

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

วินิจฉัยชุมชนด้านสุขภาพผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี

Community diagnosis of elderly health in SaenSuk Municipality Chon Buri

มยุรี พิทักษ์ศิลป์ และ คณะ

มีนาคม 2559

กิตติกรรมประกาศ

Acknowledgement

งานวิจัยเรื่อง “วิจัยชุมชนด้านสุขภาพผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี” สำเร็จได้ด้วยการสนับสนุนการวิจัยจาก วช. โดยการสนับสนุนงานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งได้เล็งเห็นถึงความสำคัญ ของประเด็นความเจ็บป่วยของชุมชน เกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแนวทางการจัดการเกี่ยวกับการวางระบบในการสร้างเสริมสุขภาพและเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมสอดคล้องกับความเป็นจริงโดยการดูแลตนเองและปลุกพลังผู้ดูแลหลักของครอบครัว เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ ให้มีสุขภาพที่แข็งแรง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งงานวิจัยครั้งนี้ได้รับความร่วมมือจากเทศบาลแสนสุขที่ให้ความอนุเคราะห์เข้าเก็บข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชนซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยขอขอบคุณเป็นอย่างยิ่ง

นอกจากนี้ ขอขอบคุณ รศ.ดร.สมหมาย แจ่มกระจ่าง ผู้เป็นที่ปรึกษางานวิจัยและขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่ให้ความปรารถนาดี และ เต็มใจร่วมให้ข้อมูลเชิงลึกอย่างเปิดเผยในครั้งนี้

สุดท้ายขอขอบคุณ บิตามารดา ครูอาจารย์ที่ได้ประสาทวิชาความรู้และเป็นแรงกำลังใจแก่คณะผู้วิจัยความสำเร็จอันเกิดจากการวิจัยนี้ ขอมอบเพื่อระลึกถึงและทดแทนคุณท่านทั้งหลายไว้ ณ โอกาสนี้

คณะผู้วิจัย

มีนาคม 2559

วิจัยชุมชนด้านสุขภาพผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี

มยุรี พิทักษ์ศิลป์¹, พวงทอง อินใจ¹, กาญจนา พิบูลย์²

¹คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บทคัดย่อ

แม้ว่าการก้าวเข้าสู่วัยชราเป็นสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ แต่สามารถทำให้ผู้สูงวัยกลายเป็นผู้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ เนื่องจากการจัดการ การดำเนินชีวิตและการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและสะท้อนให้เห็นถึงบทเรียนที่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตดี การวิจัยเชิงปรากฏการณ์ถูกนำมาใช้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้างในเชิงลึกด้วยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง สิบสองผู้เข้าร่วมอายุเกิน 60 ปีที่มีคะแนนในแบบประเมินระดับคุณภาพที่ดีของชีวิตโดย WHOQOL 26 รายการ ศึกษาผู้ที่อาศัยอยู่ในเทศบาลเมืองแสนสุขชลบุรี ประเทศไทยตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงกันยายน พศ. 2558 ซึ่งได้รับการสำรวจใน 3 ด้านดังนี้ 1) การดำเนินชีวิตของบุคคลและคติประจำใจในการดำเนินชีวิต 2) การจัดการสุขภาพของแต่ละบุคคลและ 3) การสนับสนุนประเด็นสำหรับการแก้ปัญหาแล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ หลังจากนั้นได้ทำการถ่ายทอดไปยังผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชนด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม ผลการศึกษาพบว่าทั้งหมดของผู้เข้าร่วมมีความภูมิใจที่ได้เป็นตัวเอง มีความเพียงพอและ ให้ความเห็นว่ามีคามจำเป็นอย่างยิ่งในการทำกิจกรรมทางกายต่างๆ รวมถึงการออกกำลังกายในชีวิตประจำวัน เช่น การออกกำลังกาย เดินไปซื้อของ, ทำงานอดิเรก, ทำอาหารหรือทำงานบ้านตามปกติ พวกเขายอมรับการเจ็บป่วยทางกายว่าเป็นเรื่องธรรมดาสามัญซึ่งไม่ได้ได้รับความเดือดร้อน พวกเขาจัดการความตึงเครียด มีความสมดุลทางการเงิน ลูกหลานชื่นชมและ มีความตระหนักในตนเอง ได้รับการยอมรับและได้รับการสนับสนุนซึ่งกันและกันจากชุมชน ผู้ให้ข้อมูลทุกคนมีความตั้งใจอย่างจริงจังที่จะปฏิบัติตามกฎระเบียบทางพุทธศาสนา ดังนั้นผู้สูงอายุมีความสุขที่พึ่งพาตัวเองได้ และความเข้าใจการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นทำให้ดำเนินชีวิตได้อย่างสมดุล ไม่เครียดและสามารถที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับคนอื่น ๆ ในสังคมรวมทั้งชื่นชมว่าทุกคนรอบๆ คือเพื่อนบ้านที่สามารถช่วยเหลือเกื้อกูลกันได้ตั้งเพื่อน

ABSTRACT

TITLE: Association between Lifestyle and Quality of Life in Elderly: A Qualitative Study AUTHORS (FIRST NAME, LAST NAME): Mayuri Phithaksilp¹, Puangtong Inchai¹, Kanchana Piboon²

INSTITUTIONS (ALL): 1. Faculty of Medicine, Burapha University, Chonburi, Chonburi., Thailand. 2. Faculty of Public Health, Burapha University, Chonburi, Thailand.

Although, stepping into old age is inevitable, people can become a good quality of life due to lifestyle and self-health management. Therefore, this research aimed to studies and reflected the lessons learned from the good quality elderly life experiences. A phenomenological research were used, collected data by unstructured in-depth interview with purposive sampling method. Twelve participants, age over 60 years who had scores in a good quality of life levels by WHOQOL 26 items, living in SaenSuk Municipality Chon Buri Thailand from March to September 2015 were explored in 3 aspects as follows: 1) Individual lifestyle and Motto 2) Individual health management and 3) Supporting issues for problem solving, then, the content analysis were analyzed. Thereafter, conveyed to the elderly and caregivers in the community with a focus group discussion. The result revealed that, all of participants were proud to be self-sufficient and needed to do daily physical activities, such as exercising, hobbies, cooking or housework as usual. They accepted the physical illness as common, which was not suffered. They managed stress tension, financial balancing, appreciated progeny and themselves, self-awareness, accepted community and supported each other. All of them, seriously intended to practice follow the Buddhist rules. Consequently, the happiness elders, who rely on their own and insight self-efficacy be able to living with others in society and appreciated that everyone is friend.

สารบัญเรื่อง

หน้า

กิตติกรรมประกาศ.....	ก
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ค
สารบัญเรื่อง.....	ง
สารบัญตาราง.....	ฉ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	
วัตถุประสงค์การวิจัย	
ขอบเขตการวิจัย	
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	
นิยามศัพท์เฉพาะ	
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	4
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	8
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	
วิธีดำเนินการวิจัย	
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการเก็บข้อมูล	
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	
จริยธรรมการวิจัย	
ระยะเวลาดำเนินการวิจัย	

สารบัญเรื่อง

บทที่	หน้า
4 การวิเคราะห์ข้อมูลผลการวิจัย	15
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	
ส่วนที่ 2 ผลการประเมินคุณภาพชีวิต	
ส่วนที่ 3 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก	
ส่วนที่ 4 ผลการทำ focus group	
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล	24
บรรณานุกรม	26
ประวัติคณะผู้วิจัย.....	28
ภาคผนวก.....	34

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 ลักษณะทั่วไป	15
2 ผลคะแนน WHOQOL-BREF-THAI	17
3 Themes Categories, Subcategories, Codes and sub codes ของผู้ให้ข้อมูล	22

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบัน รัฐบาลได้กำหนดให้การเตรียมความพร้อมสังคมไทยสู่สังคมผู้สูงอายุ เป็นยุทธศาสตร์หนึ่งในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และมีการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564)¹ การที่ต้องกำหนดแผนงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้อย่างเป็นทางการนั้น เป็นเพราะการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างทางประชากรของประเทศ แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ประเทศไทยกำลังเผชิญหน้ากับการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ของประชากรที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป การประมาณการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนประชากรไทยทั้งหมดในปี พ.ศ. 2523 ร้อยละการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 47 ในปี พ.ศ. 2533 และเพิ่มขึ้นเป็นประมาณร้อยละ 770 ในปี พ.ศ. 2593^{2,3} การมีจำนวน และสัดส่วนประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ ประเทศมีระยะเวลาที่ค่อนข้างสั้น ในการเตรียมรองรับการดูแลผู้สูงอายุที่จะเพิ่มขึ้น ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้ การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ ยังมีผลกระทบต่อภาวะทางเศรษฐกิจ สังคม และการบริหารประเทศ ทั้งนี้ เพราะเมื่อโครงสร้างประชากร เริ่มขยับไปสู่การมีประชากรสูงอายุมากขึ้นเรื่อยๆ สัดส่วนของประชากรวัยทำงาน ที่จะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก็ จะลดน้อยลง ซึ่งคำนวณโดยการหารจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปี และมากกว่า ด้วยจำนวนประชากรในวัยแรงงาน อายุ 15 – 59 ปีพบว่า ในปี พ.ศ. 2533 มีประชากรวัยแรงงาน 10 คน ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ 1 คน อัตราการเป็นภาระวัยสูงอายุเท่ากับ .1161 และยังมีประมาณการว่า ในปี พ.ศ. 2563 ภาระของประชากรวัยแรงงาน ในการดูแลผู้สูงอายุจะเพิ่มสูงขึ้น เพราะประชากรวัยแรงงาน ประมาณ 4 คน จะต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 คน อัตราการเป็นภาระวัยสูงอายุเท่ากับ .2350 ดังนั้น เพื่อเป็นการเตรียมรับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ได้มีการวางแผนและกำหนดเป็นนโยบายด้านผู้สูงอายุจากรัฐบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการพัฒนาสังคมผู้สูงอายุด้านการดูแลสุขภาพในครอบครัวและชุมชนผู้สูงอายุอย่างองค์รวมและทุกมิติ เพื่อเป็นต้นแบบในการพัฒนาสังคมผู้สูงอายุที่มั่นคง มีคุณภาพ และสอดคล้องตรงกับความ ต้องการของผู้สูงอายุและชุมชน อาทิเช่น การกำหนดในมติสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติ พ.ศ. 2553 เรื่อง การบริหารจัดการงานผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่น โดยระบุให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง จะต้อง มีนโยบายและแผนงานโครงการ ที่ชัดเจนในการบริหารจัดการงานผู้สูงอายุ ในท้องที่รับผิดชอบของตน

สาระสำคัญที่เกี่ยวข้องในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2(พ.ศ. 2545 - 4564)¹

จากการสำรวจถึงความต้องการในการบริการและสวัสดิการต่างๆ ของประชากรสูงอายุไทย พบว่ามีความต้องการการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า หน่วยบริการเยี่ยมบ้าน ลดหย่อนค่าโดยสารเดินทางและสวัสดิการด้านการเงิน ในระดับสูง ถึงแม้ข้อมูลเหล่านี้จะรวมทั้งความจำเป็น (need) และความต้องการ (want) เข้าไว้ด้วยกันก็ตามแต่เมื่อพิจารณาพร้อมกับข้อมูลสถานะทางสังคม และสุขภาพแล้วจะช่วยให้เห็นภาพของลำดับความสำคัญ ของการจัดระบบสวัสดิการ-บริการที่มีความเหมาะสมได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

ความต้องการการช่วยเหลือจากรัฐบาลของประชากรสูงอายุไทย

- การรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า ร้อยละ 96.0
- หน่วยบริการเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 95.6
- การลดหย่อนค่าโดยสารเดินทาง ร้อยละ 93.2
- สวัสดิการด้านการเงินเป็นประจำทุกเดือน ร้อยละ 92.8
- การลดหย่อนภาษีให้ผู้ดูแล ร้อยละ 86.9
- สถานสงเคราะห์คนชรา ร้อยละ 80.0
- การจัดหางานที่เหมาะสมให้ ร้อยละ 64.6

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาจากข้อมูลของการสำรวจในระดับพื้นที่พบว่าความต้องการที่มากที่สุดของผู้สูงอายุ จะพบว่า ความต้องการบริการด้านสุขภาพ /การรักษามาเป็นลำดับแรก (ร้อยละ 42.1) ในขณะที่ความต้องการการช่วยเหลือด้านการเงิน / เงินสงเคราะห์เป็นลำดับสอง (ร้อยละ 42.1) แต่ที่มองข้ามไปไม่ได้คือความต้องการการมีกลุ่ม / ชมรมผู้สูงอายุ สูงถึงร้อยละ 11.2 เช่นเดียวกับความต้องการการดูแล / ผู้ดูแล และด้านงานอาชีพ ที่สูงถึงร้อยละ 9.4 และร้อยละ 9 ตามลำดับ

