื่อสุขภาพ กายบริหารท่าฤๅษีตัดตน การนวดตนเอง การทำลูกประคบสด การสวดมนต์ การเดินจงกรม บทพิจารณาความตาย ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้เข้ารับการอบรมสามารถมีส่วนร่วมได้ การ สัมภาษณ์ติดตามผลในระยะเวลา 2 เดือนหลังการอบรม พบว่าผู้ เข้าร่วมโครงการ สามารถนำความรู้ ที่ได้รับจาก การอบรมไปใช้ในชีวิตประจำวัน และไปเผยแพร่หรือช่วยเหลือผู้สูงอายุอื่นต่อไปได้อย่าง บูรณาการ

6. ผู้สูงอายุในชุมชนเขาสามุข เขตเทศบาลเมืองแสนสุข ส่วนใหญ่ ไม่มีความรู้เกี่ยวกับ แหล่งการเรียนรู้ (60.0%) ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อพัฒนาตนเอง (50.0%) ไม่รู้วิธีการ เรียนรู้ (50.0%) และไม่เคยได้รับการฝึกทักษะในการเรียนรู้ (50.0%) และมีความต้องการได้รับการ พัฒนาทักษะในการเรียนรู้ (55.0%) รูปแบบการเรียนรู้ที่พัฒนาขึ้นคือ โครงการอบรมให้ความรู้แก่ ผู้สูงอายุเรื่องปัญหาสุขภาพจากการทำงาน จากนั้นกลุ่มตัวอย่างนำความรู้ที่ได้จากการอบรมไปใช้ใน ชีวิตประจำวัน โดยมีการหยุดพักหรือเปลี่ยนอิริยาบถระหว่างการทำงานเป็นระยะ ๆ บางคนเข้าร่วม

กิจกรรมออกกำลังกายโดยการรำกระบองทุกวัน เป็นเวลา 1 เดือน ผลการเปรียบเทียบภาวะพฤกษภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะพฤกษภาพหลังเรียนรู้อายุสูงกว่าก่อนเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7. สภาพการสุขภาพจิตของผู้อยู่อาศัยของผู้สูงอายุทางด้านกายภาพ อยู่ในระดับดี ในด้านความปลอดภัย อยู่ในระดับพอใช้ สภาพอุปกรณ์ความสะดวกและความปลอดภัยภายในชุมชนที่ผู้อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ความคิดเห็นและความต้องการต่อการจัดการที่ผู้อยู่อาศัย พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างต้องการสนับสนุนด้านอุปกรณ์เพื่อการปรับปรุงและดัดแปลงที่ผู้อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้สูงอายุมากที่สุด (ร้อยละ 44.69) ความคิดเห็นและความต้องการต่อการจัดการอาคารสถานที่สาธารณะ พบว่า ผู้สูงอายุต้องการให้วัด/ศาสนสถานมีการจัดการให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้สูงอายุมากที่สุด (ร้อยละ 47.81) การสัมภาษณ์เชิงลึก สรุปได้ว่า ควรมีโครงการและกิจกรรมการปรับปรุงสภาพที่ผู้อยู่อาศัยให้เหมาะสมแก่การอยู่อาศัยของผู้สูงอายุโดยการสนับสนุนจากเทศบาล และภาคเอกชนที่ให้ความร่วมมือ ปรับปรุงอาคารสาธารณะในพื้นที่ของเทศบาลให้เอื้อต่อการใช้บริการของผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง มีการให้ความรู้ถึงพฤติกรรมและท่าทางการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวันที่ถูกต้องสำหรับผู้สูงอายุ ตามหลักการยศาสตร์ โดยต้องอาศัยมาตรการการรณรงค์ประชาสัมพันธ์เป็นหลัก และจำเป็นต้องกำหนดไว้เป็นแผนงานและโครงการในยุทธศาสตร์การพัฒนาสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

8. การศึกษาความคิดเห็นของผู้สูงอายุเกี่ยวกับรูปแบบการให้บริการแบบไปกลับ ส่วนใหญ่เห็นว่า ควรมีห้องหรือพื้นที่ส่วนกลางสำหรับทำกิจกรรมร่วมกัน มีบริเวณที่เป็นสนามหญ้าหรือสวนหย่อมเพื่อใช้ในการพักผ่อน มีพื้นที่สำหรับออกกำลังกายกลางแจ้งและร่ม มีห้องทำกิจกรรมทางศาสนา และมีห้องพักผ่อนหรือดูทีวีส่วนกลาง ความต้องการด้านการบริการ พบว่า สถานบริการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับควรมีกิจกรรมตรวจสุขภาพเบื้องต้นให้ผู้สูงอายุเดือนละ 1 ครั้ง ควรมีกิจกรรมตรวจสุขภาพฟันให้ผู้สูงอายุปีละ 2 ครั้ง ควรมีการจัดเตรียมอาหารกลางวัน และอาหารว่างให้ผู้สูงอายุ ควรมีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ หรือกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ควรมีกิจกรรมนันทนาการให้แก่ผู้สูงอายุ ควรมีบริการรับส่งที่บ้าน และ ควรมีบริการรถรับส่งผู้สูงอายุไปโรงพยาบาลเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน และต้องการให้มีสถานบริการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในชุมชน มีความสนใจไปใช้บริการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ และคิดว่าถ้ามีสถานบริการผู้สูงอายุแบบไปกลับในชุมชนมีประโยชน์มาก ผลการศึกษาในเชิงคุณภาพ พบว่า กิจกรรมบริการทางสังคมให้เน้นการบริการแบบดูแลทั่วไปในกิจวัตรประจำวันที่ครอบคลุมการบริการเรื่อง อาหาร การทำความสะอาดร่างกาย อาบน้ำ การเข้าห้องน้ำ การรับประทานยา หรือกิจกรรมนันทนาการ รูปแบบบริการทางการแพทย์เน้นบริการการรักษาพยาบาลบางเรื่องเช่น กายภาพบำบัด หรือ กิจกรรมบำบัด เป็นต้น

**คำสำคัญ :** ผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุ สุขภาพผู้สูงอายุ ความเครียดในผู้สูงอายุ

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

*Dr. Wethaka Klinwichit, Ph.D., Asst. Prof. Dr. Pisit Piriya Pun , Dr. Mayuree Pitulsil, M.D.*

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

*Dr. Puengthong Inchai, Ph.D., Assoc. Prof. Sunanta Osiri, Ph.D.,*

*Dr. Wanassara Chaoniyom, Ph.D., Dr. Thanongsak Yingrattanasuk, Ph.D.,*

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

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

### **Abstract**

The purpose of this research program was to develop Saensuk happiness elderly community model. There were 10 projects under the programs. Sub-objectives were 1) to develop elder information in Saensuk Municipality 2) to enhance capability of student leaders for elderly health care and develop health care model for the elderly in this community 3) to develop 3) to develop health care model for the elderly care in families and community 4) to evaluate and follow up the model of health care in diabetes's Elderly 5) to determine the effects of Neuro-Linguistic Programming counseling on stress of the elderly with chronic illness at Saensuk municipality 6) to study the role model of the elderly with volunteer's mind and building team to volunteer and self-help group 7) to study and develop nutritional care and health care with integrated model for elderly 8) to study health promotion model with Thai traditional medicine and develop training program for elderly health care with Knowledge management 9) to survey house sanitation of safety for elderly person by operating in the area of Saensuk municipality Chonburi province 10) to develop an elderly day care model in the university hospita. The population of this research program was the elderly, the family members and health leaders in Saensuk Municipality, Chon Buri, THAILAND. Research methodologies were survey, quasi-experimental, participatory action research, research and development, and qualitative research. Study time since October 2014 to September 2015. It was found that;

1. Health problems in the elderly in Saensuk municipality found that mostly had chronic illness such as; Osteoarthritis and non-communicable disease, NCD; Hypertension, Diabetic Mellitus and Hyperlipidemia.

2. The Model for elderly health care in health leaders in family and community has four components namely; 1) Care givers in family/community should be has 3 readiness's aspects of knowledge, attitude and practice to care the older. 2) Social support should be has 4 aspects of emotional, instrument, information and appraisal support 3) Organization support such as; Local administration organization, public health volunteers, public health providers , doctor and nurse etc. 4) The elderly who was the results of model should be enhance the quality of life in 4 aspects; physical, mental and spiritual, social ,and environment.

3. Mostly of the elderly with diabetics mellitus lack of understanding, knowledge and Health behavior that were in medium level with the lowest in stress management, drug compliance and sleep problems. Nevertheless, the elderly in this community had good social support that be the strength of the community to develop effectively health care system for the elderly.

4. The results of the effects of Neuro-Linguistic Programming counseling on stress 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 stress score than those in the group in the post-test and the follow up phases with the statistical significance at .05 level. The stress score 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 training program for the elderly health care with Thai traditional medicine by using knowledge management found that the participants satisficed mostly in healthy food course, physical exercise, Thai massage, Thai herbal ball making, Buddhist priest, walking meditation, and death consideration that they had the participatory action in this program. In follow up phase 2 months found that they can use and integrated their knowledge to their daily life and help their friends.

6. Mostly of the elderly in Sammuk community lack of knowledge about resource of Learning(60%), never participated in self-care learning (50%), lack of knowledge in learning process and never been trained for learning skill(50%). Their needs to develop their learning skill(55%) and The learning skill model was training program for enhance their quality of work health. After the elderly has learned, they can apply their knowledge and skill in daily life by relaxation management or change their position during work for relaxing and someone can do their exercise every day in 1 month. The comparison between pre-post learning to enhance



active aging found the post learning was higher than the pre learning with statistically significant at .05 level.

7. The basic safety of housing for elderly person from surveying house sanitation of safety for elderly person in the area of Saensuk municipality Chonburi province found that sanitation condition of elderly person house in physical factors gets the result of a good stage. The sanitation condition of elderly person house in safety factors gets the result of a satisfied stage. The safety and convenience equipment in house of elderly person gets the result in unsatisfied stage. Comment and demand for housing management found that sample of elderly person needs supporting of equipment to improve (44.69%) and modify house for temple/worship place to improve and modify to fit in with elderly physical is the most (47.81%). The result of depth interview is summarized that it is suitable to set project and activity to adjust house to fit in with the physical of elderly person by supporting from municipality and private sectors that collaborate and improve public building in area of municipality and private sectors that collaborate and improve public building in area of municipality to service elderly person thoroughly. And it is suitable to promote knowledge about the behavior and movement in daily life that is fit in with physical of elderly person in principle of ergonomic by campaign and information measurement usage mainly. All of these mentioned needs to be set as plan and project in strategic of social and quality of life developing of Saensuk municipality.

8. The study of elderly perceptions with elderly day care model found that almost the participant reported physical structure of day-care should have area for doing activities together, outdoor relax area, indoor and outdoor exercise areas, religion activity room, and living room. For basic needs of services, almost the participant report day care services should provide basic health assessment once a month, teeth assessment twice a year, food for elderly people, health promotion activities, relaxes activities, transportation from home to day care and ambulance for emergency care. Furthermore, the participants reported that day care for the elderly were needed in their community, the participants revealed that they were interested to use the day care, and the participants reported that day care for the elderly was valuable for them. For the qualitative study, the research teams concludes that day care services model that the participants need was mix model from social and medical models. For social model services including general care for the elderly, such as food management, bath and toilet care, administer medication, or relax activities. For medical model services, medical treatments including physical therapy or occupational therapy.

**Keywords :** Elderly , Elderly health care, Aging care, stress in elderly

## สารบัญเรื่อง

หน้า

กิตติกรรมประกาศ.....	ก
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญเรื่อง.....	๗

### บทที่

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

## สารบัญเรื่อง (ต่อ)

บทที่	หน้า
แนวคิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต.....	23
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	28
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	44
แผนการบริหารแผนงานวิจัย.....	49
กลยุทธ์ของแผนงานวิจัย.....	50
ระยะเวลา.....	51
สถานที่ทำการวิจัย.....	51
วิธีดำเนินการวิจัย.....	52
4 ผลการศึกษาวิจัย.....	65
การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี (ปีที่ 2) : รูปแบบการพัฒนาแกนนำ สุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ .....	65
การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังตามแนวทฤษฎีโปรแกรม ภาษาประสาทสัมผัส (ปีที่ 2): ผลการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาท สัมผัสต่อความเครียดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง.....	68
การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย.....	70
การพัฒนาการเรียนรู้และอาชีพของผู้สูงอายุ : การเรียนรู้เพื่อส่งเสริม ภาวะพหุติพลัง.....	71
การสำรวจสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี.....	73

## สารบัญเรื่อง (ต่อ)

บทที่	หน้า
รูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา.....	75
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	78
สรุปผลการวิจัย.....	78
อภิปรายผลการวิจัย.....	82
ข้อเสนอแนะ.....	87
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	88
บรรณานุกรม.....	89
ประวัติคณะผู้วิจัย.....	93

## 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 และนำองค์ความรู้ที่ได้จาก ศึกษาวิจัย มาสู่การทดลองใช้รูปแบบต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุความสำเร็จ คือการเพิ่มคุณภาพชีวิตพร้อมกับการการมีชีวิตยืนยาวขึ้น โดยคาดหวังว่าผู้สูงอายุจะยังคงแข็งแรงและรับรู้ว่าคุณค่า ซึ่งการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจึงอยู่ที่การช่วยให้มีความสามารถสูงสุดเต็มตามศักยภาพในการทำกิจวัตรประจำวัน มากกว่าการมุ่งรักษาเฉพาะโรค การบริการสุขภาพจะต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ ปกป้องสุขภาพ พื้นสภาพ ควบคู่กับการดูแลรักษา (Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations, 2002) ดังนั้นเพื่อเป็นการรองรับนโยบายดังกล่าว และเกิดความสะดวกคล่องในการดำเนินการ มหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งเป็นสถาบันอุดมศึกษาชั้นนำในภาคตะวันออก ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์มหาวิทยาลัย โดยระบุให้ศาสตร์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นศาสตร์ที่มหาวิทยาลัยต้องเร่งสร้างความเป็นเลิศและระดมทรัพยากรเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ และความเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ (มหาวิทยาลัยบูรพา, 2553) ทำให้เกิดความร่วมมือทางวิชาการและการพัฒนาเพื่อผลิตผลงานวิจัยในศาสตร์ดังกล่าวจากการรวมกลุ่มของคณะผู้วิจัยในกลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ อันประกอบด้วย คณะแพทยศาสตร์ ซึ่งมีศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ เป็นหน่วยงานหลักในการประสานความร่วมมือดังกล่าว ร่วมกับคณะสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร และหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดชลบุรีและเทศบาลเมืองแสนสุข ได้ร่วมกันศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาชุมชน

ต้นแบบเมืองผู้สูงอายุแสนสุขขึ้น โดยเริ่มตั้งแต่การสำรวจ วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลเมืองแสนสุข เพื่อประเมิน และร่วมวินิจฉัยชุมชนร่วมกัน ในการพัฒนาแกนนำทั้งในส่วนที่เป็นกำลังสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น นิสิต นักศึกษา ซึ่งถือได้ว่าเป็นเยาวชนคนรุ่นใหม่ ที่จะต้องปลูกฝังค่านิยม และความรู้ ความเข้าใจในการใช้ชีวิตอยู่ในสังคมสูงอายุ รวมถึงการค้นหาและพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งในส่วนที่เป็นผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ที่พบป่วยในชุมชนพื้นที่นี้ อันได้แก่ โรคเบาหวาน นอกจากนี้ยังเน้นไปที่การดูแลสุขภาพจิตและการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพอย่างครบวงจร

### วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาชุมชนต้นแบบเป็นเมืองผู้สูงอายุแสนสุข ในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อวินิจฉัยชุมชนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและประเมินศักยภาพของแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
3. เพื่อพัฒนาแกนนำสุขภาพนิสิตมหาวิทยาลัยบูรพาเพื่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
4. เพื่อพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
5. เพื่อพัฒนารูปแบบและกระบวนการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม
6. เพื่อศึกษาผลการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคเสริมสร้างพลังแห่งตนตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อการพัฒนาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ
7. เพื่อค้นหาและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่น สร้างทีมผู้สูงอายุจิตอาสา ชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
8. เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย
9. เพื่อศึกษาแบบแผนการบริโภคอาหาร ภาวะโภชนาการ และปัจจัยขับเคลื่อนชุมชนผู้สูงอายุสุขภาพดี
10. เพื่อศึกษาและพัฒนากระบวนการเรียนรู้เพื่อการประกอบอาชีพ ของผู้สูงอายุชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

## เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของแผนงานวิจัย

เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของแผนงานวิจัยนี้ จะเป็นการตอบสนองยุทธศาสตร์การ

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

### 1. ยุทธศาสตร์การสร้างความเป็นธรรมในสังคม

มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีสารสนเทศในการพัฒนาคุณภาพชีวิตแก่ผู้สูงอายุ และเป็นการจัดบริการทางสังคมสร้างโอกาสให้กลุ่มผู้สูงอายุ สามารถเข้าถึงบริการทางสังคมได้อย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม เสริมสร้างพลังให้กลุ่มผู้สูงอายุมีทางเลือกการใช้ชีวิตในสังคม สร้างความมีส่วนร่วมทางสังคมอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรีแก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งการเสริมสร้างความสัมพันธ์อันดีภายในครอบครัว ชุมชน

### 2. ยุทธศาสตร์การพัฒนาคณะผู้สูงอายุแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิตอย่างยั่งยืน

มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุให้มีความมั่นคงทางสังคมมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีคุณค่า สามารถปรับตัวเท่าทันการเปลี่ยนแปลง และเป็นพลังในการพัฒนาสังคม

- สร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ตลอดชีวิตเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและสามารถดำรงชีวิตอย่างรู้เท่าทัน
- สร้างปัจจัยสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต และพัฒนาแหล่งเรียนรู้ในชุมชน
- สร้างความเข้มแข็งให้แก่สถาบันครอบครัวในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคุณภาพชีวิตในชุมชนที่สอดคล้องกับศักยภาพของพื้นที่ภาคตะวันออก

### 3. ยุทธศาสตร์การสร้างเชื่อมโยงกับเศรษฐกิจในภูมิภาค

มีเป้าหมายเพื่อเตรียมความพร้อมและปรับตัวเข้าสู่บริบทโลกและภูมิภาคที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

- สร้างความพร้อมในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน โดยการยกระดับการให้บริการด้านสุขภาพและบริการสาธารณสุข ในการดูแลผู้สูงอายุ
- เสริมสร้างศักยภาพชุมชนและท้องถิ่นในการรับรู้และเตรียมพร้อมรับกระแสการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

- สร้างเครือข่ายของสถาบันการศึกษาเพื่อสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมในชุมชนและภูมิภาค

### เป้าหมายของผลผลิต (Output) และตัวชี้วัด

เป้าหมายของผลผลิตที่เป็นรูปธรรมซึ่งได้จากการวิจัยครั้งนี้ คือ

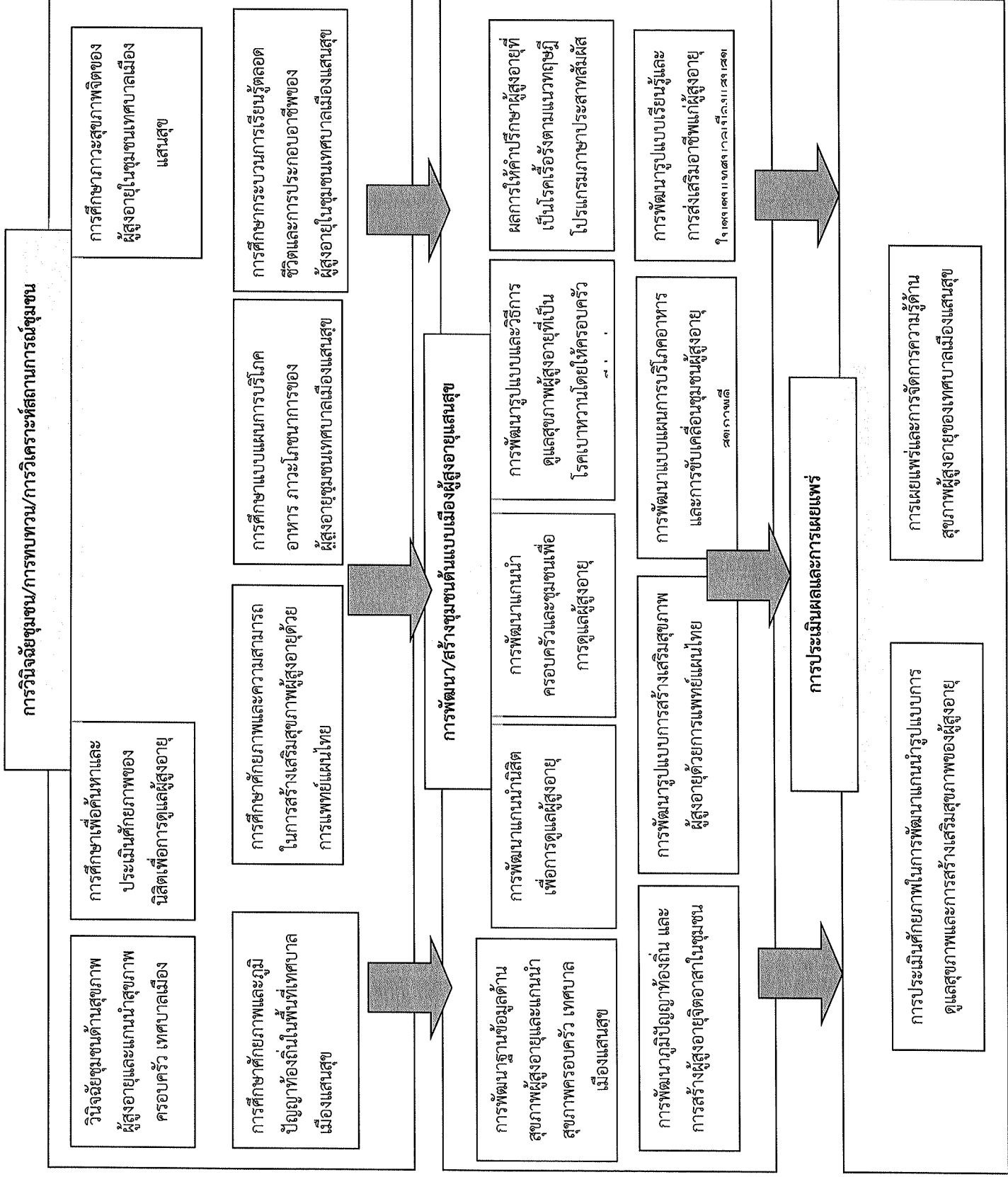
1. มีชุมชนต้นแบบผู้สูงอายุสุขภาพดี จากการพัฒนาเมืองผู้สูงอายุแสนสุข ในเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
2. กลุ่มชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
3. มีฐานข้อมูลด้านสุขภาพผู้สูงอายุและแกนนำสุขภาพครอบครัว เทศบาลเมืองแสนสุข ที่จะพัฒนาไปสู่การสร้างเมืองผู้สูงอายุแสนสุข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