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นแสดงว่าผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับการดูแลรักษาสุขภาพ และ การบริการชุมชนอย่างมากแต่การบริการชุมชนแบบเบ็ดเสร็จ (comprehensive community care) ยังคงขาดแคลนอยู่ในปัจจุบันจะเห็นได้ว่า การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการดำเนินการอย่างเร่งด่วน เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม มหาวิทยาลัยบูรพา ได้บูรณาการความร่วมมือในการพัฒนาศาสตร์ผู้สูงอายุเป็นหนึ่งในศาสตร์แห่งความเป็นเลิศของมหาวิทยาลัย โดยกลุ่มสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ อันประกอบไปด้วย คณาจารย์ และนักวิจัย จากคณะแพทยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ คณะ สหเวชศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา คณะแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร และ ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้ร่วมมือกันในการศึกษาวิจัยในศาสตร์ผู้สูงอายุ โดยเริ่มศึกษาและพัฒนาวิถีสุขภาพของผู้สูงอายุและครอบครัวในพื้นที่เทศบาลเมืองแสนสุขเพื่อใช้เป็นพื้นฐานในการนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาให้เกิดชุมชนพึ่งตนเองและพัฒนาชุมชนผู้สูงอายุต้นแบบ ขยายสู่เมืองผู้สูงอายุแสนสุขต่อไป

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย ระยะเวลา 2

เพื่อศึกษาและพัฒนาวิถีสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้ดูแลสุขภาพครอบครัว
ในพื้นที่เทศบาลเมืองแสนสุข

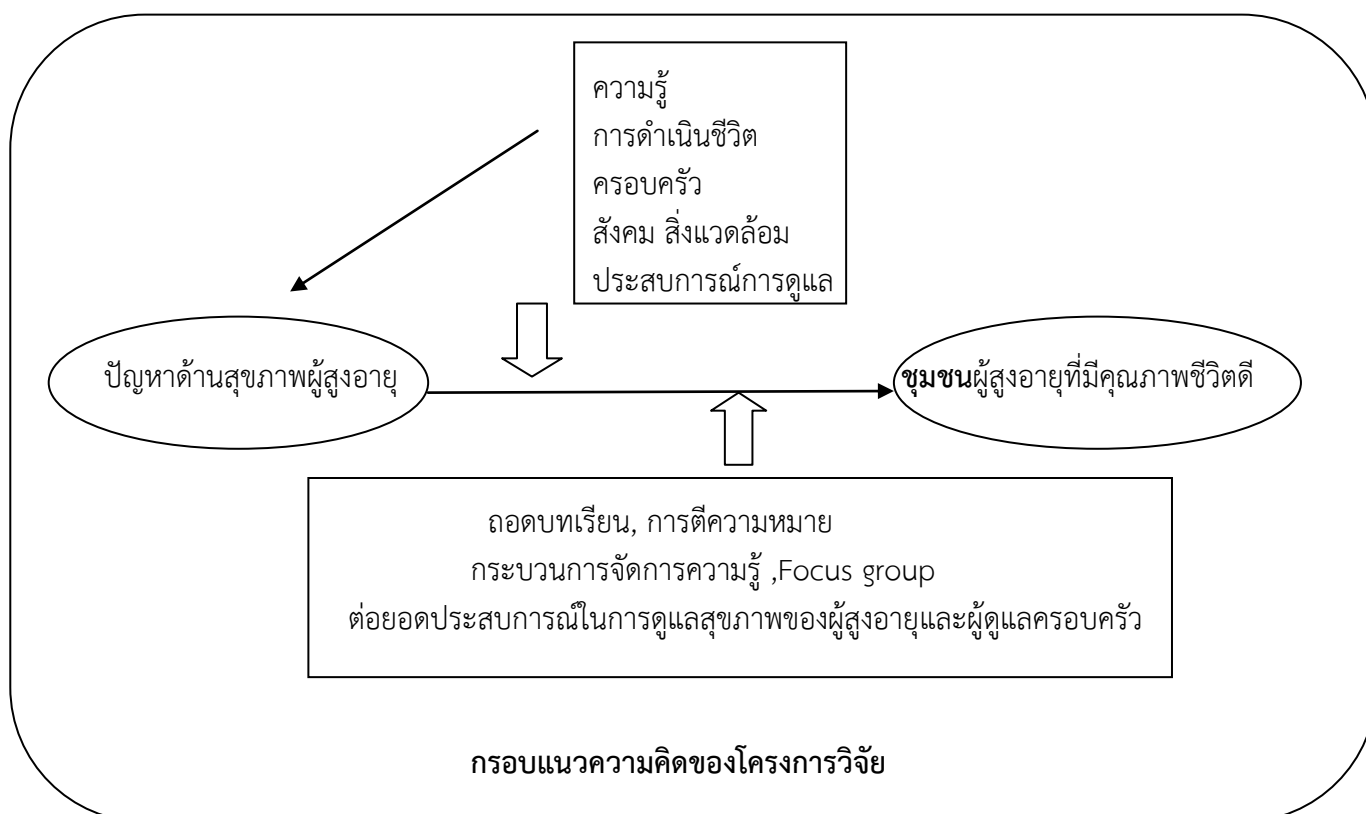
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ระยะที่ 2 ได้ทราบข้อมูลเชิงคุณภาพด้านวิถีสุขภาพของผู้สูงอายุผู้มีคุณภาพชีวิตโดยรวมดี เพื่อนำไปถ่ายทอดให้กับผู้สูงอายุและผู้ดูแลครอบครัว รวมถึงผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุอื่นๆ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาให้เกิดชุมชนพึ่งตนเองและพัฒนาชุมชนผู้สูงอายุต้นแบบ ขยายสู่เมืองผู้สูงอายุแสนสุขต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการดำเนินการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ จากผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี มีคุณภาพชีวิตที่ดีโดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผลวิจัยในระยะที่ 1 และผู้ดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุนั้นๆ ในเขต ต.แสนสุข ดำเนินกิจกรรมถ่ายทอดประสบการณ์การดูแลปัญหาด้านสุขภาพผู้สูงอายุโดยให้ผู้ดูแลครอบครัวมีส่วนร่วม โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ การสร้างเวทีกลุ่มเฉพาะ (focus group) ถ่ายทอดประสบการณ์และแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้เกิดการถ่ายทอดองค์ความรู้และ ต่อยอดประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุสู่ชุมชนและผู้เกี่ยวข้อง

กรอบแนวความคิดของโครงการวิจัย



บทที่ 2

ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 1 ความรู้ที่เกี่ยวข้องระยะที่ 2

ทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความรู้ (Knowledge Management)⁴

การจัดการความรู้ (Knowledge Management)

คือการรวบรวมองค์ความรู้ที่มีอยู่ในองค์กรซึ่งกระจัดกระจายอยู่ในตัวบุคคลหรือเอกสาร มาพัฒนาให้เป็นระบบเพื่อให้ทุกคนในองค์กรสามารถเข้าถึงความรู้ และพัฒนาตนเองให้เป็นผู้รู้รวมทั้งปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพอันจะส่งผลให้องค์กรมีความสามารถในเชิงแข่งขันสูงสุด

โดยที่ความรู้มี 2 ประเภท คือ 1) ความรู้ที่ฝังอยู่ในคน (Tacit Knowledge) เป็นความรู้ที่ได้จากประสบการณ์พรสวรรค์หรือสัญชาตญาณของแต่ละบุคคลในการทำความเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ เป็นความรู้ที่ไม่สามารถถ่ายทอดออกมาเป็นคำพูดหรือลายลักษณ์อักษรได้โดยง่ายเช่น ทักษะในการทำงาน งานฝีมือ หรือการคิดเชิงวิเคราะห์ บางครั้งจึงเรียกว่าเป็นความรู้แบบนามธรรม 2) ความรู้ที่ชัดเจน (Explicit Knowledge) เป็นความรู้ที่สามารถรวบรวมถ่ายทอดได้ โดยผ่านวิธีต่าง ๆ เช่น การบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร ทฤษฎีคู่มือต่าง ๆ และบางครั้งเรียกว่าเป็นความรู้แบบรูปธรรม

การจัดการความรู้สามารถใช้เป็นเครื่องมือเพื่อการบรรลุเป้าหมายอย่างน้อย 4 ประการ ได้แก่

- 1) บรรลุเป้าหมายของงาน
- 2) บรรลุเป้าหมายการพัฒนาคน
- 3) บรรลุเป้าหมายการพัฒนาองค์กรไปเป็นองค์กรเรียนรู้
- 4) บรรลุความเป็นชุมชน เป็นหมู่คณะ ความเอื้ออาทรระหว่างกันในองค์กร

การจัดการความรู้เป็นการดำเนินการอย่างน้อย 6 ประการต่อความรู้ได้แก่

- 1) การกำหนดความรู้หลักที่จำเป็นหรือสำคัญต่องานหรือกิจกรรมของกลุ่มหรือองค์กร
- 2) การเสาะหาความรู้ที่ต้องการ
- 3) การปรับปรุง ดัดแปลง หรือสร้างความรู้บางส่วน ให้เหมาะต่อการใช้งานของตน
- 4) การประยุกต์ใช้ความรู้ในกิจการงานของตน

5) การนำประสบการณ์จากการทำงานและการประยุกต์ใช้ความรู้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสกัด “ขุมความรู้” ออกมาบันทึกไว้

6) การจดบันทึก “ขุมความรู้” และ “แก่นความรู้” สำหรับไว้ใช้งานและปรับปรุงเป็นชุดความรู้ที่ครบถ้วน ลุ่มลึกและเชื่อมโยงมากขึ้นเหมาะต่อการใช้งานมากยิ่งขึ้น

โดยที่การดำเนินการ 6 ประการนี้บูรณาการเป็นเนื้อเดียวกันความรู้ที่เกี่ยวข้องเป็นทั้ง

ความรู้ที่ชัดแจ้งอยู่ในรูปของตัวหนังสือหรือรหัสอย่างอื่นที่เข้าใจได้ทั่วไป (Explicit Knowledge) และความรู้ฝังลึกอยู่ในสมอง (Tacit Knowledge) ที่อยู่ในคนทั้งที่อยู่ในใจ (ความเชื่อ ค่านิยม) อยู่ในสมอง (เหตุผล) และอยู่ในมือและส่วนอื่นๆ ของร่างกาย (ทักษะในการปฏิบัติ) การจัดการความรู้เป็นกิจกรรมที่คนจำนวนหนึ่งทำร่วมกันไม่ใช่กิจกรรมที่ทำโดยคนคนเดียว เนื่องจากเชื่อว่า “จัดการความรู้” จึงมีคนเข้าใจผิดเริ่มดำเนินการโดยรีเข้าไปที่ความรู้ คือ เริ่มที่ความรู้นี้คือความผิดพลาดที่พบบ่อยมากการจัดการความรู้ที่ถูกต้องจะต้องเริ่มที่งานหรือเป้าหมายของงาน

เป้าหมายของงานที่สำคัญ คือการบรรลุผลสัมฤทธิ์ในการดำเนินการตามที่กำหนดไว้ ที่เรียกว่า Operation Effectiveness และนิยามผลสัมฤทธิ์ ออกเป็น 4 ส่วน คือ 1) การสนองตอบ(Responsiveness) ซึ่งรวมทั้งการสนองตอบความต้องการของลูกค้าสนองตอบความต้องการของเจ้าของกิจการหรือผู้ถือหุ้นสนองตอบความต้องการของพนักงาน และสนองตอบความต้องการของสังคมส่วนรวม 2) การมีนวัตกรรม (Innovation) ทั้งที่เป็นนวัตกรรมในการทำงานและนวัตกรรมด้านผลิตภัณฑ์

กระบวนการจัดการความรู้⁴

เป็นกระบวนการที่จะช่วยให้เกิดพัฒนาการของความรู้หรือการจัดการความรู้ที่จะเกิดขึ้นภายในองค์กร มีทั้งหมด 7 ขั้นตอน

1. การบ่งชี้ความรู้ เป็นการพิจารณาว่าองค์กรมีวิสัยทัศน์ พันธกิจยุทธศาสตร์ เป้าหมายคืออะไร และเพื่อให้บรรลุเป้าหมายเราจำเป็นต้องใช้อะไร ขณะนี้เรามีความรู้อะไรบ้าง อยู่ในรูปแบบใดอยู่ที่ใคร
2. การสร้างและแสวงหาความรู้ เช่นการสร้างความรู้ใหม่แสวงหาความรู้จากภายนอก รักษาความรู้เก่า กำจัดความรู้ที่ใช้ไม่ได้แล้ว
3. การจัดความรู้ให้เป็นระบบ เป็นการวางโครงสร้างความรู้เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการเก็บความรู้อย่างเป็นระบบในอนาคต

4. การประมวลผลและกลั่นกรองความรู้ เช่นปรับปรุงรูปแบบเอกสารให้เป็นมาตรฐาน ใช้ภาษาเดียวกัน ปรับปรุงเนื้อหาให้สมบูรณ์

5. การเข้าถึงความรู้เป็นการทำให้ผู้ใช้ความรู้เข้าถึงความรู้ที่ต้องการได้ง่ายและสะดวก เช่นระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT) Web board บอร์ดประชาสัมพันธ์ เป็นต้น

6. การแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ ทำได้หลายวิธีการโดยกรณีที่เป็นความรู้ชัดแจ้ง (Explicit Knowledge) อาจจัดทำเป็นเอกสาร ฐานความรู้ เทคโนโลยีสารสนเทศหรือกรณีที่เป็นความรู้ฝังลึก (Tacit Knowledge) จัดทำเป็นระบบทีมข้ามสายงาน กิจกรรมกลุ่มคุณภาพและนวัตกรรมชุมชนแห่งการเรียนรู้ ระบบพี่เลี้ยง การสับเปลี่ยนงาน การยืมตัวเวลาที่แลกเปลี่ยนความรู้ เป็นต้น

7. การเรียนรู้ ควรทำให้การเรียนรู้เป็นส่วนหนึ่งของงานเช่น เกิดระบบการเรียนรู้จากสร้างองค์ความรู้ การนำความรู้ไปใช้เกิดการเรียนรู้และประสบการณ์ใหม่ และหมุนเวียนต่อไปอย่างต่อเนื่อง

การประยุกต์แนวคิดการจัดการความรู้สู่การพัฒนาชุมชนเป็นสุข⁴

องค์ประกอบของการพัฒนาชุมชนเป็นสุขประกอบด้วยองค์ประกอบอย่างน้อย 4 องค์ประกอบ ดังนี้คือ

1. ชุมชนหมายถึงการอยู่ร่วมกันความเป็นชุมชนมีเป้าหมายที่การอยู่ร่วมกัน
2. เป็นสุขหมายถึงความเป็นทั้งหมด ความเป็นปรกติ สมดุลบูรณาการของปัจจัยต่าง ๆ อย่างน้อย 8 ด้าน ได้แก่ ชีวิต สังคม เศรษฐกิจสิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม ศาสนธรรม ครอบครัว และชุมชน
3. การเรียนรู้หมายถึงการเรียนรู้ร่วมกันของคนในชุมชนนั้นๆ ผ่านการปฏิบัติ
4. การสร้างเสริมหมายถึงการเข้าไปเอื้ออำนวย ส่งเสริมเสริมพลัง (empower) ไม่ใช่เข้าไปสอนหรือถ่ายทอด ทั้ง 4 องค์ประกอบนี้ คือหัวใจของการจัดการความรู้ในทุกบริบทไม่ใช่แค่การจัดการความรู้ของชาวบ้านหรือของชุมชนในเรื่องการจัดการความรู้ การเรียนรู้สำคัญกว่าตัวความรู้เพราะถ้าไม่ระวัง ตัวความรู้จะเป็นความรู้ที่หยุดนิ่งตายตัวการเรียนรู้จะมีลักษณะ “คืนได้” คือมีชีวิต เป็นพลวัตการเรียนรู้ที่ดีที่สุดคือการเรียนรู้ร่วมกัน เป็น collective learning และเป็นการเรียนรู้ร่วมกันผ่านการปฏิบัติ (interaction learning through action)

เครื่องมือในการจัดการความรู้ (Tools)

1. ชุมชนนักปฏิบัติ (Community of practice :CoP)
2. การศึกษาดูงาน (Study tour)
3. การทบทวนหลังปฏิบัติการหรือการถอดบทเรียน (After action review : AAR)
4. การเรียนรู้ร่วมกันหลังงานสำเร็จ (Retrospect)
5. เรื่องเล่าเร้าพลัง (Springboard Storytelling)
6. การค้นหาสิ่งดีรอบตัว หรือสุนทรียสาธก (Appreciative Inquiring)
7. เวทีเสวนา หรือสุนทรียสนทนา (Dialogue)

8. เพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Assist)
9. การเรียนรู้โดยการปฏิบัติ (Action Learning)
10. มาตรฐานเปรียบเทียบ (Benchmarking)
11. การสอนงาน (Coaching)
12. การเป็นพี่เลี้ยง (Mentoring)
13. ฟอรัม ถาม – ตอบ (Forum)
14. บทเรียนจากความผิดพลาด (Lesson Learning)
15. เวทีสนทนากลุ่มเฉพาะ (Focus Group)

ส่วนที่ 2 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

วิถีชีวิตของผู้ที่เปลี่ยนจากวัยทำงานเข้าสู่วัยสูงอายุถือเป็นช่วงเหตุการณ์ที่สำคัญของชีวิตและส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุนั้นๆ รวมทั้งสมาชิกครอบครัวซึ่งย่อมต้องมีการปรับวิถีชีวิตให้เข้ากับผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน โดยการศึกษาคาดว่าในปี ค.ศ.2030 สังคมในสหรัฐอเมริกาจะมีประชากรอายุมากกว่า 65 ปี ถึง ร้อยละ 65 ซึ่งผลกระทบต่อชีวิตหลักของผู้ดูแลครอบครัวก็คือเวลาที่ต้องเสียไปกับการดูแลครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ และอุปสรรคอื่นๆ เช่น เกิดความเครียด อาจต้องเปลี่ยนงาน การเปลี่ยนแปลงพลวัตของครอบครัว (Family dynamics) สุขภาพ รูปแบบกิจกรรมยามว่าง รวมถึงคุณภาพชีวิตด้านอื่นๆ ของผู้ดูแลครอบครัว⁷ พบว่าผู้ดูแลมักเป็นเพศหญิง อยู่ในวัยระหว่าง 40-59 ปีโดยมีคุณภาพชีวิตวัดจาก WHOQOL-BREF ทุกด้านเฉลี่ย 73.50 โดยด้านที่แย่สุดคือสังคม ได้ 57.43⁸

และจากการศึกษาเฉพาะเรื่องความเครียดและการจัดการความเครียดของผู้ดูแลครอบครัวผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพานั้นได้ผลว่า ระดับความเครียดของผู้ดูแลมักสัมพันธ์กับ ชีวิตครอบครัว (Family life) และ การดูแล (providing care)⁹ โดยพบว่าปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับคุณภาพของการดูแลคือ ทักษะการใช้ภาษาหรือการสื่อสาร¹⁰

ประชากรสูงอายุในเอเชียก็เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและ อัตราความต้องการ การดูแลย่อมสูงขึ้นด้วยเช่นกันซึ่งในเอเชียนั้นผู้ดูแลมักเป็นสมาชิกครอบครัว เพศหญิง อายุ 50 ปีขึ้นไปและครึ่งหนึ่งทำงานนอกบ้าน เมื่อระดับภาระการดูแล (caregiver burden) มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อสุขภาพกายและใจ และ ส่งผลกระทบอย่างสูงต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตจากการวัดด้วย SF-36¹¹

เมื่อผู้ดูแลสูงอายุนั้นส่วนใหญ่ยังต้องทำงานนอกบ้าน จึงเกิดข้อสงสัยว่าช่วงเวลาที่สูงอายุอยู่คนเดียวผู้สูงอายุผู้ซึ่งมีคุณภาพชีวิตดีเหล่านั้นได้มีการปรับตัวหรือการจัดการชีวิตประจำวันอย่างไร

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาวีถีชีวิตของผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตดีในเขตเทศบาลแสนสุข เกี่ยวกับแบบแผนพฤติกรรมกรดำเนินชีวิต หรือพฤติกรรมโดยรวมตั้งแต่จำความได้จนถึงปัจจุบันได้แก่ กิจวัตรประจำวันทั่วไป พฤติกรรมกรดูแลสุขภาพทั่วไป การรักษาพยาบาล การเปลี่ยนแปลงชีวิตและสิ่งสนับสนุน และบทเรียนจากประสบการณ์ที่ผ่านม่ายทอดสู่วัยอื่น โดยวิธีการศึกษาที่เจาะลึกเพื่อให้ได้ ข้อมูลตรงตามประเด็นที่ต้องการศึกษา ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ ในการวิจัยครั้งนี้ จึงใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological research) ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตดีในเขตเทศบาลแสนสุข การเก็บข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) ตามแนวทางสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง ที่บ้านและสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก ได้แก่ ร้านค้า ลานบ้าน

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตดีในเขตเทศบาลแสนสุข จนข้อมูลอิมตัว จำนวน 12 คน¹²

การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

จากการลงวิจัยวินิจฉัยชุมชนผู้สูงอายุในระยะที่ 1 โดยผู้ให้ข้อมูลต้องเป็นผู้สูงอายุที่มีความพร้อมในการให้ข้อมูล มีสติสัมปชัญญะดี สามารถพูดภาษาไทยได้เป็นอย่างดี จำและเล่าประสบการณ์ต่าง ๆ เป็นผู้ที่สามารถลงนามยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัยได้ด้วยตนเองตามกฎหมายและยินดี

เข้าร่วมการวิจัย

โดยผู้วิจัยแนะนำตัวแก่ผู้ให้ข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย สิทธิของผู้ให้ข้อมูลที่เข้าร่วมในการเป็นผู้ให้ข้อมูลในงานวิจัยนี้ และแจ้งว่าประเด็นที่สัมภาษณ์เป็นเรื่องส่วนตัว ซึ่งผู้ให้ข้อมูลเลือกที่จะไม่ตอบคำถามได้ ถ้ารู้สึกว่าจะไม่สะดวกที่จะตอบหรือถ้าผู้ให้ข้อมูลสงสัยในเนื้อหาของกรสัมภาษณ์ ผู้วิจัยแสดงกรอบคำถามในการสัมภาษณ์ให้ผู้ให้ข้อมูลอ่านด้วยตัวเอง เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลไม่อีติดใจในการให้สัมภาษณ์ จากนั้นจึงขอความร่วมมือในการเข้าร่วมงานวิจัย เมื่อผู้ให้ข้อมูลให้ความร่วมมือและลงนามยินยอม จึงจะนัดหมายสถานที่พบ เวลาที่สะดวก หมายเลขโทรศัพท์ และที่อยู่ติดต่อได้ เพื่อนัดหมายสัมภาษณ์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล¹³⁻¹⁶

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพระหว่างเดือน มีนาคม ถึง 30 กันยายน

พ.ศ.2558 สถานที่ดำเนินการ ได้แก่ จุดที่ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้กำหนด เช่น บ้าน ลานบ้าน การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. การเตรียมตัวผู้วิจัย ผู้วิจัยทำการเตรียมการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเป็นเครื่องมือที่มีความสำคัญและจำเป็นยิ่ง โดยผู้วิจัยได้เตรียมตัวในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1.1 ศึกษาความรู้เชิงวิชาการ โดยศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับแนวคิดด้าน พัฒนาการตามวัยและสังคมผู้สูงอายุ ความต้องการการดูแลสุขภาพ การใช้ชีวิต และการวางแผนชีวิต รวมทั้งแนวคิดวิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเพื่อนำความรู้เหล่านี้

ไปใช้เป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือและแนวคำถามต่าง ๆ เพื่อให้มีความครอบคลุมในประเด็นที่ศึกษา

1.2 เตรียมความรู้เกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา โดยจัดทำเป็นเอกสารคู่มือ การศึกษาสำหรับผู้วิจัย จากการประชุมเอกสารงานวิจัย ตำรา เทคนิคในการวิจัยทางปรากฏการณ์วิทยา ทั้งใน และต่างประเทศ เกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง กระบวนการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ ข้อมูล และการรายงานข้อมูล เพื่อให้การศึกษาวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอน

ที่ถูกต้องและครอบคลุมปรากฏการณ์ที่ศึกษา

1.3 เตรียมความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับเทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูล อาทิ การเตรียมตัวทำงาน ภาคสนาม การสังเกต การสัมภาษณ์ ตลอดจนเทคนิคการตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อมูลรวมทั้งวิธีการเขียน รายงาน เพื่อจะได้มาซึ่งข้อมูลที่ครอบคลุมและลึกซึ้ง รวมทั้งเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลได้ ชัดเจนยิ่งขึ้น

2. การเตรียมแนวคำถาม ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์โดยอาศัยแนวคิดจากทฤษฎีการ ทบทวนวรรณกรรม ผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน

3. การเตรียมเครื่องมือ มีการเตรียมเครื่องมือ อาทิเช่น เครื่องบันทึกเสียง แบบบันทึกและแบบ สัมภาษณ์ต่าง ๆ ให้มีความพร้อมและสะดวกในการเก็บข้อมูล

4. การติดต่อประสานงาน ผู้วิจัยประสานงานกับครอบครัวผู้สูงอายุ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของ การศึกษาและขั้นตอนการทำวิจัย

ขั้นตอนดำเนินการ

1. การสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล

2. แจกจ่ายละเอียดในการดำเนินการสัมภาษณ์แก่ผู้ให้ข้อมูล เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอม

เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยได้คำนึงถึงจรรยาบรรณและจริยธรรมของนักวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล โดยแจ้ง กฎเกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัย วัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีการเก็บข้อมูลซึ่งใช้การ สัมภาษณ์ บันทึกเสียงร่วมกับการจดบันทึกในขณะที่สัมภาษณ์ด้วย เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลด้วย เครื่องมือต่าง ๆ ที่จัดเตรียมไว้ในการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง ผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลจะนัดหมายวัน เวลา สถานที่ ตามที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวกและมีความพร้อมในการให้ข้อมูล ซึ่งการเก็บข้อมูลครั้งนี้ หากได้ข้อมูลที่เพียงพอใน

ครั้งแรก ผู้วิจัยได้นัดหมายสัมภาษณ์ต่อเนื่องในเวลาต่อมาจนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว และผู้วิจัยได้กำหนดรหัสเพื่อแสดงที่มาของแหล่งข้อมูลแทนชื่อของผู้ให้ข้อมูลและผู้ให้ข้อมูลสามารถปฏิเสธหรือออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ผู้ให้ข้อมูล

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล จากวัตถุประสงค์การศึกษาวิจัยที่ต้องการศึกษาประสบการณ์ของผู้สูงอายุ ด้านกิจวัตรประจำวันทั่วไป พฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั่วไป เศรษฐกิจและสังคม การเรียน การศึกษา การรักษาพยาบาล การเปลี่ยนแปลงชีวิตและระบบสนับสนุน ความคิดเห็น มุมมองและความต้องการการสนับสนุน เป้าหมายชีวิต และบทเรียนจากประสบการณ์ที่ผ่านมาถ่ายทอดสู่ผู้อื่น ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม พบว่า แนวคิดแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เป็นแนวคิดที่เหมาะสมสำหรับการศึกษานี้ เนื่องจากแนวคิดนี้มีฐานคิดว่ามนุษย์จะรู้ดีในเรื่องที่ตนเองมีประสบการณ์ จึงต้องเลือกผู้ที่มีประสบการณ์ตรงเป็นผู้ให้ข้อมูลว่าแต่ละคนผ่านประสบการณ์ชีวิตมาอย่างไร รับรู้และให้ความหมายกับแต่ละปรากฏการณ์อย่างไร ทั้งนี้ ข้อมูลตามการรับรู้และให้ความหมายจากผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ตรง ถือว่าเป็นความจริงตามความนึกคิดของแต่ละบุคคล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตดีในปัจจุบัน มาเป็นผู้ให้ข้อมูล อธิบายเรื่องราวและประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง เพื่อให้ข้อมูลการรับรู้ ตีความตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด

ผู้วิจัยใช้เทคนิคการรวบรวมข้อมูล 4 วิธี¹³ ดังนี้

1. การจดบันทึกภาคสนาม (Field notes) การบันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตพฤติกรรมขณะทำการสัมภาษณ์

1.1 การสัมภาษณ์ (Interview) เป็นการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) แบบไม่มีโครงสร้างร่วมกับการไต่ถามประเด็นที่ไม่ชัดเจน (Probes) โดยยึดเทคนิคพื้นฐานด้านการให้คำปรึกษา และการสัมภาษณ์แบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (Basic counseling and motivation interviewing) ได้แก่ การใช้คำถามปลายเปิด (Open-ended question) ให้ผู้ให้ข้อมูลได้เล่าถึงประสบการณ์และความรู้สึก ผสมผสานกับเทคนิคการฟังอย่างใส่ใจ (Active listening) การสะท้อน (Reflection) การกล่าวย้ำ (Emphasized) การสรุปความ (Summarized) การเงียบ (Silence) และการยกย่องชื่นชม (Affirmation) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม จนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว (Saturation of data) แล้วสรุปข้อมูลที่ได้นำกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลทวนสอบและยืนยัน

บันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ โดยขออนุญาตผู้ให้สัมภาษณ์ และได้ดำเนินการเฉพาะรายที่ให้ความยินยอมเท่านั้น

2. การแปลผลข้อมูลรายวัน หลังจากการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง ผู้วิจัยนำมาถอดความในรูปแบบบทสนทนา ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยการอ่านและทำความเข้าใจข้อมูลทั้งหมดกรณีพบว่าข้อมูลคลุมเครือ ไม่ชัดเจนหรือข้อมูลไม่ครบถ้วน ได้นำไปสัมภาษณ์เพิ่มเติมครั้งต่อมา

3. การตรวจสอบข้อมูลรายครั้ง ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการสังเกต สัมภาษณ์และการจดบันทึกภาคสนามมาจัดทำข้อสรุปเบื้องต้น ตรวจสอบความถูกต้องของข้อสรุป จากนั้นนำข้อมูลไปตรวจสอบความถูกต้อง (Validation) โดยการตรวจสอบความเที่ยงตรงแบบสามเส้า (Triangulation validation method)¹⁴ 3 วิธี คือ วิธีที่ 1 ใช้เทคนิคการตรวจสอบทางด้านข้อมูล (Data triangulation) โดยการตรวจสอบความแน่นอนของคำพูดในเรื่องเดียวกัน แต่ต่างเวลาและเปรียบเทียบมุมมองของผู้เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่ศึกษา วิธีที่ 2 ใช้เทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูลหลายวิธี (Methods triangulation) โดยเปรียบเทียบข้อมูล

ที่ได้จากการสังเกต การบันทึกภาคสนามกับการสัมภาษณ์ วิธีที่ 3 ใช้เทคนิคการตรวจสอบข้อค้นพบจากการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้วิจัย (Review triangulation) จากผู้ให้ข้อมูลและผู้เชี่ยวชาญ สำหรับผู้ให้ข้อมูลเป็นการส่งข้อมูลย้อนกลับ ให้ยืนยันว่าข้อสรุปนั้นสะท้อนมุมมองของพวกเขาอย่างแท้จริงมากน้อยเพียงใด อะไรบ้างที่ไม่สมบูรณ์หรือขาดหายไป เพื่อตรวจสอบความครอบคลุม ความลึกซึ้ง ความอึดตัวของข้อมูลและยืนยันความน่าเชื่อถือและความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูล¹⁵

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เนื่องจากการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยจึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะให้ได้ซึ่งข้อมูลที่ต้องการ และมีเครื่องมือประกอบ ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์วินิจฉัยชุมชนด้านสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้ข้อมูลทั่วไป สภาวะสุขภาพ การดูแลสุขภาพ และคุณภาพชีวิต
2. แนวคำถามแบบไม่มีโครงสร้าง (Unstructured interview) เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล
3. อุปกรณ์บันทึกข้อมูล

3.1 แบบบันทึกงานภาคสนาม (Field note) สำหรับบันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

3.2 แบบบันทึกการสังเกต สำหรับบันทึกสิ่งที่สังเกตได้ระหว่างการสัมภาษณ์

แบบเจาะลึก

3.3 เครื่องบันทึกเสียง สำหรับบันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และนำมาถอดความตามเนื้อหา เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่บันทึกในแบบบันทึกงานภาคสนาม

3.4 ผู้วิจัยได้เตรียมตัวด้านเทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ และศึกษา

แนวคำถามแบบไม่มีโครงสร้าง วัตถุประสงค์ในการวิจัย เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลให้ครอบคลุมประเด็นมากที่สุด

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL – BREF – THAI¹⁶ ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือแบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) จะประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าตนไม่ต้องพึ่งพายาต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์ อื่น ๆ เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สติ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้า หรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่าง ๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น
3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าจะตนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์
4. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าจะตนมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าจะได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าจะมีโอกาสที่จะ ได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าจะตนได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมใน เวลาว่าง เป็นต้น

วิธีใช้ ผู้วิจัยใช้วิธีสัมภาษณ์ตามข้อคำถามที่มีอยู่ แล้วให้ผู้ตอบเป็นผู้ประเมินคำตอบด้วยตนเอง หากมีข้อสงสัยไม่เข้าใจผู้สัมภาษณ์สามารถอธิบายเพิ่มเติมได้ ตามกรอบหรือขอบเขตที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเอาไว้ในแต่ละหมวด

การให้คะแนน

การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL – 26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2 9 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ

กลุ่มที่ 1 ข้อความทางลบ 3 ข้อ

กลุ่มที่ 2 ข้อความทางบวก 23 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบ Content analysis โดยผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1. อ่านเรื่องราวจากการจดบันทึกการสัมภาษณ์ (Field note) ทั้งหมดจนผู้วิจัยเข้าใจเรื่องราวชัดเจนเห็นความสัมพันธ์เชื่อมโยงของข้อมูล และให้รหัสข้อมูล (Code)
2. คัดแยกข้อมูลรหัสเดียวกันมาอยู่ทีเดียวกัน แล้วอ่านซ้ำไปมา (Read and reread)

เพื่อทำความเข้าใจกับข้อมูลในแต่ละหมวดหมู่ จากนั้นเขียนประมวลความตามข้อมูลนั้น ๆ

โดยยกประโยคคำพูด (Quotation) ของแต่ละคน ที่เกี่ยวข้องวางเรียงแล้วลงรหัส Sub code

ตามประเด็นย่อยที่พบ เรียบเรียงประมวลเรื่องราวตามหมวดหมู่ย่อย ๆ ภายใต้รหัสที่กำหนดไว้

3. สรุปประมวลความโดยใช้ภาษาวิชาการในการอธิบายเรื่องราวดังกล่าวให้ครอบคลุมเนื้อหาทั้งหมด คัดเลือก Quotation ที่ยืนยันข้อสรุปได้ชัดเจนที่สุดมาประกอบ

ขั้นตอนการสนทนากลุ่ม¹³

1. ขั้นเตรียมการ

1) **แนวทางการสนทนากลุ่ม** สิ่งที่ต้องเตรียมเป็นลำดับแรก คือ แนวทางการสนทนากลุ่ม ซึ่งเป็นรายการประเด็นหรือคำถามที่นักวิจัยใช้จุดประเด็นการสนทนา คำถามที่ใช้ควรเป็นคำถามปลายเปิด และเจาะประเด็นลึกไปเรื่อยๆ

ประเด็นหรือคำถามแรกๆ ควรเป็นเรื่องใกล้ตัว หรือเป็นการแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นนั้นๆ ในฐานะคนนอก หรือพูดถึงคนอื่นมากกว่าพูดถึงตนเอง และเป็นประเด็นที่ทุกคนที่ร่วมวงสนทนาสามารถแสดงความคิดเห็นได้เท่าเทียมกัน จากนั้น คำถามหลังๆ จึงดึงประเด็นให้เข้าใจในตัวผู้สนทนา แนวทางการสนทนากลุ่มนี้ นักวิจัยใช้เป็นแนวเท่านั้น ไม่ใช่ใช้เป็นตัวกำหนดการสนทนาว่าจะต้องมีประเด็นเท่าที่กำหนดในแนวทางเท่านั้น ในขณะที่ดำเนินการสนทนากลุ่มอาจมีประเด็นใหม่ๆ ข้อมูลต่างๆ ผุดขึ้นในวงสนทนาที่นักวิจัยจะต้องคอยจับประเด็นใหม่ๆ ข้อมูลต่างๆ ผุดขึ้นในวงสนทนาที่นักวิจัยจะต้องคอยจับประเด็น แล้วซักไซ้ (probe) ต่อเพื่อให้ได้ข้อมูลอย่างเต็มที่ นักวิจัยมักปรับแนวทางการสนทนาไปเรื่อยๆ ตลอดการเก็บข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แน่นและรุ่มรวยขึ้นเรื่อยๆ