## ขอบเขตของโครงการวิจัย

ทฤษฎี แนวคิดและหลักการที่ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัยของแผนงานวิจัยนี้ ได้แก่

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



แผนภูมิ 1 แสดงวิธีดำเนินการวิจัยของแผนงาน

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

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

## การเผยแพร่

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

## ผู้ใช้ประโยชน์จากผลการวิจัย

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

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยสาระสำคัญ ดังต่อไปนี้

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

#### 1. แนวคิดการวิจัยชุมชนด้านสุขภาพ

การวิจัยชุมชน คือ กระบวนการศึกษาโดยการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ เพื่อให้ได้ผลที่บ่งชี้ว่าคนในชุมชนนั้นมีสภาพอย่างไร รวมถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีเกี่ยวข้องเชื่อมโยงถึงลักษณะโครงสร้างของประชากร เศรษฐกิจและสังคม วัฒนธรรม การเมือง

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

##### 1. การเตรียมชุมชน

- 1.1. การสรรหาคน เช่น การชักจูง เชิญชวนโดยการพูดกล่าววาจา และมองศักยภาพของตัวบุคคลด้วย
- 1.2. การเตรียมตนเองและทีมงาน เช่น การอบรมให้ความรู้ การศึกษาดูงาน การปรับทำความเข้าใจแผนงาน
- 1.3. การเตรียมประชาชนหรือองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน เช่น คณะกรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครอบต. ต่าง ๆ ครู ใต้ฮีมาม ผู้ดำเนินงานจะต้องบอกวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการทำงานใน

ชุมชนรับทราบ เพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง และเป็นการกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ ในการปฏิบัติงานพัฒนา พร้อมงานวิจัยของชุมชนเอง เช่น การสกรีนคนหรือคัดเลือก การจัดเวที การระดมความคิด

- 1.4. การวางแผนเตรียมการดำเนินงานชุมชน เป็นการกำหนดขั้นตอนและกิจกรรมการทำงานให้เหมาะสมและระยะเวลาการปฏิบัติ รวมทั้งการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละฝ่าย ให้สอดคล้องกันทั้งนี้ เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายในระยะเวลาที่กำหนด เช่น ตัวอย่าง แผนการปฏิบัติงาน ศูนย์ประสานงานวิชาการ ให้ความช่วยเหลือหญิงหม้ายและเด็กกำพร้า ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบ สามจังหวัดชายแดนภาคใต้
2. การประเมินชุมชน
  - 2.1. การเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น การสังเกตการณ์ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การจัดโฟกัสกรุป การพูดคุย Learning by doing
  - 2.2. การวิเคราะห์ข้อมูล เช่น ตัวอย่างแบบฟอร์มการวินิจฉัยชุมชนและการวิเคราะห์ข้อมูล
  - 2.3. การระบุจุดด้อย – จุดเด่นในชุมชนโดยใช้กระบวนการกลุ่มย่อย หรือผู้รู้ในชุมชน
  - 2.4. การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา จาก ขนาดของปัญหา ความรุนแรงของปัญหา ความเป็นไปได้ในการแก้ปัญหาหรือความยากง่ายในการแก้ปัญหา ด้านวิชาการ ด้านบริหาร ระยะเวลา ด้านกฎหมาย ด้านศีลธรรม ความตระหนักต่อปัญหาของชุมชน
3. การศึกษาสาเหตุต้นตอ
4. การวางแผนแก้ไขปัญหาหรือส่งเสริมหรือพัฒนากลุ่ม
  - 4.1. แผนงานหลัก ได้แก่ ปัญหาของกลุ่ม เช่น ขยะ โภชนาการ สมุนไพร การวิเคราะห์ปัญหาและสภาวะที่เกี่ยวข้องกับปัญหา เป้าหมายของการแก้ปัญหา จุดประสงค์ กลวิธีทางกลุ่ม/ชาวบ้าน/องค์กรที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้น ๆ อุปสรรค ผู้รับผิดชอบ การประเมิน
  - 4.2. แผนงานย่อย
    - ชื่อโครงการ (โครงการทำอะไร ทำกิจกรรมอะไร)
    - ผู้รับผิดชอบ (ใครทำ)
    - หลักการและเหตุผล (ทำไมต้องทำ ทำไปทำไม)
    - วัตถุประสงค์ (ทำเพื่ออะไร)
    - เป้าหมาย (ทำกับใคร ทำแค่ไหน)
    - วิธีการดำเนินการ (ทำอะไร ทำอย่างไร)
    - ระยะเวลาดำเนินการ (ทำเมื่อไร)
    - สถานที่ดำเนินการ (ทำที่ไหน)

- งบประมาณ (ทำได้จากแหล่งใด ใช้ไปเท่าไร)
  - ผลที่คาดว่าจะได้รับ (ทำแล้วจะได้รับประโยชน์อะไร)
  - การประเมิน (จะวัดผลอย่างไร บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมาย หรือไม่)
5. การประเมินผลการปฏิบัติงาน (ผลรวมทั้งหมด)
    - 5.1. การระบุจุดด้อย – จุดเด่น ในชุมชนโดยใช้กระบวนการกลุ่มย่อย หรือผู้รู้ในชุมชน
    - 5.2. การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา
  6. การศึกษาสาเหตุต้นตอ (จากปัจจัยอะไร สาเหตุมาจากไหน อย่างไร)
  7. การวางแผนแก้ไขปัญหา (จัดเวที จากการทำกิจกรรม)
  8. การประเมินผลการปฏิบัติงาน (ชุมชนได้อะไรบ้าง มีอะไรเปลี่ยนแปลงหรือไม่ พัฒนาขึ้น – เท่าเดิม)
  9. ออกรายงาน

## 2. แนวคิดการพัฒนาแกนนำครอบครัวและชุมชน

### 2.1 แนวคิดเรื่องการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ

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

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

### 2.2 แนวคิดเรื่องประชาคม

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

### 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

ความหมายของการดูแลตนเอง

โอเรียม (Orem, 1995) ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่าเป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของบุคคลเป็นการริเริ่มและการกระทำด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ทั้งในภาวะปกติและขณะเจ็บป่วย เป็นการกระทำอย่างจริงจัง 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 ได้นำแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเรียมมาใช้ในการศึกษาวิจัย ซึ่งโอเรียมมีจุดมุ่งหมายในการดูแลตนเองดังนี้

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

ตามแนวคิดของโอเรียม ความสามารถในการดูแลตนเองประกอบด้วยโครงสร้าง 3 ระดับ คือ (Orem, 1991)

ระดับที่ 1 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundation Capabilities and Dispositions) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจริงจัง 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. ความหวังในตนเอง
9. การยอมรับตนเอง
10. ระบบการจัดลำดับความสำคัญ การรู้จักแบ่งเวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ
11. ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

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

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



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

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

### 3. ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ

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

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

### 4. แนวคิดการเสริมพลังอำนาจ

แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมพลังอำนาจ

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

กระบวนการของการเสริมพลังอำนาจช่วยให้บุคคลเกิดความมั่นใจ มุ่งมั่นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยความเพียรพยายามมั่นใจ และเชื่อมั่นว่าตนมีอำนาจที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ให้ประสบความสำเร็จได้ดี (อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย 2541: 234 อ้างถึงใน สุภาพรณ สุขคล้าย 2553)

ความหมายของการเสริมพลังอำนาจ

มีนักวิชาการได้ให้ความหมายไว้หลายทัศนะดังนี้

Gibson (1991) ได้กล่าวถึงการเสริมพลังอำนาจว่า เป็นแนวคิดที่อธิบายกระบวนการทางสังคม การแสดงถึงการยอมรับและชื่นชม การส่งเสริม การพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการตอบสนองความต้องการของตนเองและแก้ปัญหาด้วยตนเอง รวมถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองและรู้สึกว่าตนเองมีอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือวิถีชีวิตของตนเองได้

Greasley and King (2005) กล่าวว่า ความหมายของการเสริมพลังอำนาจมีความสัมพันธ์กับแนวคิดของอำนาจ (Concept of Power) ซึ่งแนวคิดดังกล่าวเน้นถึงการควบคุม (Control) การปกครอง (Hierarchy) และการควบคุมอย่างเคร่งครัด (Rigidity) แต่ความหมายของการเสริมพลังอำนาจในด้านองค์กรและการจัดการ จะหมายถึง การให้อำนาจและความรับผิดชอบแก่ผู้ปฏิบัติงาน ทำให้เกิดความรู้สึกความเป็นเจ้าของและการควบคุมงานได้ด้วยตนเอง การทำให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มศักยภาพ 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 ชุมชน และสังคมได้

จินตนา ยูนิพันธ์ (2539: 45) กล่าวถึง ความเชื่อพื้นฐานของการเสริมพลังอำนาจว่าเป็นการมุ่งเน้นที่การดำเอาศักยภาพทางปัญญา และพลังในตัวบุคคลมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตนเอง

และผู้อื่นเป็นแนวคิดที่มีความเกี่ยวเนื่องอย่างชัดเจนกับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องครบวงจร เป็นการสร้างสถานการณ์และการเริ่มต้นใหม่ที่มีมากกว่าการมีส่วนร่วมของบุคคล

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

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

## 5. แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน

กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR)

ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

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

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

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

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

ของข้อมูล เพราะข้อมูลจะช่วยให้คนในชุมชนสามารถวิเคราะห์ปัญหาของชุมชน และดำเนินการพัฒนาชุมชนต่อไป

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

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

สรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการวิจัยที่มีผู้มีส่วนร่วมหลายฝ่ายเข้ามาร่วมกันแก้ปัญหาที่เกิดโดยมีการร่วมทุกกระบวนการวิจัย ตามบทบาทหน้าที่ของผู้ร่วมวิจัยแต่ละคน ตั้งแต่เริ่มการเลือกประเด็นปัญหาจนเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัยถือว่าทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีความสำคัญ เท่า ๆ กัน ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของการมีส่วนร่วมที่ได้ร่วมลงมือกระทำโดยยึดหลักประชาธิปไตย

## 6. แนวคิดการใช้กระบวนการ Self help group

### แนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

#### ความหมาย

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

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

Maram (1978) ให้ความหมายว่า เป็นกลุ่มที่ก่อตั้งและดำเนินกิจกรรมกลุ่มโดยสมาชิกภายในกลุ่ม และให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการแก้ปัญหาของสมาชิกกลุ่มโดยสมาชิกกลุ่มเท่านั้น ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาลเป็นผู้แสวงหาความรู้หรือแหล่งความรู้ให้กลุ่ม

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

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

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

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

### วัตถุประสงค์ของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

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

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

### กลไกการทำงานของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

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

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

5. การที่สมาชิกกลุ่มได้พบเห็นบุคคลที่มีปัญหาและได้แก้ไขปัญหานั้น ๆ จนเป็นผลดีจะทำให้ได้มองเห็นเป็นแบบอย่าง (Role Model) ของผู้ที่รู้จริง (Expertist) ซึ่งสมควรจะปฏิบัติตามและแน่ใจว่าตนเองจะสามารถผ่านพ้นปัญหาและภาวะวิกฤติเหล่านั้นได้เช่นกัน
6. การได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างเป็นกันเองกับบุคคลที่เป็นพวกเดียวกันทำให้ได้ระบายความรู้สึกทุกข์ คับข้องใจ ความกลัว ความวิตกกังวล ความสิ้นหวังและปัญหาอื่น ๆ ได้โดยไม่ต้องกังวลว่าเขาเหล่านั้นจะไม่เข้าใจ แต่กลับได้รับการยอมรับในเรื่องดังกล่าวอย่างจริงจัง และให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนและให้กำลังใจอย่างเต็มที่
7. การที่สมาชิกกลุ่มได้มีโอกาสในการช่วยเหลือบุคคลอื่น ทั้งในการให้ข้อมูล ความรู้กำลังใจ หรือสิ่งของอื่น ๆ ทำให้สมาชิกกลุ่มรู้สึกมีคุณค่าต่อสังคม อึดทนโศกเศร้าขึ้น ยอมรับสภาพปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ดีขึ้น
8. การเข้ากลุ่มอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้สมาชิกรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม กล้าที่จะเปิดเผยตนเองมากขึ้น 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 ; ตรีณี ชุณหะวัต, 2542 อ้างถึงใน บุศกร กลิ่นอวล, 2549) นั่นคือเชื่อว่า “เราเป็นผู้รู้ดีที่สุด”

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

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

## 7. 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 และผู้เป็นต้นฉบับของโรงเรียนที่สอนด้านจิตบำบัดในแนวเกสตาลต์ (Gestalt)
2. เวอร์จิเนีย ซะเทียร์ (Virginia Satir) นักครอบครัวบำบัด ผู้ซึ่งมีความมุ่งมั่นในการแก้ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว
3. มิลล์ตัน อีริกสัน (Milton Erickson) นักสะกดจิตที่มีชื่อเสียงระดับโลก

ความหมายของทฤษฎีโปรแกรมประสาทภาษาสัมผัส



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 ไม่ว่าจะป็นช่วงจิตสำนึกและจิตใต้สำนึก 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 การลิ้มรส การสัมผัส และความรู้สึก บุคคลรับรู้โลกโดยผ่านประสาทสัมผัสทั้งห้า เมื่อรับรู้แล้วจึงแสดงพฤติกรรมออกไป ระบบประสาทของมนุษย์นั้นครอบคลุมไม่ใช่แค่เพียงกระบวนการคิดที่มองไม่เห็นเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการแสดงออกปฏิกิริยาของร่างกายที่มีต่อความคิดและเหตุการณ์ด้วย ในความเป็นมนุษย์นั้น กายและจิตเป็นสิ่งเดียวกันไม่อาจแบ่งแยกได้

ภาษา (Linguistic) เป็นสิ่งที่มนุษย์ใช้เพื่อที่จะสื่อสารความคิดและพฤติกรรมของตนเองกับบุคคลอื่น

โปรแกรม (Programming) เป็นวิถีทางที่มนุษย์เลือกในการสร้างความคิดและพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามที่ต้องการ

โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส จึงเกี่ยวกับโครงสร้างของประสบการณ์ของมนุษย์ ว่า พวกเขาสร้างในสิ่งที่เห็น ได้ยิน และรู้สึกได้ อย่างไร และเขาแก้ไขและกลั่นกรองการรับรู้ต่อโลกภายนอกให้ผ่านเข้ามาสู่ระบบสัมผัสภายในได้อย่างไร

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

สรุป โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส หมายถึง โครงสร้างประสบการณ์เฉพาะที่เกิดขึ้นผ่านระบบประสาทสัมผัสทั้ง 5 เข้าสู่กระบวนการใส่รหัส และให้ความหมาย เพื่อแสดงออกมาเป็นวจนภาษาและอวจนภาษาโดยจิตสำนึกและจิตใต้สำนึกของแต่ละบุคคล

## 8. แนวคิดทฤษฎีเศรษฐกิจพอเพียง

### ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงกับสุขภาพ

“เศรษฐกิจพอเพียง” เป็นปรัชญาที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงมีพระราชดำรัสชี้แนะแนวทางการดำเนินชีวิตแก่พสกนิกรชาวไทย ซึ่งเป็นปรัชญานำทางในการพัฒนาประเทศให้เป็นไปในทางสายกลาง 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 รักษาพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพและคุ้มครองผู้บริโภค
- (5) มีระบบภูมิคุ้มกันที่ให้หลักประกันและคุ้มครองสุขภาพของประชาชน
- (6) มีคุณธรรม จริยธรรม คือ ความซื่อตรง ไม่โลภมาก และรู้จักพอ

## 9. แนวคิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต

### ความหมาย

Unesco (1968: 20) ให้ความหมายว่า เป็นการจัดการศึกษาที่จะสนองความต้องการทางการศึกษาของแต่ละบุคคลและของกลุ่ม จะครอบคลุมตั้งแต่การศึกษาสำหรับเด็กไปจนถึงการศึกษาสำหรับผู้ใหญ่อย่างเป็นกระบวนการอย่างต่อเนื่อง

Dave (อ้างถึงใน สอนง โลหิตวิเศษ, 2544:2 อ้างถึงใน อัมพร พงษ์กัสนานันท์, 2550) ให้ความหมายว่า การศึกษาตลอดชีวิตเป็นแนวคิดที่พยายามมองการศึกษาในภาพรวม ซึ่งได้รวมเอาการศึกษาในระบบ (Formal Education) การศึกษานอกระบบโรงเรียน (Nonformal Education) และการศึกษาตามอัธยาศัย (Informal Education) ให้มีการประสมสัมพันธ์ทั้งในด้านของความต้องการของเวลา (ชั่วชีวิตคน) และเนื้อหา และเทคนิคการเรียนการสอน ซึ่งมีลักษณะคล้ายการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self Learning) การแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน และมีใจกว้างยอมรับว่าการเรียนรู้มีหลายรูปแบบและหลายวิธีการ

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

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

การศึกษาที่เกิดจากการผสมผสานระหว่างการศึกษาในระบบ การศึกษานอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัย เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตได้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต

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

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

### หลักการการศึกษาตลอดชีวิต

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

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

## เป้าหมายของการศึกษาตลอดชีวิต

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

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

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

## องค์ประกอบของการศึกษาตลอดชีวิต

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

### 1. การศึกษาในระบบโรงเรียน (Formal Education)

ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาในระบบโรงเรียน

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

การศึกษาในระบบจะมีลักษณะอยู่ 3 ประการ ดังที่ ทองอยู่ แก้วไทรสะ (2544 อ้างถึงใน อัมพร พงษ์กัสนานันท์, 2550) อธิบายว่าประกอบด้วย

- 1.1. เป็นการจัดการเรียนการสอนอยู่ภายในโรงเรียนหรือสถานศึกษาเป็นหลัก มีการจัดบรรยากาศการเรียนรู้และวิธีการปฏิบัติต่าง ๆ ที่เป็นโลกเฉพาะของสถานศึกษา ระหว่างครู ผู้บริหาร บุคลากรทางการศึกษา และผู้เรียน นักเรียนมีการแต่งกายที่มีเครื่องแบบ มีการจัดระดับเหมือนกันทั่วประเทศ และแยกเป็นโรงเรียนรัฐบาล เอกชน และโรงเรียนสังกัดสถาบันอุดมศึกษาอย่างชัดเจน
- 1.2. กลุ่มเป้าหมายเป็นเด็กและเยาวชน มีการกำหนดวัยของผู้เรียนไว้ชัดเจน มีเกณฑ์อายุในแต่ละระดับชั้น ตั้งแต่อายุ 6 ปี ถึงประมาณ 24 ปี
- 1.3. มีโครงสร้างของระบบที่แน่นอน เป็นไปตามลำดับพัฒนาของเด็กและเยาวชนที่แผนการศึกษาแห่งชาติทุกฉบับจะระบุประเภทของการศึกษา ระดับการศึกษาจำนวนชั้นปี และเกณฑ์อายุผู้เรียนทั้งจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุดของการศึกษา บังคับตามกฎหมายที่มีความสำคัญสำหรับผู้เรียนและสถานศึกษามาก เพราะจะเป็นเครื่องกำกับตัวผู้เรียนให้เข้าสู่ระบบด้วยอายุที่เท่ากันและทำให้เกิดความสะดวกในการจัดการเรียนการสอน

### 2. การศึกษานอกระบบโรงเรียน (Non-formal Education)

ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับการศึกษานอกระบบ

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

### 3. การศึกษาตามอัธยาศัย (Informal Education)

ความหมายและแนวคิดการศึกษาตามอัยยาศัย

กรมการศึกษานอกโรงเรียน (2538) ได้ให้ความหมายของการศึกษาตามอัยยาศัยว่า การศึกษาที่เกิดขึ้นตามวิถีชีวิตที่เป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ 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 การศึกษาตามอัยยาศัย ว่า เป็นการศึกษานอกโรงเรียนที่ให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ด้วยตนเองตามความสนใจ ศักยภาพ ความพร้อมและโอกาส โดยศึกษาจากบุคคล ประสบการณ์ สังคม สภาพแวดล้อม สื่อหรือแหล่งความรู้อื่น ๆ

จากภาพรวมของการจัดการศึกษาตลอดชีวิต ทั้งความหมาย แนวคิด หลักการ และองค์ประกอบ จึงเห็นได้ว่าการศึกษารูปแบบทั้งการศึกษาในระบบ การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัยยาศัย ต่างมีความสัมพันธ์และความเชื่อมโยงกันที่จะส่งเสริมให้บุคคลได้เกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต โดยมีรูปแบบและวิธีการจัดที่แตกต่างกันไป เพื่อให้เหมาะกับกลุ่มเป้าหมายได้รับการทางการศึกษาอย่างทั่วถึง เสมอภาคและเป็นธรรม อันเป็นจุดมุ่งหมายในการพัฒนาของประเทศ ซึ่งแนวคิดดังกล่าว นักการศึกษาตลอดชีวิต Dave (กรมการศึกษานอกโรงเรียน, 2547 อ้างถึงใน อัมพร พงษ์กังสนานันท์, 2550) อธิบายว่าการศึกษานอกระบบ การศึกษานอกโรงเรียน และการศึกษาตามอัยยาศัย ให้มีการประสานสัมพันธ์ทั้งในด้านของความต่อเนื่องของเวลา (ชั่วชีวิตคน) และเนื้อหา (สาระความรู้ที่คนสามารถนำไปใช้) ซึ่งการศึกษานอกระบบจะต้องมีลักษณะที่ยืดหยุ่นในด้านเวลา สถานที่ เนื้อหา และเทคนิคการเรียนการสอน ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับเรียนรู้ด้วยตัวเอง การแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน และมีใจกว้างยอมรับการเรียนรู้หลายรูปแบบ

## 10.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังต่อไปนี้

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

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

วรพรรณ รุ่งศิริวงศ์ (2540) ศึกษาโรคของผู้สูงอายุและการดูแลรักษา พบว่า ผู้สูงอายุประกอบอาหารเองร้อยละ 65.0 และการดูแลตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พิทักษ์ ศิริวัฒน์เมฆานนท์และคณะ(2540) พบว่า ร้อยละ 69.5 ผู้สูงอายุเปลี่ยนเสื้อผ้าที่สวมใส่และทำความสะอาดเอง ตลอดจนการทำความสะดวกสบายบ้านเรือน 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





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

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

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

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

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

ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ (2556) ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และแนวทางการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ระยะเวลาการดำเนินการศึกษารวมทั้งสิ้น 3 ระยะ ในรายงานการวิจัยนี้ ดำเนินการวิจัยในระยะที่ 2 โดยสรุปผลการวิจัย ดังนี้ ระยะที่ 1 ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาในครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตจังหวัดระยอง ชลบุรี และจังหวัดสระแก้ว จำนวน 415 คน เก็บข้อมูลในช่วงเดือน มกราคม - สิงหาคม 2555 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูล ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง ส่วนใหญ่รู้สึกว่ามีสุขภาพดี ร้อยละ 46.7 และรู้สึกว่าสุขภาพไม่ดีร้อยละ 18.6 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายด้านได้ดังนี้ พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ การสูขากิจการที่อยู่อาศัย ค่าเฉลี่ย 3.64 รองลงมาคือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางจิตวิญญาณ และการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย ค่าเฉลี่ย 3.40 และพฤติกรรมที่ปฏิบัติต่ำที่สุดคือ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ค่าเฉลี่ย 3.03 ระดับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับและดีมาก ระยะที่ 2 ทีมวิจัยสรุปว่ากระบวนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนนั้น จะต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยและกระบวนการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องต่อเนื่องกันเพื่อดูและสุขภาพประชาชน 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 การประกอบอาชีพของผู้สูงอายุในเขต

เทศบาลเมืองแสนสุขนั้นส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ถึงร้อยละ 63.46 รองลงมาคืออาชีพ รับจ้างร้อยละ 50 รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง ร้อยละ 45.22 โดยที่มีรายได้เฉลี่ยของผู้สูงอายุทั้งหมดอยู่ที่ 8007.6865 บาทต่อเดือน ในด้านพฤติกรรมพบว่า ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 97.63) ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 91.22) กลุ่มผู้สูงอายุทั้งหมดออกกำลังกายโดยเฉลี่ย 3 วัน/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 มืองค์ประกอบทางด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนน 25.33+3.29 มืองค์ประกอบทางด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นคะแนน 21.80+3.12 องค์ประกอบทางด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นคะแนน 8.94+1.96 มืองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นคะแนน 28.60+4.05 ภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดพบว่าผู้ที่มีภาวะโภชนาการปกติร้อยละ 64.44 มีคะแนน 26.55 มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการร้อยละ 35.15 ระดับคะแนนเฉลี่ย 21.55 และมีภาวะทุพโภชนาการเพียง 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.41 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จากการตั้งสมมติฐานเพื่อทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงของปัจจัยที่ทำการศึกษาโดยกำหนดให้มีนัยสำคัญที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้และทัศนคติระดับดีมากในเรื่องการออกกำลังกาย การออกกำลังกายมากกว่า 4 ครั้งต่อสัปดาห์มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ และการให้ความรู้ในด้านการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและใจดีขึ้น ภาวะโภชนาการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทุก ๆ มิติอย่างมีนัยสำคัญ

พรทิพย์ มาลาธรรมและคณะ (2553) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ จะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต โดยการวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถของตัวแปรคัดสรร (อายุระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ดัชนีมวลกาย กิจกรรมทางกาย การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนของครอบครัว) ในการร่วมกันทำนายระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวานที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลควนขนุน และศูนย์สุขภาพชุมชนควนขนุน จังหวัดพัทลุง ระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2548 จำนวน 120 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์

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

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

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

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

ชนะ ธารสา อัมพร ศรีประเสริฐสุข พิรุณรัตน์ เต็มสุขสวัสดิ์ ปทุมพร โพธิ์กาศ ศุภมิตร บัว  
 เสนาะ ญาณี ภูพันธ์ และณัฐธิดา สุพรรณภพ (2553) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การศึกษาภาวะ  
 สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาผู้สูงอายุในค่ายบูรฉัตร ราชบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ  
 ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เพศชายและเพศหญิงที่อยู่ในค่ายบูรฉัตร ราชบุรีจำนวน 50 คน สุ่มตัวอย่างแบบ  
 เฉพาะเจาะจงโดยใช้หลักทฤษฎีความน่าจะเป็น กลุ่มตัวอย่างการเลือกแบบบังเอิญ (Accidental  
 Sampling) เครื่องมือใช้แบบวัดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale :  
 TGDS) และแบบสอบถามข้อมูลเบื้องต้นของผู้วิจัย เก็บข้อมูลเป็นระยะ 1 เดือน คือ เดือนสิงหาคม พ.ศ.  
 2553 ผลการศึกษาการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน  
 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาเดิมที่  
 แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ในค่ายบูรฉัตร ราชบุรีมี  
 ภาวะสุขภาพจิตแตกต่างจากผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตอื่นของราชบุรี และต่างจังหวัดอย่างมีนัยสำคัญทาง  
 สถิติที่ระดับ .05 ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่  
 ไม่มีรายได้ต่อเดือนมีภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนตั้งแต่ 15,001 บาท ขึ้นไป  
 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้สูงอายุที่มีที่มาของรายได้ที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตไม่  
 แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีการเยี่ยมเยียนของบุตรหลานที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน  
 ผู้สูงอายุที่มีการปฏิบัติศาสนกิจตามความเชื่อของศาสนาแตกต่างกัน มีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน  
 ผู้สูงอายุที่มีการเข้ากลุ่มพบปะสมาคมกับเพื่อนบ้านที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิต ไม่แตกต่างกัน  
 ผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติของสายตาที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีอาการ  
 ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวที่แตกต่าง  
 กันมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีการสูบบุหรี่ที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่าง  
 กัน ผู้สูงอายุที่มีการดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ที่แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิต ไม่แตกต่างกัน

ดวงกมล พัวพันธ์ และคณะ(2553) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ความเครียดและพฤติกรรมเผชิญ  
 ความเครียดของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 5 กลุ่มโรค ตำบลโนนกลาง อำเภอสำโรง จังหวัด  
 อุบลราชธานี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียด และพฤติกรรมเผชิญความเครียดของ  
 ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 5 กลุ่มโรค และนำผลการวิจัยมาใช้ในการวางแผน ป้องกันปัญหาทางด้าน  
 ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 5 กลุ่มโรค คือ เบาหวาน หัวใจ  
 ไตวาย มะเร็งทุกชนิดและหลอดเลือดดำบอลโนนกลาง อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี เลือก แบบ  
 เฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 70 คน เครื่องมือ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูล  
 ส่วนตัวทั่วไป แบบประเมินระดับความเครียด และแบบสอบถามพฤติกรรมเผชิญความเครียด  
 ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 81.4 เพศชาย 13 คน คิด

เป็นร้อยละ 18.6 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-65 ปี จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 35.7 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ จำนวน 70คน คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 52.9 มีวุฒิการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาตอนต้น จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 98.6 มีโรคประจำตัวคือโรคเบาหวาน จำนวน 61 คนคิดเป็นร้อยละ 87.1 เงินได้รายเดือนอยู่ในช่วงไม่เกิน 3,000 จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 60 รายได้ไม่พอใช้ จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 52.9 ส่วนใหญ่มีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยการใช้บัตรทอง จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 94.3 มีสถานภาพเป็นหัวหน้าครอบครัว จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 57.1 บุคคลที่คอยให้ความช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย คือบุตร มากที่สุด จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 67.1 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เกิดโรคอยู่ที่ 7ปี ขึ้นไป จำนวน 29 คนคิดเป็นร้อยละ 41.1 2.ความเครียดของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 5 กลุ่มโรค พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความเครียดของผู้สูงอายุ มีรายละเอียดดังนี้ 1)ด้านสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัว มีผลต่อระดับความเครียด โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง( $X = 3.27$ ) 2) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม มีผลต่อระดับความเครียด โดยรวมอยู่ในระดับน้อย ( $X = 2.48$ ) 3) ด้านสัมพันธภาพด้านกิจกรรมในชีวิตประจำวัน มีผลต่อระดับความเครียด โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $X = 3.05$ ) 4) ด้านสัมพันธภาพเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง มีผลต่อระดับความเครียด โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $X = 3.33$ ) พฤติกรรมที่แสดงออกเพื่อเผชิญความเครียด พบว่า โดยรวม อยู่ในระดับบางครั้ง ( $X = 2.10$ ) พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกบ่อยๆ เมื่อเผชิญความเครียดนั้นได้ค่าเฉลี่ย 2.50 พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกในระดับบางครั้ง เมื่อเผชิญความเครียดนั้นได้ค่าเฉลี่ย 1.50-2.48 และพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่เคยแสดงออก เมื่อเผชิญความเครียดนั้นได้ค่าเฉลี่ย 1.17

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



เสี่ยงต่อการมีปัญห สุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่ทำงานเล็กน้อย และเมื่อค่าใช้จ่าย ทั้งสิ้นของครัวเรือน เพิ่มขึ้นผู้สูงอายุจะมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญห สุขภาพจิตลดลง ผู้สูงอายุ ที่อยู่ในครัวเรือนที่มีฐานะ ยากจนมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญห สุขภาพจิตสูงกว่าผู้ที่อยู่ใน ครัวเรือนที่ไม่จนเกือบ 2 เท่า จากการ วิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยทางประชากรและสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญห สุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย พบว่า ภาค เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา ความเป็นผู้นำใน ครัวเรือน ความพิการความสามารถในการดูแลตนเอง ความสามารถในการเดินทางไปในพื้นที่ ค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น ของครัวเรือน และฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนมีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญห สุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อรสา ไยยงและ พีรพนธ์ ลีอนุชวรัชชัย (2554) ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง ภาวะซึมเศร้าและ อารมณ์เศร้าโศกจาก การสูญเสียของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ หาความชุกของภาวะซึมเศร้า อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ของ ผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี ผู้วิจัยทำการศึกษาในผู้สูงอายุ จำนวน 400 ราย ตั้งแต่เดือน กรกฎาคม - พฤศจิกายน พ.ศ. 2553 โดยการตอบแบบสอบถาม 4 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูล ส่วนบุคคล 2) แบบประเมินอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ 3) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ ของไทย และ 4) แบบประเมินความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัว 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 ( $p < 0.01$ ) ไม่ได้รับการศึกษา ( $p < 0.05$ ) ไม่ได้ประกอบ อาชีพ ( $p < 0.01$ ) ไม่มีรายได้/หรือมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ( $p < 0.01$ ) ไม่ได้รับรายได้จาก การประกอบอาชีพ ( $p < 0.01$ ) ฐานะการเงินครอบครัวที่ไม่เพียงพอ ( $p < 0.01$ ) ที่พักอาศัยที่ไม่ใช่ของ ตนเอง ( $p < 0.01$ ) 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 ( $p < 0.01$ ) ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของ ผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป ( $p < 0.05$ ) ฐานะการเงิน ครอบครัวที่ไม่เพียงพอ ( $p < 0.01$ ) การใช้สารเสพติด ( $p < 0.05$ ) การสูญเสียบุคคลใกล้ชิดที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด ( $p < 0.05$ ) และ ความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดี ( $p < 0.01$ ) และสรุปไว้ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหา

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

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

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

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และเพศโดยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำจะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง ผู้ป่วยที่มีอาชีพรับราชการหรือธุรกิจส่วนตัวจะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอาชีพเกษตรกรรม/งานบ้าน ผู้ป่วยที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองได้น้อย จะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้มาก และเพศชายจะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศหญิง โดยปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถอธิบายการผันแปรของภาวะซึมเศร้าได้มากที่สุด (beta = .44) รองลงมาคือ อาชีพ (beta = .30) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (beta = .25 ) และเพศ (beta = .05) ค่าความสามารถในการร่วมทำนายภาวะซึมเศร้าของทุกตัวแปรอยู่ในระดับปานกลาง คือ ร้อยละ 48 (multiple R<sup>2</sup> = .48) สำหรับตำแหน่งของพยาธิสภาพในสมองไม่สามารถอธิบายการผันแปรของภาวะซึมเศร้าได้

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

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

การสนับสนุนทางสังคม( $\beta = -.276, p < .001$ ) สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่เพศและอายุไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ ตัวแปรทุกตัวสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 30.8 และมีข้อเสนอแนะให้ บุคลากรในทีมสุขภาพควรมีการจัดกระทำ ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองในเขตชุมชนเมืองด้วยการจัด กิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับ การลดความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และการให้การสนับสนุนที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

แคโรลิน คัทโทรนา แดน รัสเซล และ เจนเน โรส (Carolyn Cutrona ; Dan Russell ; Jayne Rose, 1986) ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวต่อความเครียดของผู้สูงอายุ โดยทำการศึกษาในผู้สูงอายุ โดยใช้เครื่องมือ UCLA Loneliness Scale, Self-Rating Depression Scale และทำการสุขภาพทางกาย การสนับสนุนทางสังคม และประสบการณ์ที่เกิดความเครียด พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด โดยมีการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวร่วมทำนาย ผลการวิจัยยังพบว่า ในผู้สูงอายุที่มีระดับการสนับสนุนการสังคมสูงสามารถลดระดับความเครียดของผู้สูงอายุได้

สุมิดา แก้วดิน (2549) ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การศึกษาความเครียดของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุศูนย์สุขภาพชุมชนบ้าน อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับความเครียด ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลบ้าน และเพื่อศึกษาความคิดเห็นต่อการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2546 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2547 เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเกี่ยวกับความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษา จำนวน 150 ราย จากการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่คืนที่ เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสัมภาษณ์และแบบทดสอบ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง คือ ร้อยละ 65.3 และมีอายุอยู่ในช่วง 60 – 64 ปี มากที่สุดคือ ร้อยละ 41.3 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 70-74 ปี เท่ากับร้อยละ 22.7 ระดับการศึกษาส่วนมากไม่ได้เรียนแต่อ่านออกเขียนได้ สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่ยังใช้ชีวิตคู่ คือ ร้อยละ 58.7 ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารผ่าน ศึกษโทรทัศน์ เท่ากับร้อยละ 44 ส่วนใหญ่เลิกทำงานแต่มีรายได้จากบุตรเท่ากับร้อยละ 49.3 มีความรู้สึกไม่สบายใจเกี่ยวกับรายได้ที่ลดลง ร้อยละ 61.3 เมื่อมีปัญหาส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.6 จะปรึกษาคนในครอบครัว และทางออกที่เลือกปฏิบัติเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ คือ ปรึกษาคนใกล้ชิด เท่ากับ ร้อยละ 72 ลักษณะการอยู่อาศัย ร้อยละ 84 อาศัยอยู่กับครอบครัว และร้อยละ 96.1 มีความสัมพันธ์ที่ดีภายในครอบครัว ส่วนใหญ่ร้อยละ 66.7 มีการทำกิจกรรมกลุ่มและทำบุญร่วมกับชุมชน สถานะสุขภาพร้อยละ 31.7 มีโรคประจำตัวโดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด คือ ร้อยละ 43.5 ด้านการดูแลสุขภาพส่วน

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

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

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

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

ศึกษาวิจัยครั้งนี้ไม่พบความแตกต่างระหว่างผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง ส่งผลต่อรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ

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

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

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

แผนงานวิจัย “การพัฒนาเมืองผู้สูงอายุแสนสุข Development Saensuk Happiness Elderly Community Model” เป็นแผนงานต่อเนื่อง โดยมีระยะเวลาการศึกษาวิจัยต่อเนื่อง 3 ปี (พ.ศ.2556 - 2558) โดยแผนงานวิจัย “การพัฒนาเมืองผู้สูงอายุแสนสุข Development Saensuk Happiness Elderly Community Model” เป็นแผนงานวิจัยที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 จากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ โดยมีโครงการวิจัยย่อย ภายใต้แผนงานวิจัยจำนวน 10 โครงการย่อย ดังนี้

หมายเหตุ : (\* โครงการวิจัย ย่อยที่ 10 เป็นโครงการที่ค้างการรายงาน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2556)

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

ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย : แพทย์หญิงมยุรี พิทักษ์ศิลป์ สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 50

ผู้ร่วมโครงการวิจัย : ดร.เวชกา กลิ่นวิจิต สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 20

นางสาวพวงทอง อินใจ สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 10

ดร.กาญจนา พิบูลย์ สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 10

นางสาวคณินิจ อูสีมาศ สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 10

หน่วยงานหลัก : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

หน่วยงานสนับสนุน : เทศบาลเมืองแสนสุข

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

ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย : ผศ.ดร.รัชนิภาภรณ์ ทรัพย์ภรณนท์ สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 30

ผู้ร่วมโครงการวิจัย : ผศ.ดร.วารีย์ กังใจ สัดส่วนการทำวิจัย 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 กลิ่นวิชาติ สัตว์ส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 50

ผู้ร่วมโครงการวิจัย : ดร.กาญจนา พิบูลย์ สัตว์ส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 10

ผศ.นพ.พิสิษฐ์ พิริยาพรณ สัตว์ส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 10

นางสาวพวงทอง อินใจ สัตว์ส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 10

นายสรร กลิ่นวิชาติ สัตว์ส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 10

นางสาวคณีนิจ อุดมมาศ สัตว์ส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 10

หน่วยงานหลัก : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

หน่วยงานสนับสนุน : เทศบาลเมืองแสนสุข

โครงการวิจัยย่อยที่ 4 (ภาษาไทย) การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดยให้ครอบครัวและ  
ชุมชนมีส่วนร่วม

(ภาษาอังกฤษ) Family and Community Participatory Health Care in  
Elderly with Diabetes Mellitus

ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย : ผศ.นพ.พิสิษฐ์ พิริยาพรณ สัตว์ส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 50

ผู้ร่วมโครงการวิจัย : พญ.ผกาพรณ ดินชูไท สัตว์ส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 10

นพ.สุรียา โปร่งน้ำใจ สัตว์ส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 10

นพ.ณัฐพล อ้นนานนท์ สัตว์ส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 10

ดร.เวธกา กลิ่นวิชาติ สัตว์ส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 20

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 : นายสรร กลิ่นวิจิต สัตว์ส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 50

ผู้ร่วมโครงการวิจัย : นางสาวพวงทอง อินใจ สัตว์ส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 20

ดร.เวธกา กลิ่นวิจิต สัตว์ส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 20

นางสาวสมหญิง บู่แก้ว 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.ศรวิวรรณ ยอดนิล สัตว์ส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 20

นางสาวน้ำทิพย์ คำแร่ สัตว์ส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 10

หน่วยงานหลัก : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

หน่วยงานสนับสนุน : คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และเทศบาลเมืองแสนสุข

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

ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัย

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

หน่วยงานหลัก : คณะการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร มหาวิทยาลัยบูรพา

หน่วยงานสนับสนุน : 1. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2. เทศบาลเมืองแสนสุข

โครงการวิจัยย่อยที่ 8 (ภาษาไทย) แบบแผนการบริโภคอาหาร ภาวะโภชนาการ และปัจจัยขับเคลื่อน  
ชุมชนผู้สูงอายุสุขภาพดี

(ภาษาอังกฤษ) Dietary pattern , Nutritional status and Driven factors for  
Community of Healthy elderly

ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย :	ดร.วนัสรา เชาวน์นิยม	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 สัตว์ส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 20

หน่วยงานหลัก : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

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

ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย : ผศ.दनัย บวรเกียรติกุล สัตว์ส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 70

ผู้ร่วมโครงการวิจัย : ดร. รจฤดี โชติกาวิรินทร์ สัตว์ส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 30

หน่วยงานหลัก : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

หน่วยงานสนับสนุน : เทศบาลเมืองแสนสุข

- โครงการวิจัยย่อยที่ 11 (ภาษาไทย) รูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาล  
มหาวิทยาลัยบูรพา

(ภาษาอังกฤษ) (Elderly Day Care Model in Burapha University Hospital)

ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย: ดร. กาญจนา พิบูลย์ สัตว์ส่วนการทำวิจัย 50%

ผู้ร่วมโครงการวิจัย : ผศ.นพ.พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ สัตว์ส่วนการทำวิจัย 10%

พญ.มยุรี พิทักษ์ศิลป์ สัตว์ส่วนการทำวิจัย 10%

ดร. เวชกา กลิ่นวิจิต สัตว์ส่วนการทำวิจัย 10%

นางสาวพวงทอง อินใจ สัตว์ส่วนการทำวิจัย 10%

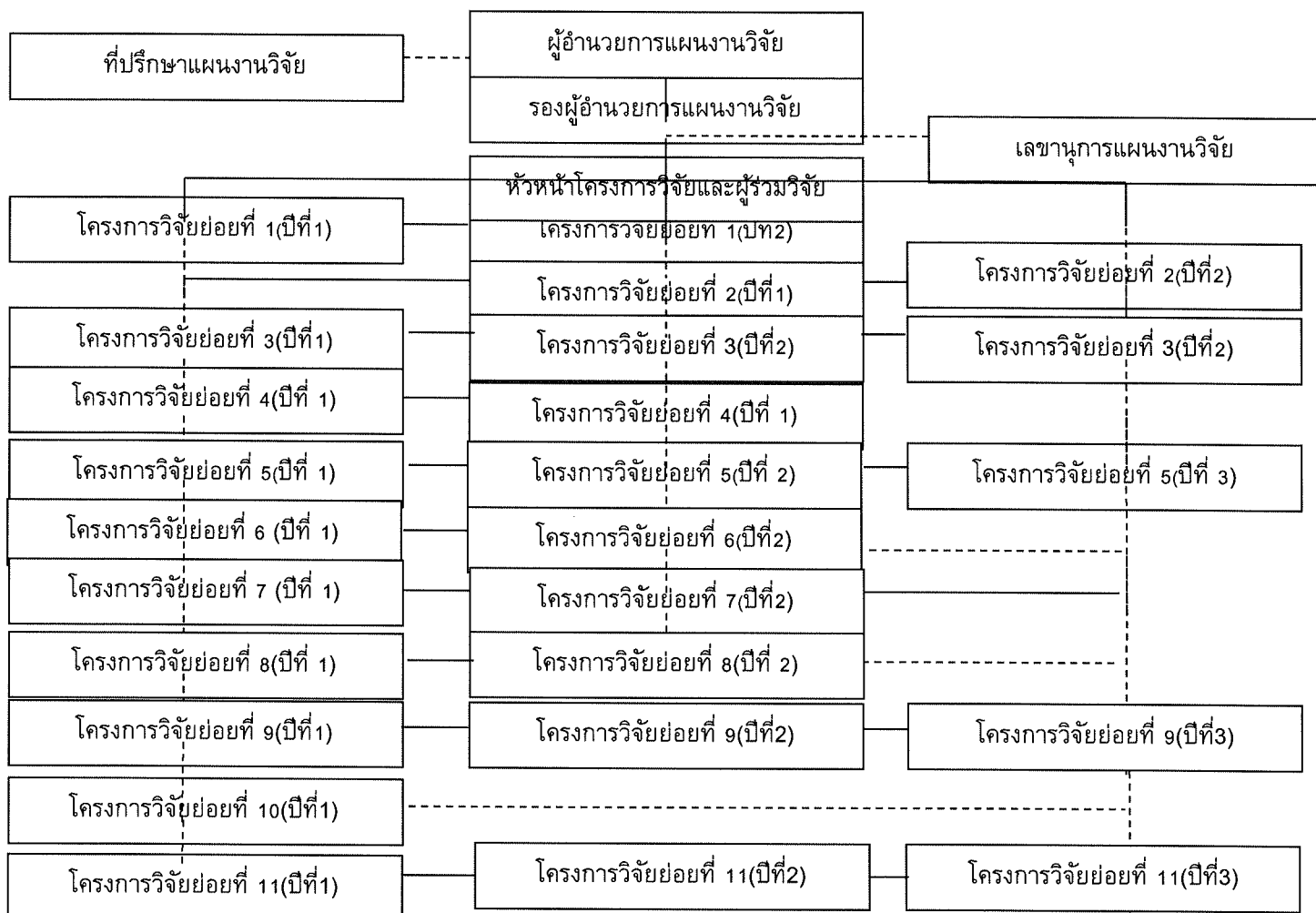
ดร.นพ เกษม ไข่ม่องกิจ สัตว์ส่วนการทำวิจัย 10%

หน่วยงานหลัก : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

หน่วยงานสนับสนุน : คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา เทศบาลเมืองแสนสุข

## แผนการบริหารแผนงานวิจัย

### โครงสร้างแผนงานวิจัย



ในการดำเนินการของแผนงานวิจัยนี้ มีการควบคุม กำกับโครงการวิจัยในแต่ละโครงการวิจัยย่อย โดยคณะผู้บริหารแผนงานวิจัย ซึ่งประกอบด้วย

ที่ปรึกษาแผนงานวิจัย ได้แก่

1. ศาสตราจารย์ ดร.นพ.ศาสตร์ เสาวคนธ์
2. รองศาสตราจารย์ พญ.สมจิต พุกษะรัตนนท์

หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบแผนงาน: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ผู้อำนวยการแผนงานวิจัย: ดร. เวชกา กลิ่นวิชุด

หัวหน้าสำนักงานจัดการศึกษา

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

รองผู้อำนวยการแผนงานวิจัย: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ

คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เลขานุการแผนงานวิจัย: นางสาวคณินิจ อุลีมาศ  
หัวหน้างานวิจัยและบริการวิชาการ  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

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

#### หน่วยงานสนับสนุน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
คณะแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร มหาวิทยาลัยบูรพา

#### กลยุทธ์ของแผนงานวิจัย

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

1. โครงสร้างประชากรผู้สูงอายุในภาคตะวันออกและจังหวัดชลบุรี เพิ่มมากขึ้นตามลักษณะของโครงการประชากรผู้สูงอายุไทย
2. สถานการณ์ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกและจังหวัดชลบุรี มีภาวะเจ็บป่วยและโรคเรื้อรังเป็นจำนวนมาก

3. มีการถ่ายโอนความรับผิดชอบด้านสวัสดิการ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นช่วยเหลือดูแล ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการประสานความร่วมมือในการสร้างความมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ
4. มหาวิทยาลัยบูรพา มีการกำหนดนโยบายในแผนยุทธศาสตร์มหาวิทยาลัยสู่ความเป็นเลิศในศาสตร์ผู้สูงอายุ โดยสามารถประสานความร่วมมือในการผลิตผลงานทางวิชาการและวิจัยในศาสตร์ดังกล่าว ในกลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพได้โดยง่าย
5. ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ เป็นหน่วยงานที่สังกัดมหาวิทยาลัยบูรพา ที่มีโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เป็นหน่วยงานในสังกัด มีความพร้อมทั้งทางด้านบุคลากร แพทย์พยาบาล และนักวิชาการทางด้านสุขภาพ สถานที่ ทรัพยากรพื้นฐาน ในการที่จะบริหารจัดการเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุได้
6. การวิจัยเพื่อพัฒนาเมืองผู้สูงอายุแสนสุขนี้ มีความสอดคล้องและตอบสนองต่อนโยบายการบริการสุขภาพอนามัยตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ต้องการการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการซ่อมแซม สามารถให้การดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด เป็นการเน้นการให้บริการเชิงรุกและส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคหรือภาวะแทรกซ้อนมากกว่าการรักษาโรค ซึ่งเป็นการลงทุนที่น้อยกว่า และมีความคุ้มค่ามากกว่า
7. การพัฒนาเมืองผู้สูงอายุแสนสุข จะมีความครอบคลุมตั้งแต่การวินิจฉัยและวิเคราะห์สถานการณ์ชุมชน ค้นหาและประเมินศักยภาพเดิมของชุมชน 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 2 ระยะเวลาที่ 2 โครงการวิจัยย่อย แต่ละโครงการวิจัย ดำเนินการศึกษาวิจัยตามวิธีการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

### โครงการย่อย ที่ 1 วินิจฉัยชุมชนด้านสุขภาพผู้สูงอายุและแกนนำสุขภาพครอบครัว เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ปีที่ 2 (Community diagnosis of elderly health and family care; Saensuk Municipality Chonburi)

วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย

ระยะที่ 2 ดำเนินกิจกรรมแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพผู้สูงอายุโดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม กำหนดหัวข้อกิจกรรมจากผลการวินิจฉัยชุมชนในระยะที่ 1 โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ในการสร้างเวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้เกิดการถ่ายทอดองค์ความรู้และต่อยอดประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

#### 1. รูปแบบการวิจัย (Research Design)

เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

#### 2. ขั้นตอนในการวิจัย (วิธีการในการเก็บข้อมูล ประชากร กลุ่มตัวอย่าง ฯลฯ)

1. ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง
2. การสร้างเครื่องมือและทดสอบเครื่องมือ
3. การพัฒนานักวิจัยแกนนำเพื่อจัดกิจกรรมตามกระบวนการจัดการความรู้
4. การนัดหมายชุมชนนักปฏิบัติและผู้มีส่วนได้เสียในการจัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
5. การสร้างคลังความรู้
6. การประเมินผลการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
7. เขียนสรุปและอภิปรายผลการวิจัย

#### 3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่วิจัยเพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. การติดต่อประสานงานกับชุมชน และผู้นำหรือแกนนำในชุมชนเพื่อเข้าไปศึกษาตามขั้นตอนการวิจัย
2. การประสานงานเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของโครงการวิจัย
3. การนัดหมายวัน เวลา และสถานที่เพื่อดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัย



4. เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง หรือ การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล  
สถานที่ในการศึกษาวิจัย  
พื้นที่เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี

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

1. รูปแบบการวิจัย (Research Design)

ในระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา

ขั้นตอนในการวิจัย (วิธีการในการเก็บข้อมูล ประชากร กลุ่มตัวอย่าง ฯลฯ)

เป็นโครงการวิจัยที่เริ่มดำเนินการ ปีที่ 1 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2557

**ปีที่ 1** การประเมินศักยภาพของแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะ  
สุขภาพของผู้สูงอายุ ปัญหาด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ความสามารถในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ  
และการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ นิสิตมหาวิทยาลัยบูรพาที่กำลังศึกษาอยู่ใน  
มหาวิทยาลัยบูรพา อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรีในปีการศึกษา 2556 โดยประมาณการจากจำนวน  
นิสิตที่กำลังศึกษาอยู่ในปีการศึกษา 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 ที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างโดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตาราง  
เครจซี่และมอร์แกน(Robert V. Krejcie and Earyle W. Morgan. 1970 ) ได้กลุ่มตัวอย่าง

จำนวน 380 คน (Robert V. Krejcie and Earyle W. Morgan. 1970 อ้างใน วีรุฒติ 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
4. การสนับสนุนทางสังคมเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

2. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการฝึกอบรมนิสิต นักศึกษา และผู้ช่วยนักวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยในปีที่ 1 ใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินศักยภาพของแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เกี่ยวกับ การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ปัญหาด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ความสามารถในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

3. สถานที่ในการศึกษาวิจัย

เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี และ มหาวิทยาลัยบูรพา

**โครงการวิจัยย่อยที่ 3 การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัว/ชุมชน เพื่อการดูแลผู้สูงอายุ (ปีที่ 2)**

**เทศบาลเมืองแสนสุข (Development Family and Community Health Leader for Elderly in**

**Community; Saensuk Happiness Family Health Leader Model : Phase II)**

1. รูปแบบการวิจัย (Research Design)

ในระยะเวลา 2 ปีที่ 2 เป็นการการศึกษากระบวนการพัฒนาแกนนำครอบครัว และชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ตามบริบทของพื้นที่ในชุมชนต้นแบบพื้นที่เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี โดยการใช้กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบ

2. ขั้นตอนในการวิจัย (วิธีการในการเก็บข้อมูล ประชากร กลุ่มตัวอย่าง ฯลฯ)

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

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนประชากรในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จำแนกตามเพศ และตำบลที่อยู่ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข

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

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

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

ขั้นตอนการวิจัย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ดังนี้

1. ขั้นวางแผน (Planning)
2. ขั้นปฏิบัติการ (Acting)
3. ขั้นสังเกตการณ์ (Observing)
4. ขั้นสะท้อนผลปฏิบัติ (Reflecting)

3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

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

สถานที่ในการศึกษาวิจัย

เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

**โครงการวิจัยย่อยที่ 4 การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดยให้ครอบครัวและชุมชน  
ร่วม เทศบาลเมืองแสนสุข ปีที่ 2(Family and Community Participatory Health care in Elderly  
with Diabetes mellitus : Phase II)**

**1. รูปแบบการวิจัย (Research Design)**

ในระยะที่ 2 ปีที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อประเมินภาวะสุขภาพและศักยภาพของ  
ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ครอบครัวและชุมชน เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และ  
การสนับสนุนทางสังคม

**2. ขั้นตอนในการวิจัย (วิธีการในการเก็บข้อมูล ประชากร กลุ่มตัวอย่าง ฯลฯ)**

**ปีที่ 2 ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดรูปแบบและการพัฒนารูปแบบตามที่กำหนด**

เป็นการดำเนินการโดยผู้วิจัยร่วมกับผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน ดำเนินการร่วม  
ประชุมระดมสมอง แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ อภิปรายร่วมกันโดยเปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วม  
ในการแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ ช่วยกันหาข้อสรุป เพื่อหาแนวทางและรูปแบบในการแก้ปัญหาและ  
ตอบสนองความต้องการการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานรูปแบบใหม่ตามที่ทุกคน  
เห็นว่าเหมาะสม

ผู้ร่วมวิจัย (Participants) หมายถึง ผู้สูงอายุ แก่นนำสุขภาพครอบครัว และชุมชนที่ยินดีเข้าร่วม  
โครงการวิจัย แล้วนำรูปแบบที่ช่วยกันกำหนดและพัฒนาขึ้นนั้นไปทดลองปฏิบัติ และเก็บรวบรวม  
ข้อมูล มาร่วมกันวิเคราะห์สภาพปัญหาขณะดำเนินการ ทำการปรับเปลี่ยนเป็นระยะ ๆ เพื่อพัฒนา  
รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโรคเบาหวานให้สามารถนำไปใช้จริงได้อย่างมี  
ประสิทธิภาพมากขึ้น รวมทั้งวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการทำงานตามรูปแบบด้วย เช่น  
นโยบายด้านคุณภาพชีวิตของรัฐบาล และจังหวัด การสนับสนุนทรัพยากร ความร่วมมือ เทคโนโลยี  
เสี่ยงสะท้อนจากผู้ใช้รูปแบบหรือปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นขณะดำเนินการวิจัย

**ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลโดยการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริง**

เป็นการประเมินเพื่อติดตามผลการนำรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานตาม  
รูปแบบที่ครอบครัวและชุมชนร่วมกันกำหนดขึ้น การประเมินกระทำทั้งขณะที่ดำเนินการและหลังการ  
ดำเนินการ โดยประเมินผลการใช้รูปแบบโดยการประเมินขั้นตอนการดำเนินงาน กระบวนการ ปัจจัย  
เอื้ออำนวย ผลลัพธ์ ผลกระทบ ความคิดเห็นและความพึงพอใจของผู้ใช้รูปแบบโดยใช้วิธีการและกลุ่มผู้  
ร่วมวิจัยเดียวกับก่อนดำเนินการ

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่อาศัยในพื้นที่  
เขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี จำนวน 90,181 คน

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

### 3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การติดต่อประสานงานกับชุมชน และผู้นำหรือแกนนำในชุมชนเพื่อเข้าไปศึกษาตามขั้นตอนการวิจัย
2. การประสานงานเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของโครงการวิจัย
3. การนัดหมายวัน เวลา และสถานที่เพื่อดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัย

### 4. สถานที่ในการศึกษาวิจัย

เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

**โครงการวิจัยย่อยที่ 5 การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังตามแนวทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ปีที่ 2 : ผลการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อความเครียดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง (Neuro-Linguistic Programming on Mental health care of Elderly with Chronic illness: Saensuk Municipality, Chonburi Thailand: Phase II The Effect of Neuro Linguistic Programming in Counseling on Stress of Elderly with Chronic Illness)**

### 1. รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Quasi Experimental research) เพื่อศึกษาผลการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อความเครียดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง เป็นการวิจัยเชิงทดลองประเภทสองตัวประกอบแบบวัดซ้ำหนึ่งตัวประกอบ (Two-factors Experiment with Repeated Measure on One factor)

### 2. ขั้นตอนในการวิจัย (วิธีการในการเก็บข้อมูล ประชากร กลุ่มตัวอย่าง ฯลฯ)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นโรคเรื้อรังและอยู่อาศัยในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ช่วงเดือน ตุลาคม 2556- มีนาคม 2557 จำนวน 1,268 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นโรคเรื้อรัง ที่อยู่อาศัยในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา และได้รับการประเมินระดับความเครียดแล้วมีคะแนนความเครียดในระดับสูงขึ้นไป จำนวน 98 คน

และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่าง 56 คน แล้วนำมาสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 28 คน

### 3. วิธีดำเนินการทดลอง

มีขั้นตอนในการดำเนินการ ดังต่อไปนี้

#### 1. ขั้นเตรียมการ

1.1 การประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน ทำหนังสือขออนุญาต และขอความร่วมมือในการศึกษาวิจัยต่อนายกเทศบาลเมืองแสนสุข เพื่อเข้าพื้นที่ศึกษาวิจัย

1.2 ออกชุมชนพบผู้สูงอายุและผู้ดูแลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย

#### 2. ขั้นตอนการ แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ

2.1 ระยะก่อนการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และความสมัครใจโดยให้ผู้สูงอายุ ทำแบบวัดความเครียด แล้วคัดเลือกผู้สูงอายุที่มีระดับความเครียดสูงขึ้นไป ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ได้จำนวน 56 คน ทำการสุ่ม อีกครั้ง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่า ๆ กันกลุ่มละ 28 คน บันทึกค่าคะแนนที่ได้ไว้เป็นคะแนนระยะก่อนการทดลอง

2.2 ระยะการทดลอง เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2557 ถึง 31 กันยายน 2557 เป็นระยะเวลา 6 เดือน ผู้วิจัยดำเนินการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคสัญญาณพลังแบบองค์รวม(ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเครียดสูง) 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 ระยะหลังการทดลอง ผู้วิจัยสัมภาษณ์ความรู้สึกของผู้รับการให้คำปรึกษาถึงความรู้สึก ที่เกิดขึ้นขณะและหลังได้รับการทดลองตามแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นหลังการทดลอง เป็นรายบุคคล จากนั้นทำการวัดความเครียด (post-test) ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบวัดซึ่งเป็นฉบับเดียวกับที่ใช้ในระยะก่อนการทดลอง

2.4 ระยะติดตามผล โดยห่างจากระยะหลังการทดลองเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการวัดความเครียดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดย แบบวัดฉบับเดิม เช่นเดียวกับระยะก่อนการทดลอง หลังจากเสร็จสิ้นระยะติดตามผล กลุ่มควบคุมได้รับการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคสัญญาณพลังแบบองค์รวมและเทคนิคคีร์มีพลังแห่งตนเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

#### 3. นำข้อมูลทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้องให้ครบถ้วน เพื่อเตรียมการวิเคราะห์ข้อมูล

## ตารางที่ 2 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

สัปดาห์ 1	2	3	4	5
		-ปฐมนิเทศ สร้างความคุ้นเคย -ให้คำปรึกษา		
การดำเนินการ การทดลอง	การทดสอบ ระยะก่อนการ ทดลอง	ด้วยเทคนิค สัญญาณพลัง แบบองค์รวม และทดสอบ หลังการทดลอง	→	ทดสอบระยะ ติดตามผล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำประเภทหนึ่งตัวแปร ระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม (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

เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

## โครงการวิจัยย่อยที่ 6 พัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นแสนสุขและจิตอาสาผู้สูงอายุ (Developing Local Wisdom and Volunteer in Elderly at Saensuk Municipality)

### 1. รูปแบบการวิจัย (Research Design)

เพื่อค้นหาและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นของเมืองแสนสุข และจิตอาสาของผู้สูงอายุเทศบาลเมืองแสนสุข ปีที่ 1 ระยะที่ 2 เพื่อศึกษาผู้สูงอายุจิตอาสาต้นแบบ และนำ คุณลักษณะ มาพัฒนารูปแบบสร้างแกนนำผู้สูงอายุจิตอาสา โดยจัดกิจกรรมพัฒนาความรู้ ทักษะ ผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันปัญหาสุขภาพ และเสริมสร้างความสุขทางใจสำหรับผู้สูงอายุที่มีจิตอาสา