2) **การเตรียมตัวและอุปกรณ์** นักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยจะต้องเตรียมตัวให้พร้อมโดยการทำความเข้าใจประเด็นที่ศึกษาให้ชัดเจน ศึกษาข้อมูลของผู้ร่วมวงสนทนา เตรียมอุปกรณ์ต่างๆ เช่น เครื่องบันทึกเสียง สมุด ปากกาสำหรับบันทึกการสนทนากลุ่ม กล้องถ่ายรูป นักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยต้องทำความเข้าใจคุ้นเคยกับเครื่องมือต่างๆ เป็นอย่างดี เพื่อป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นได้จากการใช้อุปกรณ์ดังกล่าว

3) **เตรียมสถานที่** สถานที่สำหรับการสนทนากลุ่มควรเป็นสถานที่ที่ไม่พลุกพล่าน สามารถควบคุมเสียงจากภายนอกและผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง ไม่ให้เข้าถึงหรือมองเห็นการสนทนาได้ ควรเป็นสถานที่ที่ทำให้เกิดบรรยากาศผ่อนคลายและเป็นกันเอง ถ้าเป็นสถานที่ในชุมชนนั้นเองจะดีที่สุด เมื่อเตรียมการเรียบร้อยและนัดหมายผู้ร่วมวงสนทนาให้มาพร้อมกันตามสถานที่และเวลาที่ได้ตกลงกันไว้แล้ว ก็เข้าสู่ขั้นตอนการดำเนินการสนทนากลุ่ม

2. ขั้นดำเนินการสนทนากลุ่ม

หลังจากนักวิจัยซึ่งเป็นผู้ดำเนินการสนทนา ผู้ช่วยนักวิจัย และผู้ร่วมวงสนทนาмаพบกันก็เริ่มด้วยการทำความรู้จักกัน (ในกรณีที่ไม่เคยพบกันมาก่อน) รับประทานของว่างและเครื่องดื่มร่วมกันเพื่อให้ทุกคนได้ผ่อนคลายและรู้สึกคุ้นเคยกันพอสมควร จากนั้นนักวิจัยจึงเริ่มดำเนินการสนทนากลุ่ม โดยเริ่มจากการแจ้งเป้าหมายของการสนทนา กล่าวขอบคุณที่มาร่วมสนทนา ขอให้ทุกคนพูดได้โดยไม่มีกังวลเรื่องถูกผิด การ

รักษาความลับ การนำข้อมูลไปใช้ และการขออนุญาตให้ผู้ช่วยนักวิจัยบันทึกกลุ่มพร้อมกับบันทึกเหตุการณ์ สนทนา หลังจากนั้นนักวิจัยก็จัดประเด็นการสนทนาตามแนวทางการสนทนา

ดังที่กล่าวมาแล้วว่าแนวทางการสนทนาใช้เป็นแนวทางเบื้องต้นเท่านั้น บทบาทของ ผู้ดำเนินการสนทนาจึงมีความสำคัญมากที่จะต้องคอยจับประเด็นต่างๆ ที่ปรากฏแล้วพยายามให้ผู้ร่วมวง สนทนาทุกคนได้ร่วมแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในทุกประเด็นให้มากที่สุด โดยไม่จำเป็นต้องมีข้อสรุปที่เห็นพ้องกัน ในแต่ละประเด็น การดำเนินการสนทนาในกลุ่มแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมงถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที เมื่อ ได้อภิปรายประเด็นต่างๆ กันจนกระจ่างชัดแล้ว นักวิจัยผู้ดำเนินการสนทนาในกลุ่มกล่าวสรุปด้วยการขอบคุณผู้ ร่วมวงสนทนาอีกครั้ง ยืนยันถึงคุณค่าและประโยชน์ของสิ่งที่ได้จากการสนทนาแล้วปิดการสนทนาในกลุ่ม

3. ขั้นสรุปหลังการสนทนาในกลุ่ม

ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินการสนทนาในกลุ่มทุกครั้ง นักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยต้องตรวจสอบ ว่าการสนทนาได้บันทึกไว้ในเทปเรียบร้อยดีหรือไม่ นักวิจัยร่วมกันสรุปบทของกลุ่ม และปฏิกริยากลุ่มลงใน บันทึกกลุ่ม จากนั้นผู้ช่วยนักวิจัยถอดเทปการสนทนาในกลุ่มคำต่อคำ โดยบันทึกลงในกระดาษตลอดการ สนทนา เพื่อนำไปสู่ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

มักจะมีคำถามว่าในการศึกษาเรื่องหนึ่งๆ ควรดำเนินการสนทนาในกลุ่มกี่ครั้ง คำตอบคือไม่มี ตัวเลขที่แน่นอน ขึ้นอยู่กับข้อมูลที่ได้รับว่าอ้อมตัวหรือไม่มีอะไรใหม่อีกแล้ว ซึ่งโดยทั่วไปแล้วมักจะเกิดขึ้นเมื่อ ดำเนินการสนทนาในกลุ่ม 3-4 ครั้ง

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ทำในมนุษย์ ผู้วิจัยจึงคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมในการวิจัย ดังนี้

1. สิทธิ์ในการตัดสินใจเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย และการอดเสียด
2. สิทธิ์ในการปกปิดข้อมูลที่ไม่ต้องการบอกผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ ตลอดเวลา
3. สิทธิ์ในการไม่เปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูล และครอบครัว ในการเผยแพร่ผลการวิจัย
4. การบันทึกข้อมูลต่าง ๆ ผู้วิจัยจัดทำเป็นรหัส จึงปลอดภัยในเรื่องการรักษาความลับของผู้ให้ ข้อมูล
5. เมื่อการวิจัยสิ้นสุดลง ผู้วิจัยได้ทำลายแถบบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ และเอกสารบันทึกการให้ สัมภาษณ์บางส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อไม่ให้หลักฐานต่าง ๆ นำไปสู่การชี้ตัวผู้ให้ข้อมูลภายหลัง
6. การเสนอผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยให้การรับรอง เมื่อวันที่ 3 มีนาคม พ.ศ. 2558

บทที่ 4

การวิเคราะห์ข้อมูลผลการวิจัย

ทำความเข้าใจและตีความเนื้อหาของข้อมูล เช่น การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) การตีความ (interpretative) การวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis) ซึ่งกระทำไปพร้อมกับการเก็บข้อมูลได้ผลดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ 12 ราย อายุ 63 ถึง 87 ปี เป็นหญิง 8 คน มีพื้นฐานทาง ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว การใช้ยา ที่ต่างกัน ผู้ป่วยทุกคนสามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีค่า Barthel Activity of Living Index 16-20 คะแนน ทั้งหมดมีผู้ดูแลหลัก ประกอบอาชีพและหรือมีกิจกรรมงานอดิเรก

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไป

ลักษณะทั่วไป	ผู้ให้ข้อมูล N = 12
หญิง	8 (66.7)
อายุ (ปี) (Mean± S.D)	73.75 ± 7.27
ดัชนีมวลกาย (กก./ตรม.) (Mean± S.D)	24.09 ± 2.71
มีโรคประจำตัว	11 (91.7)
ยาประจำตัวตั้งแต่ 2 ชนิด	8 (66.7)

ส่วนที่ 2 ผลการประเมินคุณภาพชีวิต

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL – BREF – THAI¹⁶ ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือแบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) จะประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณต้องพึ่งพาต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์ อื่น ๆ เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการ

เรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้า หรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่าง ๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่ามีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่ามีโอกาสที่จะ ได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่ามีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมใน เวลาว่าง เป็นต้น

ผู้วิจัยใช้วิธีสัมภาษณ์ตามข้อคำถามที่มีอยู่ แล้วให้ผู้ตอบเป็นผู้ประเมินคำตอบด้วยตนเอง หากมีข้อสงสัยไม่เข้าใจผู้สัมภาษณ์สามารถอธิบายเพิ่มเติมได้ ตามกรอบหรือขอบเขตที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเอาไว้ในแต่ละหมวด

การให้คะแนน

การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL – 26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2 9 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ

กลุ่มที่ 1 ข้อความทางลบ 3 ข้อ

กลุ่มที่ 2 ข้อความทางบวก 23 ข้อ

กลุ่มที่ 1 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้			กลุ่มที่ 2 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้		
ตอบ	ไม่เลยให้	5 คะแนน	ตอบ	ไม่เลยให้	1 คะแนน
ตอบ	เล็กน้อย ให้	4 คะแนน	ตอบ	เล็กน้อย ให้	2 คะแนน
ตอบ	ปานกลาง ให้	3 คะแนน	ตอบ	ปานกลาง ให้	3 คะแนน
ตอบ	มาก ให้	2 คะแนน	ตอบ	มาก ให้	4 คะแนน
ตอบ	มากที่สุด ให้	1 คะแนน	ตอบ	มากที่สุด ให้	5 คะแนน

การวิเคราะห์

คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

คะแนน	26 – 60 คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี
คะแนน	61 – 95 คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ
คะแนน	96 – 130 คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

แบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต แยกออกเป็นองค์ประกอบต่าง ๆ ได้ดังนี้

องค์ประกอบ	การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตกลาง ๆ	คุณภาพชีวิตที่ดี
1. ด้านสุขภาพกาย 2,3,4,10,11,12,24	7 – 16	17 – 26	27 - 35
2. ด้านจิตใจ 5,6,7,8,9,23	6 – 14	15 – 22	23 - 30
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม 13,14,25	3 – 7	8 – 11	12 - 15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม 15,16,17,18,19,20,21,22	8 – 18	19 – 29	30 – 40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26 – 60	61 – 95	96 - 130

องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย ได้แก่ ข้อ 2,3,4,10,11,12,24

องค์ประกอบด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อ 5,6,7,8,9,23

องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม ได้แก่ ข้อ 13,14,25

องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ข้อ 15,16,17,18,19,20,21,22

ส่วนข้อ 1 ข้อ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม

ตารางที่ 2 ผลคะแนน WHOQOL-BREF-THAI

องค์ประกอบ \ ID.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. ด้านสุขภาพกาย 2,3,4,10,11,12,24	32	30	29	27	34	34	31	32	31	20	33	34
2. ด้านจิตใจ 5,6,7,8,9,23	30	29	29	29	30	30	25	30	30	25	30	30
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม 13,14,25	15	12	15	8	15	10	15	15	10	10	10	15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม 15,16,17,18,19,20,21,22	40	34	36	36	40	40	32	38	31	34	38	40
คุณภาพชีวิตโดยรวม (Mean± S.D 117.42 ± 9.80)	126	115	115	107	128	124	112	124	112	96	121	129

เห็นได้ว่าผู้ให้ข้อมูลทุกคนมีคุณภาพชีวิตโดยรวม ด้านจิตใจและสิ่งแวดล้อมอยู่ในเกณฑ์ดี พบว่า 1 คนที่ได้คะแนนคุณภาพชีวิตปานกลางด้านสุขภาพกาย และ 5 คนที่ได้คะแนนคุณภาพชีวิตปานกลางด้านสัมพันธภาพทางสังคม

ส่วนที่ 3 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก

1. วิถีชีวิตส่วนบุคคลและคติการใช้ชีวิต ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพ

- 1.1 เมื่อถามถึงการใช้ชีวิตทั่วไป ทุกคนมีความสามารถในการดำเนินชีวิต คิดพึ่งพาตนเองเป็นหลัก และเมื่อประเมินจากเกณฑ์ Barthel ADL Index ผลอยู่ในระดับ 16-20 คะแนน หมายถึง พึ่งพาตนเองและช่วยเหลือตนเองได้ โดยบางคนมีภาวะที่ต้องพึ่งพาแต่ก็มีความคิดในการจัดการและเตรียมพร้อมป้องกันในเหตุต่างๆเหล่านั้นด้วยตนเอง โดยสามารถตีความรวมคือ มักพึ่งพาเมื่อเกิดความไม่สะดวกขณะเคลื่อนไหว ขึ้นบันได การกลั้นปัสสาวะ เช่น

ID.3 “ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น พยายามให้เกาะตอนที่ต้องออกนอกบ้าน ไป รพ. หรือ ไปสถานที่ ที่ไม่คุ้นเคย เรากลัวจะล้ม”

ID.5 “เวลาเดิน เคลื่อนที่มีคนดูแลช่วยพยุงเพื่อความปลอดภัย”

ID. 7 “เดินขึ้นบันไดต้องการคนช่วยพยุงเกาะจับ”