2. ขั้นตอนในการวิจัย (วิธีการในการเก็บข้อมูล ประชากร กลุ่มตัวอย่าง ฯลฯ)

ระยะที่ 2 ศึกษาและพัฒนาารูปแบบผู้สูงอายุจิตอาสาของเทศบาลตำบลแสนสุข โดยการถอดบทเรียนผู้สูงอายุจิตอาสาต้นแบบมาพัฒนาและนำไปพัฒนาผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อสร้างทีมผู้สูงอายุจิตอาสาของเทศบาลเมืองแสนสุข

3. การเก็บข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-Depth Interview) ตามแนวทางสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้างในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษานี้ คือประชาชน หรือผู้สูงอายุ

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) หลังจากนั้นจัดรวบรวมเป็นข้อมูลประมวลคลังความรู้ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่น และจัดทำฐานข้อมูลเผยแพร่สู่สาธารณชน

5. สถานที่ในการศึกษาวิจัย

เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

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

1. รูปแบบการวิจัย (Research Design)

เป็นการศึกษาเชิงวิจัยและพัฒนา (R & D) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย และพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย โดยใช้วิธีการจัดการความรู้ (KM)

2. ขั้นตอนในการวิจัย (วิธีการในการเก็บข้อมูล ประชากร กลุ่มตัวอย่าง ฯลฯ)

ปีที่ 2 ระยะที่ 2 งานวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย และพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย โดยใช้วิธีการจัดการความรู้ (KM) จัดทำแนวทางและคู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย และการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม “การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย” แบบองค์รวมตามหลักธรรมานามัยที่ประกอบ กายานามัย จิตตานามัย และชีวิตานามัย ดำเนินการฝึกอบรมแล้วประเมินผล ผู้เข้าร่วมโครงการรวมจำนวน 48 คน ประกอบด้วยกลุ่มผู้สูงอายุ 38 คน และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม) ที่อยู่ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี 10 คน การประเมินผลโดยการใช้แบบสอบถาม



### 3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้แบบสอบถาม โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เข้าร่วมโครงการรวมจำนวน 48 คน ประกอบด้วยกลุ่มผู้สูงอายุ 38 คน และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม) ที่อยู่ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี 10 คน

### 4. สถานที่ในการศึกษาวิจัย

เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

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

### 1. รูปแบบการวิจัย (Research Design)

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

### 2. วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเทศบาลเมืองแสนสุข กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุได้แก่ญาติ และผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ผู้นำชุมชน กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย ได้แก่ เทศมนตรี และนายกเทศมนตรีเมืองแสนสุขหรือผู้แทน

การสุ่มตัวอย่างสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยการใช้เทคนิค Snowball เพื่อให้ได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของกลุ่มต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในชุมชน

ขั้นตอนการพัฒนาชุมชนต้นแบบ โดยใช้ PAR

1. ขั้นตอนการทำประชาคมในชุมชน เพื่อเสนอผลสำรวจภาวะโภชนาการที่ได้จากงานวิจัยในระยะที่ 1 โดยร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหาในชุมชน
2. ขั้นตอนการร่วมจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในชุมชน และคัดเลือกปัญหาที่มีความพร้อมและมีความสำคัญ เพื่อนำมากำหนดในการแก้ไขปัญหา
3. ขั้นตอนการร่วมกันในการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาและวางแผนในการแก้ไขปัญหาโภชนาการในชุมชนอย่างมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
4. ขั้นตอนการดำเนินการตามมาตรการที่กำหนดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชน
5. ขั้นตอนการร่วมติดตามประเมินผลของการแก้ไขปัญหาโดยการประเมินภาวะโภชนาการและพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อภาวะโภชนาการ

6. ขั้นตอนการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อเสนอต่อภาคีเครือข่าย เพื่อการ  
ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย  
ใช้แบบสอบถาม แบบประเมินขั้นตอนการทำงานซึ่งประกอบด้วย แผนการแก้ไขปัญหา  
โภชนาการในชุมชน  
การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Content analysis)  
สถานที่ในการศึกษาวิจัย  
เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

**โครงการวิจัยย่อยที่ 9 การพัฒนาการเรียนรู้และอาชีพของผู้สูงอายุ : การเรียนรู้เพื่อส่งเสริม  
ภาวะพหุพลัง (The development of learning and occupation for the elderly: Learning to  
Enhance active aging)**

1. รูปแบบการวิจัย (Research Design)  
การวิจัยปีที่ 2 ระยะที่ 2 ครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนรู้  
เพื่อส่งเสริมภาวะพหุพลังในผู้สูงอายุ โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน โดยพื้นที่ที่ทำการวิจัยเป็น  
ชุมชนเขาสามมุก ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
2. ขั้นตอนในการวิจัย (วิธีการในการเก็บข้อมูล ประชากร กลุ่มตัวอย่าง ฯลฯ)  
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ใน  
เทศบาลเมืองแสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี  
การสุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่รับจ้างแกะหอยที่ยินดีเข้าร่วมโครงการ  
จำนวน 20 คน ใช้การสุ่มอย่างง่าย ( random sampling)
3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล  
การเก็บรวบรวมข้อมูล : การสัมภาษณ์สภาพปัญหาและความต้องการในการเรียนรู้สังเคราะห์  
กรอบแนวคิดเพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมภาวะพหุพลังสำหรับผู้สูงอายุ และประเมินภาวะ  
พหุพลังก่อนและหลังการเรียนรู้  
การวิเคราะห์ข้อมูล : วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วน  
เบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ต่ำสุด และใช้สถิติอ้างอิงในรูปของการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสองค่าจากกลุ่ม  
ตัวอย่างกลุ่มเดียว (Paired samples t-test)
4. สถานที่ในการศึกษาวิจัย  
เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

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

1. รูปแบบการวิจัย (Research Design)

รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ

2. ขั้นตอนในการวิจัย (วิธีการในการเก็บข้อมูล ประชากร กลุ่มตัวอย่าง ฯลฯ)

ระยะที่ 1 การเตรียมการ การสำรวจสถานการณ์ การกำหนดรูปแบบ การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็น

จัดประชุมการจัดทำแนวทางการวิจัยร่วมกันผู้บริหารท้องถิ่น หน่วยงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ งานสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกเทศบาลเมืองแสนสุข

ประชุมเพื่อสร้างเครื่องมือในการสำรวจเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ทดสอบคุณภาพแบบสำรวจที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการสำรวจเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสภาพการสุขภาพที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพด้านการรับรู้และความคิดเห็น ตลอดจนความต้องการในการส่งเสริมการจัดการที่อยู่อาศัยเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ทบทวนเอกสารในบริบท เนื้อหา ประเด็น สถานการณ์ปัจจุบัน และรูปแบบการทำงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

สรุปวิเคราะห์ และแปลผลข้อมูล

4. สถานที่ในการศึกษาวิจัย

เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

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

1. รูปแบบการวิจัย (Research Design)

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

2. ขั้นตอนในการวิจัย (วิธีการในการเก็บข้อมูล ประชากร กลุ่มตัวอย่าง ฯลฯ)

แบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ โดยในปีที่ 2 ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบการดูแล จัดประชุมเชิงปฏิบัติการระดมสมองในการสร้างรูปแบบ

การดูแลกลุ่มเป้าหมายได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญและผู้ให้บริการในแต่ละสาขาวิชาชีพทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ผู้แทนจากองค์กรส่วนท้องถิ่น และผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 30 คน โดยประยุกต์กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุแบบไปกลับ (PAR for develop Elderly Day Care Model)

3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ศึกษาจากเอกสารตำรา และการศึกษาสถานการณ์ในศูนย์บริการและการสัมภาษณ์ และจัดโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการเตรียมสร้างรูปแบบ

4. สถานที่ในการศึกษาวิจัย

เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

## บทที่ 4

### ผลการศึกษาวิจัย

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

**การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ  
เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี (ปีที่ 2) : รูปแบบการพัฒนาแกนนำ  
สุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ**

ดร.เวธกา กลิ่นวิชาติ<sup>1</sup>

ผศ.นพ.พิสิษฐ์ ปริยาพรรณ<sup>2</sup> สรร กลิ่นวิชาติ<sup>3</sup> พวงทอง อินใจ<sup>4</sup>

คณิงนิจ อุดิมาศ<sup>5</sup> และพลอยพันธ์ กลิ่นวิชาติ<sup>6</sup>

<sup>1</sup> พยาบาลชำนาญการพิเศษ หัวหน้าสำนักงานจัดการศึกษา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

<sup>2</sup> รองอธิการบดี มหาวิทยาลัยบูรพา และคณบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

<sup>3</sup> นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

<sup>4</sup> พยาบาลชำนาญการพิเศษ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

<sup>5</sup> นักวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

<sup>6</sup> เจ้าหน้าที่วิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นโครงการย่อยที่ 3 เรื่อง “การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัว และชุมชน เพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี” ในชุดแผนงานวิจัยเรื่อง “การพัฒนาเมืองผู้สูงอายุแสนสุข” ซึ่งใน ปีที่ 2 มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาแกนนำครอบครัว และชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ตามบริบทของพื้นที่ในชุมชนพื้นที่เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อสร้างรูปแบบ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ บุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 คน ของครัวเรือนที่อยู่ในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 23,925 ครัวเรือน กลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางเครจซี่และมอร์แกน ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 377 คน ขั้นตอนการวิจัย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นวางแผน (Planning) ขั้นปฏิบัติการ (Acting) ขั้นสังเกตการณ์

(Observing) ชั้นสะท้อนผลปฏิบัติ (Reflecting) ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก คือ

- 1) ผู้ดูแลที่เป็นแกนนำสุขภาพครอบครัว/ชุมชน ซึ่งมีองค์ประกอบย่อย คือ ศักยภาพหรือความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ 3 ด้าน คือ การเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจ การเตรียมความพร้อมทางด้านความรู้ และการเตรียมความพร้อมทางด้านปฏิบัติการดูแล
- 2) การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีองค์ประกอบย่อย คือ การสนับสนุนด้านจิตใจ การสนับสนุนทางด้านอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้และทรัพยากรต่าง ๆ การสนับสนุนข้อมูลข่าวสารความรู้ และการสนับสนุนเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้
- 3) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน แพทย์ พยาบาล เป็นต้น
- 4) ผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ของรูปแบบ ที่มุ่งพัฒนาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านร่างกาย จิตใจ/จิตวิญญาณ สังคม และสิ่งแวดล้อม

**คำสำคัญ:** แกนนำสุขภาพครอบครัว, แกนนำสุขภาพชุมชน, ผู้สูงอายุ, การดูแลผู้สูงอายุ, รูปแบบ

**Development Family and Community Health Leader for Elderly in Community; Saensuk  
Happiness Family Health Leader Model : Phase II**

*Dr.Wethaka Klinwichit, Ph.D.,*

*Asst.Prof.Dr.Pisit Piriyapun MD., Dr.San Klinwichit, Ph.D. ,Dr.Puangtong Inchai, Ph.D.*

*Kanungnij U-simat, M.Ed., Ploypun Klinwichit, B.Ed.*

*Faculty of Medicine, Burapha University*

**Abstract**

This research was the research project No.3 of the research program of "Development Saensuk Happiness Elderly Community Model Phase II". The purpose of this research project was to develop the Model for elderly health care in health leaders in family and community of Saensuk Municipality ,Chon Buri, Thailand by using participatory action research method. The samples which were selected from the total health leaders in families population of 23,925 households in Saensuk Municipality ,Chon Buri, Thailand were 377 person. There were 4 steps to study that consisted of 1) Planning 2) Acting 3) Observing and 4) Reflecting. Analysis data by content analysis.

The study revealed that; The Model for elderly health care in health leaders in family and community has four components namely; 1) Care givers in family/community should be has 3 readiness's aspects of knowledge, attitude and practice to care the older. 2) Social support should be has 4 aspects of emotional, instrument, information and appraisal support 3) Organization support such as; Local administration organization, public health volunteers, public health providers , doctor and nurse etc. 4) The elderly who was the results of model should be enhance the quality of life in 4 aspects; physical, mental and spiritual, social ,and environment.

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

## การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังตามแนวทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส

### ปีที่ 2: ผลการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อความเครียด

#### ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง

ดร.สรร กลิ่นวิชิต ดร.เวธกา กลิ่นวิชิต ดร.พวงทอง อินใจ นางสาวพลอยพันธุ์ กลิ่นวิชิต

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

#### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Quasi Experimental research) เพื่อศึกษาผลการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อความเครียดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง เป็นการวิจัยเชิงทดลองประเภทสองตัวประกอบแบบวัดซ้ำหนึ่งตัวประกอบ (Two-factors Experiment with Repeated Measure on One factor) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นโรคเรื้อรัง ที่อยู่อาศัยในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา และได้รับการประเมินระดับความเครียดแล้ว มีคะแนนความเครียดในระดับสูงขึ้นไป จำนวน 98 คน และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่าง 56 คน แล้วนำมาสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 28 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบวัดความเครียดสวนปรุง (SPST-20) และโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสด้วยเทคนิคสัญญาณแบบบองค์รวม กลุ่มตัวอย่างได้รับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล จำนวน 1 ครั้ง 45 นาที และตอบแบบวัดความเครียดสวนปรุง 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ซึ่งห่างจากระยะหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการวัดซ้ำประเภทหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม และทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มโดยวิธีการทดสอบรายคู่แบบ LSD ผลการวิจัย พบว่า ผลการให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่ โดยใช้เทคนิคสัญญาณแบบบองค์รวมตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อความเครียดของผู้สูงอายุ พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังและมีความเครียดกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษามีระดับความเครียดในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่าผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้คำปรึกษาด้วยวิธีปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีระดับความเครียดในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**คำสำคัญ :** โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุ ความเครียด



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

Phase 2 :The effects of Neuro-Linguistic Programming counseling on stress of the elderly with chronic illness

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

### **Abstract**

The purpose of this research was to determine the effects of Neuro-Linguistic Programming counseling on stress 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 stress score in the high and severe test and volunteered to join the program. There were 56 samples and were simple random sampling for divided into two groups with 28 members in each. The instruments were Suanprung Stress test-20 (SPST-20) and Neuro-Linguistic Programming techniques: The Global Anchoring. 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 subjects variable method and compared through the LSD test.

The results of the effects of Neuro-Linguistic Programming counseling on stress 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 stress score than those in the group in the post-test and the follow up phases with the statistical significance at .05 level. The stress score 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, Mental Health

**การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย**  
**(Health promotion with Thai Traditional Medicine in Elderly)**

รศ.ดร.สุนันทา โอศิริ

พัชชาพลอย ศรีประเสริฐ, แพทย์หญิงมยุรี พิทักษ์ศิลป์, สถาพร บัชรรา และ คณิงนิจ อุสิมาศ

**บทคัดย่อ**

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิจัยและพัฒนา (R & D) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย และพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย โดยใช้วิธีการจัดการความรู้ (KM) จัดทำแนวทางและคู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย และการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม “การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย” แบบองค์รวมตามหลักธรรมานามัยที่ประกอบ กายานามัย จิตตานามัย และชีวิตานามัย ดำเนินการฝึกอบรมแล้วประเมินผล ผู้เข้าร่วมโครงการรวมจำนวน 48 คน ประกอบด้วยกลุ่มผู้สูงอายุ 38 คน และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม) ที่อยู่ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข อําเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี 10 คน การประเมินผลโดยการใช้แบบสอบถาม พบว่ากิจกรรมที่ผู้เข้ารับการอบรมส่วนใหญ่ ให้ความสนใจในระดับมากที่สุด เป็นการทําอาหารเพื่อสุขภาพ กายบริหารทําฤๅษีดัดตน การนวดตนเอง การทําลูกประคบสด การสวดมนต์ การเดินจงกรม บทพิจารณาความตาย ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้เข้ารับการอบรมสามารถมีส่วนร่วมได้ ส่วนเรื่องเกี่ยวกับ สุขภาพของผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม การใช้สมุนไพร เศรษฐกิจพอเพียงแบบแพทย์แผนไทย คุณค่าของผู้สูงอายุในสังคมไทย ที่เป็นการบรรยายในนั้นผู้เข้ารับการอบรมส่วนใหญ่ให้ความสนใจในระดับมาก พบว่าหลังการอบรมผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้ความเข้าใจ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.011$ ) และการเห็นคุณค่าตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.009$ ) การสัมภาษณ์ติดตามผลในระยะเวลา 2 เดือนหลังการอบรม พบว่าผู้เข้าร่วมโครงการ สามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการอบรมไปใช้ในชีวิตประจำวัน คือการดูแลสุขภาพให้กับตนเองและครอบครัว และสามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการอบรมไปเผยแพร่หรือช่วยเหลือผู้สูงอายุอื่นต่อไปได้อย่างบูรณาการ จึงสรุปได้ว่าคู่มือและหลักสูตรฝึกอบรม “การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย” ที่เป็นภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทย สามารถนำไปใช้สร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น เห็นคุณค่าตนเองมากขึ้น สามารถนำไปเผยแพร่เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุอื่น และสามารถพัฒนาเป็นแกนนำอาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกันต่อไป

**คำสำคัญ:** การสร้างเสริมสุขภาพ การแพทย์แผนไทย ผู้สูงอายุ สาขาวิทยาศาสตร์การแพทย์  
 หลักธรรมานามัย

## การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้และอาชีพของผู้สูงอายุ: การเรียนรู้เพื่อส่งเสริมภาวะพฤกษิพลัง

ทองศักดิ์ ยี่งรัตนสุข ภาณุวัฒน์ เชิดเกียรติกุล ปณิตา วรรณพิรุณ

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมภาวะพฤกษิพลังในผู้สูงอายุ โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน โดยพื้นที่ที่ทำการวิจัยเป็นชุมชนเขาสามมุก ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่รับจ้างแกะหอยที่ยินดีเข้าร่วมโครงการจำนวน 20 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์สภาพปัญหาและความต้องการในการเรียนรู้สังเคราะห์กรอบแนวคิดเพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมภาวะพฤกษิพลังสำหรับผู้สูงอายุ และประเมินภาวะพฤกษิพลังก่อนและหลังการเรียนรู้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ต่ำสุด และใช้สถิติอ้างอิงในรูปของการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสองค่าจากกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว (Paired samples t-test) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีความรู้เกี่ยวกับแหล่งการเรียนรู้ (60.0%) ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อพัฒนาตนเอง (50.0%) ไม่รู้วิธีการเรียนรู้ (50.0%) และไม่เคยได้รับการฝึกทักษะในการเรียนรู้ (50.0%) ในด้านความต้องการด้านการเรียนรู้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่ต้องการพัฒนาวิธีการเรียนรู้ (60.0%) ไม่ต้องการใช้แหล่งเรียนรู้ (50.0%) ไม่ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อการพัฒนาตนเอง (50.0%) ไม่ต้องการฝึกนิสัยการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง (50.0%) ไม่ต้องการได้รับการส่งเสริมสนับสนุนการเรียนรู้ (40.0%) แต่มีความต้องการได้รับการพัฒนาทักษะในการเรียนรู้ (55.0%) รูปแบบการเรียนรู้ที่พัฒนาขึ้นคือ โครงการอบรมให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุเรื่องปัญหาสุขภาพจากการทำงาน จากนั้นกลุ่มตัวอย่างนำความรู้ที่ได้จากการอบรมไปใช้ในชีวิตประจำวัน โดยมีการหยุดพักหรือเปลี่ยนอิริยาบถระหว่างการทำงานเป็นระยะ ๆ บางคนเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายโดยการรำกระบองทุกวัน เป็นเวลา 1 เดือน ผลการเปรียบเทียบภาวะพฤกษิพลัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะพฤกษิพลังหลังเรียนรู้สูงกว่าก่อนเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**คำสำคัญ :** การเรียนรู้ ผู้สูงอายุ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

## **The development of learning and occupation for the elderly:**

### **Learning to enhance active aging**

Tanongsak Yingratanasuk, Parnuwat Choedkiattikool, Panita Wannapiroon

#### **ABSTRACT**

The mixed method research aimed to develop a learning model to enhance active aging among the elderly in the Sam Mook area of the Saen Suk Municipality in Chon Buri Province. The study's subjects were comprised of 20 elderly people, who worked as oyster laborers. Data were collected by interviews, which included questions about learning needs and problems. The learning model was constructed based on the active aging concept, and was evaluated before and after the implementation of the learning activities. Percentages, means, standard deviations, minimum and maximum values were used to describe the data, and the paired t-test was conducted to determine the differences of the mean score levels. The results revealed that in terms of the learning problems, most subjects did not know where to find the learning resources (60.0%), nor did they participate in self-improvement activities (50.0%). Also, many subjects did not know the learning methods (50.0%). In terms of learning needs, most subjects did not want to improve their learning methods (60.0%); did not want to use learning sources (50.0%); did not want to participate in self-improvement activities (50.0%); did not want to practice continuous learning behavior (50.0%); and did not want to receive learning support (40.0%); but they did want to receive learning skill developments (55.0%). The learning model developed was a lesson on common work-related health problems among the elderly. The duration of learning activities was one month. The subjects implemented short breaks or changing posture while working during the day. Some of them were involved in physical exercises. The active aging level was evaluated before and after the learning activities, and it was increased at a 0.05 statistical level.