ID. 10 “บางครั้งกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ช่วงเดินทางต้องเตรียมตัวเข้าห้องน้ำแต่เนิ่นๆ”

- 1.2 เมื่อถามถึงการงานหรืองานอดิเรก ทุกคนตอบไปทางเดียวกันว่า ยังทำงานและรักที่จะทำงาน ต้องมีกิจกรรมทำแล้วสบายใจ ไม่ชอบอยู่เฉยๆ เป็นประสบการณ์ที่ได้จากวัยทำงานสั่งสมจนถึงวัยสูงอายุ ตีความได้ถึง ความภาคภูมิใจและความรู้สึกมีคุณค่า ของงานหรือกิจกรรมที่ก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้อื่นไม่ว่าจะเป็นลูกศิษย์ ลูกน้อง ความสัมพันธ์ต่อลูกหลานคนในครอบครัว รวมถึงตัวเองด้วย

ID 1. “ยังทำงาน บ้านใกล้ที่ทำงานรักที่จะเป็นครูตลอดชีวิต”

ID. 2. “ต้องทำงาน มีกิจกรรม เล่าถึงครูเคยเห็นครู ถ้าไม่มีสอนก็ไปเป็นคนสวนที่บ้าน ถึงคราวตัวเองถ้าวันไหนไม่มีกิจกรรมสอน ก็มาเป็นคนสวน เป็นช่างไม้ที่บ้าน”

ID.3 “ตลอดชีวิต ต้องการให้ครอบครัวสบาย เป็นหัวหน้าครอบครัว ต้องรับผิดชอบไม่กินไม่เที่ยว เก็บให้ลูกๆ” “ภูมิใจในสิ่งที่เคยทำ พอใจบ้านเรือนที่อยู่อาศัย” “ภูมิใจลูกๆ ไม่มีใครกินเหล้าไม่สูบบุหรี่เลย”

ID.4 “ต้องทำงานบ้านทุกวัน ไม่ทำจะรู้สึกหลับยาก วันไหนเหนื่อยพอดีๆ จะหลับดี”

ID. 6 “ค้าขายได้ทำทุกวันได้ ไม่ใช่งานหนัก ตื่นปุ๊บก็ได้เงินปั๊บ ตื่นเร็วได้เงินเร็ว”

ID. 7 “พอใจในกิจกรรมประจำวัน เวลาทำงานจะมีสมาธิดีมาก”

ID. 8 “การทำเรื่องจำลองทำให้ใจเย็นลงบางครั้งทำเพลินเก็บเอาไปฝัน” สอนลูกมาตั้งแต่เด็ก พูดคุยแสดงความเป็นห่วงทุกวันนี่ภูมิใจมาก ลูกเป็นคนดีน่ารัก ไม่เล่นการพนัน ไม่กินเหล้า ไม่สูบบุหรี่เลิกงานก็กลับบ้าน มีอะไรก็เล่าให้ฟังคุยกันทุกวันช่วงทุ่มถึงสองทุ่ม พาไปเที่ยว เค้าเที่ยวกันเองพี่น้องบ้างพาเราไปด้วย บ้างแต่ติดต่อสื่อสารส่งรูปมาให้ดู คิดว่าเป็นจากเราเลี้ยงดูบ้างเค้าเป็นครูด้วยสอนลูกดี ลูกไม่เจ้าชู้ เป็นคนยุติธรรม พี่น้องลูกก็รักกันดี ทุกวันนี้ลูกก็สอนคนที่อยากทำเรื่องจำลอง แต่ก็ต้องดูแวนะ ว่าทำได้ ตั้งใจ สืบสานอาชีพนี้จริง”

ID. 9 “พอใจที่ได้ทำงานแบบนี้ พอใจที่ได้ช่วยเหลือคน”

ID. 10 “ทำปลา แล่ปลาได้ทั้งวัน รู้สึกดีที่ได้ทำและยังได้ทำช่วยครอบครัว”

ID. 12 “คนไม่ทำอะไรบ้างเลยไม่ตื่นะ ตื่นมานั่งขายของ เอาอาหารให้หมา ได้ดูแลร้านทุกวันเพลินดี”

1.3 คติในการใช้ชีวิต ทั้งหมดเป็นผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ คำพูดที่ใช้เป็นหลักในการดำเนินชีวิตจึงมาจากคำสอนทางพุทธศาสนาและหลังจากที่ได้ผ่านประสบการณ์ต่างๆในชีวิตในระดับหนึ่ง จึงเข้าใจและยึดเป็นแนวทางการดำเนินชีวิตจนถึงปัจจุบัน และถ่ายทอดโดยทำให้ลูกหลานดูเป็นตัวอย่างหรือสอนคนในครอบครัว

ID.1 “เมตตา อยู่ในศีล ในธรรม ไม่ทำอะไรให้ผู้อื่นเดือดร้อน”

ID.2 “ทำดี ได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว ความกตัญญูสำคัญ”

ID.3 “เคยเป็นลูกน้องออกเรือไปอยู่เกาะช้าง 2 ปี มองแล้วว่าคิดผิดจึงกลับมาอยู่บ้านทำเองไม่เป็น ลูกน้องดีกว่า ได้อยู่กับครอบครัว ลูกๆเป็นคนดี รู้สึกคุ้ม”

“ตลอดชีวิต ต้องการให้ครอบครัวสบาย เป็นหัวหน้าครอบครัว ต้องรับผิดชอบไม่กินไม่เที่ยว เก็บให้ลูกๆ” “ภูมิใจลูกๆ ไม่มีใครกินเหล้าไม่สูบบุหรี่เลย”

“ทำใจสบายๆ ไม่คิดอะไรมาก อย่าไปเครียดอะไรมาก”

ID.4 “ทำในสิ่งที่ยากทำ ฟังตนเองให้มากที่สุด.”

ID.5 “ทำอะไรในสิ่งที่เราทำแล้วมีความสุข มีแม่เป็นต้นแบบ ใครเป็นอะไร ไม่ต้องเอาตัวเราไปเปรียบเทียบกับเขา ให้พอใจกับชีวิตที่เป็นอยู่”

ID.6 “อดเถิด อดเถิด”

“ครอบครัวชอบทำบุญ เข้าวัดทำบุญตั้งแต่เด็ก ยึดตามคำพระสอนตั้งแต่เด็กว่า ใครมาพูดอะไร นานาจิตตัง แต่ละคนไม่เหมือนกัน “อดเถิด อดเถิด” คือให้อดทน เวลาไม่มีใครว่าติเตียน ก็จะคิดถึงคำสอนของพระ ทำให้ไม่เครียดและเข้าใจคนอื่น” “มีธรรมในใจ ไม่ทะเลาะกับใคร บุญเก่าชาติก่อน เภรกรรมทำให้ป่วย ปัจจุบันชาตินี้ตัวเราเป็นคนเลือกทำ ทำดีความดีไม่มีหมดหรือ ทำได้ทุกวัน”

ID.7 “ยึดคำสอนของแม่กับหลวงตาที่ว่า มือสับนิ้วทำทุกอย่างสำเร็จกับต้องไหว้ทุกคน”

“มีแม่ที่เกิดเรากับแม่ที่เลี้ยงเราจะสอนสิ่งต่างๆตั้งแต่ยังเด็ก อยู่กับผู้ใหญ่เป็นเด็กคนเดียวในบ้าน แม่บอกว่าจะอย่าไปดูถูกคน อย่าไปว่าเค้า คนไหนเกลียดเราให้อุ้ม คนไหนไม่ชอบเราให้ไหว้เค้านะ แล้วเค้าจะใจอ่อน เอาชนะใจคนที่เกลียดเราได้”

“หลวงตาก็สอนเรา ลูกจำไว้นะ มือสับนิ้วทำทุกอย่างสำเร็จหมด ความหมายคือ อย่าดูถูกคนแม่เค้าจะอายุน้อยกว่ามาก มือต้องไหว้ทุกคนอันนี้จะสำเร็จในชีวิต คำสอนเหล่านี้ ไปอยู่ไหนก็ไม่อดมีคนช่วยเหลือ พิสูจน์ให้เห็นว่าเราทำกับทุกคนดีแล้วก็ได้รับความไว้นั่นเชื่อใจ เช่น เพื่อนบ้านก็ช่วยเหลือกัน”

ID.8 “หลักคือไม่เครียด ให้ปล่อยวาง” “ถ้าใครอดก็ให้เค้านะ ให้เค้าอ้อมเราก็ออด”

“ชอบให้ทาน ชอบทำบุญ มีพระบอกลุง “ทำบุญอย่าแข่งกัน ทำบาปหรือหมิ่นก็เท่ากัน” พ่อแม่ใจบุญมาก สอนว่า “ถ้าใครอดก็ให้เค้านะ ให้เค้าอ้อมเราก็ออด” พาไปวัดพ่อแม่ทำบุญหมดเลย พอมองย้อนกลับ ลุงเชื่อว่าปัจจุบันเป็นผลบุญ”

ID.9 “ทำในสิ่งที่อยากทำ ทำเอง”

เช่นอยากกินอะไรทำกินเองไม่ซื้อ ไปวัดทำบุญจิตอาสาไปเอง “ดีใจช่วยวัดมีความสุขที่ได้ทำ”

ID.10 และ ID.11 เป็นพี่น้องกันไปมาหาสู่กัน คติ “อยู่ในศีลในธรรม” “สวดมนต์ถือศีล ทุกวันพระจะอยู่วัด สวดมนต์ตามหนังสือคือสวดมากกว่าอายุหนึ่งบท”

ID.12 “ทำดี ไม่ทำชั่ว ซื่อสัตย์และให้สวดมนต์ อธิปิโส ตั้งจิตแน่วแน่ นะโม 3 จบ ศีล 5”

2. การประเมินและการจัดการปัญหาสุขภาพ รับรู้การเปลี่ยนแปลงของสังขาร เกิด แก่ เจ็บ ตาย ตามธรรมชาติ เรียนรู้การใช้ชีวิต มองว่าชีวิตที่เหลือเป็นกำไร มีความสุข พอเพียงไม่ยากให้ตนเป็นภาระต่อคนในครอบครัว ต้องการพึ่งตนเองให้ได้มากที่สุด

3. สิ่งสนับสนุนในการจัดการปัญหาสุขภาพ ภาระหนักและป้องกันจัดการด้วยตนเองเปิดรับความช่วยเหลือจากผู้ดูแลในครอบครัวหรือบุคคลนอกครอบครัวแต่อยู่ในสังคมใกล้ชิดและเป็นมิตร ในหัวข้อ 2 และ 3 ผู้ให้ข้อมูลมักจะไม่ไปในคราวเดียวกันจึงขอยกตัวอย่างไว้ในที่นี้ เช่น

ID.1 “ตรวจสุขภาพประจำปี ส่วนโรคที่เป็นอยู่ก็ไปตามหมอนัด กินยาให้ครบไม่ลืม ไม่เครียด ไปเอง บางครั้งไปกับลุงหรือหลานสะตวกใกล้บ้าน” “สร้างบ้านตามแปลนบ้านสำหรับผู้สูงอายุ มีที่เกาะจับ ระเบียงกว้าง มีทางลาดเตรียมไว้.”