**Keywords :** Learning, Elderly, Health science

## การสำรวจสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ต. แสนสุข อ. เมือง จ.ชลบุรี

ผศ.दनัย บวรเกียรติกุล และ เดชชัชฎ์ นุ่มมีชัย

### บทคัดย่อ

งานศึกษาวิจัยครั้งนี้ ทำการศึกษาโดยนำหลักการจัดการที่อยู่อาศัยเพื่อความปลอดภัยขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ มาทำการดัดแปลงเพื่อสร้างแบบสำรวจสภาพการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัย เพื่อความปลอดภัยของผู้สูงอายุ โดยดำเนินการศึกษาในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี เก็บข้อมูลภาคสนามโดยทำการสำรวจสภาพที่อยู่อาศัยจำนวน 114 แห่ง ทำการสอบถามความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อการจัดการที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 127 รายและทำการสัมภาษณ์เชิงลึกต่อตัวแทนผู้สูงอายุ และประชาชนชุมชนถึงความคิดเห็น ความต้องการในการส่งเสริมการจัดการที่อยู่อาศัยเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผลการศึกษาพบว่า สภาพการสุขาภิบาลสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุทางด้านกายภาพ ได้ผลเท่ากับ 3.4 ซึ่งอยู่ในระดับดี สภาพการสุขาภิบาลสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุในด้านความปลอดภัยได้ผลเท่ากับ 2.88 ซึ่งจัดอยู่ในระดับพอใช้ได้ สภาพอุปกรณ์ความสะดวกและความปลอดภัยภายในชุมชนที่อยู่อาศัยของสำหรับผู้สูงอายุซึ่งผลการสำรวจ ได้เท่ากับ 0.87 ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ความคิดเห็นและความต้องการต่อการจัดการที่อยู่อาศัยพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างต้องการสนับสนุนด้านอุปกรณ์เพื่อการปรับปรุง และดัดแปลงที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้สูงอายุมากที่สุดคิดเป็นคะแนนร้อยละ 44.69 ความคิดเห็นและความต้องการต่อการจัดการอาคารสถานที่สาธารณะพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างต้องการให้วัด/ศาสนสถานได้มีการจัดการให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้สูงอายุมากที่สุดคิดเป็นคะแนนร้อยละ 47.81 การสัมภาษณ์เชิงลึก สรุปได้ว่า สมควรที่จะต้องมีโครงการและกิจกรรมในการปรับปรุงสภาพที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมแก่การอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ โดยการสนับสนุนจากเทศบาล และภาคเอกชนที่ให้ความร่วมมือ ต้องทำการปรับปรุงอาคารสาธารณะในพื้นที่ของเทศบาลให้เอื้อต่อการให้บริการของผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง และสมควรให้มีการให้ความรู้ถึงพฤติกรรมและท่าทางการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวันที่ถูกต้องสำหรับผู้สูงอายุ ตามหลักการยศาสตร์ โดยต้องอาศัยมาตรการการรณรงค์ประชาสัมพันธ์เป็นหลัก ทั้งหมดที่กล่าวมานี้ จำเป็นต้องกำหนดไว้เป็นแผนงานและโครงการในยุทธศาสตร์การพัฒนาสังคม และคุณภาพชีวิตของเทศบาลเมืองแสนสุข

**คำสำคัญ :** คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ สภาพแวดล้อม สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

**Surveying environmental condition of housing concerning health of senior peoples  
Saensuk sub-district Muang district Chonburi province**

Danai Bawornkiattikul , Dachit Noommechai

**Abstract**

This Research is operated by applying the principle of basic safety of housing for elderly person to survey house sanitation of safety for elderly person by operating in the area of Saensuk municipality Chonburi province. To collect field data by surveying house condition as 114 cases questionnaire for comment of elderly person about housing of municipality as 127 cases and depth interviewing to delegates of elderly society and head of community about the comment and demand of housing to support health of elderly person by municipality. The result found that sanitation condition of elderly person house in physical factors gets the result of 3.4 that in good stage. The sanitation condition of elderly person house in safety factors gets the result of 2.88 that in satisfied stage. The safety and convenience equipment in house of elderly person gets the result of 0.87 that in unsatisfied stage. Comment and demand for housing management found that sample of elderly person needs supporting of equipment to improve and modify house for temple/worship place to improve and modify to fit in with elderly physical is the most by 47.81% The result of depth interview is summarized that it is suitable to set project and activity to adjust house to fit in with the physical of elderly person by supporting from municipality and private sectors that collaborate and improve public building in area of municipality and private sectors that collaborate and improve public building in area of municipality to service elderly person thoroughly. And it is suitable to promote knowledge about the behavior and movement in daily life that is fit in with physical of elderly person in principle of ergonomic by campaign and information measurement usage mainly. All of these mentioned needs to be set as plan and project in strategic of social and quality of lift developing of Saensuk municipality.

**Keywords :** Quality of life, Elderly, Environment, Health Science

## รูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

ดร.กาญจนา พิบูลย์

ผศ.นพ.พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ, พญ.มยุรี พิทักษ์ศิลป์ และ ดร. พวงทอง อินใจ

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โดยแบ่งการดำเนินการเป็น 3 ระยะ การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการใน ระยะที่ 1 ซึ่งเป็นการศึกษาความต้องการพื้นฐานในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับใน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย การศึกษาในระยะที่ 1 ประกอบด้วยการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพโดย สรุปลงผลการศึกษาวิจัยดังนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเชิงปริมาณคือผู้ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วย นอกโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน 384 คน และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพเป็น ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวน 50 คน การเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน – ตุลาคม 2556 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็น แบบประเมินความต้องการพื้นฐานในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุ แบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและแนวทางในการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ผลการศึกษา พบว่า การศึกษาในเชิงปริมาณกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่าสถานบริการแบบไปกลับควรมีห้องหรือ พื้นที่ส่วนกลางสำหรับทำกิจกรรมร่วมกัน มีบริเวณที่เป็นสนามหญ้าหรือสวนหย่อมเพื่อใช้ในการพักผ่อน มีพื้นที่สำหรับออกกำลังกายกลางแจ้งและร่ม มีห้องทำกิจกรรมทางศาสนา และมีห้องพักผ่อนหรือดูทีวี ส่วนกลางร้อยละ 79.9 75 73.4 74.5 88.8 และ 92.2 ตามลำดับ สำหรับความต้องการด้านการบริการ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดว่าสถานบริการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับควรมีกิจกรรมตรวจสอบสุขภาพ เบื้องต้นให้ผู้สูงอายุเดือนละ 1 ครั้ง ควรมีกิจกรรมตรวจสอบสุขภาพพันให้ผู้สูงอายุปีละ 2 ครั้ง ควรมีการจัดเตรียมอาหารกลางวัน และอาหารว่างให้ผู้สูงอายุ ควรมีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ หรือกิจกรรมการ ให้ความรู้เรื่องสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ควรมีกิจกรรมนันทนาการให้แก่ผู้สูงอายุ ควรมีบริการรับส่งที่บ้าน และ ควรมีบริการรับส่งผู้สูงอายุไปโรงพยาบาลเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ร้อยละ 89.6 91.9 91.7 93.5 84.1 81.3 และ 93.0 ตามลำดับ นอกจากนี้ร้อยละ 76.6 กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการให้มีสถานบริการดูแล ผู้สูงอายุแบบไปกลับในชุมชน ร้อยละ 74.2 มีความสนใจไปใช้บริการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ และคิด ว่าถ้ามีสถานบริการผู้สูงอายุแบบไปกลับในชุมชนมีประโยชน์มากต่อกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 93.8 ผล การศึกษาในเชิงคุณภาพนั้นทีมผู้วิจัยสรุปความต้องการพื้นฐานในการจัดการการดูแลผู้สูงอายุแบบไป กลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนั้นเป็นไปตามแนวคิดผสมผสานของรูปแบบบริการดูแลทางสังคมและ รูปแบบบริการการดูแลทางการแพทย์ซึ่งกิจกรรมบริการทางสังคมคือเน้นการบริการแบบดูแลทั่วๆไปใน

กิจวัตรประจำวันที่ครอบคลุมการบริการเรื่อง การดูแลเรื่องอาหาร การดูแลทำความสะอาดร่างกาย อาบน้ำ การเข้าห้องน้ำ การรับประทานยา หรือกิจกรรมสันทนาการ และรูปแบบบริการการดูแลทาง การแพทย์เน้นการดูแลเรื่องบริการการรักษาบางเรื่องที่มีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วย เช่น กายภาพบำบัด หรือกิจกรรมบำบัด เป็นต้น

**คำสำคัญ:** ผู้สูงอายุ การดูแล วิทยาศาสตร์การแพทย์



## Elderly Day Care Model in Burapha University Hospital

Kanchana Piboon,Ph.D, Asst.Prof.Dr.Pisit Piriyaun.MD., Mayuri Phithaksilp,M.D.,

And Puangtong Inchai ,Ph.D.,

### Abstract

This participatory action research aims to develop an elderly day care model in the university hospital. This research project consists of three phases. This phase is the first phase of this project and the objective of this phase was to explore the basic needs of day care services. Mix methods were used to conduct this research. 384 of out- patients from the Burapha university hospital were selected to participate in quantitative study and 50 participants were recruited to participate in qualitative study. The results from quantitative study found that almost the participant reported physical structure of day-care should have area for doing activities together, outdoor relax area, indoor and outdoor exercise areas, religion activity room, and living room (79.9%, 75%, 73.4%, 74.5%, 88.8% and 92.2% respectively). For basic needs of services, almost the participant report day care services should provide basic health assessment once a month, teeth assessment twice a year, food for elderly people, health promotion activities, relaxes activities, transportation from home to day care and ambulance for emergency care (89.6%, 91.9%, 91.7%, 93.5%, 84.1%, 81.3% and 93.0%, respectively). Furthermore, 76.6% of the participants reported that day care for the elderly were needed in their community, 74.2% of the participants revealed that they were interested to use the day care, and 93.8% of the participants reported that day care for the elderly was valuable for them. For the qualitative study, the research teams concludes that day care services model that the participants need was mix model from social and medical models. For social model services including general care for the elderly, such as food management, bath and toilet care, administer medication, or relax activities. For medical model services, medical treatments including physical therapy or occupational therapy.

**Keywords:** Elderly, Health care, Medical Science

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

แผนงานวิจัย “การพัฒนาเมืองผู้สูงอายุแสนสุข Development Saensuk Happiness Elderly Community Model” เป็นแผนงานวิจัยต่อเนื่องโดยมีระยะเวลาการศึกษาวิจัยต่อเนื่อง 3 ปี (พ.ศ.2556-2558) โดยแผนงานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2557 จากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ วัตถุประสงค์หลักของแผนงานวิจัยนี้ เพื่อพัฒนาเมืองผู้สูงอายุ มีโครงการวิจัยย่อย ภายใต้แผนงานวิจัยจำนวน 11 โครงการวิจัยย่อย ซึ่งมีวัตถุประสงค์ย่อย ดังนี้ 1) เพื่อจัดทำและพัฒนาฐานข้อมูลของผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลเมืองแสนสุข และศึกษาพัฒนาวิถีสุขภาพของผู้สูงอายุและแกนนำสุขภาพครอบครัวในพื้นที่เทศบาลเมืองแสนสุข 2) เพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของแกนนำนิสิต และพัฒนารูปแบบการพัฒนาแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตามบริบทของพื้นที่ในชุมชนต้นแบบ พื้นที่เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี 3) เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 4) เพื่อประเมินและติดตามผลการนำรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานตามรูปแบบที่ครอบครัวและชุมชนร่วมกันกำหนดขึ้น 5) เพื่อศึกษาผลการใช้เทคนิคสัญญาณพลังแบบองค์รวมและ ตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ต่อความเครียดของ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง 6) เพื่อศึกษาผู้สูงอายุจิตอาสาต้นแบบ และนำ คุณลักษณะ มาพัฒนารูปแบบสร้างแกนนำผู้สูงอายุจิตอาสา โดยจัดกิจกรรมพัฒนาความรู้ ทักษะผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันปัญหาสุขภาพ และเสริมสร้างความสุขทางใจสำหรับผู้สูงอายุที่มีจิตอาสา 7) เพื่อศึกษาภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย และพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย โดยใช้วิธีการจัดการความรู้ (KM) 8) เพื่อประเมินรูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้พัฒนาขึ้น 9) เพื่อสร้างรูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพาวิธีการดำเนินการวิจัย ใช้วิจัยเชิงสำรวจ วิจัยกึ่งทดลอง วิจัยเชิงพัฒนาและวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่ ตุลาคม 2557-กันยายน 2558 ซึ่งสามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

**การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี (ปีที่ 2) : รูปแบบการพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ**

ผลการศึกษางานวิจัย พบว่า

1. ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะเป็นโรคเรื้อรัง มีอาการของการปวดเข่าและข้อเสื่อมตามวัยที่สูงวัยขึ้น และมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง
2. รูปแบบการพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก คือ 1) ผู้ดูแลที่เป็นแกนนำสุขภาพครอบครัว/ชุมชน ซึ่งมีองค์ประกอบย่อย คือ ศักยภาพหรือความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ 3 ด้าน คือ การเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจ การเตรียมความพร้อมทางด้านความรู้ และการเตรียมความพร้อมทางด้านการปฏิบัติการดูแล 2) การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีองค์ประกอบย่อย คือ การสนับสนุนด้านจิตใจ การสนับสนุนทางด้านอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้และทรัพยากรต่าง ๆ การสนับสนุนข้อมูลข่าวสารความรู้ และการสนับสนุนเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ 3) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน แพทย์พยาบาล เป็นต้น 4) ผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ของรูปแบบ ที่มุ่งพัฒนาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านร่างกาย จิตใจ/จิตวิญญาณ สังคม และสิ่งแวดล้อม

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

ผลการศึกษางานวิจัย พบว่า

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

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

## ร้อยละ 33.97

## 2. การประเมินภาวะสุขภาพและศักยภาพในการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน

2.1 ผลการทดสอบความรู้ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี พบว่า ส่วนใหญ่ยังไม่มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เนื่องจากไม่มีข้อคำถามใดเลยที่มีผู้ตอบถูกต้องถึงร้อยละ 50

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

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

**การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ปีที่ 2: ผลการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อความเครียดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง (Neuro-Linguistic Programming on Mental health care of Elderly with Chronic illness: Saensuk Municipality, Chonburi Thailand: Phase II ,The Effect of Neuro Linguistic Programming in Counseling on Stress of Elderly with Chronic Illness)**

ผลการศึกษางานวิจัย พบว่าผลการให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่ โดยใช้เทคนิค สัญญาณพลังแบบองค์รวมตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อความเครียดของผู้สูงอายุ พบว่ามีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังและมีความเครียดกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษามีระดับความเครียดในระยะเวลาหลังการทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่าผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้คำปรึกษาด้วยวิธีปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีระดับความเครียดในระยะเวลาหลังการทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย (Health promotion with Thai Traditional Medicine in Elderly)**

ผลการศึกษางานวิจัย พบว่า การศึกษาภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย และพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย โดยใช้วิธีการจัดการความรู้ (KM) จัดทำแนวทางและคู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย และการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม "การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย" แบบองค์รวมตามหลักธรรมานามัยที่ประกอบ กายานามัย จิตตานามัย และชีวิตานามัย ดำเนินการฝึกอบรมแล้ว ประเมินผล ผู้เข้าร่วมโครงการรวมจำนวน 48 คน ประกอบด้วยกลุ่มผู้สูงอายุ 38 คน และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม) ที่อยู่ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี 10 คน การประเมินผลโดยใช้แบบสอบถาม พบว่ากิจกรรมที่ผู้เข้าร่วมอบรมส่วนใหญ่ พึงพอใจในระดับมากที่สุด เป็นการทำอาหารเพื่อสุขภาพ กายบริหารท่าฤๅษีดัดตน การนวดตนเอง การทำลูกประคบสด การสวดมนต์ การเดินจงกรม บทพิจารณาความตาย ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้เข้าร่วมอบรมสามารถมีส่วนร่วมได้ ส่วนเรื่องเกี่ยวกับ สุขภาพของผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม การใช้สมุนไพร เศรษฐกิจพอเพียงแบบแพทย์แผนไทย คุณค่าของผู้สูงอายุในสังคมไทย ที่เป็นการบรรยายในนั้นผู้เข้าร่วมอบรมส่วนใหญ่พึงพอใจในระดับมาก พบว่าหลังการอบรมผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้ความเข้าใจ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.011$ ) และ

การเห็นคุณค่าตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.009$ ) การสัมภาษณ์ติดตามผลในระยะเวลา 2 เดือนหลังการอบรม พบว่าผู้เข้าร่วมโครงการ สามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการอบรมไปใช้ในชีวิตประจำวัน คือการดูแลสุขภาพให้กับตนเองและครอบครัว และสามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการอบรมไปเผยแพร่หรือช่วยเหลือผู้สูงอายุอื่นต่อไปได้อย่างบูรณาการ จึงสรุปได้ว่าคู่มือและหลักสูตรฝึกอบรม “การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย” ที่เป็นภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทย สามารถนำไปใช้สร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น เห็นคุณค่าตนเองมากขึ้น สามารถนำไปเผยแพร่เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุอื่น และสามารถพัฒนาเป็นแกนนำอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุด้วยกันต่อไป

### **การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้และอาชีพของผู้สูงอายุ: การเรียนรู้เพื่อส่งเสริมภาวะพลติพลัง(The development of learning and occupation for the elderly: Learning to Enhance active aging)**

ผลการศึกษางานวิจัย พบว่า

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีความรู้เกี่ยวกับแหล่งการเรียนรู้ (60.0%) ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อพัฒนาตนเอง (50.0%) ไม่รู้วิธีการเรียนรู้ (50.0%) และไม่เคยได้รับการฝึกทักษะในการเรียนรู้ (50.0%) ในด้านความต้องการด้านการเรียนรู้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่ต้องการพัฒนาวิธีการเรียนรู้ (60.0%) ไม่ต้องการใช้แหล่งเรียนรู้ (50.0%) ไม่ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อพัฒนาตนเอง (50.0%) ไม่ต้องการฝึกนิสัยการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง (50.0%) ไม่ต้องการได้รับการส่งเสริมสนับสนุนการเรียนรู้ (40.0%) แต่มีความต้องการได้รับการพัฒนาทักษะในการเรียนรู้ (55.0%) รูปแบบการเรียนรู้ที่พัฒนาขึ้นคือ โครงการอบรมให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุเรื่องปัญหาสุขภาพจากการทำงาน จากนั้นกลุ่มตัวอย่างนำความรู้ที่ได้จากการอบรมไปใช้ในชีวิตประจำวัน โดยมีการหยุดพักหรือเปลี่ยนอิริยาบถระหว่างการทำงานเป็นระยะ ๆ บางคนเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายโดยการรำกระบองทุกวันเป็นเวลา 1 เดือน ผลการเปรียบเทียบภาวะพลติพลัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะพลติพลังหลังเรียนรู้สูงกว่าก่อนเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### **อภิปรายผลการวิจัย**

จากการศึกษาวิจัยในแต่ละโครงการวิจัยย่อย ในแผนงานการวิจัยเรื่อง “การพัฒนาเมืองผู้สูงอายุแสนสุข” พบว่า มีประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

1. ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี มีภาพรวมใกล้เคียง

กับภาพของประเทศที่พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะเป็นโรคเรื้อรัง มีอาการของการปวดเข่าและข้อเสื่อม ตามวัยที่สูงวัยขึ้น และมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นภาวะที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งระบบประสาทต่าง ๆ ตามมาจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น ดังนั้น การเพิ่มพูนศักยภาพ และสมรรถนะในการดูแลตนเอง การเพิ่มช่องทางการสื่อสาร การสร้างเครือข่ายในชุมชนโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งให้เกิดผลเป็นรูปธรรมเพื่อเตรียมรับมือกับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

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

3. รูปแบบการพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก คือ 1) ผู้ดูแลที่เป็นแกนนำสุขภาพครอบครัว/ชุมชน ซึ่งมีองค์ประกอบย่อย คือ ศักยภาพหรือความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ 3 ด้าน คือ การเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจ การเตรียมความพร้อมทางด้านความรู้ และการเตรียมความพร้อมทางการปฏิบัติดูแล 2) การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีองค์ประกอบย่อย คือ การสนับสนุนด้านจิตใจ การสนับสนุนด้านอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้และทรัพยากรต่าง ๆ การสนับสนุนข้อมูลข่าวสารความรู้ และการสนับสนุนเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ 3) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน แพทย์พยาบาล เป็นต้น 4) ผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ของรูปแบบ ที่มุ่งพัฒนาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านร่างกาย จิตใจ/จิตวิญญาณ สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ กงพัฒน นิลและพรทิพย์ คำพอ(2556) ที่ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ: บ้านโคกสะอาด หมู่ที่ 4 ตำบลหอคำ อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ ที่พบว่า การใช้

กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ระดับสูงและการปฏิบัติในระดับดีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าด้านที่มีความรู้ระดับสูง และการปฏิบัติในระดับดีน้อยที่สุด คือการมีสุขภาพจิตที่ดีอยู่เสมอ ดังนั้นผู้นำชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมและสนับสนุนการจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัย ของ จันทรา พรหมน้อย เพลินพิศ ฐานิวัฒน์านนท์และประนอม หนูเพชร(2548) ที่ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง ปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ที่พบว่า ปัจจัยด้านทัศนคติของผู้ดูแลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลและสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับพยาบาล สามารถร่วมกันทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลได้ร้อยละ 23.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001จากผลการศึกษาคควรมีการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ดูแล และเสริมสร้างทัศนคติในทางบวกต่อการมีส่วนร่วมในการดูแล

สรุปได้ว่า “ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวและชุมชนในปัจจุบัน” กำลังประสบกับสภาพสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและส่งผลกระทบต่อครอบครัวอย่างไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ สิ่งที่แกนนำดูแลสุขภาพของครอบครัวและชุมชน ต้องเรียนรู้ และเตรียมความพร้อม คือ การเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจ ด้านความรู้ความเข้าใจ และด้านทักษะการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อน การชะลอความชรา การรักษาต่าง ๆ เช่น การดูแลเรื่องยา ให้แก่ผู้สูงอายุ และการเรียนรู้ระบบการบริการสุขภาพในชุมชน รวมทั้งการฟื้นฟูสุขภาพด้วย แกนนำครอบครัวผู้ดูแลสุขภาพและผู้สูงอายุควรปฏิบัติต่อกัน คือการรักษาสัมพันธภาพที่ดีต่อกันภายในครอบครัว โดยยึดถือในประเพณีและความกตัญญูที่เคยปฏิบัติกันมาในอดีต นอกจากนี้ยังต้องอาศัยความช่วยเหลือจากปัจจัยภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐบาล ภาคเอกชน กลุ่มเพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน และศาสนาที่ช่วยแบ่งเบาภาระที่เกินความสามารถของครอบครัวที่จะดูแลผู้สูงอายุได้ ส่วนผู้สูงอายุก็ยอมรับในสภาพที่ได้รับดูแลที่เปลี่ยนไปของครอบครัวที่ต้องปรับเปลี่ยนไปตามสภาพสังคม รูปแบบการพัฒนาแกนนำการดูแลผู้สูงอายุนี้จะสามารถสร้างมั่นใจให้แก่ผู้สูงอายุได้ว่าจะได้รับการดูแลจากครอบครัวและชุมชน โดยเฉพาะในยามที่เจ็บป่วยและไม่สามารถช่วยตนเองได้ อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

4. ผลการให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่ โดยใช้เทคนิคสัญญาณพลังแบบองค์รวมตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาธน์สัมพันธ์ต่อความเครียดของผู้สูงอายุ พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังและมีความเครียดกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษามีระดับความเครียดในระยะหลังการทดลองและ



ระยะติดตามผลต่ำกว่าผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้คำปรึกษาด้วยวิธีปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีระดับความเครียดในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ สรัญญา สอดตระกูล (2552) ที่ทำการศึกษารื่อง ผลของการสร้างวรรณคดีใหม่ได้จัดสำเนียงแบบองค์รวมตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสที่มีต่อความเครียดของพนักงานฟาร์ม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี พบว่า การใช้ทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส มาทดลองใช้กับพนักงานฟาร์มแล้ว พบว่า กลุ่มที่ได้รับการทดลองมีความเครียดในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลน้อยกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้น การนำเทคนิคการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส สามารถช่วยลดความเครียดให้แก่ผู้สูงอายุได้ จึงควรมีการพัฒนาความรู้ และทักษะดังกล่าวแก่ผู้ให้คำปรึกษา หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อสามารถช่วยผู้สูงอายุที่มีความเครียดสูงได้

5. หลักสูตรการฝึกอบรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย โดยใช้วิธีการจัดการความรู้ (KM) เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุพึงพอใจ การจัดกิจกรรมทำอาหารเพื่อสุขภาพ กายบริหาร ทำฤๅษีตัดตน การนวดตนเอง การทำลูกประคบสด การสวดมนต์ การเดินจงกรม บทพิจารณาความตาย ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้เข้ารับการอบรมสามารถมีส่วนร่วมได้ ทำให้เกิดความพึงพอใจ ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนากิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ และใช้ในการอบรมการดูแลสุขภาพ โดยให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีส่วนร่วมมากขึ้น จะทำให้ผลการฝึกอบรมดีขึ้น และพบว่าหลังการอบรมผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้น มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น และการเห็นคุณค่าตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การสัมภาษณ์ติดตามผลในระยะเวลา 2 เดือนหลังการอบรม พบว่าผู้เข้าร่วมโครงการ สามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการอบรมไปใช้ในชีวิตประจำวัน คือการดูแลสุขภาพให้กับตนเองและครอบครัว และสามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการอบรมไปเผยแพร่หรือช่วยเหลือผู้สูงอายุอื่นต่อไปได้อย่างบูรณาการ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัย ของ รุ่งนภา หนูม่วง (2552) ที่ทำการศึกษารื่อง การจัดการความรู้ในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพของแกนนำชุมชน ตำบลนาชะอัง อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร ที่พบว่า การจัดการความรู้ สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ความเข้าใจเทคนิควิธีและทักษะในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพ เกี่ยวกับ ด้านการบริหารจัดการชมรมสร้างสุขภาพ ด้านภาวะการเป็นผู้นำในการสร้างสุขภาพของแกนนำชุมชน ด้านการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ ด้านกลุ่มและการพัฒนากลุ่ม และด้านการทำงานเป็นทีมได้

6. ผู้สูงอายุในชุมชนเขาสามมุก เขตเทศบาลเมืองแสนสุข ส่วนใหญ่ ไม่มีความรู้เกี่ยวกับแหล่งการเรียนรู้ (60.0%) ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อพัฒนาตนเอง (50.0%) ไม่รู้วิธีการเรียนรู้ (50.0%) และไม่เคยได้รับการฝึกทักษะในการเรียนรู้ (50.0%) ในด้านความต้องการด้านการเรียนรู้ กลุ่ม

ตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่ต้องการพัฒนาวิธีการเรียนรู้ (60.0%) ไม่ต้องการใช้แหล่งเรียนรู้ (50.0%) ไม่ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อการพัฒนาตนเอง (50.0%) ไม่ต้องการฝึกนิสัยการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง (50.0%) ไม่ต้องการได้รับการส่งเสริมสนับสนุนการเรียนรู้ (40.0%) แต่มีความต้องการได้รับการพัฒนาทักษะในการเรียนรู้ (55.0%) รูปแบบการเรียนรู้ที่พัฒนาขึ้นคือ โครงการอบรมให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุเรื่องปัญหาสุขภาพจากการทำงาน จากนั้นกลุ่มตัวอย่างนำความรู้ที่ได้จากการอบรมไปใช้ในชีวิตประจำวัน โดยมีการหยุดพักหรือเปลี่ยนอิริยาบถระหว่างการทำงานเป็นระยะ ๆ บางคนเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายโดยการรำกระบองทุกวัน เป็นเวลา 1 เดือน ผลการเปรียบเทียบภาวะปวดเมื่อย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะปวดเมื่อยหลังเรียนรู้สูงกว่าก่อนเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สภาพการสุขภาพจิตของผู้อยู่อาศัยของผู้สูงอายุทางด้านกายภาพ ได้ผลเท่ากับ 3.4 ซึ่งอยู่ในระดับดี สภาพการสุขภาพจิตของผู้อยู่อาศัยของผู้สูงอายุในด้านความปลอดภัยได้ผลเท่ากับ 2.88 ซึ่งจัดอยู่ในระดับพอใช้ได้ สภาพอุปกรณ์ความสะดวกและความปลอดภัยภายในชุมชนที่ผู้อยู่อาศัยของสำหรับผู้สูงอายุซึ่งผลการสำรวจ ได้เท่ากับ 0.87 ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ความคิดเห็นและความต้องการต่อการจัดการที่ผู้อยู่อาศัยพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างต้องการสนับสนุนด้านอุปกรณ์เพื่อการปรับปรุง และตัดแปลงที่ผู้อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้สูงอายุมากที่สุดคิดเป็นคะแนนร้อยละ 44.69 ความคิดเห็นและความต้องการต่อการจัดการอาคารสถานที่สาธารณะพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างต้องการให้วัด/ศาสนสถานได้มีการจัดการให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้สูงอายุมากที่สุดคิดเป็นคะแนนร้อยละ 47.81 การสัมภาษณ์เชิงลึก สรุปได้ว่า สมควรที่จะต้องมีโครงการและกิจกรรมในการปรับปรุงสภาพที่ผู้อยู่อาศัยให้เหมาะสมแก่การอยู่อาศัยของผู้สูงอายุโดยการสนับสนุนจากเทศบาลและภาคเอกชนที่ให้ความร่วมมือ ต้องทำการปรับปรุงอาคารสาธารณะในพื้นที่ของเทศบาลให้เอื้อต่อการให้บริการของผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง และสมควรมีการให้ความรู้ถึงพฤติกรรมและท่าทางการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวันที่ถูกต้องสำหรับผู้สูงอายุ ตามหลักการยศาสตร์โดยต้องอาศัยมาตรการการรณรงค์ประชาสัมพันธ์เป็นหลัก ทั้งหมดที่กล่าวมานี้ จำเป็นต้องกำหนดไว้เป็นแผนงานและโครงการในยุทธศาสตร์การพัฒนาสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

7. การศึกษาความคิดเห็นของผู้สูงอายุเกี่ยวกับรูปแบบการให้บริการแบบไปกลับ ส่วนใหญ่เห็นว่าสถานบริการแบบไปกลับควรมีห้องหรือพื้นที่ส่วนกลางสำหรับทำกิจกรรมร่วมกัน มีบริเวณที่เป็นสนามหญ้าหรือสวนหย่อมเพื่อใช้ในการพักผ่อน มีพื้นที่สำหรับออกกำลังกายกลางแจ้งและร่ม มีห้องทำกิจกรรมทางศาสนา และมีห้องพักผ่อนหรือดูทีวีส่วนกลางร้อยละ 79.9 75 73.4 74.5 88.8 และ 92.2 ตามลำดับ สำหรับความต้องการด้านการบริการพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดว่าสถานบริการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับควรมีกิจกรรมตรวจสุขภาพเบื้องต้นให้ผู้สูงอายุเดือนละ 1 ครั้ง ควรมีกิจกรรมตรวจสุขภาพฟันให้ผู้สูงอายุปีละ 2 ครั้ง ควรมีการจัดเตรียมอาหารกลางวัน และอาหารว่างให้ผู้สูงอายุ ควรมี

กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ หรือกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ควรมีกิจกรรม  
 นันทนาการให้แก่ผู้สูงอายุ ควรมีบริการรับส่งที่บ้าน และ ควรมีบริการรถรับส่งผู้สูงอายุไปโรงพยาบาล  
 เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ร้อยละ 89.6 91.9 91.7 93.5 84.1 81.3 และ 93.0 ตามลำดับ นอกจากนี้ร้อยละ  
 76.6 กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการให้มีสถานบริการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในชุมชน ร้อยละ 74.2 มี  
 ความสนใจไปใช้บริการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ และคิดว่าถ้ามีสถานบริการผู้สูงอายุแบบไปกลับใน  
 ชุมชนมีประโยชน์มากต่อกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 93.8 ผลการศึกษาในเชิงคุณภาพนั้นที่ผู้วิจัยสรุปความ  
 ต้องการพื้นฐานในการจัดการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนั้นเป็นไปตาม  
 แนวคิดผสมผสานของรูปแบบบริการดูแลทางสังคมและรูปแบบบริการการดูแลทางการแพทย์ซึ่งกิจกรรม  
 บริการทางสังคมคือเน้นการบริการแบบดูแลทั่วไปในกิจวัตรประจำวันที่ครอบคลุมการบริการเรื่อง การ  
 ดูแลเรื่องอาหาร การดูแลทำความสะอาดร่างกาย อาบน้ำ การเข้าห้องน้ำ การรับประทานยา หรือ  
 กิจกรรมนันทนาการ และรูปแบบบริการการดูแลทางการแพทย์เน้นการดูแลเรื่องบริการการรักษาบาง  
 เรื่องที่มีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วย เช่น กายภาพบำบัดหรือกิจกรรมบำบัด เป็นต้น

### ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดให้มีการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่มีความพร้อม และมีการจัดสรร  
 งบประมาณบางส่วนให้กลุ่มผู้สูงอายุได้วางแผน จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ สร้างรายได้และพัฒนา  
 ศักยภาพในการดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณแบบองค์รวม
2. ควรจัดให้มีหลักสูตร หรือการฝึกอบรมแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะ  
 และทัศนคติเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน รวมทั้งจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลซึ่ง  
 กันและกัน เป็นเครือข่ายความรู้ที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอยู่เสมอ
3. ควรพัฒนาช่องทางการสื่อสารระหว่างผู้สูงอายุ กลุ่มแกนนำดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว และ  
 ผู้นำชุมชนให้สามารถช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ได้อย่างสะดวก รวดเร็ว และสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร  
 และระบบบริการสุขภาพในชุมชนได้โดยง่าย
4. ควรจัดทำคู่มือการดูแลผู้สูงอายุร่วมกันโดยให้ผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม
5. ควรกำหนดเป็นนโยบายในการพัฒนาเป็นเมืองต้นแบบในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูง  
 วัย ทั้งด้านโครงการทางกายภาพ การพัฒนาระบบการบริหารจัดการ และสิ่งอำนวยความสะดวกแก่  
 ผู้สูงอายุอย่างแท้จริง

## ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุตั้งแต่ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อม
2. การวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในทุกมิติ โดยใช้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง
3. ควรทำการศึกษาวิจัยเพื่อคัดกรองและเพิ่มความสามารถในการค้นหาผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาด้านสุขภาพจิตเพื่อให้สามารถให้การช่วยเหลือได้อย่างทันที่ และพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตหรือการยกระดับจิตวิญญาณในกลุ่มของผู้สูงวัยที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี
4. การพัฒนาภูมิสถาปัตยกรรมเพื่อรองรับการเป็นสังคมผู้สูงวัยในอนาคตให้มีความเป็นมิตรกับผู้สูงอายุและลดภาระผู้ดูแล ด้วยการส่งเสริมให้สังคม และชุมชนช่วยเหลือกันในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกัน

## บรรณานุกรม

- กงพัฒน แกมนิล และพรทิพย์ คำพอ. (2556).การพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ: บ้านโคกสะอาด หมู่ที่ 4 ตำบลหอคำ อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.6(3). กรกฎาคม-กันยายน: 75-84.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2552. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (2545 – 2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552. โรงพิมพ์เทพเพ็ญวานิสย์
- เกริกศักดิ์ บุญญานพวงศ์ ,สุรีย์ บุญญานพวงศ์และสมศักดิ์ ฉันทะ. (2533) *ชีวิตคนชราในจังหวัดเชียงใหม่*. สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ไกรสิทธิ์ ดันติศิริพันธ์ และอรุวรรณ แยมบริสุทธิ. (2544). *โภชนาการกับสุขภาพของผู้สูงอายุ*. สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล. นครปฐม.
- ขนิษฐา ตลอดภาพ วรณภา ประทุมโทณ อังคณา เรือนก้อน และ เรืองภรณ์ ไม้พวง.(2555). *วารสารวิชาการและวิจัย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร*. ฉบับพิเศษ: 174179.
- จันทร์พร พรหมน้อยและคณะ.(2548). ปัจจัยทำนายนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล:กรณีศึกษาโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. ใน *สงขลานครินทร์เวชสาร*. (23) 6 . พฤศจิกายน-ธันวาคม. : 405-412.
- จุฑารัตน์ สติปัญญา และพรชัย สติปัญญา. (2548).ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *สงขลานครินทร์เวชสาร*. 23 ฉบับพิเศษ(2). ตุลาคม : 299-237.
- ชนะ ประสาร อัมพรอัมพร ศรีประเสริฐสุข พิรุณรัตน์ เต็มสุขสวัสดิ์ ปทุมพร โพธิ์กาศ ศุภมิตร บัวเสนาะ ญาณีณี กุพัฒน์ และณัฐธิดา สุพรรณภพ. (2553).*การศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาผู้สูงอายุในค่ายบูรณัตร์ ราชบุรี*.สาขาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต.
- दनัย ชีวันดา และมลลิวีสานใจ (2544). *ศึกษาบทบาท ความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลและความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขต 7*. ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 7: อุดรราชธานี.
- พรทิพย์ มาลาธรรม, ปิยนันท์ พรหมคง, ประคอง อินทรสมบัติ. (2553). ปัจจัยทำนายระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *รามาริบัติพยาบาลสาร*. 16(2). พฤษภาคม-สิงหาคม: 218-237.
- พิทักษ์ ศิริวัฒน์เมฆานนท์. (2540). การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดนครนายก. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 6(1): 115-21.

- เพ็ชรงาม ไชยวานิช และคณะ. (2555). การพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ . มหาวิทยาลัยบูรพา. ชลบุรี.
- ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์. (2556) การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน.สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ . มหาวิทยาลัยบูรพา. ชลบุรี.
- ยุวดี รอดจากภัยและคณะ. (2555). รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ . มหาวิทยาลัยบูรพา. ชลบุรี.
- รัชมนภรณ์ เจริญและคณะ. (2553). ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. *Rama Nurs J. May - August 2010.279-292.*
- รุ่งนภา หงษ์ม่วง.(2552).การจัดการความรู้ในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพของแกนนำชุมชนตำบลนาชะอัง อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร.วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี.
- วรพรรณ รุ่งศิริวงศ์.(2540). “โรคของผู้สูงอายุและการดูแลรักษา”. *วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ*, 10 (9) : 33
- วรรณิ์ จันทร์สว่าง.(2533). *แบบแผนสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วิชาญ ชูรัตน์ โยธิน แสงวดี และสุภาพร อรุณรักษ์สมบัติ.(2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย. *วารสารประชากร*. 3(2): 87-109.
- สมิตา แก้วดิน. (2549). การศึกษาความเครียดของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุศูนย์สุขภาพชุมชนสันอำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน. สถาบันอนามัยตำบลสัน. น่าน.
- ศิริมา วงศ์แหลมทอง. (2542). ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2548). คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ. ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ.
- สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (2553). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552*. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทยและ กองทุนผู้สูงอายุ คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร: บริษัทที่คิวพีจำกัด.

- สร้อยญา สอดตระกูล.(2552). ผลของการสร้างทัศนคติใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวมตามทฤษฎีโปรแกรม ภาษาประสาทสัมผัสที่มีต่อความเครียดของพนักงานฟาร์ม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการปรึกษา. มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครราชสีมา. นครราชสีมา.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ.(2550). รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน. ใน วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. กรุงเทพฯ.
- สิวรรณ อุณาภิรักษ์และคณะ. (2548). การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพในผู้สูงอายุ ระหว่างปี พ.ศ. 2533 ถึง พ.ศ. 2544.
- สุมาลี ว่องเจริญกุล. (2540). เครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนิน ชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่งของกรุงเทพมหานคร. ใน *รวมบทความวิจัยและ วิทยานิพนธ์เกี่ยวกับผู้สูงอายุไทย 2530-2540 เล่ม 2* (หน้า 484). กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (2539). *ประชาสังคมกับการพัฒนาสุขภาพ : บทวิเคราะห์ทางวิชาการ* นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข. (2543). *การศึกษาพลังชุมชนและ ประชาคมต่อต้านสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- องอาจ สิทธิเจริญชัย และคณะ. (2540). “คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย: กรณีศึกษาจังหวัดนครสวรรค์”. *วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ*, 10(10): 6.
- อรสา ไยยงและพีรพันธ์ ลีอนุชวณิชัย (2554). ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียของ ผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนนทบุรี. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 56(2): 117-128.
- อำพล จินดาวัฒน์. (2546). “ส่งเสริม-สร้างเสริมสุขภาพ” ใน *วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัย สิ่งแวดล้อม*. (26) หน้า 11-17.

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

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

Chaywan, N. 1989. Summary of the research on effect of socio-economic and aging population in Thailand. Bangkok: Chulalongkorn University.

Cronbach, Lee J. (1970). *Essentials of Psychological Testing*. New York : Harper & Row.

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



## ประวัติคณะผู้วิจัย

### ประวัติผู้วิจัย : ผู้อำนวยการแผนงานวิจัย, หัวหน้าโครงการวิจัยย่อยที่ 3

1. ชื่อสกุล (ภาษาไทย) ดร.เวธกา กลิ่นวิชิต  
(ภาษาอังกฤษ) Dr.Wethaka Klinwichit, PhD.
2. รหัสประจำตัวนักวิจัยแห่งชาติ 0006785
3. ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลชำนาญการพิเศษ  
หัวหน้าสำนักงานจัดการศึกษา  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
4. หน่วยงานและที่อยู่ติดต่อได้สะดวกพร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และ E-mail  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
169 ถ.ลงหาดบางแสน ต. แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131  
โทรศัพท์ 038-386554  
โทรสาร 038-386557  
E-mail [wethaka@buu.ac.th](mailto:wethaka@buu.ac.th) , [wethaka-k@hotmail.com](mailto:wethaka-k@hotmail.com)
5. ประวัติการศึกษา
  - พยาบาลศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยม)  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ วิทยาเขตบางแสน
  - การศึกษามหาบัณฑิต(เทคโนโลยีทางการศึกษา)  
มหาวิทยาลัยบูรพา
  - ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (การบริหารการศึกษา)  
มหาวิทยาลัยบูรพา

### ประวัติผู้วิจัย : รองผู้อำนวยการแผนงานวิจัย, หัวหน้าโครงการวิจัยย่อยที่ 4

1. ชื่อสกุล (ภาษาไทย) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พิสิษฐ์ พิริยาพรณ  
(ภาษาอังกฤษ) Asst.Prof.Dr.Pisit Piriyaapun,MD.
2. ตำแหน่งปัจจุบัน ผู้ช่วยศาสตราจารย์  
คณบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. หน่วยงานและที่อยู่ติดต่อได้สะดวกพร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และ E-mail

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
 169 ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131  
 โทรศัพท์ 038-386554  
 โทรสาร 038-386557  
 E-mail [pisit@buu.ac.th](mailto:pisit@buu.ac.th)

#### 4. ประวัติการศึกษา

- แพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ประกาศนียบัตรชั้นสูงวิทยาศาสตร์การแพทย์  
สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป วุฒิบัตร เวชปฏิบัติทั่วไป
- สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

#### ประวัติผู้วิจัย : เลขานุการแผนงานวิจัย

1. ชื่อสกุล (ภาษาไทย) นางสาวคณิงนิจ อูสิมาศ  
 (ภาษาอังกฤษ) Miss Kanungnit Usimat
2. เลขหมายประจำตัวประชาชน 3 2203 00532 55 8
3. ตำแหน่งปัจจุบัน นักวิจัย ฝ่ายวิชาการและวิจัย  
 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
4. หน่วยงานและที่อยู่ติดต่อได้สะดวกพร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และ E-mail  
 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
 169 ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131  
 โทรศัพท์ 038-386554  
 โทรสาร 038-386557  
 E-mail [kanungnit@buu.ac.th](mailto:kanungnit@buu.ac.th) [kanungnit\\_u@hotmail.com](mailto:kanungnit_u@hotmail.com)

#### 5. ประวัติการศึกษา

- การศึกษามหาบัณฑิต(เทคโนโลยีทางการศึกษา)  
 มหาวิทยาลัยบูรพา

**ประวัติผู้วิจัย : หัวหน้าโครงการวิจัยย่อยที่ 1**

1. ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย) แพทย์หญิงมยุรี พิทักษ์ศิลป์  
(ภาษาอังกฤษ) Dr.Mayuri Phithaksilp, M.D.
2. เลขที่ประจำตัวประชาชน 3-2404-00654-16-7  
รหัสประจำตัวนักวิจัยแห่งชาติ :
3. ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
4. หน่วยงานและที่อยู่ติดต่อได้สะดวกพร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และ E-mail  
ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
169/382 ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131  
โทรศัพท์ 038-390324 , 390580 ต่อ 519  
โทรสาร 038-745830  
E-mail [mayuri.md@hotmail.com](mailto:mayuri.md@hotmail.com)
5. ประวัติการศึกษา
  - แพทยศาสตรบัณฑิต  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
  - ประกาศนียบัตรบัณฑิต  
วิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก (เวชศาสตร์ครอบครัว)  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
  - วุฒิบัตรเวชศาสตร์ครอบครัว  
แพทยสภา

**ประวัติผู้วิจัย : หัวหน้าโครงการวิจัยย่อยที่ 2**

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) ดร.รัชณีภรณ์ ทรัพย์ภานนท์  
(ภาษาอังกฤษ) Rarcharneeporn Subgranon
2. เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน 3-4099-00349-32-7
3. ตำแหน่งปัจจุบัน ผู้ช่วยศาสตราจารย์
4. หน่วยงานและสถานที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวก พร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (e-mail)



### ประวัติผู้วิจัย : หัวหน้าโครงการวิจัยย่อยที่ 6

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) ดร.พวงทอง อินใจ  
(ภาษาอังกฤษ) Dr. Puangtong Inchai, Ph.D.
2. เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน 3 5404 00066 95 5
3. ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลชำนาญการ  
ผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการและวิจัย ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ
4. หน่วยงานและสถานที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวก พร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (e-mail)  
169/382 ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี (20131) โทรศัพท์ 0-3839-0580 ต่อ 519  
โทรสาร 0-3874-5803 โทรศัพท์มือถือ 08-9748-3033  
อีเมล [puangtong@buu.ac.th](mailto:puangtong@buu.ac.th)
5. ประวัติการศึกษา  
ปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต (สาขาพยาบาลศาสตร์)  
ปริญญาโท วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา)  
ปริญญาเอก ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (สาขาการศึกษาและการพัฒนาสังคม)

### ประวัติผู้วิจัย : หัวหน้าโครงการวิจัยย่อยที่ 7

- 1.ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย) นางอัจฉราวรรณ จันทร์เทียน  
(ภาษาอังกฤษ) Mrs. Archarawan juntein
2. เลขที่ประจำตัวประชาชน 3-1201-00752-11-3  
รหัสประจำตัวนักวิจัยแห่งชาติ
3. ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์  
คณะกรรมการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร มหาวิทยาลัยบูรพา
4. หน่วยงานและที่อยู่ติดต่อได้สะดวกพร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และ E-mail  
คณะกรรมการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร มหาวิทยาลัยบูรพา  
169/382 ถ.ลงหาดบางแสน ต. แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131  
โทรศัพท์ 038-102630  
E-mail [kengjuntein@yahoo.com](mailto:kengjuntein@yahoo.com)

## 5. ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2536	ประกาศนียบัตรวิชาแพทย์อายุรเวช (แพทย์แผนโบราณแบบประยุกต์) โรงเรียนอายุรเวทวิทยาลัย (ชีวกโกมารภักดิ์)
พ.ศ. 2541	ประกาศนียบัตรวิชาชีพครู มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
พ.ศ. 2542	วิทยาศาสตร์บัณฑิต (เอกสุขศึกษา) มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
พ.ศ. 2554	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา

## ประวัติผู้วิจัย : หัวหน้าโครงการวิจัยย่อยที่ 8

- ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย) นางสาวศิริพร จันทร์ฉาย  
(ภาษาอังกฤษ) Miss SIRIPORN CHANCHAI
- หมายเลขบัตรประชาชน: 3 1007 01046 01 9
- ตำแหน่งปัจจุบัน: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ระดับ 8
- หน่วยงาน : ภาควิชาพื้นฐานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
ที่อยู่: 169 ถนนลงหาดบางแสน ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131  
โทรศัพท์: 038 393266  
โทรศัพท์เคลื่อนที่: 081 5753875  
โทรสาร: 038 390041  
e-mail: chanchai@buu.ac.th

## 5. ประวัติ การศึกษาระดับอุดมศึกษา (เรียงจากคุณวุฒิต่ำไปสูง ตามลำดับ)

<u>คุณวุฒิ</u>	<u>ปีพ.ศ.ที่จบ</u>	<u>ชื่อสถานศึกษาและประเทศ</u>
5.1 พยาบาลศาสตรบัณฑิต	2526	วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ประเทศไทย
5.2 คหกรรมศาสตรบัณฑิต	2535	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ประเทศไทย

- 5.3 วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) 2539 มหาวิทยาลัยมหิดล ประเทศไทย  
สาขาวิชาเอก โภชวิทยา
- 5.4 Ph.D. (Tropical Medicine) 2550 มหาวิทยาลัยมหิดล ประเทศไทย

### ประวัติผู้วิจัย : หัวหน้าโครงการวิจัยย่อยที่ 9

1. ชื่อ-สกุล (ภาษาไทย) นายทณงศักดิ์ ยิงรัตนสุข  
(ภาษาอังกฤษ) Mr.TANONGSAK YINGRATANASUK

2. หมายเลขบัตรประชาชน: 3459900025394

3. ตำแหน่งปัจจุบัน: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ระดับ 8

4. หน่วยงานที่อยู่ติดต่อได้สะดวก :

สถานที่ทำงาน : ภาควิชาสุขศาสตร์อุตสาหกรรมและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี 20131 โทรศัพท์: 0-3839-0041 และ 0-3810-2740 E-mail: [yingrata@yahoo.com](mailto:yingrata@yahoo.com)

5. ประวัติการศึกษา:

ปีจบการศึกษา	ระดับปริญญา (ตรี โท เอก และ ประกาศนียบัตร)	อักษรย่อ และชื่อเต็ม	สาขาวิชา	ชื่อสถาบัน	ประเทศ
2529	ตรี	วิทยาศาสตร์บัณฑิต (วท.บ.)	สาธารณสุขศาสตร์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	ไทย
2544	โท	Master of Science (M.S.)	Industrial Hygiene and Safety	University of Washington	สหรัฐอเมริกา
2551	เอก	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (ปร.ด.)	วิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม	มหาวิทยาลัยบูรพา	ไทย

**ประวัติผู้วิจัย : หัวหน้าโครงการวิจัยย่อยที่ 10**

1. ชื่อ – นามสกุล (ภาษาไทย) นายदनัย บวรเกียรติกุล  
(ภาษาอังกฤษ) Mr.DANAI BAWORNKIATTIKUL
2. เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน: 3209900210550
3. ตำแหน่งปัจจุบัน: ผู้ช่วยศาสตราจารย์
4. หน่วยงานและสถานที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวก พร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (e-mail):  
ภาควิชาคณิศวกรรมศาสตร์ คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ตำบลแสนสุข  
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี 20131  
โทรศัพท์: 0-3810-2737 โทรสาร 0-3839-0041  
E-mail: [danai@buu.ac.th](mailto:danai@buu.ac.th)
5. ประวัติการศึกษา :  
ระดับปริญญาตรี: - ศิลปศาสตรบัณฑิต (ศส.บ.) สาขาภูมิศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์  
- ศึกษาศาสตร์บัณฑิต (สบ.) สาขาอาชีวอนามัย  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ระดับปริญญาโท: วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (วท.ม.) สาขาวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม  
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

**ประวัติผู้วิจัย : หัวหน้าโครงการวิจัยย่อยที่ 11**

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) ดร.กาญจนา พิบูลย์  
(ภาษาอังกฤษ) Dr.Kanchana Piboon
2. เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน 350010028XXXX
3. ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์
4. หน่วยงานและสถานที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวก พร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (e-mail)  
คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131  
E-mail [pibiin2000@hotmail.com](mailto:pibiin2000@hotmail.com)



## 5. ประวัติการศึกษา

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (พย.ม.)มหาวิทยาลัยบูรพา  
 พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ  
 คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา

## ประวัติผู้วิจัย : ผู้วิจัยร่วม

## ผู้ร่วมวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์

## คนที่ 1

- ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) แพทย์หญิงผกาพรรณ ดินชูไท  
 (ภาษาอังกฤษ) PAKAPHAN DINCHUTHAI, M.D.
- เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน 3101403588663
- ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์
- หน่วยงานและสถานที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวก พร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และไปรษณีย์  
 อีเล็ททรอนิกส์ (e-mail)

ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

มือถือ 08-1721-6883 E-mail [pakaphan@buu.ac.th](mailto:pakaphan@buu.ac.th)

## 5. ประวัติการศึกษา

2544 แพทยศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
 2551 วว.อายุรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## คนที่ 2

- ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นพ. สุริยา โปร่งน้ำใจ  
 (ภาษาอังกฤษ) Mr Suriya Prongnamchai
- เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน 3209900402556
- ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์
- หน่วยงานและสถานที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวก พร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และไปรษณีย์  
 อีเล็ททรอนิกส์ (e-mail)

ที่ทำงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา ถนน ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข อ. เมือง  
 ชลบุรี 20131

บ้าน 325 ถนน สุขุมวิท ต.แสนสุข อ. เมือง ชลบุรี 20130

โทรศัพท์ 08-1011-018 โทรสาร 038-746-431 ที่ทำงาน 038-394-850

E-mail; suriya@buu.ac.th

5. ประวัติการศึกษา

2544 พบ. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

2551 วุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญอายุรศาสตร์ ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย

2553 อบรมความรู้พื้นฐานด้านอาชีพเวชศาสตร์สำหรับแพทย์ หลักสูตร 2 เดือน โรงพยาบาล  
นพรัตน์ราชธานี

คนที่ 3

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) แพทย์หญิงเพ็ชรงาม ไชยวานิช

(ภาษาอังกฤษ) Pechngam Chaivanich, M.D.

2. เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน 3509901445175

3. ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์แพทย์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

4. หน่วยงานและสถานที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวก พร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และไปรษณีย์  
อิเล็กทรอนิกส์ (e-mail)

ที่ทำงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา ถนน ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข อ. เมือง  
ชลบุรี 20131

บ้าน 97/445 ลุมพินีเพลส พระราม 9 ห้วยขวาง กทม.

โทรศัพท์ 084-288-8881 ที่ทำงาน 038-394-580

E-mail; [pechngam074@hotmail.com](mailto:pechngam074@hotmail.com)

5. ประวัติการศึกษา

2544 แพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

2545 วว.อายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

## คนที่ 4

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) : นาง ศิริพร ตั้งจาดูรนต์ร์ศรีมี  
(ภาษาอังกฤษ) : Mrs. Siriporn Tangjaturonrasme
2. เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน : 3-4101-02176-92-3
3. ตำแหน่งปัจจุบัน : อาจารย์แพทย์
4. หน่วยงาน : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
5. สถานที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวก  
4/217 ลาดปลาเค้า 66 ถ.ลาดปลาเค้า บางเขน กทม. 10220  
โทรศัพท์ : 038-  
E-Mail : siripornsopha@gmail.com
6. ประวัติการศึกษา

ประถมศึกษา	2526 - 2532	โรงเรียนอนุบาลอุดรธานี จ.อุดรธานี
มัธยมศึกษาตอนต้น <input type="checkbox"/> น	2532 - 2535	โรงเรียนสตรีราชินูทิศ จ.อุดรธานี
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2535 - 2538	โรงเรียนอุดรพิทยานุกูล จ.อุดรธานี
อุดมศึกษา	2538 - 2544	พบ. คณะแพทยศาสตร์ <input type="checkbox"/> มหาวิทยาลัยขอนแก่น <input type="checkbox"/> น
แพทย์ประจำบ้าน	2547 - 2550	ว.อายุรศาสตร์ <input type="checkbox"/> โรคเลือด โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า <input type="checkbox"/> า

## คนที่ 5

1. ชื่อสกุล (ภาษาไทย) นางสาวคณิงนิจ อูสีมาศ  
(ภาษาอังกฤษ) Miss Kanungnit Usimat
2. เลขหมายประจำตัวประชาชน 3 2203 00532 55 8
3. ตำแหน่งปัจจุบัน นักวิจัย : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
4. หน่วยงานและที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวกพร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และ E-mail  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
169 ถ.ลงหาดบางแสน ต. แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131  
โทรศัพท์ 038-386554  
โทรสาร 038-386557

E-mail [kanungnit@buu.ac.th](mailto:kanungnit@buu.ac.th) [kanungnit\\_u@hotmail.com](mailto:kanungnit_u@hotmail.com)

#### 5. ประวัติการศึกษา

- การศึกษามหาบัณฑิต(เทคโนโลยีทางการศึกษา)  
มหาวิทยาลัยบูรพา

#### คนที่ 6

1. ชื่อสกุล (ภาษาไทย) นางสาวพลอยพันธุ์ กลิ่นวิจิต  
(ภาษาอังกฤษ) Miss Ploypun Klinwichit
2. เลขหมายประจำตัวประชาชน -
3. ตำแหน่งปัจจุบัน เจ้าหน้าที่วิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
4. หน่วยงานและที่อยู่ติดต่อได้สะดวกพร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และ E-mail  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
169 ถ.ลงหาดบางแสน ต. แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131  
โทรศัพท์ 038-386554  
โทรสาร 038-386557  
E-mail [ploypunk@gmail.com](mailto:ploypunk@gmail.com)

#### 5. ประวัติการศึกษา

- ศิลปศาสตรบัณฑิต(สาขาจิตวิทยา)  
มหาวิทยาลัยศิลปากร  
- กำลังศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
(จิตวิทยาคลินิกและชุมชน) มหาวิทยาลัยรามคำแหง

#### ผู้ร่วมวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์

##### คนที่ 1

1. ชื่อสกุล (ภาษาไทย) ดร. วารี กังใจ  
(ภาษาอังกฤษ) Dr. Waree Kangchai
2. เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน 3-1007-01046-00-1
3. ตำแหน่งปัจจุบัน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ระดับ 8

4. หน่วยงานที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก พร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และ E-mail  
ภาควิชาวิทยาศาสตร์พื้นฐานการพยาบาล  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
169 ถนนลงหาดบางแสน ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131  
โทรศัพท์ 038-102850 E-mail : [wareek@buu.ac.th](mailto:wareek@buu.ac.th)
5. ประวัติการศึกษา

ปี	ปริญญา	ชื่อ ปริญญา	สาขาวิชา	วิชาเอก	สถาบัน
2545	เอก	D.N.S	Nursing	Gerontological Nursing	มหาวิทยาลัยมหิดล
2531	โท	วท. ม	พยาบาลศาสตร์	Acute care nursing	มหาวิทยาลัยมหิดล
2526	ตรี	พย.บ	พยาบาลศาสตร์	พยาบาล	วิทยาลัยพยาบาล สภากาชาดไทย

## คนที่ 2

- ชื่อสกุล (ภาษาไทย) นางสาวะนิตา น้อยมนตรี  
(ภาษาอังกฤษ) Miss Wanida Noimontree
- เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน 3-4101-00620-92-3
- ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์
- หน่วยงานที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก พร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และ E-mail  
กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
169 ถนนลงหาดบางแสน ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131  
โทรศัพท์ 038-74-5900 ต่อ 3649 โทรสาร 038-74-5790  
E-mail : [we\\_1583@hotmail.com](mailto:we_1583@hotmail.com)

## 5. ประวัติการศึกษา

ปี	ปริญญา	ชื่อปริญญา	สาขาวิชา	วิชาเอก	สถาบัน
2547	โท	พย. ม	พยาบาลศาสตร์	การพยาบาล ผู้ใหญ่	จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย
2542	ตรี	พย.บ	พยาบาลศาสตร์	การพยาบาล และการผดุง ครรภ์	มหาวิทยาลัยมหิดล

## คนที่ 3

- ชื่อ – นามสกุล (ภาษาไทย) นางสาวสิริลักษณ์ โสมานุสรณ์  
(ภาษาอังกฤษ) Miss Sirilak Somanusorn
  - เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน: 3309900893320
  - ตำแหน่งปัจจุบัน:  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ระดับ 7  
สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
  - หน่วยงานและสถานที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวก พร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และไปรษณีย์  
อิเล็กทรอนิกส์ (e-mail):  
หน่วยงาน: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี 20131  
โทรศัพท์: 089-4687661 โทรสาร 038-745790  
E-mail: [sirinusorn@gmail.com](mailto:sirinusorn@gmail.com) , [sirilak@buu.ac.th](mailto:sirilak@buu.ac.th)
5. ประวัติการศึกษา :
- ระดับปริญญาตรี: ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง, วิทยาลัยพยาบาล  
บรมราชชนนี นครราชสีมา
- ระดับปริญญาโท: สาขาวิชาการพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ, คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ระดับปริญญาเอก: ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการพยาบาล, คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

### ผู้ร่วมวิจัยจากคณะสาธารณสุขศาสตร์

- ชื่อ – นามสกุล (ภาษาไทย) นางสาวจรุณี โชติกาวิรินทร์  
(ภาษาอังกฤษ) Ms.Rotrudee Chotikavin
- หมายเลขบัตรประชาชน: 3110401152794
- ตำแหน่งปัจจุบัน: อาจารย์
- หน่วยงานที่อยู่ติดต่อได้สะดวก :  
สถานที่ทำงาน : ภาคอนามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ตำบล  
แสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี 20131 โทรศัพท์: 0-3810-2737 โทรสาร 0-3839-0041 E-  
mail: danai@buu.ac.th
- ประวัติการศึกษา:

ปีที่จบ การศึกษา	ระดับปริญญา (ตรี โท เอก และ ประกาศนียบัตร)	อักษรย่อ และชื่อเต็ม	สาขาวิชา	ชื่อสถาบัน	ประเทศ
2540	ตรี	วิทยาศาสตร์บัณฑิต (วท.บ.)	อนามัย สิ่งแวดล้อม	มหาวิทยาลัย บูรพา	ไทย
2547	โท	วิศวกรรมศาสตร์ มหาบัณฑิต (วศ.ม.)	วิทยาศาสตร์ สิ่งแวดล้อม	มหาวิทยาลัย เทคโนโลยีมหานคร	ไทย
2553	เอก	Ph.D.Public Health	สาธารณสุข ศาสตร์	มหาวิทยาลัย ขอนแก่น	ไทย

### ผู้ร่วมวิจัยจากคณะแพทยแผนไทยอภัยภูเบศร

- ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย) นางสาวพัชชาพลอย ศรีประเสริฐ  
(ภาษาอังกฤษ) Miss Patchaphoi Sriprasert
- เลขที่ประจำตัวประชาชน 1-2001-00106-36-2  
รหัสประจำตัวนักวิจัยแห่งชาติ
- ตำแหน่งปัจจุบัน แพทย์แผนไทย  
คณะกรรมการแพทย์แผนไทยประยุกต์ มหาวิทยาลัยบูรพา
- หน่วยงานและที่อยู่ติดต่อได้สะดวกพร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และ E-mail  
คณะกรรมการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร มหาวิทยาลัยบูรพา

169/382 ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

โทรศัพท์ 038-102630

E-mail : [Pachaphoi@hotmail.com](mailto:Pachaphoi@hotmail.com)

5. ประวัติการศึกษา แพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิต สาขาวิชาการแพทย์แผนไทย  
ประยุกต์ คณะการแพทย์แผนไทยประยุกต์ มหาวิทยาลัยบูรพา