ID.2 “คุยกับหมอตลอด ดูแลเรื่องอาหาร ตรวจตามนัด ขับรถไปเองสะตวก รพ.อยู่ใกล้บ้าน”

ID.3 “ดูแลตัวเอง ภาระยาทำอาหารให้กินเอง เดินออกกำลังกายหน้าบ้านทุกเช้าครึ่งชั่วโมงไม่หัดโหม ลูกพาไปฟอกไตตามนัดไม่เคยขาดมีความเตรียมพร้อมคนไหนสะตวก ไม่ว่างก็นัดอีกคนไปแทนทำให้ไม่เคยมีปัญหาและตนเองก็ไม่รู้สึกเป็นภาระ กินยาครบ ถ้ามีอาการผิดปกติลูกก็พาไป รพ.ทันที สะตวก มีเพื่อนที่ป่วยในห้องฟอกไต รู้จักพยาบาล ไม่คิดมาก ไม่เครียด คิดว่าเป็นธรรมดาของชีวิต”

ID.4 “ปวดเมื่อยเป็นๆหายๆ แก่แล้วอะนะ ก็ทำนุ่นนิตินี้หน่อย ไม่หัดโหม แต่ต้องทำอะไรรู้สึกจะนอนไม่หลับ ให้เหนื่อยพอดีๆ จะหลับสบาย ทำอาหารกินเองปรุงเองที่เราชอบ ตอนนี้อะม่ียากิน แต่หมอนัดก็ไปตามนัด ตรวจเลือดบ้าง น้องกับน้องเขยพาไป บางทีก็หลาน”

ID.4 “โรคเรื้อรังเพื่อนเป็นกันทุกคน ไม่รู้สึกเครียด กินยากี่ไม่เป็นภาระอะไร”

ID. 8 “เป็นความดัน กินยาทุกวัน วันละ 2 เม็ดมา 10 กว่าปีแล้วตอนนี้สะตวกขึ้นไปรับยาที่เทศบาล ใกล้บ้าน คนน้อยไม่ต้องรอนาน ออกเดินทุกเช้าที่ชายหาด รู้ตัวเองว่าเริ่มหลงนะแต่ก็คิดว่าเป็นธรรมชาติ ก็บอกป้าภรรยา และลูกไม่ไปไหนไกลยังช่วยตัวเองได้ขับรถได้แต่ครอบครัวไม่ยอมให้ขับแล้ว” “ตอนสร้างบ้านคิดไว้แล้วว่าปลูกชั้นเดียวบันไดน้อยๆ แม้อบข้างญาติพี่น้องจะปลูก 2 ชั้นทั้งหมด”

ID.12 “อายุ 87 แล้ว ไม่หลงสุขภาพดีไม่ต้องกินยานี้ก็ดีมากแล้ว เคยเป็นความดัน เก้าตแต่ตอนนี้กินยาแค่เม็ดเดียวลูกสาวจัดให้ทุกเช้าไม่มีพินแต่ก็ปรับเอากินของนิ่มๆ คิดว่าแข็งแรงคุณภาพชีวิตนี้ดีมากๆแล้ว มีอะไรก็แบ่งปันให้เพื่อนบ้านแลกเปลี่ยนกันในตลาดหนองมน”

Thematic Analysis

หลังจากวิเคราะห์รหัสสุดท้ายทั้งหมดแล้ว ได้ theme หลัก 3 themes ดังแสดงในตารางที่ 3 ตารางที่ 3 Themes Categories, Subcategories, Codes and sub codes ของผู้ให้ข้อมูล

Themes	Categories	Subcategories	Codes and sub codes
วิถีชีวิตส่วนบุคคลและคติการใช้ชีวิต ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพ ทั้งด้าน กายใจ สังคมและทัศนคติ ที่ทำให้ยอมรับหรือปรับตัวได้อย่างสมดุลแบบยั่งยืน	ประสบการณ์ส่งผลต่อทัศนคติ ทัศนคติส่งผลต่อวิถีชีวิต แนวประพฤติปฏิบัติ	ประสบการณ์ตรง	เคยมีประสบการณ์ตรง เคยได้เห็น ได้รับข้อคิด การดำเนินชีวิตจากผู้มีบทบาทหรือยึดเป็นต้นแบบ (Role model) ผ่านปัญหาอุปสรรคและเรียนรู้การดำเนินชีวิตจนสามารถเลือกทางที่เหมาะสมที่สุดให้กับตนเองและครอบครัว
การประเมินและการจัดการปัญหาสุขภาพ	การประเมิน การให้ความหมายสุขภาพ	ตามการรับรู้และความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล	รับรู้การเปลี่ยนแปลงของสังขาร เกิดแก่ เจ็บ ตาย ตามธรรมชาติ
		ผู้ให้ข้อมูลประเมินปัญหาที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน	เรียนรู้การใช้ชีวิต มองว่าชีวิตที่เหลือเป็นกำไร มีความสุข พอเพียง
	การจัดการปัญหาสุขภาพด้วยตนเอง	ผู้ให้ข้อมูล	ไม่อยากให้ตนเป็นภาระต่อคนในครอบครัว ต้องการพึ่งตนเองให้ได้มากที่สุด วางแผนไว้ตั้งแต่ เรื่องการสร้างบ้านชั้นเดียว บันไดไม่มาก
สิ่งสนับสนุนในการจัดการหรือดูแลปัญหาสุขภาพ	การรับรู้ถึงปัญหาผู้ดูแลในครอบครัว คนในสังคม	ตระหนักและป้องกันจัดการด้วยตนเอง เปิดรับความช่วยเหลือจากผู้ดูแลในครอบครัวและหรือบุคคลนอกครอบครัวแต่อยู่ในสังคมใกล้ชิดและเป็นมิตร	

ส่วนที่ 4 ผลการทำ focus group เพื่อถ่ายทอดข้อมูลสู่กลุ่มผู้สูงอายุและผู้ดูแลครอบครัวสูงอายุ

ได้นำข้อมูลมาถ่ายทอดให้กลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 26 คน ร่วมกันตอบคำถามแสดงความคิดเห็น ได้ข้อคิดเห็นที่ตรงกันและมีที่เพิ่มเติมคือ สิ่งสนับสนุนคุณภาพชีวิตด้านสังคม เช่นการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของชุมชน รวมถึงเครื่องมือสื่อสารและกลุ่มออนไลน์ต่างๆที่คาดว่าจะมีบทบาทมากขึ้นในแง่ความสัมพันธ์และการช่วยเหลือกันในกลุ่มได้ต่อไปในอนาคต เพราะในกลุ่มที่ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกนั้นมีเพียง 2 คนเท่านั้นที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จึงเกิดช่องว่างด้านความสัมพันธ์ทางสังคมของกลุ่มนี้ไป

บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล

จาก Older Americans 2012 key-indicators of well-being¹⁷ แสดงถึงดัชนีความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปีของประเทศสหรัฐอเมริกา ทั้ง 5 ด้าน

ซึ่งผลที่เกี่ยวข้องจากงานวิจัยพบว่า

1. ด้านประชากรผู้ให้ข้อมูลได้พูดถึงการเตรียมความพร้อมก่อนสู่วัยชราเรื่องเตรียมบ้านที่อยู่อาศัยปลูกชั้นเดียว
2. ด้านเศรษฐศาสตร์ รายได้ ความยากจน ไม่พบในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเนื่องจากทุกคนมีรายได้ มีใช้เพียงพอ ไม่มีปัญหาที่อยู่อาศัย
3. ด้านภาวะสุขภาพแม้ การป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะส่งผลทางกายแต่ไม่ส่งผลถึงสุขภาพทางจิตใจจากช่วงที่ผ่านมาจนเข้าสู่ภาวะการยอมรับและตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเองในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพ
4. ด้านความเสี่ยง เมื่อป่วยก็เปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ดูแลเรื่องอาหารกิจกรรมทางกายรวมถึงการออกกำลังกายที่เหมาะสมได้ด้วยตนเอง
5. ด้านการดูแลสุขภาพ ทุกคนสามารถเข้าถึงการรับบริการทางสุขภาพ ใกล้ สะดวก และไม่มีปัญหาเรื่องการรับประทานยาแม้บางคนจะต้องกินยาหลายชนิดก็ตามจะเตรียมเองได้บ้างหรือมีลูกเตรียมไว้ให้บ้าง

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยผู้วิจัยไม่ได้กำหนดกรอบคำถามนั้นสามารถวิเคราะห์ ออกมาให้เห็นถึงความเป็นตัวของตัวเอง มีอิสระ มีการยอมรับตนเอง ยอมรับการเปลี่ยนแปลง ความสัมพันธ์กับคนรอบข้างที่ดี และมีสิ่งยึดเหนี่ยวด้านคุณธรรมของผู้สูงอายุผู้ให้ข้อมูลทุกคนอย่างเด่นชัดเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

เห็นได้ว่าผู้ให้ข้อมูลทุกคนมีคุณภาพชีวิตโดยรวม ด้านจิตใจและสิ่งแวดล้อมอยู่ในเกณฑ์ดี พบว่า 1 คนที่ได้คะแนนคุณภาพชีวิตปานกลางด้านสุขภาพกาย และ 5 คนที่ได้คะแนนคุณภาพชีวิตปานกลางด้านสัมพันธภาพทางสังคม อาจเป็นเพราะในกลุ่มที่ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกนั้นมีเพียง 2 คนเท่านั้นที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และอีก 2 คนที่ค้าขาย ได้พบปะพูดคุยกับลูกค้าและเพื่อนบ้านรวมถึงบุคคลอื่นในสังคมสามารถพึ่งพาอาศัยเป็นมิตร เป็นผลให้ได้คะแนนด้านสังคมสูง ส่วนผู้ให้ข้อมูลที่ทำงานนอกระบบที่บ้านช่วยเหลือหลานเล็กๆน้อยๆในครัวเรือน ขณะเดียวกันเพื่อนวัยเดียวกันได้ลดลง จึงเกิดช่องว่างด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งเป็นโอกาสที่ผู้วิจัยเห็นว่าสามารถเติมเต็มคุณภาพชีวิตด้านนี้ให้กับผู้สูงอายุในชุมชน โดยเมื่อผ่านการถ่ายทอดผลนี้ให้กับทางชมรมผู้สูงอายุได้รับทราบข้อมูลแล้ว อาจเป็นการสร้างกิจกรรมที่ร่วมกันสร้างและพัฒนาขึ้นมาจากกลุ่มสูงอายุในชุมชนนั้นๆ ได้ครอบคลุมมากขึ้น

สิ่งที่ได้นอกเหนือจากวัตถุประสงค์ คือกรณีป่วย ช่วงที่เกิดการรับรู้ความผิดปกติและได้รับการวินิจฉัยโรคทางกาย ได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นจุดเปลี่ยนในการดำรงชีวิต “ป่วยแล้วเปลี่ยน” มีการดูแลตนเองมากขึ้น ทำอาหารกินเอง ออกกำลังกายด้วยตนเองอย่างง่ายและเหมาะสมกับแต่ละคน โดยเลือกปฏิบัติเอง เช่น การเดินรอบสวนนันทนาการ ในบริเวณ ม.บูรพา ความคิดเปลี่ยนและเรียนรู้ที่จะอยู่กับความเจ็บป่วยกึ่งวลน่อยลง ช่วงแรกมีความเครียดสูงการดูแลโดยแพทย์และคนในครอบครัว สามี ภรรยา พี่น้องหรือบุตร

หลานทำให้มีกำลังใจเพิ่มขึ้นและปรับความคิดเป็น “อยู่ได้ เพื่อนวัยเดียวกันก็ป่วยกันหมด ไม่อยู่แล้วก็เยอะ
เรานี้ถือเป็นกำไรแล้ว”

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (2545 – 2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1.เทพเพ็ญวานิสัย, 2552.
2. ศิริวรรณ ศิริบุญ และชเนตตี มิลินทางกูร . รายงานการศึกษาโครงการสร้างระบบการติดตามและประเมินผลผู้สูงอายุ แผนแห่งชาติ ฉบับที่ 2 . วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2551. [internet]. [cited 28 มีนาคม 2557]. Available from:
http://www.oppo.opp.go.th/info/Report_299.pdf
3. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2553.บริษัท ที คิว พี จำกัด, กุมภาพันธ์ 2555. [internet]. [cited 28 มีนาคม 2557]. Available from:http://www.oppo.opp.go.th/info/Report_OlderSituation53-TH.pdf
4. วิจารณ์ พานิชย์. การจัดการความรู้ฉบับนักปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สุขภาพใจ, 2549.
5. ศิริพร จิรวัฒน์กุล. การวิจัยเชิงคุณภาพด้านวิทยาศาสตร์คุณภาพ. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์, 2552.
6. ตติยา สารธิมา.คู่มือการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุและอาสาสมัครสาธารณสุข,กุมภาพันธ์ 2554. [internet]. [cited 28 มีนาคม 2557]. Available from:
<http://kcenter.anamai.moph.go.th:81/info/pdf/02b36688440b666b34ad31e4f3260724.pdf>.
7. Bedini A.L., Gladwell J.N. Caregiving as a Life Transition: Implications for Leisure Service providers. J Park and Recreation Administration 2014; 32(1):128-141.
8. Grazziano da Silva Eliane. Impact by care guideline and perception of the quality of life in caregivers of the elderly. J Nurs UFPE on line Recife 2014; 8(8):2823-32.
9. Bruno Miguel Parrinha Rocha, Jose Eusebio Palma Pacheco. Elderly persons in a situation of dependence: informal caregiver stress and coping. ACTA Paul Enferm 2013; 26(1):50-6.
10. Bilotta C, Vergani C. Quality of private personal care for elderly people with a disability living at home: correlates and potential outcomes. Health and Social Care in the Community 2008; 16(4):354-362.
11. Ho C.S., Chan A, Woo J, Chong P, Sham A. Impact of Caregiving on Health and Quality of Life: A comparative population-based study of caregivers for elderly persons and noncaregivers. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2009; 64(8):873-879.
12. Nagy [S. Biber H.](#) Mixed Methods Research: Merging Theory with Practice Guilford Press , 2010, p. 53
13. ศิริพร จิรวัฒน์กุล การวิจัยเชิงคุณภาพ ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยพัฒน์ จำกัด กรุงเทพฯ 2552 111-79
14. Triangulation [Internet]. 1st ed. [cited 28 March 2014]. Available from:
<https://edge.sagepub.com/system/files/Triangulation.pdf>
15. Hannes K. Chapter 4: Critical appraisal of qualitative research. In: Noyes J, Booth A, Hannes K, Harden A, Harris J, Lewin S, Lockwood C (editors), Supplementary Guidance

for Inclusion of Qualitative Research in Cochrane Systematic Reviews of Interventions. Version 1 (updated August 2011). Cochrane Collaboration Qualitative Methods Group, 2011. [cited 28 March 2014]. Available from:

<http://cqrmg.cochrane.org/supplemental-handbook-guidance>

16. สุวัฒน์ มหัตถ์นิรันดร์กุล ปรีทรรศ ศิลปกิจ และวนิดา พุ่มไพศาลชัย. คุณภาพชีวิตของคนไทยในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ. ทูสนับสนุนจากกรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่, 2541.[internet]. [cited 28 March 2014]. Available from: <http://www.dmh.go.th/test/whoqol/>
17. Older Americans 2012 key-indicators of well-being [Internet]. [Cited 28 March 2014]. Available from: <http://www.aarp.org/livable-communities/learn/demographics/info-12-2012/older-americans-2012-key-indicators-of-well-being.html>

ประวัติผู้วิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย

1. ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย) นางสาวมยุรี พิทักษ์ศิลป์

(ภาษาอังกฤษ) Miss Mayuri Phithaksilp

2. เลขที่ประจำตัวประชาชน 3-2404-00654-16-7

รหัสประจำตัวนักวิจัยแห่งชาติ 36738

3. ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์

ประจำภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน อาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์ครอบครัว

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

4. หน่วยงานและที่อยู่ติดต่อได้สะดวกพร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และ E-mail

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

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

โทรศัพท์ 038-390324 , 390580 ต่อ 519

โทรสาร 038 - 745830

E-mail mayuri.md@hotmail.com

5. ประวัติการศึกษา

- แพทยศาสตร์บัณฑิต

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- ประกาศนียบัตรบัณฑิต

วิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก (เวชศาสตร์ครอบครัว)

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

- วุฒิบัตรเวชศาสตร์ครอบครัว

แพทยสภา

6. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญเป็นพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระบุสาขาวิชาการ
การฝังเข็มรักษาโรคชั้นสูง, อายุรศาสตร์การแพทย์แผนจีน, อาชีวเวชศาสตร์ 49

ประวัติผู้วิจัย : ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 1

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นางสาวพวงทอง อินใจ

ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Miss Puangtong Inchai

2. เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน 3 5404 00066 95 5

3. ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลชำนาญการ

หัวหน้างานประกันคุณภาพ การจัดการความรู้และการบริหาร

ความเสี่ยง คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

4. หน่วยงานและสถานที่อยู่ติดต่อได้สะดวก พร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (e-mail)

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 169 ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

โทรศัพท์ 0-3838-6554 ต่อ 2318

โทรสาร 0-3838-6557 โทรศัพท์มือถือ 08-9748-3033

5. ประวัติการศึกษา

ปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต (สาขาพยาบาลศาสตร์)

ปริญญาโท วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา)

กำลังศึกษาระดับดุษฎีบัณฑิต ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (สาขาการศึกษาและการพัฒนาสังคม)

6. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระบุสาขาวิชาการ

สาขาสถิติวิจัยประยุกต์

7. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ โดยระบุสถานภาพในการทำการวิจัยว่าเป็นผู้อำนวยการแผนงานวิจัย หัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้ร่วมวิจัยในแต่ละผลงานวิจัย

7.1 ผู้อำนวยการแผนงานวิจัย : ชื่อแผนงานวิจัย -

7.2 หัวหน้าโครงการวิจัย : ชื่อโครงการวิจัย

ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

7.3 งานวิจัยที่ทำเสร็จแล้ว : ชื่อผลงานวิจัย ปีที่พิมพ์ การเผยแพร่ และแหล่งทุน(อาจมากกว่า 1 เรื่อง) 50

ผลงานวิจัยที่ทำเสร็จแล้ว

1. พวงทอง อินใจ, สมชาย ยงศิริ. (2550) . *ลักษณะของผู้บาดเจ็บจากการจมน้ำทะเลที่เข้ารับบริการ ณ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา*. ชลบุรี: ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

แหล่งทุน ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา.

2. พวงทอง อินใจ. (2550). *ปัจจัยที่มีผลประสิทธิผลของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์*. ชลบุรี: ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

แหล่งทุน สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี

3. จุฑามาศ แหนจอน, พวงทอง อินใจ. (2551). *ผลการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ด้วยเทคนิคการสร้างทรงคนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคตต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์*. ชลบุรี: คณะศึกษาศาสตร์.

แหล่งทุน คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

4. กาญจนา พิบูลย์, พวงทอง อินใจ(2551). *ผลการใช้ดนตรีบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ*. ชลบุรี: ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา.

แหล่งทุน ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา.

5. วัฒนะ พรหมเพชร, ระพีพันธ์ ฉายวิมล, พวงทอง อินใจ และจุฑามาศ แหนจอน. (2552). *ผลการบำบัดแนวทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสในกลุ่มนักเรียนที่มีภาวะบาดเจ็บทางจิตใจจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้*. ปัตตานี. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์วิทยาเขต ปัตตานี

แหล่งทุน สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้

ผลงานวิจัยที่เผยแพร่

พวงทอง อินใจ. (2551). *ผลการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ด้วยเทคนิคการสร้างทรงคนะใหม่ได้จิตสำนึก แบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคตต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์*. นำเสนอแบบโปสเตอร์ในการประชุมวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ประจำปี 2551.วันที่ 22-23 กันยายน 2551

ณ โรงแรมแอมบาสเดอร์ซิตี จอมเทียน ชลบุรี

พวงทอง อินใจ(เจ้าของผลงานร่วมลำดับที่ 3) . 2552. *ผลการบำบัดแนวทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาท* 51

สัมผัสในกลุ่มนักเรียนที่ได้รับบาดเจ็บทางจิตใจ ความซึมเศร้า และความเครียดจากการสูญเสียจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้. ในเอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 8 ประจำปี 2552”พลังสุขภาพจิต เปลี่ยนวิกฤติเป็นโอกาส ฉลอง 120 ปีสุขภาพจิตไทย” วันที่ 26-28 สิงหาคม 2552 ณ โรงแรมโซเทล เซ็นทรัล แกรนด์ กรุงเทพฯ (ลาดพร้าว).

Wethaka Klinwichit, Pisit Piriyaapun & **Puangthong Inchai**. *Health Status, Health Perception, Health Promotion behavior and Social Support of pre- Diabetic and Metabolic Syndrome in Students : Burapha University*. Poster Presentation in **The 4th international conference community health nursing research**. 16-20 August 2009 at Adelaide South Australia.

ประวัติผู้วิจัย : ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 2

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) ดร. กาญจนา พิบูลย์
- ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Dr. Kanchana Piboon
2. เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน 3-5001-00287-83-2
3. ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์
4. หน่วยงานและสถานที่ติดต่อได้สะดวก พร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (e-mail)

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

E-mail pibiin2000@hotmail.com

5. ประวัติการศึกษา

- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (พย.ม.)มหาวิทยาลัยบูรพา
 - พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ
- คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

6. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระบุสาขาวิชาการ การวิจัย 52

7. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ โดยระบุสถานภาพในการทำการวิจัยว่าเป็นผู้อำนวยการแผนงานวิจัย หัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้ร่วมวิจัยในแต่ละผลงานวิจัย

7.1 ผู้อำนวยการแผนงานวิจัย : ชื่อแผนงานวิจัย -

7.2 หัวหน้าโครงการวิจัย : ชื่อโครงการวิจัย

ผลของดนตรีบำบัดต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

7.3 งานวิจัยที่ทำเสร็จแล้ว : ชื่อผลงานวิจัย ปีที่พิมพ์ การเผยแพร่ และแหล่งทุน (อาจมากกว่า 1 เรื่อง)

1. ผลของดนตรีบำบัดต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (หัวหน้าโครงการวิจัย) 2552.

2. Kanchana Piboon. The Effect of Music Therapy on Depressed Elderly Persons. Oral Presentation in The 4th international conference community health nursing research. 16-20 August 2009 at Adelaide South Australia.

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (หัวหน้าโครงการวิจัย) 2551.

Kanchana Piboon. Related Factors of Depression among Older Adults. Oral presentation in **The International Federation on Ageing 10th Global Conference**. By The Council on the Ageing (COTA) Victoria and the International Federation on Ageing at Melbourne : Australia. 3-6 May 2010.

ประวัติผู้วิจัย : ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 3

1.ชื่อสกุล(ภาษาไทย) นางสาวคณินิจ อูสิมาศ

(ภาษาอังกฤษ) Miss Kanungnit Usimat

2. เลขหมายประจำตัวประชาชน 3 2203 00532 55 8

3. ตำแหน่งปัจจุบัน นักวิจัย

หัวหน้างานบริการวิชาการและวิจัย

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

4. หน่วยงานและที่อยู่ติดต่อได้สะดวกพร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และ E-mail

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 53

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

โทรศัพท์ 038-386554 ต่อ2306 โทรสาร 038-386557

E-mail kanungnit@buu.ac.th หรือ kanungnit_u@hotmail.com

5. ประวัติการศึกษา

- การศึกษามหาบัณฑิต(เทคโนโลยีทางการศึกษา)

มหาวิทยาลัยบูรพา

6. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญเป็นพิเศษ(แตกต่างจากวุฒิการศึกษา)ระบุนสาขาวิชาการ
การบริหารจัดการโครงการวิจัย , การทำงานเชิงระบบ, สถิติการวิจัย

7. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ โดยระบุสถานภาพในการ
ทำการวิจัยว่าเป็นผู้อำนวยการแผนงานวิจัย หัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้ร่วมวิจัยในแต่ละข้อเสนอการวิจัย เป็น
ต้น

7.1 ผู้อำนวยการแผนงานวิจัย : ชื่อแผนงานวิจัย

-

7.2 หัวหน้าโครงการวิจัย : ชื่อโครงการวิจัย

ปัจจัยที่ส่งผลต่อปริมาณการผลิตผลงานวิจัยของบุคลากรศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา” (หัวหน้าโครงการวิจัย) แหล่งทุน ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ

มหาวิทยาลัยบูรพา

7.3 งานวิจัยที่ทำเสร็จแล้ว : ชื่อผลงานวิจัย ปีที่พิมพ์ การเผยแพร่ และสถานภาพในการทำวิจัย

- สภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านในเขตพื้นที่จังหวัดชลบุรี (ผู้ร่วม
วิจัย)

- พัฒนาแนวทางและรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังเชิงรุก
(ผู้ร่วมวิจัย)

- การสำรวจภาวะสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การดูแลตนเองและการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่เป็น
โรคเรื้อรังในภาคตะวันออก (ผู้ร่วมวิจัย)

- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (ผู้ร่วมวิจัย)

- การศึกษาภาวะสุขภาพ และศักยภาพในการดูแลตนเองของนิสิตที่มีภาวะเสี่ยงต่อ

การเกิดโรคเบาหวานและกลุ่มอาการเมตาบอลิก : ภาคนิสิตศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา

ภาคผนวก
ภาคผนวก ก เอกสารรับรองผลการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์



ที่ ๓๑/๒๕๕๘

เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาเค้าโครงร่างวิจัย
เรื่อง วิจัยชุมชนด้านสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ดูแลของครอบครัวเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี

หัวหน้าโครงการวิจัย แพทย์หญิงมยุรี พิทักษ์ศิลป์
หน่วยงานที่สังกัด คณะแพทยศาสตร์

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า
โครงร่างวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรี
ในความเป็นมนุษย์ ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดภัยอันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัยกลุ่มตัวอย่าง
และผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงร่างวิจัยที่เสนอได้ ตั้งแต่วันที่ออกเอกสาร
รับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฉบับนี้จนถึงวันที่ ๓๐ เดือนกันยายน พ.ศ. ๒๕๕๘

ออกให้ ณ วันที่ ๓ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

ลงนาม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิตติมา เจริญพานิช)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา